



# **Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**  
**Facultad de Ciencias Administrativas**  
**Escuela Profesional de Administración**

## **Factores económicos, sociales y médico-psicológicos que influyen en la aceptación de tratamiento con implantes dentales en las clínicas Multident en Lima en el año 2018**

### **TESIS**

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Administración

### **AUTOR**

Betty Rocio CABANILLAS BRAVO

### **ASESOR**

Dr. Manuel Jorge ESPINOZA ALTAMIRANO

Lima, Perú

2020



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

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

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Cabanillas, B. (2020). *Factores económicos, sociales y médico-psicológicos que influyen en la aceptación de tratamiento con implantes dentales en las clínicas Multident en Lima en el año 2018*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Ciencias Administrativas, Escuela Profesional de Administración]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.

---

## Hoja de metadatos complementarios

Código ORCID del autor	0000-0003-3912-0969
DNI o pasaporte del autor	47077375
Código ORCID del asesor	0000-0002-2473-7213
DNI o pasaporte del asesor	25511133
Grupo de investigación	—
Agencia financiadora	—
Ubicación geográfica donde se desarrolló la investigación	Perú, Lima, Lima, Lima. Latitud: -12.0478236 Longitud: -77.049273
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2018
Disciplinas OCDE	Odontología, Cirugía oral, Medicina oral <a href="http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.14">http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.14</a> Negocios, Administración <a href="http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.02.04">http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.02.04</a> Ciencias del cuidado de la salud y servicios <a href="http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.01">http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.01</a>



Acta de Titulación N° 02/V-FCA-EPA/2020  
Modalidad de Sustentación de Tesis de Investigación  
Resolución Rectoral N° 01000-R-04  
Resolución Directoral N.° 002/FCA-EPA/2020

Ciudad Universitaria, 11 de diciembre de 2020

Siendo las 8:30 a.m. y reunido el Jurado Examinador integrado por los siguientes docentes:

Presidenta : Mg. Filda Mayela Freyre Valladolid  
Miembro : Mg. Allan Herminio Vargas Garcia  
Miembro : Dr. Jose Antonio Villacorta Huapaya  
Docente Asesor : Dr. Manuel Jorge Espinoza Altamirano

Para evaluar el proceso de sustentación de Tesis de Investigación para obtener el Título Profesional de la bachiller:

**BETTY ROCIO CABANILLAS BRAVO**

Los integrantes del Jurado califican con DIECISÉIS (16) a la Sustentación de Tesis de Investigación titulada “FACTORES ECONÓMICOS, SOCIALES Y MÉDICO-PSICOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN DE TRATAMIENTO CON IMPLANTES DENTALES EN LAS CLÍNICAS MULTIDENT EN LIMA EN EL AÑO 2018”; de acuerdo a la Legislación Universitaria y a la Documentación Sustentatoria que se acredita, en mérito de lo cual, el Jurado Examinador declara APTA para que se le otorgue el Título Profesional de:

**LICENCIADA EN ADMINISTRACIÓN**

Conforme a las Disposiciones Legales vigentes, siendo las 09:41 horas se levanta la sesión y en fe de lo actuado firman la presente:

Mg. Filda Mayela Freyre Valladolid  
Presidenta

Mg. Allan Herminio Vargas Garcia  
Miembro

Dr. Jose Antonio Villacorta Huapaya  
Miembro

Dr. Manuel Jorge Espinoza Altamirano  
Docente Asesor

Eloisa C.

### **Dedicatoria**

La presente investigación, como muestra de esfuerzo, es dedicada a mis padres quienes han estado presentes en todos mis días con su inmenso amor y apoyo; y a mis maestros, quienes con su sabiduría me ayudaron a encontrar el camino del emprendimiento y la investigación.

Agradezco en primera instancia a quienes me apoyaron con la información valiosa para la presente tesis, el Dr. Jesus Ochoa Zavaleta y el Dr. Carlos Aparicio Zambrano, que forman parte de la empresa Multident, a quienes les tengo profunda admiración y respeto.

A quienes me ayudaron a elaborar la tesis con paciencia y sabiduría, el Dr. Manuel Espinoza Altamirano y el Dr. Edgar Vicente Armas.

A mis padres y hermano, Felicitas Bravo Arbildo, Segundo Cabanillas Balcazar y Lenin Cabanillas Bravo por su infinito amor y acompañamiento en todo mi proceso universitario.

A mi compañero incondicional, Joel Chávez Teccsi por su gran amor, consejos y orientación en mi etapa de emprendimiento.

A mis amigas, hermanas y ahora colegas Sabrina Baldassari Diaz y Andrea Paredes Montero, porque me han acompañado y ayudado, no solo en las aulas, sino en mi vida.

## Resumen

El Perú tiene una alta prevalencia de caries dental y enfermedad periodontal lo que ocasiona pérdida temprana de dientes, y esto ha constituido todo un reto de Salud Pública. Esta situación constituye a su vez una oportunidad de mercado y todo un reto para las empresas que ofrecen servicios odontológicos, ya que éstos deben ser diferenciados. Una opción de tratamiento para el edentulismo son los implantes dentales, que constituyen una opción superior a la de tratamientos restauradores convencionales. Uno de los objetivos es determinar los factores económicos, sociales y médico-psicológicos que influyen en la aceptación de tratamiento con implantes dentales en las clínicas Multident. Para la metodología, se seleccionaron desde la base de datos de Multident a pacientes que habían recibido presupuesto de implantes dentales y habían aceptado el tratamiento y a pacientes que habían recibido presupuesto de implantes dentales y no habían aceptado de tratamiento en el año 2018. Con la lista de dichos pacientes se escogieron al azar 280 historias clínicas de las cuales se obtuvieron los datos necesarios para la investigación. Con la información recopilada se analizaron los datos a través del SPSS 23. Los resultados arrojan que de los pacientes que aceptaron el tratamiento con implantes dentales, el 55% son de sexo femenino, el 60% su edad está comprendida entre los 45 y 70 años, el 47,1% es procedente de distritos de Lima Centro, el 84,3% refiere no tener ningún seguro de salud, el 68% no padece antecedentes médicos de importancia, el 79,3% refiere no haber tenido una experiencia dental traumática previa y el 66,4% no se encuentra conforme con la apariencia general de sus dientes. Tras realizar la prueba de correlación de Spearman se encuentra que existe correlación positiva media entre la variable dependiente “aceptación de tratamiento con implantes dentales” y las variables independientes “factores económicos” ( $r= 0.365$ ) y

“factores médico-psicológicos” ( $r= 0.105$ ), y una correlación positiva débil con “factores sociales” ( $r= 0.063$ ). Se concluye que los factores económicos, sociales y medicopsicológicos influyen en la aceptación del tratamiento con implantes dentales.

Palabras clave: implantes dentales, mercado dental, factores, disposición a pagar.

## Abstract

Peru has a prevalence of dental caries and periodontal disease which causes early tooth loss, this reality has been a Public Health challenge. This situation is in turn a market opportunity and a challenge for companies that offer dental services, to offer since it must be differentiated. A treatment option for edentulism is dental implants, which constitute a superior option to conventional restorative treatments.

One of the objectives is to determine the economic, social and medical-psychological factors that influence the acceptance of dental implant treatment in Multident clinics. For the methodology, patients who had received dental implants budget and had accepted the treatment and patients who had received dental implants budget and had not accepted treatment in 2018 were selected from the Multident database. With the list 280 patients were chosen at random from these patients, from which the necessary data for the investigation were obtained. With the information collected, the data were analyzed through SPSS 23. The results show that of the patients who accepted dental implant treatment, 55% are female, 60% their age is between 45 and 70 years, 47.1% is from districts of Lima Center, 84.3% report having no health insurance, 68% do not have a significant medical history, 79.3% report not having had a traumatic dental experience prior and 66.4% are not satisfied with the general appearance of their teeth. After performing the Spearman correlation test, it is found that there is a positive average correlation between the dependent variable “acceptance of treatment with dental implants” and the independent variables “economic factors” ( $r = 0.365$ ) and “medical-psychological factors” ( $r = 0.105$ ), and a weak positive correlation with “social factors” ( $r = 0.063$ ). It's concluded that economic, social and medical- psychological factors influence the acceptance of dental implant treatment.

Key Words: dental implant, dental market, factors, willingness to pay.

PORTADA	I
DEDICATORIA	II
RESUMEN	III
ABSTRACT	IV
INDICE	VI
INTRODUCCION	1
I. Capítulo I: Planteamiento del estudio.	3
1.1. Descripción de la realidad problemática	3
1.2. Formulación del problema	9
1.3. Objetivos	9
1.3.1. Objetivo general	9
1.3.2. Objetivos específicos	9
1.4. Justificación	10
1.5. Limitaciones de la Investigación	11
II. Capítulo II: Marco Teórico	11
2.1. Antecedentes de la Investigación	11
2.2. Bases teóricas	21
2.2.1. Gestión de Servicios de Salud-Modelo OMS-OPS.	21
2.2.2. Sistema de salud y cobertura sanitaria universal (CSU).	24
2.2.3. Mercadotecnia en salud	26

2.2.4. Salud bucodental	30
2.2.5. Factores que influyen en la aceptación de tratamiento con implantes dentales.	31
2.2.5.1. Factores económicos	32
2.2.5.2. Factores Sociales	34
Edad	35
Distrito	38
Genero	41
Seguro de salud	43
2.2.5.3. Factores Médico-Psicológicos.	48
2.2.5.3.1. Antecedentes médicos.	48
2.2.5.3.2. Antecedentes psicológicos.	51
2.2.6. Implantes dentales	55
2.2.7. Edentulismo	57
2.3. Marco conceptual o glosario de términos	60
Representantes de las ciencias médicas	60
Enfermedades y trastornos bucodentales	69
III. Capitulo III. Metodología de la investigación	72
3.1. Tipo de investigación y diseño de la investigación	72
3.2. Población y muestra	73
3.3. Técnica e Instrumentos de recolección de datos	74
IV. Capitulo IV: Análisis e interpretación de los resultados	75

4.1. Presentación, análisis e interpretación de los datos	75
4.2. Prueba de hipótesis	104
V. Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones.	111
Conclusiones	111
Recomendaciones	114
BIBLIOGRAFIA	116
ANEXOS	125

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de niveles por zonas APEIM 2016 – Lima Metropolitana	40
Tabla 2. IAFAS empresas de seguros registradas en SUSALUD	47
Tabla 3. Presupuesto de implantes dentales	76
Tabla 4. Sexo de los pacientes	76
Tabla 5. Rangos de edad de los pacientes	78
Tabla 6 Procedencia de los pacientes	78
Tabla 7 Seguro del paciente	79
Tabla 8 Forma de captación	80
Tabla 9 Antecedentes médicos	82
Tabla 10 Experiencia dental traumática	83
Tabla 11 Conformidad con la apariencia general de sus dientes	84
Tabla 12 Aceptación de tratamiento con implantes dentales	85
Tabla 13 Presupuesto de los pacientes que aceptaron o no el tratamiento con implantes dentales	86
Tabla 14. Sexo de los pacientes que aceptaron o no el tratamiento con implantes dentales	86
Tabla 15. Edad de los pacientes que aceptaron o no el tratamiento con implantes dentales	87
Tabla 16. Procedencia de los pacientes que aceptaron o no tratamiento con implantes dentales	89
Tabla 17. Seguro de los pacientes que aceptaron o no tratamiento con implantes dentales	91
Tabla 18. Tipo de captación de los pacientes que aceptaron o no el tratamiento con implantes dentales	92

Tabla 19. Antecedentes médicos de los pacientes que aceptaron o no el tratamiento con implantes dentales	94
Tabla 20. Experiencia dental traumática de los pacientes que aceptaron o no tratamiento con implantes dentales	96
Tabla 21. Conformidad con la apariencia general de los dientes de los pacientes que aceptaron tratamiento con implantes dentales	97
Tabla 22. Rho de Spearman entre la aceptación de tratamiento con implantes dentales y el presupuesto	99
Tabla 23. Rho de Spearman entre la aceptación de tratamiento con implantes dentales y el sexo del paciente	99
Tabla 24. Rho de Spearman entre la aceptación de tratamiento con implantes dentales y la edad del paciente	100
Tabla 25. Rho de Spearman entre la aceptación de tratamiento con implantes dentales y el seguro del paciente	101
Tabla 26. Rho de Spearman entre la aceptación de tratamiento con implantes dentales y los antecedentes médicos del paciente	101
Tabla 27. Rho de Spearman entre la aceptación de tratamiento con implantes dentales y la experiencia dental traumática	102
Tabla 28. Rho de Spearman entre la aceptación de tratamiento con implantes dentales y la conformidad de la apariencia general de los dientes	103
Tabla 29. Modelo de regresión lineal múltiple	104
Tabla 30. Rho de Spearman entre las variables independientes y la dependiente	105
Tabla 31. Rho de Spearman entre la aceptación de tratamiento con implantes dentales y el factor psicológico. Modelo construido	107

## INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Perú: Pirámide de población censada, 2007 y 2017.	36
Figura 2. Evolución de los aportes captados según IAFAS EPS. 2010-2014.	46
Figura 3. Sexo de los pacientes.	77
Figura 4. Edad de los pacientes.	78
Figura 5. Distrito de los pacientes.	79
Figura 6. Seguro del paciente.	80
Figura 7. Tipo de captación del paciente.	81
Figura 8. Antecedentes médicos del paciente.	82
Figura 9. Experiencia dental traumática del paciente.	83
Figura 10. Conformidad de la apariencia general de sus dientes.	84
Figura 11. Aceptación de tratamiento con implantes dentales.	85
Figura 12. Sexo de los pacientes que aceptaron o no el tratamiento con implantes d.	87
Figura 13. Edad de los pacientes que aceptaron o no el tratamiento con implantes d.	89
Figura 14. Distrito de los pacientes que aceptaron o no el tratamiento con implantes d.	91
Figura 15. Seguro de los pacientes que aceptaron o no el tratamiento con implantes d.	92
Figura 16. Tipo de captación de pacientes que aceptaron o no el tratamiento con implantes dentales.	94
Figura 17. Antecedentes médicos de pacientes que aceptaron o no el tratamiento con implantes dentales.	95
Figura 18. Experiencia dental traumática de pacientes que aceptaron o no el tratamiento con implantes dentales.	97
Figura 19. Conformidad de pacientes que aceptaron o no el tratamiento con implantes dentales.	98

## Introducción

Perú es uno de los países de Latinoamérica que tiene mayor incidencia y prevalencia de caries dental y enfermedades periodontal, principales causas de la pérdida de dientes. Lamentablemente, no existe un estudio epidemiológico sobre el edentulismo.

El Estado, desde su rol paternalista, debería abordar la problemática desde la prevención de la enfermedad y la promoción de salud bucal hasta la rehabilitación de los discapacitados bucales. Sin embargo, los esfuerzos desplegados desde el Ministerio de Salud en Políticas de Salud Bucal han sido minúsculos y con pobres repercusiones a nivel nacional. Por ejemplo, las instituciones públicas o del seguro social no les dan cobertura a los tratamientos de rehabilitación oral por sus altos costos, por lo que las instituciones privadas cubren dicha necesidad. De esta manera, ofrecen nuevas alternativas de tratamientos rehabilitadores para los pacientes, uno de ellos son los implantes dentales. Desde el punto de vista clínico, los implantes dentales son considerados la mejor opción rehabilitadora ante la pérdida de dientes; sin embargo, esta opción aún no se encuentra muy difundida entre la población peruana, por lo que es considerada como “complicada” y “costosa”. No obstante, ésta no lo es, los costos en los que se incurren al realizar un tratamiento con implantes dentales representan aproximadamente el 8% del precio final; es así que el margen de utilidad por cada tratamiento es muy alto, volviéndose para las empresas odontológicas un servicio muy atractivo de vender.

De esta forma, la economía de mercado, que se rige por la oferta y la demanda, obliga a las empresas odontológicas a brindar un servicio competitivo, acorde a las necesidades del mercado, he ahí la importancia de conocer las principales causas o motivaciones del paciente que acepta o rechaza un tratamiento necesario para él.

En el presente estudio se ha investigado los factores relacionados con la decisión de aceptar o no el tratamiento con implantes dentales: económicos, sociales y médico-

psicológicos, y cuál es la repercusión de cada uno de ellas. Ya que conociendo la motivación de los pacientes que optan o no por tratarse con implantes dentales, se pueden elaborar estrategias que ayuden al crecimiento de este servicio, pudiendo lograr convertirlo de un producto interrogante, a un producto estrella.

La metodología que se utilizó fue la revisión de historias clínicas de pacientes que habían aceptado y no habían aceptado el tratamiento con implantes dentales. Para ello se definieron variables que nos ayudaron a medir cada uno de los factores a estudiar; por ejemplo, para medir el factor social, utilizamos las variables edad, lugar de residencia, género, seguro de salud; para medir factor económico, el presupuesto de los implantes dentales; factor médico psicológico, antecedentes de salud, satisfacción con su sonrisa, antecedentes psicológicos. Cada uno de estos factores son detallados en el marco teórico.

La presente tesis está conformada por 4 capítulos, el primero en el que se desarrolla el planteamiento del problema, hipótesis, objetivos y justificación de la investigación. En el segundo capítulo se desarrolla el marco teórico donde se detallan los antecedentes de la investigación en la que dieron pie a la investigación y las bases teóricas que fundamentan la misma. En el capítulo tres se aborda la metodología que se empleó, tipo y diseño de investigación y la técnica de recolección de datos, así mismo en el cuarto capítulo se desarrolla el análisis y la interpretación de los resultados y finalmente en el quinto capítulo analizamos las conclusiones y recomendaciones que arroja la investigación.

## Capítulo I: Planteamiento del estudio

### 1.1. Descripción de la realidad problemática

La Organización Mundial de la Salud (2012) define la salud bucodental la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (encías y hueso), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial.

La salud bucal en el Perú, puede ser medida a través de los dos últimos estudios epidemiológicos, el primero es de 1990 que encontró una prevalencia de enfermedad periodontal del 85% y una prevalencia de caries dental del 95%. El índice CPO-D (Nivel de severidad de prevalencia de caries) en niños de 12 años era de 7 (muy alto). El estudio epidemiológico de 2001-2002, encontró que la enfermedad periodontal tenía el 72% de prevalencia en gestantes y de caries dental del 82% en niños de 12 años. El índice CPO-D en gestantes era de 8.5 (muy alto) y en niños CPOD-12 de 5.8 (moderado) (MINSA, 2005).

De acuerdo a lo expuesto, Perú es uno de los países con más alta prevalencia de caries y enfermedad periodontal, principales causas de la pérdida de dientes. Esto ha convertido al país, en un lugar donde habitan personas desdentadas o edéntulas. El 30% de los peruanos comprendidos entre los 60 y 75 años no tienen dientes, generando esto problemas psicológicos y sociales. (Nonajulca, 2006)

Los implantes surgen como una opción innovadora de rehabilitación de personas desdentadas, éstos son dispositivos innovadores que sirven como anclaje del diente replazante, éstos fueron descubiertos por casualidad y aunque requirió de años de investigación para poder utilizarse en humanos, su aplicación ha revolucionado la restauración dental, pues le ha dado una segunda oportunidad a aquellas personas que han perdido sus piezas dentales. En 1985 la Asociación Dental Americana (ADA) dio su aprobación

provisional para la comercialización de los implantes, instrumental e insumos del sistema Branemark en los Estados Unidos. Actualmente, muchas empresas están aprovechando las oportunidades de crecimiento que ofrece el mercado de implantes dentales, tanto en países desarrollados (EE. UU.) como en mercados emergentes, mediante el lanzamiento de productos con características superiores.

Existen grandes compañías de talla internacional que poseen importante market share en el mercado mundial de implantes dentales. Straumann es el líder del mercado mundial de implantes dentales con una mayor participación, tiene una fuerte plataforma de productos estándares y 'premium' de gama alta. La fuerte presencia de Straumann en el mercado también se puede atribuir a su expansión geográfica en mercados clave, incluidos Brasil, Rusia, China e India. La adquisición de Neodent jugó un papel decisivo para aumentar su cuota de mercado en Brasil y también ha mejorado su alcance a otros mercados americanos. (GBI Reserch, 2013)

El mercado global de implantes dentales alcanzará en el 2028 los 5.900 millones de dólares y tendrá un crecimiento progresivo que se situará en el 4,9% anual. Este estudio también revela, que, Asia Pacífico será una de las regiones que registrará un crecimiento más rápido, con un 6,4% anual entre 2018 y 2028, seguido por Norteamérica y Sudamérica con 4,5% y 4,9% respectivamente. (Global Data, 2018)

La demanda de implantes dentales en Perú hasta el 2013 se incrementó en un 60%, la mejora de la situación económica, el conocimiento de la salud oral en el país y factores sociodemográficos como el incremento de la longevidad y esperanza de vida nos muestran un mercado nacional por explotar y un panorama muy alentador en lo que a demanda de implantes concierne. Sin embargo, la demanda real actual, es una de las más bajas a nivel latinoamericano, lo que nos lleva a analizar los involucrados en este mercado.

El crecimiento también es atribuido al incremento de público consciente que da mayor

énfasis a la buena higiene y cuidado personal, esto se refleja en el mercado peruano ya que los cosméticos y productos de higiene personal están pronosticados a crecer hasta en 8% este 2018. (Castro, 2018)

La higiene oral está estrechamente relacionada con una buena salud y la buena salud está relacionada a su vez con la calidad de vida, y ésta con la habilidad para masticar frutas, vegetales y otros alimentos sólidos. Las dentaduras convencionales y los puentes ya no son adecuados en términos de función, confortabilidad y estética. La disconformidad y la deterioración asociada con dentaduras convencionales han alentado a la población a explorar nuevas opciones. Futuramente, los ingresos disponibles serán incrementados en la población y serán gastados en lograr una salud oral óptima. (Dental economics, 2000)

El aumento de la esperanza de vida genera también una mayor expectativa de demanda de implantes dentales, una población cada vez más anciana está requiriendo estos servicios. Simplificar cirugías, una mayor conciencia del paciente y los avances tecnológicos a su vez impulsarán el crecimiento del mercado de implantes dentales. Adicionalmente a esto, nos encontramos en la etapa en que la generación de baby boomers (nacidos entre los 50' y 60') que vivieron su niñez y juventud con una odontología mutiladora, ha comenzado a entrar al grupo de los pacientes adultos mayores edéntulos, por lo que se convierten en una fuente importante para una potencial cartera de pacientes. (GBI Reserch, 2013)

La fase inicial de fabricación de los implantes dentales es un proceso costoso que requiere profesionales especializados, el tiempo de recuperación de la inversión inicial es entre los 5 a 10 años, por lo que podemos concluir que las primeras compañías de implantes como Straumman y Neodent ya han recuperado la inversión inicial mencionada. Cuando el titanio logra alcanzar su forma final, se llevan a cabo operaciones de esterilización, control, descontaminación y de acondicionamiento, además se cada proceso debe cumplir con la normativa sanitaria mundial y del lugar de producción. Es importante resaltar que,

actualmente, los costos reales de fabricación son mínimos en comparación a los de los últimos años, llegando a costar hasta 20 dólares. Por lo que su costo final se ve influido en gran parte por el trabajo de Marketing y el programa de recompensas brindado por la casa de implantes. (GBI Reserch, 2013)

El precio de un implante standard en el mercado peruano oscila entre los 500 y 1500 dólares, dependiendo del riesgo que supone la operación de implantes, estos precios tienden a aumentar o disminuir, también influye la zona donde se oferta el servicio, la preparación del profesional, la implementación del consultorio, entre otros. Encima de los implantes es necesario colocar una prótesis dental, lo cual incrementa el precio final del tratamiento completo que el paciente debe pagar. La colocación de un implante dental, así como la realización de una prótesis dental en cerámica cuesta aproximadamente en el mercado peruano entre 300 a 500 dólares. Si comparamos estos costos con los de los últimos 15 años, podemos constatar que el precio ha disminuido considerablemente. Sin embargo, existen países como Francia en donde el costo del tratamiento no es el factor más importante a la hora de escoger un servicio de salud, el consumidor francés se siente motivado por el gusto del bienestar y la estética del tratamiento que tome. El costo de la colocación de un implante dental en ese país oscila entre los 1710 y los 2795 euros, siempre y cuando no se trata de una cirugía de implantes convencional. (Instituto Español de Comercio Exterior, 2005)

Si en Perú, las tarifas de implantes dentales son mucho menores a las que se cobran en países desarrollados, no quiere decir necesariamente, que la calidad de los implantes sea inferior ya que en el precio de esta cirugía influyen muchos otros factores, además del precio del propio implante. La aceptación del mismo va a estar influenciado de manera importante por el contexto histórico, cultural y económico del país en donde se encuentre localizado el paciente.

En Perú, la ciudad que mayor demanda de implantes dentales tiene es Lima metropolitana,

para comenzar el análisis se debe tomar en cuenta la forma como está distribuida la pirámide poblacional en el Perú para relacionarla con la demanda de servicios odontológicos de cada grupo etario. Se realizó un estudio entre la demanda de servicios odontológicos y los grupos etarios, a partir de la Encuesta Nacional de Hogares sobre condiciones de vida y pobreza del año 2016 (ENAHO). Concluyeron que la niñez (6 a 11 años) fue la etapa de vida que más utilizó el servicio odontológico, mientras que en la pirámide poblacional éste es el grupo poblacional que ha tenido menor crecimiento. Contrariamente, la vejez, a partir de los 60 años a más, fueron los que menos acudieron, mientras que en la pirámide poblacional son los que mayor tasa de crecimiento presentan. (Álvarez García, Córdova Malca, & Esparza Cancino, 2018)

Los hallazgos mostraron una disminución progresiva del uso del servicio odontológico según aumenta la edad a partir de la niñez. Así mismo, el sexo femenino fue el que más acude al servicio odontológico.

Analizar los factores determinantes para la decisión de compra del servicio de salud de implantes dentales, involucra el estudio de la Mercadotecnia sanitaria en la que se valora la perspectiva del usuario, sus necesidades, preferencias, deseos y expectativas en materia de salud.

De acuerdo a Avedis Donabedian (2001), el proceso de atención médica se piensa como dos cadenas de actividades en las que participan el prestador de la atención y el paciente, dicha actividad surge como respuesta a una necesidad de salud. Cuando se ha percibido una alteración de la salud, se inicia la búsqueda de un personal médico, en este proceso pueden intervenir la familia, los amigos, fuentes digitales como internet. Una vez establecido quien será nuestro personal médico, éste fija actividades como el diagnóstico y terapéutica. Los dos ejes principales del proceso de atención médica, el comportamiento del paciente y del personal médico, convergen en la materialización del servicio de salud, esto quiere decir que el servicio

va a aliviar la causa que lo origino, por ello se le considera como un proceso circular. Aunque es posible que no se logre eliminar o disminuir la necesidad o haya un error en la terapéutica, la necesidad de salud se podría volver más intensa o se podría crear una nueva. Es así que, se puede afirmar que la utilización de los servicios de salud puede definirse como el proceso que pone en contacto a la población y el personal de salud, con el objeto de satisfacer una necesidad de salud. El proceso de atención está compuesto por 1) necesidad de atención, 2) deseo de atención, 3) búsqueda de atención, 4) inicio de atención, y, 5) continuación de la atención.

Así mismo, existen modelos que explican la motivación de tomar un servicio de salud:

- Epidemiológico, que parte del concepto de necesidades de salud de la población.
- Sociales: enfocados básicamente al sexo, la edad y nivel socioeconómico que tengan las personas sobre la salud.
- Económicos.
- Psicosociales.

Todos ellos han intentado explicar la utilización de los servicios de salud dependiendo de la etapa del proceso de compra.

## **1.2. Formulación del problema.**

De acuerdo a la descripción de la realidad problemática se plantea el problema:

¿Los factores económicos, sociales y médico-psicológicos influyen en la aceptación de tratamiento con implantes dentales en las clínicas Multident en Lima en el año 2018?

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1. Objetivo general.**

Determinar los factores económicos, sociales y médico-psicológicos influyen en la aceptación de tratamiento con implantes dentales en las clínicas Multident en el

2018.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

1. Determinar los factores económicos que influyen en la aceptación de tratamiento con implantes dentales en las clínicas Multident en el 2018.
2. Determinar los factores sociales que influyen en la aceptación de tratamiento con implantes dentales en las clínicas Multident en el 2018.
3. Determinar los factores médico-psicológicos que influyen en la aceptación de tratamiento con implantes dentales en las clínicas Multident en el 2018.

### **1.4. Justificación.**

Al ser nuestro país, un país de personas sin dientes, por la alta prevalencia de enfermedades bucales como la caries y la enfermedad periodontal, la Odontología contemporánea se ha visto en la necesidad de innovar en procedimientos de sustitución de piezas dentarias perdidas por dichas enfermedades. Dentro de ellas, la mejor opción son los implantes dentales ya que estos pueden funcionar de forma muy similar a las piezas naturales faltantes. Los beneficios que éstos otorgan son la facilidad para triturar alimentos, hablar y besar con seguridad, además de brindar mayor y mejor estética.

Como justificación técnica, podemos plantear que el mercado de implantes dentales en el Perú es incipiente por lo que las empresas dedicadas al rubro odontológico aún se encuentran con la problemática de como ofrecer este producto y cuales son aquellos factores que influyen directamente en la elección de este tratamiento, es por esto que en la presente investigación se estudió cuáles son los factores influyentes en la toma de dicha decisión. Con esto se puede aportar a mejorar las estrategias de marketing y de ventas de empresas que ofrecen el servicio de implantes dentales, ya que los profesionales pueden rebatir los “no” de los pacientes, con fundamentos de por qué rechazan el tratamiento.

Para poder recopilar la información de la muestra, la investigación se ha basado en el registro clínico más confiable y fidedigno en salud: la historia clínica. El mismo ente máximo en salud, Ministerio de Salud, avala el uso de la historia clínica como fuente de información para investigaciones relacionadas al rubro, y esto se consigna en la NTS N° 139 MINSA/2018/DGAIN.

Como justificación práctica, podemos decir que la producción científica en el ámbito administrativo de la odontología es incipiente aún, se deben seguir fomentando investigaciones de este tipo ya que a través de éstas se mejorará el servicio de salud que actualmente se brinda. Solo a través de evidencia se pueden implementar cambios realmente significativos.

Al poder acceder a un registro previamente llenado, se facilita la recopilación de la información, la misma que es fidedigna a la realidad del paciente, haciendo viable la investigación.

## **1.5. Formulación de las hipótesis**

### **1.5.1. Hipótesis general**

Los factores económicos, sociales y psicológicos influyen significativamente en la aceptación de tratamiento con implantes dentales en las clínicas Multident en el 2018.

### **1.5.2. Hipótesis específicas**

1. Los factores económicos influyen significativamente en la aceptación de tratamiento con implantes dentales en las clínicas Multident en el 2018.
2. Los factores sociales influyen significativamente en la aceptación de tratamiento con implantes dentales en las clínicas Multident en el 2018.
3. Los factores médico-psicológicos influyen significativamente en la aceptación de tratamiento con implantes dentales en las clínicas Multident en el 2018.

## Capítulo II: Marco teórico

### 2.1. Antecedentes de la Investigación

Los profesionales de salud se encuentran en la búsqueda constante de tratamientos más efectivos para tratar las diversas patologías existentes, este es el caso de los implantes dentales, surgen tras la necesidad de reemplazar dientes ausentes. Diversas investigaciones han surgido a partir de esta hipótesis, sin embargo, gran parte de éstas están basadas en investigaciones clínicas, mas no en la mejora del servicio en su totalidad. Los estudios desarrollados en esta materia buscaron analizar cuáles son los factores influyentes para que un paciente optara por el tratamiento de implantes dentales, entre estos surgió los distintos tipos de miedo, nivel de conocimiento, satisfacción, expectativa y costo del tratamiento.

La presente investigación está basada, en gran proporción, en antecedentes internacionales, las que en su mayoría pertenecen a países asiáticos y de medio oriente, ya que es ahí donde más se ha desarrollado el servicio de implantes dentales:

El DDS Jhordan Nemes (2007) en **Canadá** publicó su tesis de maestría titulada “*Fear of dental implants among edentulous patients, Faculty of Dentistry, McGill University*” la misma que tuvo como **objetivo** descubrir y explicar las diversas formas y fuentes de miedo relacionadas con implantes dentales en pacientes edéntulos. Empleo una **metodología** con diseño cualitativo, descriptivo y transversal, en el que se utilizó una muestra de 80 participantes edéntulos / semi- edéntulos. Se realizaron entrevistas individuales, las cuales abarcaron las razones para el rechazo de implantes dentales, sin embargo, el instrumento que se utilizó solo está basado en el miedo al procedimiento. Los **resultados** arrojaron que la edad promedio de los participantes fue de 69 años, siendo el participante más joven 35 años y el participante mayor 85 años y la proporción entre mujeres y hombres fue de 1:1. Se identificaron tres categorías principales de miedo relacionado con los implantes dentales entre los 8 participantes. Estas categorías generales incluyen: 1) miedo a la cirugía de implantes

dentales; 2) miedo al período de recuperación posterior a la cirugía de implantes dentales; y 3) miedos diversos. Además, cuatro fuentes principales de miedo relacionado con los implantes dentales fueron descubiertas: 1) experiencias negativas pasadas en el dentista; 2) "Historias de terror" de cirugía de implantes; 3) tener relativamente poco conocimiento de implantes dentales; y 4) pobre relación dentista-paciente. **Concluyeron** que las innumerables formas de miedo relacionado con los implantes dentales pueden desempeñar un papel influyente en la renuencia de una persona desdentada a someterse a una cirugía de implantes dentales. Además, este estudio describió las diferentes fuentes de miedo relacionado con los implantes dentales. Estas fuentes consistieron en experiencias negativas pasadas en el dentista, "historias de terror" de la cirugía de implantes dentales, tener relativamente poco conocimiento de los implantes dentales y una mala relación dentista-paciente.

El DDS PhD Bernhard Pommer, (2011) en **Austria** realizó una investigación denominada *El progreso y las tendencias en la mentalidad de los pacientes sobre los implantes dentales*, cuyo **objetivo** era conocer sobre los avances y tendencias en la mentalidad de los pacientes sobre los implantes dentales. La **metodología** tuvo un diseño cualitativo, descriptivo y transversal; la muestra incluyó 1000 pacientes y se les aplicó un cuestionario de 19 ítems sobre el nivel y las fuentes de información sobre los implantes dentales, así como sobre la necesidad subjetiva y objetiva de la información del paciente. Los **resultados** arrojaron que, la tasa de conciencia del implante de los pacientes fue del 79%, tres cuartas partes confiaron en sus dentistas para obtener información sobre implantes dentales, mientras que una cuarta parte recurrió a los medios. El deseo de los pacientes de realizar restauraciones de implantes de alta calidad fue mayor, sin embargo, la mayoría consideró que solo los especialistas deberían realizar la implantología. La tasa de aceptación del implante fue del 56%, mientras que el 23% de los entrevistados rechazaron decididamente el tratamiento con implantes. Solo el 5% se sometieron a un tratamiento con implantes y el 22% informó conocer

a alguien con implantes. Los costos estimados del tratamiento con implantes fueron significativamente más altos, los puntajes de satisfacción fueron significativamente más altos entre los entrevistados que usaban rehabilitaciones soportadas por implantes en comparación con aquellos con prótesis convencionales fijas o removibles. **Concluyeron** que los dentistas siguen siendo la fuente principal de información del paciente, pero arroja dudas sobre la calidad de su trabajo de relaciones públicas. Los dentistas deben mejorar las estrategias de comunicación para proporcionar a sus pacientes información comprensible y legalmente sostenible sobre los implantes dentales y salvar las brechas de información en el futuro. Ni la aceptación del implante ni la prevalencia del implante en la población austríaca demostraron tendencias al alza.

El DDS Bishi Al Garni (2012) en **Arabia Saudita** realizó un artículo de revisión denominado "*Factors affecting the willingness to pay for implants: A study of patients in Riyadh, Saudi Arabia*" cuyo **objetivo** fue investigar los factores que afectan la disposición a pagar (DAP) por los implantes en pacientes que asisten a una clínica privada y compararlos con los que asisten a una pública. La **metodología** incluyó un diseño observacional, transversal y comparativo, en donde la muestra fueron 100 pacientes (38 hombres, 62 mujeres) que tenían uno o más dientes perdidos se presentaron con diferentes escenarios de costo-beneficio y luego se les preguntó si estaban dispuestos a pagar el costo medio de un solo implante en la ciudad de Riad. El precio promedio de la DPA se comparó utilizando ANOVA con los factores que posiblemente podrían influir en la DAP de los pacientes. De las 100 personas encuestadas, el 67% dijo que estaría dispuesto a pagar el precio mediano por la colocación de un implante. Una comparación de los factores sociodemográficos mostró que se encontraron diferencias significativas entre el sexo, los grupos de ingresos con el precio medio de la DAP de los pacientes ( $P < 0,05$ ). También se encontró que hubo una diferencia significativa en la media del precio de la DAP entre los grupos con respecto al área del diente

faltante, la percepción de la salud oral de los pacientes y su deseo de querer un implante ( $P < 0.05$ ). Como **conclusión**, la mayoría de los pacientes encuestados estaban dispuestos a pagar el precio medio de un implante. La disposición a pagar es una variable multifactorial que está significativamente influenciada por los ingresos del paciente, el entorno de la clínica y el género; el factor más significativo es la aceptabilidad del implante para el paciente.

La MDS Shivani Kohli (2014) en **Malasia** realizó un estudio que lleva por título “*Public knowledge and acceptance of dental implant treatment in Malaysian Population*” en el departamento de Prosthodontia de MAHSA University. El **objetivo** era evaluar la conciencia del paciente, fuente de información y aceptación de los implantes dentales como una modalidad de tratamiento para el reemplazo de dientes perdidos entre la población malaya. La **metodología** incluyó un diseño descriptivo, observacional y transversal en el que se utilizó una encuesta a nivel nacional entre los pacientes que visitaban varias clínicas dentales públicas y privadas utilizando un cuestionario auto explicativo. Los **resultados** del estudio fueron que, entre las 1013 respuestas, 772 conocían el tratamiento de implantes dentales, el 81% de los encuestados que sabían que los implantes dentales se pueden utilizar para reemplazar los dientes faltantes, el 19.5% optó por no recibir tratamiento con implantes dentales, alrededor del 81.8% de los encuestados expresaron que el tratamiento con implantes dentales era inaccesible. El estudio **concluyó** que el 76.2% de la población de Malasia conocía implantes dentales como tratamiento y comprendía la finalidad del mismo, sin embargo, la mayor parte de ellos no podía costearlo.

La MDS JieYao (2014) en **China** realizó una revisión sistemática denominado “*Patients’ expectations to dental implant: a systematic review of the literatura*” en la Facultad de Odontología de la *Hong Kong University*. El **objetivo** fue examinar la literatura actual sobre el impacto de las expectativas de los pacientes sobre los resultados del tratamiento o satisfacción final del paciente e identificar los marcos teóricos, diseños de estudio e

instrumentos de medición que se han empleado para evaluar las expectativas de los pacientes dentro de la odontología de implantes. Como **metodología** incluyo un diseño descriptivo, se realizó una búsqueda bibliográfica estructurada de cuatro bases de datos Pubmed, Cochrane, Web of Science y PsychINFO. La búsqueda inicial arrojó 16 707 estudios, de los cuales 1051 'estudios potencialmente efectivos' fueron más evaluados y finalmente 41 'estudios efectivos' se incluyeron [Kappa = 0,76]. Diez estudios observacionales, publicados a partir de 1999 a 2013, trató específicamente las expectativas de los implantes dentales. Entre los 10 estudios, 8 se clasificaron como investigación cuantitativa y 2 como investigación cualitativa. La calidad STROBE de las puntuaciones de los informes de los estudios varió de 13.5 a 18.0. Se concluye que existe un interés creciente en las expectativas de los pacientes con implantes dentales. La mayoría de los estudios son cruzados de naturaleza seccional y la calidad de los informes varía considerablemente. Expectativas con respecto a la estética y la función son atributos clave considerados. El uso de escalas analógicas visuales (EAV) proporciona evaluaciones cuantitativas de las expectativas de los pacientes, pero la falta de estandarización de las medidas no permite los metaanálisis.

El DDS PhD Guihua Wang (2015) en **China**, realizo un estudio cualitativo que llevo por título *Public perceptions of dental implants: a qualitative study* en *The Kadoorie Institute*, sobre las percepciones del público acerca de los implantes dentales, el **objetivo** fue evaluar la adquisición de información, sus percepciones sobre los implantes dentales y los efectos de estos en su búsqueda de atención y toma de decisiones. La **metodología** incluyo un diseño descriptivo, observacional y transversal, se reclutó una muestra de 28 adultos para unir seis grupos focales. Los criterios de inclusión son personas de 35 a 64 años de edad, que nunca hayan estado relacionados con trabajos dentales, tener al menos un diente perdido y haber oído hablar de implantes dentales, pero nunca haber recibido el tratamiento ni consultas dentales sobre lo mencionado. Cada grupo de enfoque comprendió 4-5 participantes y duró por 40-60

min (50 min en promedio). Los participantes adquirieron información sobre implantes dentales a través de diversos medios, como paneles de información para pacientes, anuncios impresos, redes sociales y conexiones personales. Se **concluyó** que la mayor parte de la muestra esperaba que los implantes dentales restauraran la apariencia, las funciones y el aspecto de los pacientes calidad de vida a la normalidad absoluta. Consideraron los implantes dentales como una panacea para todos los casos de dientes perdidos, sobreestimaron sus funciones y longevidad, y subestimaron la experiencia necesaria para llevar a cabo los procedimientos clínicos. Fueron disuadidos de buscar tratamiento de implantes dentales por el alto precio, procedimientos invasivos, riesgos y complicaciones.

El DDS Shanu Rani (2017) en **India** realizó un estudio descriptivo con el título *Quantitative Estimation and Evaluation of Existing Knowledge, Attitude and Awareness among Patients about Execution of Dental Implants: A Questionnaire Based Original Study*. El estudio tiene como **objetivo** averiguar el nivel de conocimiento, estado de ánimo y actitud de los pacientes hacia los implantes dentales. La **metodología** incluyó un diseño descriptivo, observacional y transversal, se realizó en 360 pacientes de los departamentos de Prostodoncia y Cirugía Oral y Maxilofacial. Las encuestas se les dieron a los pacientes en medio de sus visitas dentales estándar. Todos los encuestados fueron educados sobre los puntos y objetivos de la investigación. Los resultados arrojaron que de los 360 sujetos que obtuvieron alguna información sobre el aprendizaje y comportamiento acerca de los implantes, el 47.3% conocía acerca de los implantes como una metodología de tratamiento y los odontólogos fue la fuente fundamental de datos. Los motivos por los cuales los pacientes no optaban por implantes dentales fueron: 42,6% por costos elevados, 22,4% por tiempo largo de tratamiento 15,7% por miedo, 9,5% por que implica cirugía, 9,8% por falta de información. Como **conclusión** podemos decir que la mitad de la población conocía acerca de implantes dentales y lo reconocía como una opción de tratamiento para suplantar dientes perdidos. La mayor parte de

los pacientes observo que el tratamiento con implantes dentales es excesivamente caro, pero estaban interesados en conocer más acerca del procedimiento

El PhD Omid Fakheran Esfahani (2016) en Iran, presentó el artículo de revisión cuyo título fue *Awareness and knowledge of patients toward dental implants as an option in replacing missing teeth: A survey in Kerman, Iran*, que se realizó con el **objetivo** de evaluar el nivel, las fuentes y la calidad de la información sobre el tratamiento con implantes como una opción para el reemplazo de dientes perdidos. La **metodología** incluyo un diseño descriptivo, observacional y transversal, se utilizó un cuestionario estandarizado autoadministrado de respuesta cerrada, los cuestionarios se distribuyeron entre los sujetos durante sus visitas dentales regulares en el departamento de Periodoncia de la Escuela de Odontología de Isfahan University of Medical Sciences, Iran. Los **resultados** mostraron que de los 305 pacientes el 76.7% de los sujetos había escuchado acerca del implante dental como una modalidad de tratamiento. En cuanto a los implantes dentales, los dentistas fueron la principal fuente de información (40,7%), seguidos de los familiares y amigos (17,0%). La falta de conocimiento preciso sobre la terapia de implante fue el principal factor que impidió a los sujetos elegir este tipo de tratamiento en el 35,7% de los sujetos y el alto costo del procedimiento de implante (31,5%) fue el segundo obstáculo. En cuanto a la opinión de los sujetos sobre la calidad de la terapia de implantes, el 73.1% de los sujetos indicaron "excelente" o "bueno" y solo el 14.1% de ellos mencionaron la opción "pobre" o "muy mala". Como **conclusión**, la mayoría de los participantes conocían los implantes dentales como una opción para reemplazar los dientes perdidos. También mostró el importante papel de los dentistas en la provisión de información precisa para los pacientes sobre esta opción de tratamiento.

El DDS Jie Yao (2017), en **China** realizo un estudio denominado *What do patients expect from treatment with Dental Implants? Perceptions, expectations and misconceptions: a multicenter study*, que abarca el estudio de las expectativas de los pacientes ante el tratamiento

con implantes dentales. El **objetivo** de este estudio transversal fue conocer el nivel de información inicial de los pacientes, las percepciones, así como las expectativas de la terapia con implantes. La **metodología** incluyó un diseño descriptivo, observacional y transversal, se desarrolló un cuestionario de 34 ítems para investigar la información preoperatoria de los pacientes, las percepciones y las expectativas del tratamiento con implantes dentales. El estudio se realizó en tres lugares (Hong Kong, SiChuan y JiangSu) durante 2014-2015 con 277 pacientes. Los resultados fueron que la principal fuente de información sobre la terapia de implantes fue el dentista o higienista de menos de la mitad de los pacientes ( $n = 113$ , 42%). Alrededor del 62.8% de los participantes consideraron que estaban informados en general sobre los implantes, pero solo el 17.7% se sentían seguros con la información que tenían. Más del 30% de la muestra pareció mantener percepciones erróneas y peligrosas sobre los implantes dentales. El 52.7% de los pacientes aseguran que los implantes dentales son tan funcionales como los dientes naturales". Las expectativas del resultado del tratamiento fueron comúnmente altas, mientras que hubo una correlación significativa entre la media general de las puntuaciones de percepción y las puntuaciones de expectativas de resultado ( $r = 0,32$ ,  $P < 0,001$ ). En general, las personas más jóvenes (<45 años) y aquellas con un nivel educativo más alto (licenciatura y postgrado) tendían a presentar percepciones más realistas y expectativas de resultados más bajas. Como **conclusión**, la mayoría de los pacientes en este estudio presentaron percepciones relativamente realistas. Sin embargo, una parte alarmante de la muestra presentó percepciones imprecisas y expectativas poco realistas, que el equipo dental necesitaría diagnosticar y corregir antes de iniciar el tratamiento con implantes.

El MMedSci Shane MacCrea (2017) en **Reino Unido**, publicó un artículo de revisión titulado *An Analysis of Patient Perceptions and Expectations to Dental Implants: Is There a Significant Effect on Long-Term Satisfaction Levels?*, el **objetivo** fue analizar las percepciones y expectativas del paciente sobre la colocación de implantes dentales y su reconstrucción

protésica, para luego considerar si tienen un efecto sobre los niveles de satisfacción a largo plazo. La **metodología** incluyó un diseño descriptivo, observacional y transversal, se realizó un cuestionario de finalización para averiguar si la satisfacción del paciente está influenciada por la edad y / o el sexo, si tiene un efecto en los niveles de autoconfianza del paciente, si contribuye a aumentar los niveles de higiene oral, si proporciona una mayor comprensión de los niveles promedio de dolor durante y después de la intervención quirúrgica o si influye en una mejor aceptación de la cirugía de implantes dentales. Y luego, si existen relaciones entre cualquiera de estos factores. 182 pacientes consecutivos completaron la encuesta: 68 varones y 114 mujeres (edad media 64,68 años  $\pm$  11,23 SD); el número promedio de meses desde que se completó el tratamiento fue de 37.4 (hombres) y 62.6 (mujeres). Existe una relación significativa entre la calificación de comodidad y "qué tan bien informado" estaba el paciente ( $p = 0.015$ ). Existe una relación significativamente positiva entre "considerar los implantes dentales en el futuro" y "la experiencia en general" ( $p = 0,001$ ). Existe una relación significativamente positiva entre "satisfacción general con la apariencia" y "satisfacción con la comodidad" ( $p = 0.011$ ). Existe una relación significativa entre "satisfacción general con la apariencia", "satisfacción con la comodidad" y "satisfacción general con la experiencia" ( $p = 0,001$ ). Los resultados amplifican la necesidad de transmitir información lógica y veraz a los pacientes cuando se está considerando el tratamiento con implantes dentales. El paciente completamente informado tendrá expectativas realistas que conducen a altos grados de satisfacción.

El DDS Shawqi Al-Hashemi (2017) en **Irán** realizó un estudio denominado *Evaluation of satisfaction of patients with dental implant in Kerman city* cuyo **objetivo** fue evaluar la satisfacción de pacientes con implantes dentales, la muestra fue de 49 pacientes y el estudio fue realizado en pacientes que tenían implantes con prótesis al menos durante dos meses. La **metodología** incluyó un diseño descriptivo, observacional y transversal, para evaluar la actitud

de estos pacientes utilizó un cuestionario con 12 preguntas cerradas y 2 abiertas sobre el habla, masticación de alimentos, estética, costo del tratamiento, tiempo entre la cirugía y los procedimientos protésicos, conocimiento antes del implante, alcance a las expectativas deseadas, entre otros. En **conclusión**, los pacientes estaban satisfechos con los implantes dentales a un alto nivel. El factor que más influyó en la satisfacción de los pacientes fue la sensación natural para los implantes y el factor más importante para la no satisfacción fue el largo período de tratamiento. Se encontró una relación significativa entre la edad, el sexo, el número de implantes, la ubicación del implante en la boca, el tiempo transcurrido después de la implantación y la satisfacción de los pacientes.

El MDS Anoop Mayya (2018) en **India** realizó una investigación denominada *Knowledge and Awareness of Dental Implants as a Treatment Choice in Adult Population in South India: A Hospital-based Study* en *Faculty of Dentistry, Melaka Manipal Medical College, Manipal University, Manipal, Karnataka, India*. El **objetivo** fue averiguar el conocimiento y conciencia de la población adulta del sur de India sobre los implantes dentales como una opción de tratamiento. La **metodología** incluyó un diseño descriptivo, observacional y transversal. Realizó un cuestionario de 13 preguntas cerradas en el departamento de prostodoncia, entrevistó a un total de 242 participantes para recopilar los datos requeridos. Los **resultados** fueron que solo el 17.8% de la población con dientes perdidos tenía conocimiento sobre tratamientos dentales implantes como una opción de tratamiento. Para el 69.8% de la población, la fuente de información con respecto a las opciones de prótesis fue a través de amigos y familiares, y para el 28.1%, fue de dentistas. El porcentaje fue significativamente mayor entre los hombres ( $P = 0.024$ ) y entre aquellos cuya educación nivel fue graduación y superior ( $P < 0.001$ ). Este estudio mostró que el conocimiento y la conciencia sobre los implantes dentales era inquietantemente baja. Los pacientes tenían un mínimo y conocimiento superficial sobre opciones protésicas. Se enfatiza la necesidad de conducir e implementar

diversas campañas de concienciación pública y establecer centros de asesoramiento.

## **2.2. Bases teóricas**

### ***2.2.1. Gestión de Servicios de Salud-Modelo OMS-OPS.***

Actualmente el objetivo de la gestión de servicios de salud es el cuidado continuo, integral e integrado de la salud de la población, orientado a la eficiencia con eficiencia y calidad de atención. Para esto los gestores deben enfrentar a diario una serie de retos, los mismos que se describirían a continuación.

Los efectos negativos de la segmentación del sistema y la fragmentación de los servicios de salud, como en nuestro país y en muchos países de Latinoamérica, contamos con un sistema de salud no integrado y con una comunicación pobre entre las instituciones que lo conforman, haciendo que esto se transforme en una atención de salud pobre y tardía. Es así que, algunas instituciones, con el objetivo de mantener el servicio de salud ofertado de forma eficiente, han generado contrataciones con terceros y con proveedores que condicionan la prestación del servicio de salud a la población a la que va dirigida. (OMS/OPS, 2000)

Otro de los retos constantes es enfrentar el aumento constante de la demanda a causa de los cambios demográficos, perfiles de morbilidad y mortalidad que indican un aumento de las enfermedades crónicas y sus comorbilidades y complicaciones de los problemas de enfermedades infecciosas, a esto hay que sumarle la amenaza de las enfermedades emergentes, como la que vivimos actualmente con la pandemia por la Covid-19, los inadecuados modelos de organización y atención para el manejo de enfermedades crónicas. A lo antes mencionado, debemos sumar que existe un incremento en la expectativa de vida y las exigencias de mantener un nivel de salud óptimo de las poblaciones. (OPS, 2010)

Otros elementos a considerar son los cambios generados en el entorno de los servicios de salud, donde la mayor complejidad es la cobertura completa de la población asignada y el uso de nuevas tecnologías, ambos implican significativos aumentos en el costo de la atención, que muchas veces no pueden ser replicados al público usuario.

Y finalmente, el más grande reto de la prestación de servicios de salud radica en el cuidado continuo integral e integrado que priorice la atención a las necesidades de salud de la población. Esto está originado un esfuerzo del Estado en la modernización y descentralización en la prestación de los servicios de salud que buscan el aumento de la cobertura y calidad de los servicios, y el uso más efectivo de los recursos invertidos en salud con una mayor rendición de cuentas de las instituciones del sector.

Por otro lado, también enfrentan deficiencias en su capacidad gerencial como el poco conocimiento del procesamiento de la información para la toma de decisiones gerenciales y para el análisis de la misma, con toda esta falta de preparación no se pueden cumplir objetivos como el de ejecutar acciones correctivas, evaluar el desempeño de sus colaboradores, gestionar el cambio en las instituciones que administran, las mismas que se transforman moldeadas por las realidades externas. (OMS, 2010)

Es por esto que la visión de los servicios de salud debe estar centrado las personas, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades a través de la Atención Primaria en Salud. Los actuales modelos basados en servicios curativos están evolucionando a modelos de cuidado de la salud, que van desde la promoción de la misma a la prevención de enfermedades, el diagnóstico y tratamiento oportuno que incluye cuidados paliativos y la atención sanitaria que garantice la atención de salud cuando el paciente es dado de alta. (OMS, 2010)

Todos los modelos necesariamente deberán responsabilizar a las redes integradas el

cuidado de la salud de su población asignada, esto debe incluir un manejo integral de la atención, el mismo que debe generarse con equipos multidisciplinarios (médico, odontólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta física, etc.), además éste debe gestionarse con la calidad correspondiente para garantizar la participación de la comunidad y gestionar el autocuidado en un entorno de responsabilidad compartida. (OMS, 2010)

Alcanzar los objetivos mencionados requerirá del fortalecimiento de la capacidad gerencial de los encargados de los establecimientos de salud en todos los niveles y exigirá que los gerentes desarrollen estas nuevas competencias de gestión que le faciliten un desempeño eficiente. (OMS, 2017)

## **2.2.2. Sistema de salud y cobertura sanitaria universal (CSU).**

Dentro de las metas fijadas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible del 2015 se encuentra la cobertura sanitaria universal que hace referencia a que las personas puedan acceder a un servicio de salud, independientemente del nivel socioeconómico al que pertenezca o los ingresos o ahorro de dinero que tenga. De esta forma se puede asegurar buena salud a toda la población y se hace posible a su vez un mejor estilo de vida. Sin embargo, esto se ha convertido en un reto mundial en el que muchos países han comenzado la carrera, por ejemplo, los países en los que se tiene una cobertura sanitaria mayor, se encuentran en dificultades constantes para responder a las nuevas demandas en salud, lo que incrementa los costos de las mismas. Otros países, por el contrario, la cobertura de salud la hacen los mismos usuarios. Es por ello que es necesario contar con estructuras de financiación sólidas, dirección y gobierno adecuados, tecnologías sanitarias y sistemas de información eficientes. (OMS, 2010)

Sobre la cobertura universal de salud bucal, la OMS (2020) refiere que “la

distribución desigual de los profesionales de la salud bucodental y la falta de centros de salud apropiados en la mayoría de los países implica que el acceso a los servicios de atención primaria de salud bucodental es generalmente bajo. La cobertura general de servicios de salud bucodental para adultos con necesidades varía entre el 35% en los países de bajos ingresos, el 60% en los países de ingresos bajos y medianos, el 75% en los países de ingresos medianos altos y el 82% en los países de altos ingresos. Las demandas de servicios de salud bucodental rebasan las capacidades de los sistemas de salud en la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos. Debido a esto, una elevada proporción de enfermedades bucales no se tratan y, consiguientemente, muchos pacientes no pueden satisfacer sus necesidades de tratamiento. Además, incluso en entornos de altos ingresos, el tratamiento odontológico es costoso y representa una media del 5% del gasto total en salud y el 20% de los gastos directos de los pacientes” (sección de Desigualdades en Materia de Salud Bucal, párr. 19).

Las soluciones de salud pública para las enfermedades bucales son más eficaces cuando están integradas con programas nacionales de salud en general. La morbilidad de estas enfermedades puede reducirse mediante intervenciones como una dieta equilibrada baja en azúcar o sin ella, eliminación de hábitos dañinos como fumar y consumir alcohol, exposición a flúor como principal preventivo de caries dental. (OMS, 2017)

### **2.23. Mercadotecnia en salud**

La mercadotecnia puede ser entendida como el proceso administrativo de intercambio entre clientes y profesionales, con el objeto de solucionar necesidades, satisfacer deseos y expectativas en materia de salud. (Priego-Álvarez, 2015).

Como herramienta de gestión, la mercadotecnia debe identificar las necesidades de salud no satisfechas, para esto se tiene en cuenta las necesidades biológicas,

psicogénicas y sociales. Una redefinición del concepto de Mercadotecnia realiza Kotler (1994) en la que incorpora el concepto de satisfacción, no solo de los usuarios de salud sino también de la empresa, así como la alineación de los objetivos de su organización.

**Dimensiones de la mercadotecnia en salud.** Las dimensiones de la Mercadotecnia en salud pueden ser externos o internos. En el ámbito externo puede incentivar o desincentivar el consumo, por ejemplo, para incentivarla permite mejorar la imagen de una empresa que brinda servicios de salud, atrae prospectos de usuarios de salud, entre otros. Así mismo, puede utilizar la desmercadotecnia para desincentivar el consumo excesivo de algunos alimentos dañinos para la salud, a esto último también haciendo lo que se le conoce como contra mercadotecnia o *demarketing*. En el ámbito interno, se aplica para hacer un manejo eficiente de los recursos en el desarrollo de nuevos servicios y programas de salud, además con esto se compromete y motiva al recurso humano existente y se atrae al talento humano necesario. (Lamata et al., 1998) Se debe resaltar que, como sucede en muchos otros tipos de empresas, los servicios de salud aumentan su capacidad para satisfacer las necesidades de sus clientes externos (consumidores, usuarios, aseguradoras), si satisface previamente la de sus clientes internos.

La Mercadotecnia en salud está cada vez más profesionalizada, básicamente radica en determinar las necesidades y valores del público objetivo, a fin de conseguir la satisfacción de los mismos. Por ello, los servicios de salud son ahora más sensibles a las expectativas de los pacientes, es por eso que se deben establecer estrategias en función de las necesidades específicas de

cada grupo poblacional; además, dicho servicio debe estar acorde a los niveles de calidad establecidos en el mercado.

**Modelo mercadotécnico social.** Los objetivos de la mercadotecnia según Kotler son la maximización en el consumo, satisfacción del consumidor y la calidad de vida. (Kotler, 1984)

Priego-Álvarez (2015) define a la Mercadotecnia Social de la Salud como “la aplicación específica de los conocimientos y técnicas de la Psicología Social a la comprensión de los problemas de salud, y al diseño y puesta en práctica de programas de intervención en ese marco”. Además, el análisis de la Mercadotecnia Social de la Salud es aplicable en todo el proceso del servicio de salud, desde la percepción, atención y continuidad de la atención. Dicha disciplina tiene por lo menos de 20 años la que ha pasado a ser una práctica reconocida. Priego-Álvarez clasifican la historia en cuatro períodos:

- Teoría precoz, donde se aportan conceptualizaciones y sus principales representantes son Kotler, Levy, Lazer, Lavidge, Zaltman, Dawson.
- Experiencias de los evaluadores, en la que se toma en consideración otros campos específicos como la nutrición. Los representantes de esta etapa fueron Fox, Kotler, Manoff, Israel, Foote y Tognetti.
- Aceptación creciente, donde los servicios de salud pública pasan a ser “productos”, los pacientes se convierten en “clientes” o “consumidores” y las instituciones de salud se transforman en “vendedores”. Nuevamente en esta etapa aparece Kotler y otros representantes como Lefebvre, Flora, Roberto, Bloom, Andreasen, Sheth y Frazier.
- Valoración global, donde los conceptos sociales son las aceptados y los

consumidores son agentes solidarios, lo que los coloca en una posición privilegiada en el proceso de elección de compra.

La Mercadotecnia social de salud ha evolucionado hasta lograr que la población tenga la capacidad de elegir en base a su raciocinio y concientización propia, a través de herramientas que le permitan la promoción, prevención, comunicación e intervención en salud. Es por ello que su principal objetivo es el cambio de comportamiento para mejorar la vida de las personas de forma ética. (Rojas, 2004)

Como se ha visto, en la actualidad las aplicaciones del marketing al ámbito de los servicios de salud son muy amplias. Sin embargo, aún existen detractores, lo que nos toca realizar desde la investigación es concientizar, capacitar y sensibilizar a los directivos y gerentes de las organizaciones sanitarias, todo esto con el objetivo de mejorar las prestaciones de salud a favor de los consumidores.

#### ***2.2.4. Salud Bucodental***

La OMS (2010) define a la salud bucodental como “la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial”. Las enfermedades bucodentales forman parte de las no transmisibles, causando dolor y molestias, que a su vez comparten factores de riesgo con otras enfermedades.

Según el Global Burden of Disease Study (2017) la caries dental en dientes

permanentes es el trastorno más prevalente de las enfermedades bucodentales, y junto con enfermedades del periodonto pueden ocasionar pérdida de dientes, lo que podría generar a su vez edentulismo parcial o total. A esto hay que sumarle la alta prevalencia e incidencia del cáncer bucal.

Los tratamientos dentales son costosos, representa aproximadamente el 5% del gasto total en salud, lo que genera una brecha amplia de atención entre grupos poblacionales. De igual forma, la demanda de atención de salud bucodental rebasa completamente los sistemas de atención de salud. (OMS, 2010)

Los factores de riesgo para adquirir este tipo de enfermedades es no contar con una dieta balanceada y/o que abunden los alimentos con azúcares libres, el consumo de tabaco y alcohol, la mala higiene bucodental y escasa exposición al flúor. (OMS/OPS, 2000)

## ***2.2.5. Factores que influyen en la aceptación de tratamiento con implantes dentales.***

### **2.2.5.1. Factores Económicos.** La forma más sencilla y clásica de medir el factor

económico es a partir del ingreso individual o familiar del paciente. El ingreso es el indicador de la posición socioeconómica que mide más directamente el componente de recursos materiales, la misma que tiene una asociación de "dosis-respuesta" con la salud e influye en una amplia gama de circunstancias materiales con implicancias directas para la salud. Los ingresos también tienen un efecto acumulativo sobre el ciclo de vida, y es el indicador que puede cambiar más a corto plazo. (OMS, 2010)

Pueden estar expresados de la siguiente manera: agregando todos los componentes de ingresos (ingreso bruto total); restar deducciones de impuestos y contribuciones sociales (ingresos netos); agregar el ingreso neto de todos los miembros del hogar; o ajustando por el tamaño del hogar. El ingreso del hogar

puede ser un indicador útil, ya que los beneficios de muchos elementos del consumo y la acumulación de activos se comparten entre los miembros del hogar.

A su vez, la variable de ingresos está supeditada a otras variables, por ejemplo, al sexo; en países latinoamericanos la diferencia de sueldos entre hombre y mujeres aún es muy marcada, así como el gasto familiar que pueda afrontar cada uno. El ingreso actual para diferentes grupos de edad puede variar y ser más sensible durante los años de mayor ganancia. Los ingresos para los adultos jóvenes y mayores pueden ser un indicador menos confiable de su verdadera posición socioeconómica, porque el ingreso típicamente sigue una trayectoria curvilínea con la edad. Por lo tanto, las medidas en un punto en el tiempo pueden no capturar información importante sobre las fluctuaciones de ingresos. (Kunst A, 2000)

**Modelos Económicos.** El factor económico, considerado hasta ahora uno de los más influyentes e importantes al momento de tomar un servicio de salud en general, puede ser explicado a través de modelos económicos que manifiestan que la utilización de los servicios de salud se puede englobar en dos rubros: modelos basados en el análisis de la demanda y los modelos basados en la teoría del capital humano.

- Modelos basados en el análisis de la demanda: Las ecuaciones de demanda consideraron derivados de la maximización de la función de utilidad, donde el ingreso se gasta en dos grupos, el de los servicios médicos y el otro formado por todos los otros bienes. La utilidad se expresa como  $U = (x, y)$ , donde “U” es la utilidad y depende de la cantidad de los bienes “x” / “y” que se consuma, que correspondería a los dos grupos de bienes. Para

consumir estos bienes se necesita que la persona tenga ingresos económicos y lo que puede adquirir depende de los precios de los mismos. (Arredondo y Meléndez, 2003)

Este modelo trata de probar es que la demanda de servicios dependía del propio precio del servicio, del ingreso de la persona y de sus preferencias, mientras que el propósito principal era estimar las elasticidades como medida de respuesta de la cantidad demandada de un bien a los cambios en el precio (elasticidad de los precios), en el ingreso (elasticidad del ingreso) y en precio de otros bienes (elasticidad cruzada); con esto se quería probar que: a) la elasticidad de la demanda de servicios de salud es negativa, es decir al incrementar el precio, baja demanda; b) la elasticidad cruzada es positiva, es decir el incremento en el precio de otro bien incrementa la demanda de un servicios de salud y c) la elasticidad del ingreso es positiva, es decir que el incremento del ingreso de los usuarios, incrementa la demanda de servicios de salud. Así se encontró que si la elasticidad de la demanda de los servicios de salud fuera baja significa que los usuarios son poco sensitivos a los cambios en los precios de los servicios de salud, afirmándose que la demanda es inelástica. (Feldstein, 1983)

- Modelos basados en la teoría del capital humano: Plantean una visión de librepensamiento del ser humano, en la que la utilización de los servicios está en relación directamente proporcional a la demanda, donde los usuarios consideran que es necesario e indispensable invertir, por lo que las pueden aumentar sus capacidades como productores y como consumidores, invirtiendo en ellos mismos. (Schultz, 1962)

**2.2.5.2. Factores Sociales.** Los determinantes sociales de la salud son definidos por la Organización Mundial de la Salud como "las condiciones en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, y el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que configuran las condiciones de la vida cotidiana". (OMS, 2017)

Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, agendas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. Estas condiciones pueden ser altamente inequitativas y llevar a diferencias en los resultados de salud. El análisis de los determinantes de salud es particularmente relevante en las Américas, dado que la inequidad y la desigualdad en salud continúan constituyendo las principales barreras para el desarrollo de la región, es así que quienes viven aquí, se ven desproporcionadamente afectados por las malas condiciones de la vida cotidiana, que están determinadas por factores estructurales y sociales (macroeconomía, etnia, normas culturales, ingresos, educación, ocupación). Estas condiciones son responsables de las inequidades y desigualdades en salud en todas las Américas.

**2.2.5.2.1. Edad.** Entre las distintas variables que se estudian, es la edad la que está relacionada directamente con la generación a la que pertenecen las personas que son parte de la muestra. Es importante el análisis del usuario de salud que más consume y necesita el servicio de implantes dentales, se debe entender sus características y necesidades personales, mismas que en su mayoría están dadas por patrones generacionales. El entendimiento de dichos patrones puede marcar las tendencias de consumo de servicios de salud.

En nuestro país está decreciendo la población joven, esto origina

cambios en la pirámide poblacional de Perú, se observa una base más reducida y los centros ensanchados, esto refleja un menor número de nacimientos comparado con años anteriores y una mayor población en edad activa. Así mismo, se observa mayor proporción de población adulta mayor que indica el proceso de envejecimiento progresivo del país.

(INEI, 2017)

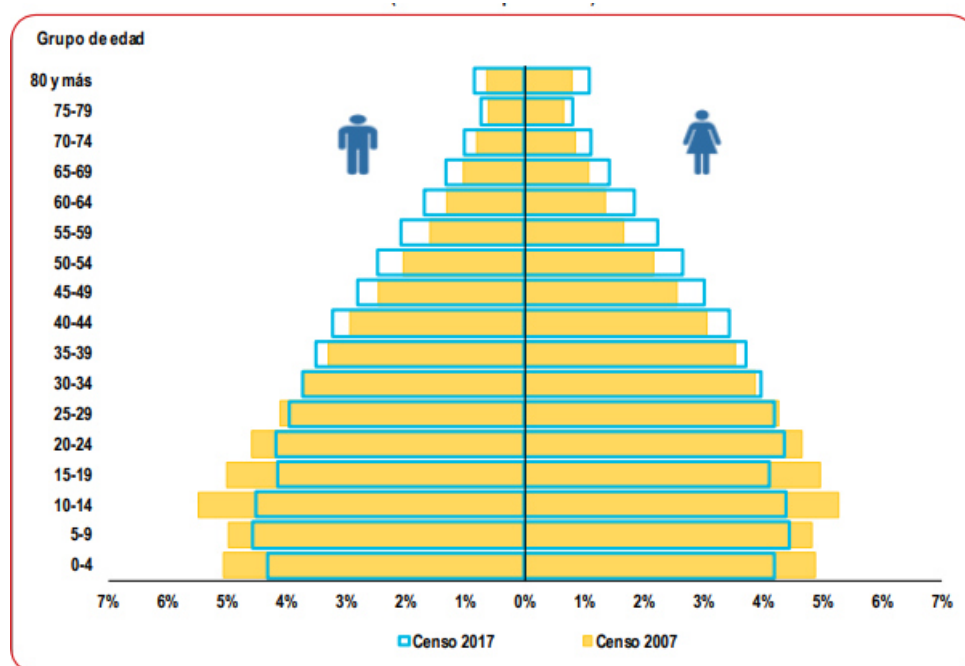


Figura 1. Perú: Pirámide de población censada, 2007 y 2017. Distribución porcentual).

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Censos Nacionales de Población y Vivienda.

El indicador Proporción de la Población Adulta Mayor (60 años a más), evidencia el proceso de envejecimiento de la población peruana. La proporción de la población adulta mayor pasa de 9,1% en el 2007 a 11,9% en el 2017. Otro indicador que refleja esto es el Índice de Envejecimiento, este índice ha registrado 45,1 personas de adultas mayores por cada 100 menores de 15 años. (Instituto Nacional de Estadística e Informática,

2018)

La generación de los babyboomers oscila entre los 55 y 72 años, ocupa el mayor porcentaje del público objetivo de los implantes dentales.

Históricamente, es la generación que ha registrado la mayor tasa de natalidad, muchos de ellos ahora por jubilarse, es la generación con poder adquisitivo mayor. Los adultos mayores usaban como entretenimiento la radio, televisión y periódico, sin prestar mayor atención a las nuevas tecnologías, sin embargo, en la actualidad han asumido la digitalización como parte de sus vidas. (Gonzales, 2017)

Las industrias que están aprovechando a los baby boomers son las relacionadas a:

1. Viajes y ocio. Sus principales gastos son salir a comer a algún restaurante, cine, teatro o viajar.
2. Cuidado de la salud y bienestar. Todo lo relacionado con aquello que les ayude a mejorar su calidad de vida, como la alimentación sana, belleza y deporte.

Es decir, al ofrecer los tratamientos con implantes dentales como una alternativa innovadora y con grandes ventajas se puede lograr su venta en este grupo generacional. (Fernández, 2019)

Los millennials, nacidos entre 1982-2001, representa el 15,4% de la población actual peruana. Esta generación ha experimentado mucho más, la disolución de la familia con tasas de divorcio altas, hogares donde ambos padres trabajan, esto los hace más orientados hacia sí mismos y los de su propia edad, dan importancia a la cultura del lugar donde trabajan o

estudian. Un gran porcentaje de sus ingresos está destinado a la tecnología (smartphone, laptops, smart TV, entre otros), entretenimiento (cine, teatro, networking) y al cuidado personal (alimentación adecuada y cuidado de la salud).

Los millennials han comenzado a experimentar la salud preventiva, mayor difusión de la promoción de la salud y prevención de enfermedades en nuestro país. Sin embargo, ahora esta generación está expuesta a hábitos nocivos producto de la sobre exigencia del medio y el estrés que esta genera, de esta forma tenemos como dolencias comunes la sensibilidad, rechinar de dientes, desórdenes de la articulación temporomandibular, enfermedad de las encías, entre otros.

Además, están expuestos a condiciones que alteran el funcionamiento normal de su organismo y son producto también del estrés: depresión, trastorno por consumo de sustancias, presión arterial alta, hiperactividad, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, colesterol alto, trastorno por consumo de tabaco, diabetes tipo II, entre otras.

**22321. Distrito.** El domicilio o residencia del usuario de salud podría darnos orientación sobre la clase social y/o ingresos económicos probables del mismo. La clase social se define por la propiedad sobre algunos recursos, además proporciona un mecanismo relacional que explica cómo se generan las desigualdades económicas y sociales, y cómo éstas pueden afectar la salud.

Muntaner et. al (2012) han observado que se han realizado pocas investigaciones sobre los efectos de la ideología de clase en América Latina y su impacto en la salud. La clase social es uno de los predictores más conocidos

de enfermedad y salud y, sin embargo, es una variable de la que se ha investigado muy poco.

Esta asimetría podría reflejar que, en la mayoría de los países capitalistas democráticos ricos, las desigualdades de ingresos se perciben como legítimas, mientras que las desigualdades de género y raza no lo son. Se va a tomar como referencia para esta clasificación al estudio realizado por la OMS (2010):

- Nivel socioeconómico A: Pertenece a este nivel los empresarios, altos ejecutivos, inversionistas, profesionales independientes o consultores que tienen un ingreso mensual fijo y constante.
- Nivel socioeconómico B: Pertenece a este nivel los trabajadores dependientes de rango intermedio en el sector privado, profesionales independientes, funcionarios públicos o empleados no profesionales de rango intermedio en empresas privadas pequeñas o grandes. Estos tienen ingresos fijos y constantes.
- Nivel socioeconómico C: Pertenece a este nivel los trabajadores dependientes o independientes, empleados públicos, microempresarios y comerciantes, empleados no profesionales de rango intermedio u obreros especializados. La mayoría de ellos tienen ingresos fijos y constantes.
- Nivel socioeconómico D: La mayoría son independientes, son pequeños comerciantes con un puesto, obreros especializados, empleados no profesionales de rango intermedio en empresas medianas, sus ingresos son en su mayoría diarios o semanales, lo hace vital cada día trabajado.
- Nivel socioeconómico E: La mayoría son independientes, obreros especializados en construcción y no especializados o eventuales, comerciantes, vendedores ambulantes, servicio doméstico, transportistas,

sus ingresos son en su mayoría diarios o semanales.

Es impórtate poder mapear y conocer que distritos están incluidos en los niveles socioeconómicos A, B, C, D y E. Por lo que se tomara como referencia el estudio de Niveles Socioeconómicos del 2016 que realiza anualmente la Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercado. En donde podemos orientar el nivel socioeconómico de los pacientes de acuerdo al distrito de residencia y esto a su vez relacionarlo con el nivel socioeconómico al que podría per tener. Para la presente investigación se ha considerado los distritos por grupos de acuerdo a su localización: Lima centro, Lima norte, Lima sur, Lima este.

Tabla 1

*Distribución de niveles por zonas APEIM 2016 – Lima Metropolitana*

ZONA	NIVELES SOCIOECONOMICOS					
	Total	NSE A	NSE B	NSE C	NSE D	NSE E
Total	100	5.2	22.3	40.5	24.3	7.7
Zona 1 (Puente Piedra, Comas, Carabaylo)	100	1	10.7	44.3	31.5	12.5
Zona 2 (Independencia, Los Olivos, San Martin de Porras)	100	1.9	23.1	51.5	21	2.5
Zona 3 (San Juan de Lurigancho)	100	0	18.7	41.7	27.9	11.7
Zona 4 (Cercado de Lima, Rimac, La Victoria)	100	3.8	26.7	45	19.9	4.6
Zona 5 (Ate, Chaclacayo, Lurigancho, Santa Anita, San Luis, El Agustino)	100	2	12.1	40.6	36.3	8.9
Zona 6 (Jesus Maria, Lince, Pueblo Libre, Magdalena, San Miguel)	100	13.6	58	22.4	5.2	0.7
Zona 7 (Miraflores, San						

Isidro, San Borja, Surco, La Molina)	100	34.6	45.2	14	5	1.2
Zona 8 (Surquillo, Barranco, Chorrillos, San Juan de Miraflores)	100	4.2	27.8	43.3	20.1	4.6
Zona 9 (Villa el Salvador, Villa María del Triunfo, Lurín, Pachacamac)	100	0	6.1	42.7	38.7	12.5
Zona 10 (Callao, Bellavista, La Perla, La Punta, Carmen de la Legua, Ventanilla)	100	1.4	18.5	43.8	23.7	12.5
Otros	100	0	8.2	42.9	24.5	24.5

Fuente: APEIM 2016. Data ENAHO 2015

**223.22 Género.** Son las características socialmente construidas, mientras que "sexo" esta determinado con las características biológicas. El género involucra "convenciones, roles y comportamientos vinculados a la cultura" que moldean las relaciones interpersonales. Los modelos de masculinidad construidos socialmente pueden tener consecuencias perjudiciales para hombres y niños, por ejemplo, cuando estos modelos fomentan la violencia o el abuso de alcohol. Sin embargo, las mujeres y las niñas soportan la mayor carga de los efectos negativos para la salud de las jerarquías sociales basadas en el género.

Además, dentro del rol de una mujer en Latinoamérica, se conceptualiza que ésta debe tener mayor cuidado con su apariencia física, como símbolo de belleza y armonía, por lo que la conlleva a prestar especial atención cuerpo y rostro. De aquí es que podemos inferir que las mujeres llevan un mejor

cuidado en su salud bucal que los hombres en Latinoamérica. Es por esto que se considera que ellas son más sensibles a aceptar la mejor de tratamiento de reemplazo de sus dientes. (OMS, 2017)

Sin embargo, las mujeres trabajan en sectores diferentes a los hombres y ocupan rangos profesionales más bajos, las mujeres tienen más probabilidades de trabajar en el sector informal, por ejemplo, en el trabajo doméstico y la venta ambulante. En general, la desventaja de género se manifiesta en las trayectorias de trabajo: las responsabilidades domésticas interrumpen las trayectorias profesionales, reduciendo los ingresos de por vida capacidad y aumentar los riesgos de pobreza en la edad adulta y la vejez. (OMS, 2017)

Así mismo, es influyente en la salud no solo el sexo y género de las personas, sino también la relación que llevan entre ellas. Diversas investigaciones describen el efecto beneficioso de las uniones y la mejoría del bienestar físico y emocional tras la convivencia, frente a las personas que permanecen sin esta. También se han observado diferencias en los patrones de salud de la población divorciada, algunos afrontan la ruptura de manera positiva para su salud, tienden a mejorar su aspecto físico, mientras que otros la abandonan. Esta reacción se diferencia mucho entre hombres y mujeres, por lo que los problemas de salud se expresen de manera diferente también. (OMS, 2010)

La ruptura de una relación origina efectos emocionales como el sentimiento de pérdida y de percepción de fracaso. Cuando se tiene que cambiar la intimidad y los vínculos afectivos tras una ruptura, se puede experimentar un aumento de la vulnerabilidad, ya que es una transición que provoca aislamiento y sensación de quiebra del grupo de pertenencia al que se

sentía identificado. Esto también sucede en sociedades en las que los cambios en las parejas y las uniones son más flexibles. (Simó-Noguera, Hernández-Monleón, & Muñoz-Rodríguez, 2015)

**22323. Seguros (IAFAS).** Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) o más conocidas como aseguradoras de salud, son las instituciones que brindan seguros de salud. Este servicio te permite estar protegido y cubierto ante cualquier accidente o eventualidad. Las IAFAS, según lo establecido en el Art. 7 del TUO de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud se definen como “entidades o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, que reciban, capten y/o gestionen fondos para la cobertura de las atenciones de salud o que oferten cobertura de riesgos de salud, bajo cualquier modalidad. Su registro en la Superintendencia Nacional de Salud es requisito indispensable para la oferta de las coberturas antes señaladas”.

(Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD, 2015)

Son IAFAS, según la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD (2015):

- Seguro Integral de Salud (SIS).
- Seguro Social de Salud (EsSalud), excluyendo la cobertura de prestaciones económicas y sociales.
- Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL).
- Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú.
- Entidades Prestadoras de Salud (EPS).
- Empresas de seguros contempladas en los numerales 1, 2 y 3 del inciso

d) del artículo 16° de la Ley 26702, que oferten cobertura de riesgos de salud de modo exclusivo o en adición a otro tipo de coberturas.

- Asociaciones de Fondos Regionales y Provinciales Contra Accidentes de Tránsito (AFOCAT).
- Entidades de salud que ofrecen servicios de salud prepagados (ESSP).
- Autoseguros y fondos de salud que gestionen fondos para la cobertura de salud de modo exclusivo o en adición a otro tipo de coberturas.
- Otras modalidades de aseguramiento público, privado o mixto distintas a las señaladas anteriormente.

Las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), son organizaciones que gestionan el financiamiento de servicios mediante redes de salud públicas o privadas, complementando la cobertura del Seguro Social de Salud (EsSalud), lo que origina una liberación de los servicios básicos de salud y con esto aporta una atención de calidad a los afiliados, por copagos mínimos.

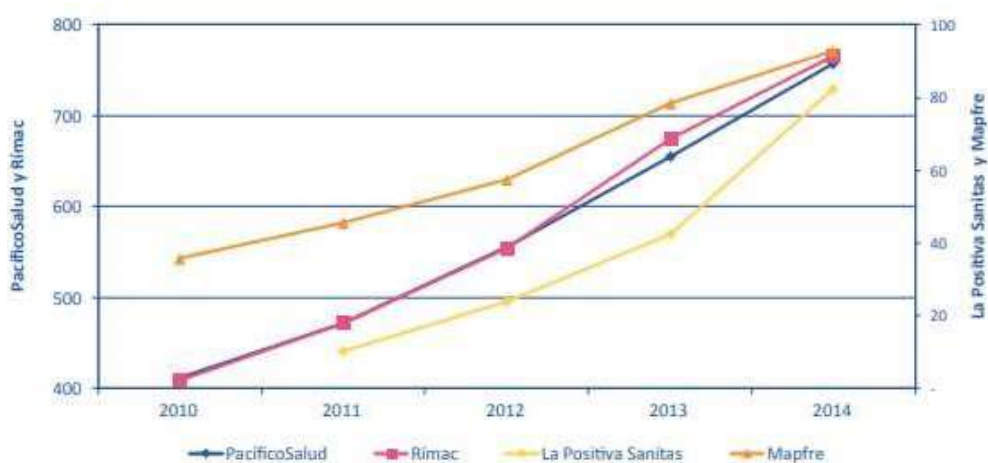
Las IAFAS EPS muestran un crecimiento global de 3,5% respecto del año anterior (66 419 asegurados), de los cuales 42 137 pertenecen al Seguro Regular, 15 381 al SCTR y 8 901 a los seguros Potestativos. Respecto del año anterior, la EPS que más creció fue La Positiva Sanitas aumentó en 47 936 la cantidad de asegurados, seguida de Pacífico Seguros EPS con 31 376. Las otras dos EPS disminuyeron su afiliación. En el caso de Rímac Internacional EPS, la disminución fue de 983 afiliaciones y MAPFRE EPS disminuyó 11 910 afiliaciones.

En el Sistema de las IAFAS EPS, los aportes captados tienen un crecimiento sostenido en el periodo analizado (96%). Rímac S.A. EPS muestra un porcentaje de incremento (87,1%) superior al observado en PacíficoSalud S.A. EPS (83,6%). Tanto

Mapfre Perú S.A. EPS (158%) como La Positiva Sanitas EPS (710%) presentan un incremento superior al 100%, por lo que se encuentran aún en una etapa de posicionamiento de mercado y expansión.

La participación del Seguro Regular es importante dentro del mercado de las EPS; sin embargo, a lo largo del periodo analizado, ha disminuido en casi cuatro puntos porcentuales (85,5% a 81,8%), que fueron captados por el SCTR, el cual se ha incrementado en forma permanente hasta el 2012. En el 2013, por primera vez, desde el inicio del funcionamiento del Sistema EPS, el SCTR ha disminuido en 0,5 punto porcentual; en el 2014, su participación en el mercado es menor que la que tenía en el 2011.

*Figura 2.* Evolución de los aportes captados según IAFAS EPS. 2010-2014. En millones de nuevos soles.



Fuente: Superintendencia Nacional de Salud, Sistema Electrónico de Transferencia de Información de las Entidades Prestadoras de Salud (SETIEPS).

Se observa que Rímac S. A. EPS ha tenido una variación en el rango de S/. 128 a S/. 136, en el 2012; sin embargo, a partir del 2013 presenta un alza que llega hasta los S/. 161, con un aporte promedio de 143 nuevos soles y un incremento de 25,5% a lo

largo del periodo analizado. La franja de variación de Pacífico Salud S. A EPS se sitúa inmediatamente por debajo del promedio del Sistema: entre S/. 125 y S/. 148, con un promedio de S/. 134 nuevos soles y un incremento de 18% en los cinco años.

Las IAFAS compañías de seguros, de acuerdo con el Registro de IAFAS al concluir el periodo 2014, se cuenta con ocho compañías de seguros. Para el caso de las IAFAS compañías de seguros, en el 2014 ya se cuenta con información de sus asegurados, totalizando 79 778 afiliados. Cinco empresas de seguros no remiten aún esta información al Registro de IAFAS de SUSALUD. Cabe señalar que estas empresas de seguros en la actualidad están implementando sus sistemas informáticos con la finalidad de remitir su base de datos de afiliados, de acuerdo con la normativa vigente.

## Tabla 2

### *IAFAS empresas de seguros registradas en SUSALUD*

N° de registro	Empresas de seguros IAFAS	Fecha de resolución	Distrito	Provincia	Región
40001	ACE Seguros Cía. de Seguros y Reaseguros S.A.	25/04/2013	San Isidro	Lima	Lima
40002	CARDIF del Perú S.A. Cía de Seguros y Reaseguros	25/04/2013	San Isidro	Lima	Lima
40003	El Pacifico Peruano Suiza Cía. de Seguros y Reaseguros	25/04/2013	San Isidro	Lima	Lima
40004	El Pacifico Vida Suiza Cía. de Seguros y Reaseguros	25/04/2013	San Isidro	Lima	Lima
40005	La Positiva Cía. de Seguros y Reaseguros	25/04/2013	San Isidro	Lima	Lima
40006	Mapfre Perú Cía. de Seguros y Reaseguros	25/04/2013	Miraflores	Lima	Lima
40007	Rímac Cía. de Seguros y Reaseguros	25/04/2013	San Isidro	Lima	Lima
40008	Interseguro Cía. de Seguros	25/04/2013	San Isidro	Lima	Lima

Fuente: Registro de IAFAS de la Superintendencia Nacional de Salud – IRAR. Elaboración: SUSALUD-IID

El análisis de la evolución de los seguros de salud privados y las EPS muestran relevancia en la presente investigación, ya que una de las variables que se estudia es si el paciente que acude a consulta y acepta un tratamiento con implantes dentales tiene seguro de salud y si éste influye en cierta medida en la toma de decisiones del mismo.

### **2.2.5.3. Factores Médico-Psicológicos.**

#### **2.2.5.3.1. Antecedentes médicos.**

##### *2.2.3.3.1.1. VIH/Sida.*

Los pacientes seropositivos o con VIH son aquellos cuyo sistema inmune se encuentra afectado, lo que los hacen más propensos a infecciones oportunistas. Es por ello que el riesgo de infección en una cirugía con implantes debe ser evaluada al detalle. Se recomienda que, si se escoge el tratamiento con implantes dentales como la mejor opción, el seguimiento debe ser prolongado. Por lo descrito, esta condición no está contraindicada para la cirugía, siempre y cuando se traten de pacientes medicados y estables. Se han reportado casos en los que cirugías de implantes dentales, así como rehabilitaciones han resultado exitosas en pacientes estables. (Bornstein, 2009)

##### *2.2.3.3.1.2. Síndrome de Sjogren.*

El síndrome de Sjogren es una enfermedad crónica autoinmune, esto quiere decir que el sistema inmune ataca por error al propio cuerpo. En este síndrome se ven afectadas las glándulas exocrinas; se caracteriza por la sequedad en boca (xerostomía), que puede provocar candidiasis, mucositis, falta de retención de una prótesis convencional, y en ojos (xeroftalmia). Por eso, en estos casos se recomienda el uso de prótesis implantosoportadas (prótesis sobre implantes), para beneficiar el confort de estos pacientes, además se debe reforzar y motivar la higiene bucal del paciente, para evitar futuras complicaciones. (Bornstein, 2009)

##### *2.2.3.3.1.3. Diabetes.*

La diabetes es una enfermedad en la que los niveles de azúcar en la sangre se encuentran muy elevados. Existen dos tipos de diabetes, el tipo 1 o insulino dependiente, y el tipo 2 o no insulino dependiente, éste último está asociado con obesidad. La diabetes puede tener complicaciones sistémicas como nefropatía, retinopatía, neuropatía y alteraciones en la micro y macro vasculatura. (Bornstein, 2009)

Fiorellini (1999) encontró en modelos animales con diabetes una falla en el área de contacto de los implantes dentales y la superficie del hueso, sin embargo, cuando se administra un tratamiento con insulina y se estabiliza al paciente, se observa un aumento en la formación del hueso alrededor del implante.

En conclusión, los pacientes diabéticos que mantienen su enfermedad controlada, pueden ser candidatos para la colocación de implantes, manteniendo la administración de antibióticos antes y después de la cirugía. (Isidor, 1999)

#### *2.2.3.3.1.4. Enfermedades cardiovasculares.*

Las enfermedades cardiovasculares son aquellas que tienen que ver con problemas con el corazón y los vasos sanguíneos, estas incluyen por ejemplo la hipertensión y las alteraciones cardíacas. La literatura que se refiere a los índices de fracaso de implantes en pacientes con enfermedad cardiovascular es escasa. Cuando se evaluaron cambios en las superficies de los implantes en estos pacientes no se reportaron fracasos mayores. Se recomienda valorar al paciente para que éste se encuentre estable, así mismo, se debe hacer una interconsulta con el médico tratante. (Bornstein, 2009)

#### *2.2.3.3.1.5. Osteoporosis.*

La osteoporosis consiste en la disminución de la masa y densidad ósea, esto incrementa el riesgo de fracturas, por lo que representa una consideración importante a tomar en cuenta en pacientes que necesiten colocarse implantes dentales. No hay información en la que se contraindique este procedimiento a las personas con osteoporosis, sin embargo, la literatura hace énfasis en que las consideraciones quirúrgicas deben ser muy cuidadosas al momento del abordaje y el seguimiento debe ser exhaustivo, ya que el tiempo de la osteointegración será mayor. (Tsolaky, 2009)

#### *2.2.3.3.1.6. Radiación de cabeza y cuello.*

Un tratamiento con radiación para cáncer en cualquier localización de cabeza o cuello puede generar xerostomía, mucositis y atrofia de la mucosa oral, ésta es la mayor de las complicaciones junto con una zona de exposición ósea que tarda en sanar un periodo de 3 a 6 meses, después que el paciente ya ha sido dado de alta de una neoplasia. La colocación de implantes posterior a la radioterapia en cabeza y cuello se asocia con un incremento de riesgo de padecer radionecrosis. Las consideraciones que deben tomarse en cuenta son la cantidad de radiación que el paciente ha recibido y la localización, así como el estado actual de salud del paciente. (Bornstein, 2009)

#### *2.2.5.3.2. Antecedentes psicológicos.*

Los factores psicológicos que se analizan en este estudio son Experiencia dental traumática y satisfacción general con sus dientes.

##### *2.2.3.3.2.1. Miedo.*

El miedo puede ser conceptualizado como una emoción primaria definida como un sentimiento desagradable, provocado por la percepción de un potencial peligro y se deriva de la aversión a la amenaza. (Bermudo Cruz C, 2008). El miedo no solo se puede presentar como una emoción, sino como un sentimiento. En la emoción, predomina la relación con las necesidades biológicas y en el sentimiento se relaciona con las necesidades sociales. (Seger L, 1998)

Enfocando este tema en salud, podemos decir que el hombre al haber sido asociado el miedo con el dolor e incomodidad del tratamiento dental, rechaza la atención odontológica en cualquiera de sus dimensiones.

#### 2.2.3.3.2.2. *Ansiedad.*

La ansiedad está caracterizada por componentes somáticos, emocionales, cognitivos y conductuales (Seligman MEP, 2001). El significado de raíz de la palabra ansiedad es 'vejar o causar problemas'; en presencia o ausencia de estrés psicológico, la ansiedad puede desarrollar sentimientos de temor, preocupación, inquietud y temor (Bouras N, 2007).

Se considera que la ansiedad es una reacción normal a un factor estresante, puede ayudar a una persona a lidiar con una situación difícil, pero cuando la ansiedad se vuelve excesiva, puede convertirse en un trastorno de ansiedad. El Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo para Niños es un instrumento que mide el rasgo y la ansiedad situacional. (Alexandra M. Queiroz, 2015)

La ansiedad dental se define como la respuesta a un estímulo estresante que es específico en un contexto dental. La noción de ansiedad dental es común y tiene dos interpretaciones: la primera muestra ansiedad como la expresión de un estado de ansiedad normal, mientras que, según la segunda perspectiva, la

ansiedad dental es una condición psicopatológica específica. (Al-Namankany A, 2012)

De acuerdo con la primera interpretación de ansiedad dental, los procedimientos odontológicos pueden provocar síntomas de ansiedad tales como aprensión excesiva, irritabilidad, tensión y la voluntad de evitar el tratamiento, el mismo que puede causar excitación y agresividad motivada por objetos externos, agujas, ruido del taladro, olor a dientes, etc. (Taani, 2002)

El comportamiento de los individuos afecta la salud dental de estos (Barberia Leache E, 1997), del mismo modo que ciertas enfermedades o problemas dentales podrían afectar el comportamiento de aquellos que los padecen, estableciéndose una relación bidireccional. En 1993 se plantea que el miedo odontológico está determinado por factores y situaciones inespecíficas, las que tienden a disminuir con el aumento de la edad y de la madurez (Pérez Navarro N, 2002). Sin embargo, lo mencionado no se evidencia del todo en una investigación desarrollada en La Habana, ya que se concluyó que la mayoría de los pacientes que tenían miedo al odontólogo no tenían percepción de riesgo de contraer una enfermedad bucal pero que a pesar de eso habían acudido a controles anuales, encontrándose su estado de salud bucal medianamente favorable (Valdés- Reyes JM, 2015). Por lo que se puede deducir que los factores social, cultural y político tienen una ponderación importante en el análisis de las mencionadas conclusiones.

Se han identificado cuatro causales del miedo al dentista: Dos estarían relacionadas al tratamiento; las otras dos, con el trato humano y la mala atención profesional. (Nieva B, 1998)

#### 2.2.3.3.2.3. *Estrés.*

El estrés es un factor generador de adaptación que induce una demanda física o psicológica provocando al paciente un estado de ansiedad. El concepto del odontólogo como torturador tiene su origen en que el tratamiento pueden producir dolor intenso. (Jie Yao, 2014)

El estrés se puede definir como la suma de respuestas físicas y mentales resultantes de la incapacidad de distinguir los hechos reales de las experiencias y expectativas personales. Puede ser causada por la ansiedad y la depresión después de un cambio abrupto en el estilo de vida o la exposición a cierto ambiente, lo que hace que la persona se sienta afligida y angustiada. El estrés tiene el potencial de alterar las funciones normales de muchos sistemas del cuerpo humano, incluidos los sistemas nervioso, endocrino e inmune. (Araujo A., 2006)

## **22.6. Implantes dentales.**

Los dientes son órganos necesarios para el desarrollo y función de una vida normal, la función principal de éstos es triturar los alimentos para favorecer una correcta digestión, así mismo tiene un papel importante en la fonación, expresiones faciales y sociales. Una buena dentadura es muchas veces un signo de salud y bienestar. (Kawahara, 2003)

La humanidad ha apreciado la utilidad de la dentadura desde tiempos remotos, buscando varias alternativas para remplazar dientes perdidos, la primera fue el uso de piedras para tal fin, esto ha evolucionado en la constante necesidad de lograr resultados más satisfactorios para los pacientes. En este contexto, surgen los implantes dentales, opción terapéutica con la que se obtiene un anclaje firme para

remplazar otros dientes perdidos. (Bechelli, 1991)

Se denominan implantes dentarios a los elementos que se alojan en el hueso, con la finalidad de reponer piezas dentarias ausentes. En el desarrollo de su historia se han producido avances tecnológicos, haciendo que más pacientes tengan resultados favorables con tratamientos con implantes dentales.

Actualmente, las técnicas implantológicas que se usan brindan resultados altamente predecibles. Para una cirugía de implantes se exigen técnicas complejas que tienen un elevado grado de precisión, funcionabilidad, comodidad y belleza, así como garantía en la calidad y su duración.

La colocación de los implantes simplifica la rehabilitación (colocación dientes en remplazo de otros perdidos), sobre todo, en aquellos casos muy complejos en adultos mayores en los que se llevan años sin dientes, que son difíciles de solucionar por las técnicas convencionales.

Durante la Primera Guerra Mundial también estuvieron presentes los implantes dentales, se utilizaron tornillos, clavos y placas en los hospitales militares, sin embargo, fracasaron casi todos. Venable y Strock publicaron por primera vez un estudio sobre el tratamiento de fracturas con prótesis e implantes elaborados con un nuevo material, el vitallium (aleación de cobalto, cromo y molibdeno). (Kawahara, 2003)

El Dr. Brånemark, en los años 60, descubrió accidentalmente que existe una importante adherencia entre un metal y el hueso, después de haber insertado una placa de titanio con una técnica poco traumática, descubrió que al intentar hacer la remoción el hueso se había adherido al metal fuertemente, demostrando que el titanio puede unirse al hueso humano, sin que éste lo reconozca como un cuerpo extraño. A este fenómeno, lo denomino osteointegración. (Abraham, 2014)

A partir de estos nuevos conceptos se hicieron diferentes estudios en perros para su aplicación como pilar de retención para prótesis. Brånemark en 1982 presenta los implantes con fines protésicos, la oseointegración y su implante de Titanio en forma de tornillo, avalado por un seguimiento clínico de 10 años, de esta forma comienza la Era científica o la Era de la Implantología moderna y desde ahí no se ha detenido.

## **2.27. Edentulismo.**

Definido como no tener dientes, es una afección oral común entre los individuos adultos mayores, a menudo es el resultado de extracciones dentales asociadas con ciertas enfermedades orales y condiciones de salud. Este se considera como una discapacidad física, ya que implica la pérdida de una parte del cuerpo, un criterio esencial para definir las discapacidades físicas, además puede afectar significativamente la calidad de vida relacionada con la salud oral. (OMS, 2017)

En particular, el edentulismo puede deteriorar dos funciones vitales de la boca: comer y hablar, sin contar que puede conducir a efectos psicológicos negativos, estados emocionales y ciertas condiciones de salud. Fiske realizó un estudio identificando varias reacciones emocionales negativas como consecuencia de la pérdida total de dientes, en algunos de estos las respuestas emocionales eran sentimientos de pérdida y baja confianza en sí mismo, aversión a su apariencia, comportamiento reservado y comportamiento alterado durante la socialización. Como resultado de estas respuestas emocionales, las personas edéntulas pueden experimentar dificultades en socializar, además, a menudo son etiquetadas como "sin dientes" o "usuario de dentadura postiza", lo que puede conducir al aislamiento y la vergüenza social adicional. (Nieva, 1998)

Edentulismo también se asocia con ciertas condiciones de salud, por ejemplo, un estudio realizado en el Reino Unido observó que las personas edéntulas se

abstuvieron de comer ciertos tipos de alimentos (por ejemplo: frutas, vegetales y ciertas fuentes de fibras dietéticas) y , como carecían de estos alimentos en sus cuerpos, los análisis de sangre entre los participantes mostraron niveles más bajos de ascorbato en plasma y retinol en plasma, lo que puede aumentar el riesgo de problemas dermatológicos y visuales. Con este fin, algunas condiciones de salud entre las personas edéntulas a menudo son el resultado de la malnutrición, que es una consecuencia de evitación de los alimentos. De hecho, cuando se compara con adultos dentados, los individuos desdentados consumen menos polisacáridos no amiláceos, proteínas, carbohidratos, fibra, calcio, hierro y vitaminas BI, B6 y C. En consecuencia, las personas pueden ser con esta condición son más vulnerables a ciertos problemas de salud derivados de una malnutrición que puede afectar negativamente tanto la salud física y mental de un individuo edéntulo. (OMS, 2007)

Es importante identificar a la población con mayor riesgo de desarrollo de edentulismo, una población que comúnmente se asocia con ésta son los ancianos; se sabe que la tasa de edentulismo aumenta con la edad, las personas mayores de 65 años tienen más probabilidades de sufrir edentulismo entre la población general. A pesar de este hecho, la pérdida de dientes no se considera parte de la naturaleza ni parte de un proceso natural de envejecimiento. Por el contrario, la pérdida de dientes coincide con las caries y la enfermedad periodontal, que son acumulativos con la edad. Además, los modelos exponenciales muestran incrementos rápidos en la tasa de edentulismo después de los 70 años de edad. Este rápido aumento en la tasa del edentulismo es a menudo el resultado de extracciones de los últimos dientes restantes. (OMS, OPS, 2000)

Los datos mundiales de todos los grupos de edad muestran que la tasa de edentulismo en las mujeres es 3% más alto que la tasa de edentulismo entre los

hombres, sin embargo, se está notando que las diferencias de género en las tasas de edentulismo están desapareciendo progresivamente. Los factores socioeconómicos, específicamente educación e ingresos, también son conocidos por afectar la tasa de edentulismo. Por un lado, una mayor educación en la sociedad promueve la importancia de preservar los propios dientes, con este fin, las tasas de edentulismo entre las poblaciones más educadas tienden a ser más bajas que las poblaciones menos educadas. Por ejemplo, un estudio de Brodeur mostró que las personas con menos educación tienen tres veces más probabilidades de ser edéntulos que las personas con mayores niveles de educación. Además, la Encuesta Canadiense de Promoción de la Salud de 1990 mostró que el 10% de la población de 15 a 98 años que asistió a la universidad tenía una tasa edéntula de solo el 4%, mientras que el 50% de los que tenían menos educación (primaria o menos) eran edéntulos.

(Alarcón, 2003)

El ingreso también está fuertemente asociado con el edentulismo. Por ejemplo, la extracción de dientes es un procedimiento dental relativamente económico, así como un medio para preparar la boca para dentaduras completas. Además, las personas edéntulas pueden restaurar la función masticatoria y tienen un aspecto estéticamente agradable mediante el uso de dentaduras postizas, que cuesta solo una fracción del precio de los tratamientos alternativos (es decir: endodoncia, coronas, carillas, etc.). Por lo tanto, aquellos con menores niveles de ingresos son más propensos a ser edéntulos que aquellos con mayores niveles de ingresos porque eligen las extracciones dentales, que son a menudo la elección más económica.

(Albertson, 2005)

Debido a los avances recientes las personas edéntulas ya no son restringidos a dentaduras convencionales como el único tratamiento para el edentulismo.

Una opción alternativa a la dentadura convencional es una sobredentadura soportada por implante. En este sistema de dentadura postiza, las dentaduras se fabrican para ajustarse a la boca y ajustada para sujetar fácilmente los implantes dentales osteointegrados. (Albertson, 2005)

Para determinar la idoneidad de uno para los implantes dentales, el paciente debe primero consultar con su dentista y a su médico. El dentista debe indicar una tomografía para evaluar si el paciente tiene suficiente hueso disponible para la colocación de implantes. Como todo, el paciente debe estar en buena salud general ya que ciertas condiciones de salud pueden prevenir la correcta osteointegración de implantes.

### **2.3. Marco conceptual o glosario de términos.**

#### ***Representantes de las ciencias médicas***

Hace 2.500 años, Protágoras, el más grande "sofista" griego afirmaba que "el hombre era la medida de todas las cosas". Con las enseñanzas de Sócrates y Aristóteles, coloco al hombre como centro del universo, sin él no habría realización, ni pensamiento, ni espíritu. Por esta razón es que se llegaron a interesar tanto en la Medicina y en proteger la salud del hombre.

En la mitología griega, el dios de la medicina era Apolo, era el médico de los dioses olímpicos, éste era el encargado de educar a los héroes griegos, Jasón, Hércules, Aquiles y muchos otros, entre los cuales se encontraba Esculapio. En Egipto 2.700 años a.C, Imhotep, arquitecto y médico de la corte del faraón Zoser, era considerado el primer médico del mundo y por ello fue idolatrado por este pueblo.

Hygieia y Panacea, hijos de Esculapio, sanaban enfermos con serpientes sagradas, para los griegos este animal ayudaba a curar. El culto de Hygieia como diosa de la salud fue introducido en Roma por los Epidauros (médicos griegos), ella es

representada como una joven bella y fuerte, sosteniendo en sus manos una copa (símbolo de la vida) y una serpiente arrollada en su brazo izquierdo que se dirige hacia la copa. La palabra "higiene" se deriva del nombre de esta diosa y se refiere al cuidado de la salud física y mental.

La medicina Mesopotámica hace 4000 años a.C. la medicina Mesopotámica estaba basada en proteger a los humanos contra los espíritus malignos, se consideraba que las enfermedades eran causadas por los espíritus y que rondaban el mundo para infectar más humanos. Por los magos hacían conjuros y los describían en papiros.

Por esa misma época la Medicina Egipcia, quienes trataban las enfermedades eran sacerdotes entre los que estaban adivinos, que interpretaban los augurios. Posteriormente, superaron la magia y aparecieron los médicos sacerdotes, quienes comenzaron a dar medicamentos como el yodo para tratar los bocios, laxantes, eméticos y a hacer operaciones.

El inicio de la medicina científica se centra en la aparición en Grecia de Hipócrates, él indicaba que el aprendizaje de medicina debía apoyarse en la experiencia, observando al paciente, interrogándolo, conociendo sus costumbres y averiguando cuanto había repercutido en su salud.

La importancia del aporte de Hipócrates radica en que evoluciono la práctica de la medicina mágica a la medicina basada en una ciencia insipiente, es por eso que ha sido considerado el padre de la medicina.

El primer medico en hacer disecciones fue Herofilo el año 300 a.C en la escuela médica de Alejandría, él reconoció el cerebro como sede de la inteligencia, asoció a los nervios la sensibilidad y diferenció las arterias de las venas.

150. d.C. surgió Galeno, quién seguía la escuela hipocrática, debido a su egolatría no tuvo alumnos y no fundó ninguna escuela, posteriormente, cuando la

iglesia eliminó la lectura pagana de los textos griegos, la enseñanza de medicina solamente se llegó a realizar en los monasterios.

Los romanos contribuyeron a la medicina con la construcción de hospitales, que inicialmente tuvieron un funcionamiento militar, inventaron un sistema de aguas de alcantarillado subterráneas para eliminar las materias fecales y distribuyeron el agua potable que abastecía a toda Roma.

Los árabes basaron su medicina en fuentes griegas, uno de los más destacados fue el persa "Avicena" por el año 1000 d.C. que escribió una enciclopedia médica "El canon", creó instrumental quirúrgico rudimentario y realizó un manual de cirugía. En el año 1530, el médico italiano Girolamo Fracastoro mostró que la sífilis era una enfermedad de transmisión sexual, explicando así la primera teoría correcta del contagio de una enfermedad de este tipo. En ese mismo siglo, Andrés Vesalio, profesor de anatomía de la Universidad de Padua, Italia, disecaba cadáveres en público con estudiantes de medicina. Escribió un libro monumental de anatomía "La fábrica del cuerpo humano", con dibujos exactos sobre la anatomía humana.

En salud pública y la medicina preventiva destacó el médico alemán Johan Peter Frank, quien publicó un libro de nueve volúmenes: Sistema Completo de Policía Médica, en los que señalaba que las enfermedades eran causadas no sólo por factores físicos sino sociales como el enfrentar la pobreza, la escasa higiene y la mala alimentación. Posteriormente, en Inglaterra (1843) el periodista y abogado Edwin Chadwick consideraba que la suciedad producía enfermedades y sugería algo tan obvio como recoger la basura, evacuar las aguas residuales mediante alcantarillado, dotar de agua potable a ciudades y casas. Gracias a Chadwick la higiene británica superó a otros países. Con las anteriores medidas, las infecciones disminuyeron en forma importante.

Cuando apareció la epidemia de cólera en Inglaterra (1848) el doctor John

Snow, dedujo que la causa era el agua contaminada que se usaba para beber de ciertos pozos y habiéndose localizado estos se pudo eliminar la epidemia. Fue así como se logró demostrar que una epidemia infecciosa podía controlarse si se encontraba la causa que la generaba o por lo menos como en este caso la fuente de donde procedía.

El mejor ejemplo de una fuente de contagio creada por los médicos como una mala práctica de su profesión la señaló el médico ginecólogo Phillipp Semmelweis, el cual trabajaba en el año 1840 en Viena en el Hospital General, donde se tenía una alta mortalidad de gestantes debido a la fiebre puerperal. Él se dio cuenta que estas mujeres eran contaminados por los médicos y que las atendían sin antes haberse lavado las manos, esto causo burlas de él por parte de sus colegas, ya que consideraban que eso era una locura. Cuando el cirujano inglés "Joseph Lister" creó la asepsia en cirugía para disminuir las infecciones lavándose las manos en forma adecuada inicialmente con sustancias químicas y esterilizando los instrumentos con ácido fénico y posteriormente, también por serendipia, empleando agua hervida y jabón (debido a que algunos cirujanos alérgicos al fenol lo hacían con agua hervida), obteniendo los mismos resultados. Poco a poco en las escuelas de medicina se volvió a la tesis de que las enfermedades estaban originadas por diferentes causas naturales y no por castigo de Dios, éste último suceso marco un hito en la historia de la Medicina.

### ***Enfermedades y trastornos bucodentales.***

Las principales causas de morbilidad por enfermedades son la caries dental, enfermedades periodontales, cáncer bucal, traumatismos bucodentales, labio leporino y paladar hendido. Casi todas las enfermedades descritas son prevenibles o tratables en sus etapas iniciales.

Según estimaciones en el estudio sobre la carga mundial de morbilidad 2016, las

enfermedades bucodentales afectan a la mitad de la población mundial y la caries dental en dientes permanentes es el trastorno más prevalente de todos los considerados.

En la mayoría de los países de bajos ingresos, afectados por un constante incremento de la urbanización y los cambios en las condiciones de vida, la prevalencia de las enfermedades bucodentales sigue aumentando notablemente debido a una exposición insuficiente al flúor y un acceso deficiente a los servicios de atención primaria de salud bucodental. La comercialización generalizada de azúcares, tabaco y alcohol da lugar al creciente consumo de productos malsanos.

### ***Caries dental.***

La caries dental es una enfermedad bucodental que se origina cuando la placa bacteriana se adhiere al diente y comienza a formar ácidos que con el tiempo disuelven el esmalte dental y la dentina. Esto se ve beneficiado por la alta y continua ingesta de azúcares libres, la exposición insuficiente al flúor y la falta de remoción periódica de la placa bacteriana. A su vez la caries propicia la aparición del dolor, y ocasiona que las personas tengan una mala calidad de vida, en el peor de los escenarios, ocasiona pérdida de dientes o infección sistémica. (GBD, 2017)

### ***Periodontopatía.***

La periodontopatía o enfermedades periodontales en cuando los tejidos que rodean y sostienen al diente se ven afectados, esto se muestra como sangrado o hinchazón de encías (gingivitis), mal aliento (halitosis), entre otros. En su forma más grave, origina pérdida de hueso de soporte que genera bolsas y la movilidad dental (periodontitis). La periodontopatía grave, fue la undécima enfermedad más prevalente a nivel mundial en 2016. Las principales causas de esta enfermedad son la mala higiene bucal y el consumo de tabaco. (Nonajulca, 2006)

### ***Pérdida de dientes.***

La pérdida de dientes, también llamada edentulismo, son enfermedades discapacitantes que se encuentran muy extendidas y afectan a las personas de todo tipo de edad, predominantemente a los adultos mayores, haciendo que sus últimos años de vida tengan un mal estilo de vida. Es así, que se convirtió en la segunda causal de años perdidos por discapacidad (APD) en algunos países de altos ingresos, debido al envejecimiento de sus poblaciones. (OMS, 2017)

### ***Cáncer bucal***

El cáncer bucal abarca los cánceres de labio y todos los demás lugares de la cavidad bucal y la orofaringe. Se estima que, en todo el mundo, la incidencia de cáncer bucal (por ejemplo, cáncer de labio o lengua) ajustada por edad es de cuatro casos por 100 000 personas. El cáncer bucal es más común entre los hombres, por los hábitos socialmente aceptados para ellos, y en personas mayores; de la misma forma difiere considerablemente en función de las condiciones socioeconómicas.

En algunos países de Asia y el Pacífico, el cáncer bucal se encuentra entre los tres cánceres de mayor incidencia. El consumo de tabaco, alcohol y nuez de areca (betel quid) se cuentan entre las principales causas de cáncer bucal. En América del Norte y Europa, las infecciones de «alto riesgo» por el virus del papiloma humano son responsables del creciente porcentaje de cánceres orofaríngeos entre los jóvenes. (OMS, 2017)

#### ***2.3.1.1. Traumatismo bucodental.***

El traumatismo bucodental es una lesión por impacto en los dientes y/o en otro tejido duro o blando de la boca o alrededor de ella y en la cavidad bucal. La

prevalencia mundial de las lesiones dentales traumáticas, tanto en los dientes de leche como en los permanentes, es aproximadamente del 20%. Los traumatismos bucodentales pueden ser el resultado de factores bucales (por ejemplo, sobremordida horizontal pronunciada); factores ambientales (por ejemplo, lugares de recreo o escuelas poco seguros); comportamientos de riesgo; y violencia. El tratamiento es costoso y largo, y en ocasiones puede conllevar la pérdida de dientes, lo que menoscaba el desarrollo facial y psicológico y la calidad de vida. (OMS, 2017)

### **Capítulo III: Metodología de la Investigación**

#### **3.1. Tipo de investigación y diseño de la investigación**

##### ***Tipo de investigación***

- Según el tiempo de ocurrencia en que se registra la información: Retrospectivo
- Según el período y secuencia del estudio: Transversal
- Según la interferencia del investigador en el fenómeno de estudio:  
Observacional
- Según la comparación de poblaciones: Analítico

##### ***Diseño de la investigación***

El diseño de la investigación se realizó con la siguiente secuencia:

1. Se seleccionaron desde la base de datos de Multident a pacientes que habían recibido presupuesto de implantes dentales y habían aceptado el tratamiento, y a pacientes que habían recibido presupuesto de implantes dentales y no habían aceptado de tratamiento, en el año 2018.
2. Con la lista de dichos pacientes se escogieron al azar 282 historias clínicas, 141 de pacientes que si aceptaron tratamiento con implantes dentales y 141 que no aceptaron el tratamiento con implantes dentales. Se tomaron las muestras de las

sedes:

- Multident de Lince ubicada en Lince.
  - Multident Av. Arequipa ubicada en Miraflores.
  - Multident San Miguel ubicada en San Miguel.
  - Multident La Molina ubicada en La Molina
3. De la lista recopilada se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión para quedarnos con una lista menor, la información que no figuro en la historia clínica, fue corroborada a través del sistema.

### **3.2. Población y muestra**

#### ***Población***

La población está conformada por las historias clínicas de pacientes de Multident que cumplan los siguientes criterios de inclusión:

- 1- Historias clínicas correctamente registradas.
- 2- Historias clínicas de pacientes entre los 20 y 70 años de edad.
- 3- Historias clínicas de pacientes candidatos a implantes dentales.
- 4- Historias clínicas de pacientes a quienes se les ha presupuestado implantes dentales en el periodo de enero a diciembre del año 2018.
- 5- Historias clínicas de pacientes sin enfermedad neurológica o neurodegenerativa.
- 6- Historias clínicas de pacientes que puedan tomar decisiones sobre su salud.

#### ***Muestra***

Para determinar la muestra se tomó como referencia Rani (2017) donde Determino que el 50% de pacientes aceptaba el tratamiento de implantes dentales por factores económicos, sociales, socioculturales y patológicos; y Al Garni (2012) que encontró que el 67% de los pacientes no aceptaban el tratamiento de implantes dentales por

ninguno de los factores mencionados.

#### Tamaño de la muestra para estudios de casos-controles no pareados

Para:			
	Nivel de confianza de dos lados (1-alpha)		95
	Potencia (% de probabilidad de detección)		80
	Razón de controles por caso		1
	Proporción hipotética de controles con exposición		67
	Proporción hipotética de casos con exposición:		49.87
	Odds Ratios menos extremas a ser detectadas		0.49
	<b>Kelsey</b>	<b>Fleiss</b>	<b>Fleiss con CC</b>
Tamaño de la muestra - Casos	130	129	141
Tamaño de la muestra - Controles	130	129	141
Tamaño total de la muestra	260	258	282

#### Referencias

Kelsey y otros, Métodos en Epidemiología Observacional 2da Edición, Tabla 12-15

Fleiss, Métodos Estadísticos para Relaciones y Proporciones, fórmulas 3.18&, 3.19

CC= corrección de continuidad

Los resultados se redondean por el entero más cercano

Imprima desde el menú del navegador o seleccione copiar y pegar a otros programas.

Utilizando el programa Open Epi, se determina que la muestra es de 141 casos y 141 controles.

De la misma forma se detalla a continuación las fórmulas a utilizar para establecer el número de casos y controles:

Si se conoce la probabilidad de exposición entre los controles  $p_2$ , y se prevé que el OR asociado al factor de estudio es  $w=1$ , el valor de  $p_1$ , la frecuencia de exposición entre los casos puede obtenerse del siguiente modo:

$$OR = w = \frac{p_1(1-p_2)}{p_2(1-p_1)} \Rightarrow wp_2(1-p_1) = p_1(1-p_2) \Rightarrow p_1(1-p_2+wp_2) = wp_2 \Rightarrow$$

$$\Rightarrow p_1 = \frac{wp_2}{(1-p_2)+wp_2}$$

$w$ = Valor aproximado del odds ratio que se desea estimar.  $p_1$ =La frecuencia de la exposición entre los casos.

$p_2$ =La frecuencia de la exposición entre los controles.

### 3.3.Técnica e Instrumentos de recolección de datos

La recolección de datos se efectuó a través de hojas de registro en la revisión de

historias clínicas previamente seleccionadas por encontrarse dentro del criterio de inclusión. En dicha hoja de registro se han consignado los siguientes campos: Nombre del paciente, sede de atención, edad, genero, seguro, distrito, tipo de captación, antecedentes médicos, experiencia dental traumática, diagnostico, satisfacción con la apariencia de sus dientes, numero de tratamientos previos, monto pagado por procedimientos previos, regeneración, rehabilitación y consentimiento informado. Dichos datos permitieron filtrar la información relevante para la investigación, posterior a esto se realizó una base de datos que permitió realizar el análisis estadístico. Los datos se resumieron en las denominadas tablas cruzadas o tablas de contingencia, con sus respectivos gráficos y la prueba estadística que se utiliza para contrastar la hipótesis nula utilizamos la prueba de regresión lineal simple y Correlación de Spearman permitió comprobar el grado de correlación entre cada una de las variables dependientes con la independiente. Para el procesamiento de datos se utilizará el paquete estadístico SPSS 23.

## **Capitulo IV: Análisis e interpretación de los resultados**

### **4.1. Presentación, análisis e interpretación de los datos**

#### **Análisis descriptivos de las dimensiones**

En esta sección se describen las tablas y gráficos de las frecuencias de las dimensiones de cada una de las variables, así como el porcentaje representativo de cada una de ellas. De esta forma se ha podido analizar todas las subvariables y su valor numérico representativo, que aporta a las conclusiones finales de la investigación

#### ***Variable independiente: factores económicos***

Tabla 3

*Presupuesto de implantes dentales*

Presupuesto de implantes Dentales	Frecuencia	Porcentaje
Bajo (1800-3800)	3	1,1
Medio (3801-5800)	255	91,1
Alto (5801-7800)	22	7,9
Total	280	100,0

Fuente: Elaboración propia.

De los 280 (100%) pacientes candidatos a implantes dentales en el 2018, 255 (91.1%) han tenido un presupuesto medio, 22 (7.9%) han tenido presupuestos altos y 3 (1.1%) han tenido presupuestos bajos.

***Variable independiente: factores sociales***

De la variable independiente “factores sociales” se analizaron las siguientes subvariables:

*Sexo*

Tabla 4

*Sexo de los pacientes*

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
F	153	54,6
M	127	45,4
Total	280	100,0

Fuente: Elaboración propia.

De los 280 (100%) pacientes candidatos a implantes dentales en el 2018, 153 (54.6%) son de sexo femenino y 127 (45,4%) son de sexo masculino. Siendo el número de pacientes de sexo femenino mayor por 26 (11,2%) al número de pacientes de sexo masculino.

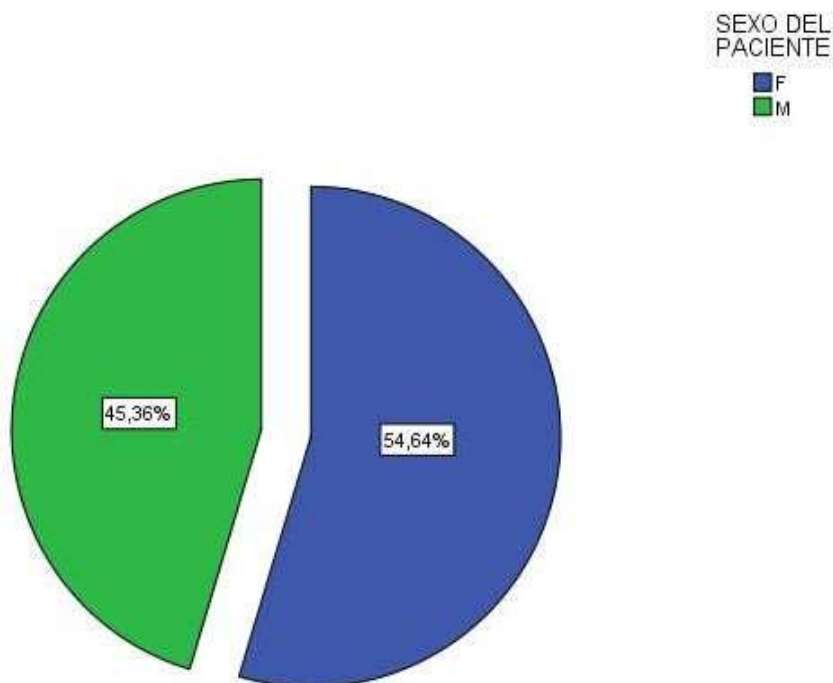


Figura 3. Sexo de los pacientes. Fuente: Elaboración propia.

### Edad

Tabla 5

#### Rangos de edad de los pacientes

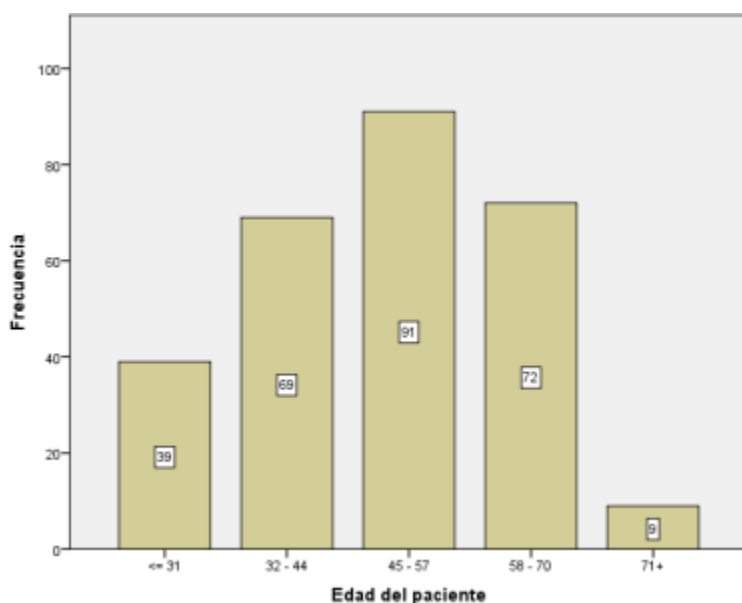
Edad	Frecuencia	Porcentaje
<= 31	39	13,9
32 – 44	69	24,6
45 – 57	91	32,5
58 – 70	72	25,7
71+	9	3,2

Total        280            100,0

Fuente: Elaboración propia.

De los 280 (100%) pacientes candidatos a implantes dentales en el 2018, 91 (32.5%) se encuentran entre las edades de 45 a 57 años, 72 (25,7%) se encuentran entre 58 a 70 años, 69 (24,6%) se encuentra entre los 32 a 44 años. Siendo el número de pacientes mayores de 30 años muy superior que el de los pacientes menores de esta edad.

Figura 4. Edad de los pacientes.



Fuente: Elaboración propia.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Lima norte	10	3,6
Lima centro	129	46,1
Lima este	36	12,9
Lima sur	82	29,3
Callao	23	8,2
Total	280	100,0

Fuente: Elaboración propia.

De los 280 (100%) pacientes candidatos a implantes dentales en el 2018, 129 (46,1%) pertenecen a distritos ubicados en Lima Centro, 82 (29,3%) a los distritos ubicados en Lima Sur, 36 (12,9%) a los distritos ubicados en Lima este, 23 (8,2%) a Callao y 10 (3,6%) a los distritos ubicados en Lima norte. Siendo los distritos pertenecientes a Lima Centro los que tienen más pacientes de la clínica que son candidatos para implantes dentales (46,1%) y los distritos pertenecientes a Lima norte los que tienen menos pacientes de la clínica que son candidatos para implantes dentales.

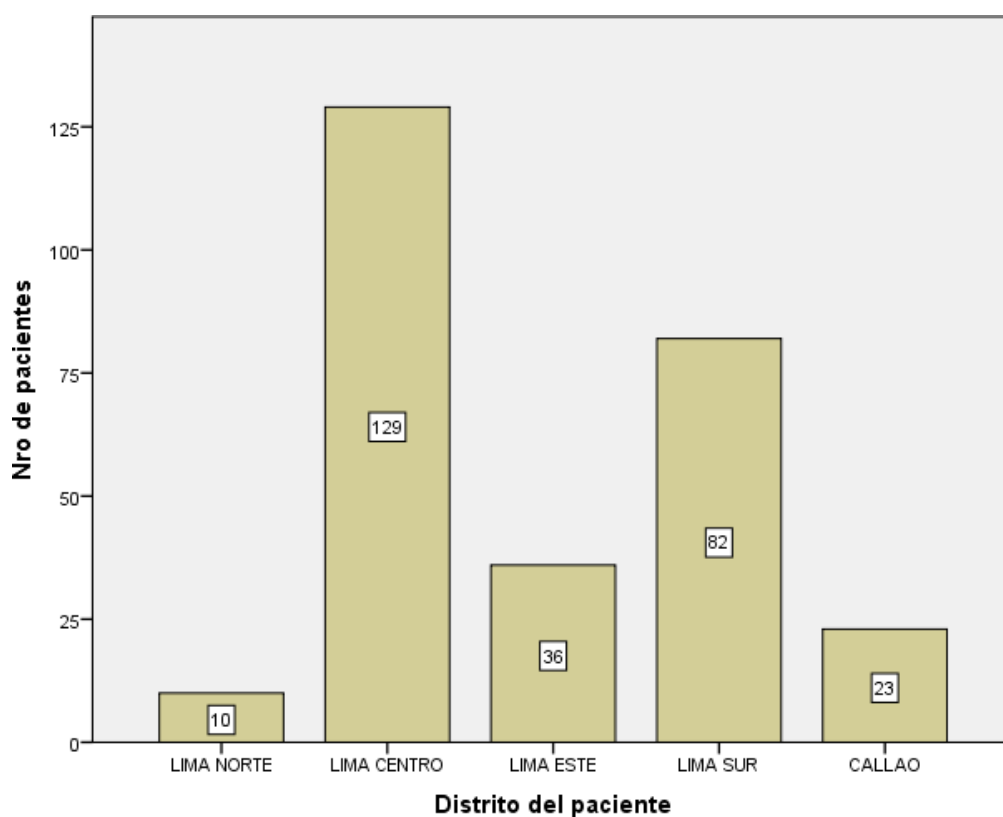


Figura 5. Distrito de los pacientes. Fuente: Elaboración propia.

### Seguro de salud

Tabla 7

### Seguro del paciente

Seguro	Frecuencia	Porcentaje
SI	38	13,6

NO	242	86,4
Total	280	100,0

Fuente: Elaboración propia.

De los 280 (100%) pacientes candidatos a implantes dentales en el 2018, 242 (86,4%) no tienen un seguro de salud privado ni EPS y 38 (13,6%) si tienen seguro de salud privado o EPS. Siendo la diferencia entre ambos, 204 (72,8%) pacientes.

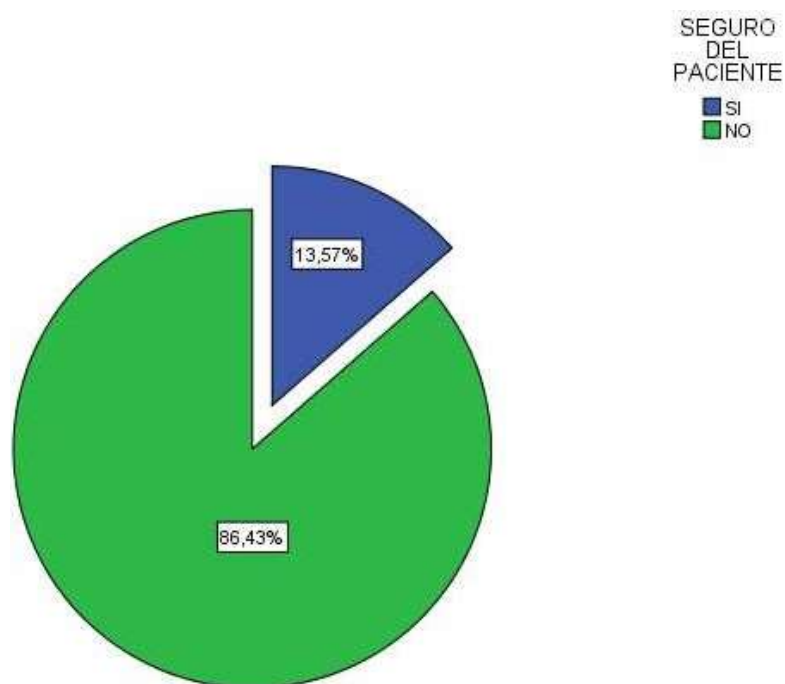


Figura 6. Seguro del paciente. Fuente: Elaboración propia.

### Forma de captación

Tabla 8

### Forma de captación

Captación	Frecuencia	Porcentaje
Seguros	26	9,3
Emergencia	5	1,8
Recomendación	46	16,4

Cercanía	54	19,3
Multident card	13	4,6
Medios digitales	33	11,8
Medios tradicionales	21	7,5
No refiere	82	29,3
Total	280	100,0

Fuente: Elaboración propia.

De los 280 (100%) pacientes candidatos a implantes dentales en el 2018, 82 (29,3%) de los pacientes no refiere exactamente como fue captado por la clínica, 54 (19,3%) refiere por cercanía a la clínica, 46 (16,4%) refiere por recomendación, 33 (11,8%) por medios digitales, 26 (9,3%) por medio de su seguro de salud, 21 (7,5%) por medios tradicionales (campañas y convenios con empresas), 12 (4,6%) por Multident card y 5 (1,8%) por haber sido atendidos en el servicio de emergencias de la clínica.

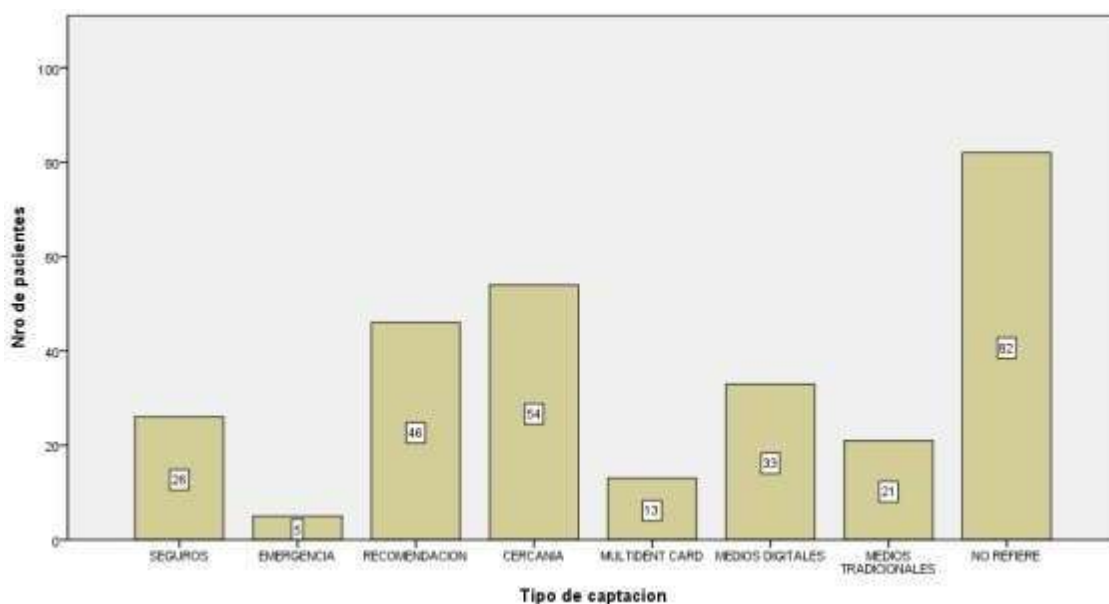


Figura 7. Tipo de captación del paciente. Fuente: Elaboración propia.

Variable independiente: factores médico-psicológicos

*Antecedentes médicos*

Tabla 9

*Antecedentes médicos*

Antecedentes	Frecuencia	Porcentaje
SI	72	25,7
NO	208	73,9
Total	280	100,0

Fuente: Elaboración propia.

De los 280 (100%) pacientes candidatos a implantes dentales en el 2018, 208 (73,9%) pacientes refiere no tener antecedentes médicos de importancia y 72 (25,7%) pacientes refiere que si los tiene. Siendo la diferencia entre ambos 136 (48,2%)

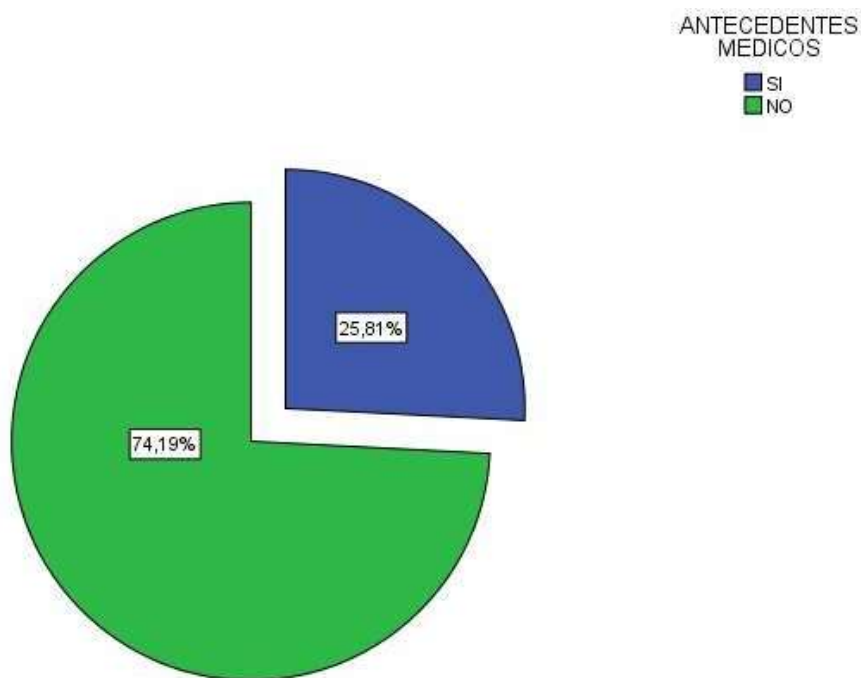


Figura 8. Antecedentes médicos del paciente. Fuente: Elaboración propia.

Otra subvariable de la variable independiente “factores médico-psicológicos” es la experiencia dental traumática previa del paciente parte de la muestra, se obtuvieron los siguientes resultados:

*Experiencia dental traumática*

Tabla 10

*Experiencia dental traumática*

Experiencia		
traumática	Frecuencia	Porcentaje
SI	47	16,8
NO	233	83,2
Total	280	100,0

Fuente: Elaboración propia.

De los 280 (100%) pacientes candidatos a implantes dentales en el 2018, 233 (83,2%) pacientes refiere no haber tenido una experiencia dental traumática, mientras que 47 (16,8%) pacientes refiere tener alguna experiencia traumática previa. Siendo la diferencia entre ambos 186 (66,4%).

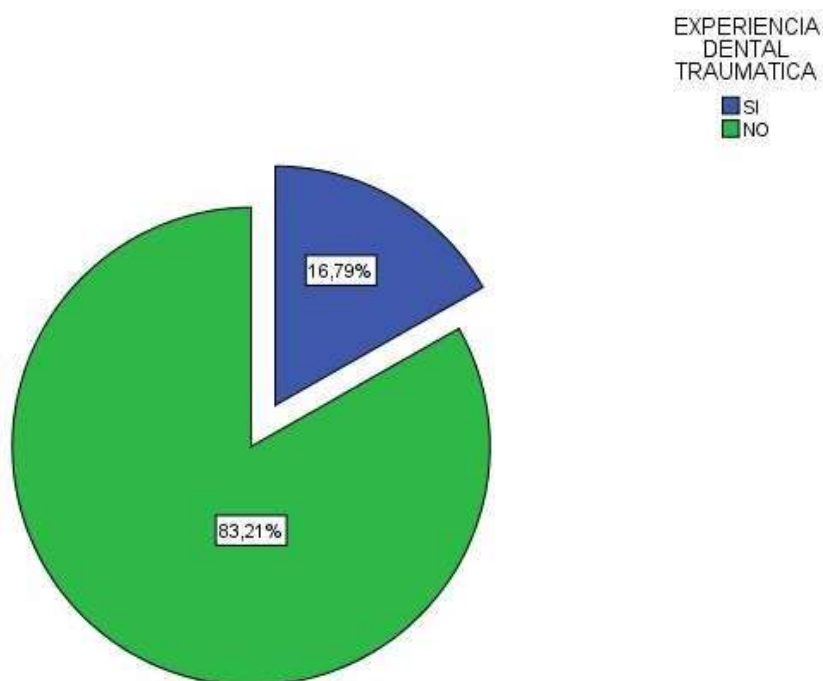


Figura 9. Experiencia dental traumática del paciente. Fuente: Elaboración propia.

*Conformidad con la apariencia general de sus dientes*

Tabla 11

*Conformidad con la apariencia general de sus dientes*

Conformidad	Frecuencia	Porcentaje
SI	92	32,8
NO	188	67,1
Total	280	100,0

Fuente: Elaboración propia.

De los 280 (100%) pacientes candidatos a implantes dentales en el 2018, 188 (67%) pacientes no están conforme con la apariencia general de sus dientes, mientras que 92 (32,8%) pacientes si están conforme. Siendo la diferencia entre ambos 96 (34,3%).

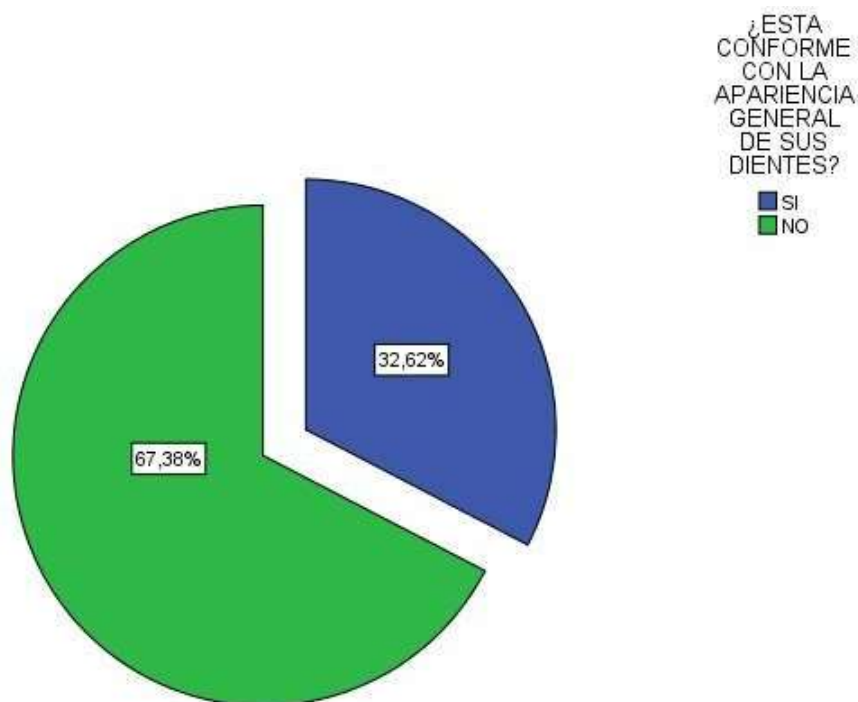


Figura 10. Experiencia dental traumática del paciente. Fuente: Elaboración propia.

## Análisis descriptivo de las variables

Para realizar el análisis descriptivo de las variables, se han utilizado tablas cruzadas entre la variable dependiente y las subvariables de la variable independiente.

***Variable dependiente: aceptación de tratamiento con implantes dentales***

Tabla 12

*Aceptación de tratamiento con implantes dentales*

	Frecuencia	Porcentaje
SI	140	50,0
NO	140	50,0
Total	280	100,0

Fuente: Elaboración propia.

De los 280 (100%) pacientes candidatos a implantes dentales en el 2018, 140 (50%) pacientes si aceptaron el tratamiento con implantes dentales, mientras que los otros 140 (50%) pacientes no aceptaron el tratamiento con implantes dentales.

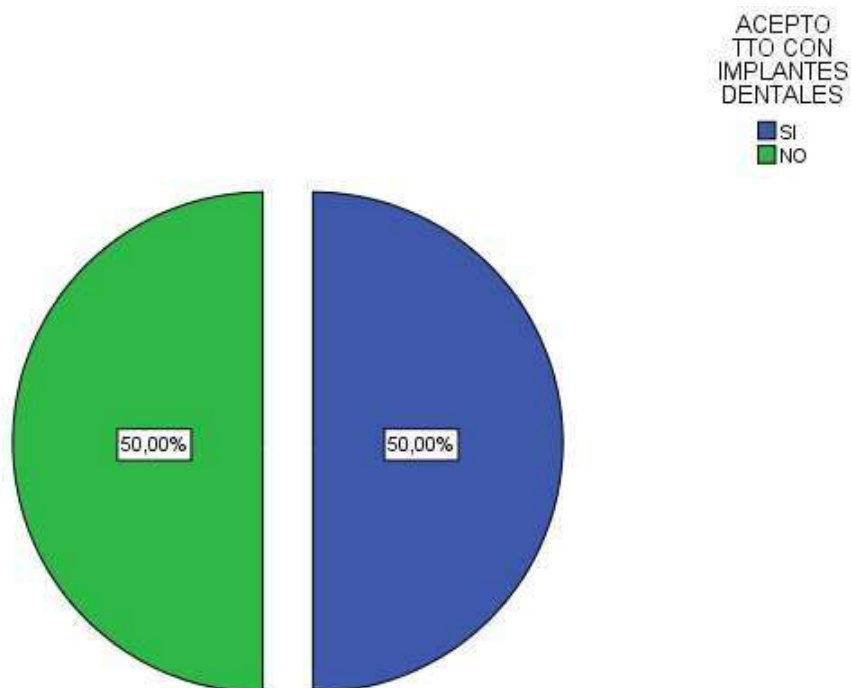


Figura 11. Aceptación de tratamiento con implantes dentales. Fuente: Elaboración propia.

**Variable independiente: factores económicos**

Tabla 13

*Presupuesto de los pacientes que aceptaron o no el tratamiento con implantes dentales*

Presupuesto de implantes	Acepto tto. con implantes dentales				Total
	Si	%	No	%	
Bajo	0	0	3	2.14	3
Medio	140	100	115	82.14	255
Alto	0	0	22	15.71	22
	140	100	140	100	280
<b>Total</b>					

Fuente: Elaboración propia.

De los 280 (100%) pacientes candidatos a implantes dentales en el 2018, de los que, si aceptaron tratamiento con implantes dentales, 140 (100%) tuvieron un presupuesto medio (3801-5800 soles) y ninguno tuvo presupuesto bajo ni alto. De los pacientes que no aceptaron tratamiento con implantes dentales, 115 (82,14%) tuvieron presupuesto medio, 22 (15,71%) tuvieron presupuesto alto y 3 (2.14%) tuvieron presupuesto bajo. Siendo en ambos grupos el mayor número de pacientes con presupuesto medio (91%).

***Variable independiente: factores sociales***

Sexo

Tabla 14

*Sexo de los pacientes que aceptaron o no el tratamiento con implantes dentales*

Sexo	Acepto tto. con implantes Dentales				Total
	SI	%	NO	%	
F	77	55	76	54.2	153

M	63	45	64	45.7	127
Total	140	100	140	100	280

Fuente: Elaboración propia.

De los 280 (100%) pacientes candidatos a implantes dentales en el 2018, de los que, si aceptaron tratamiento con implantes dentales, 77 (55%) son de sexo femenino y 63 (54,2%) son de sexo masculino. De los pacientes que no aceptaron tratamiento con implantes dentales, 76 (54,29%) son de sexo femenino y 64 (45,71%) son de sexo masculino. Siendo en ambos grupos el número de pacientes de sexo femenino mayor que el número de pacientes de sexo masculino por 14 (10%) y 12 (8.5%), respectivamente.

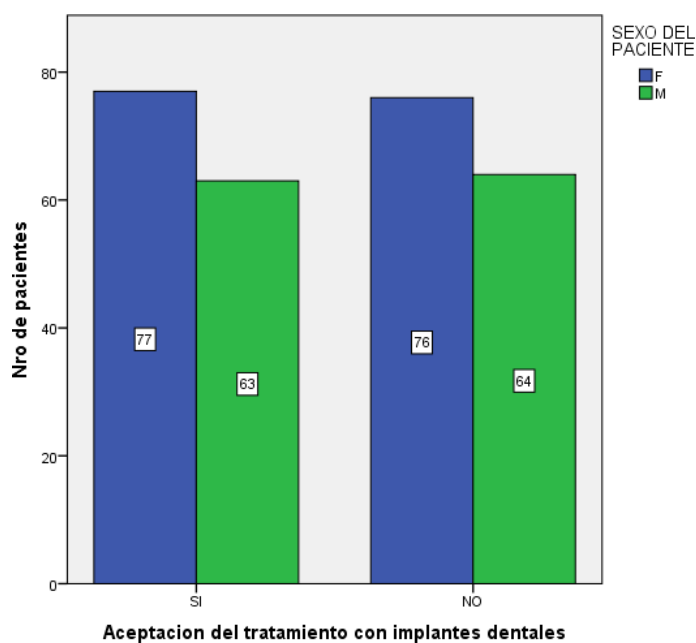


Figura 12. Sexo de los pacientes que aceptaron o no el tratamiento con implantes dentales.

Fuente: Elaboración propia.

Edad

Tabla 15

*Edad de los pacientes que aceptaron o no el tratamiento con implantes dentales*

---

Acepto tto. con implantes dentales

---

Edad del Paciente					Total
	SI	%	NO	%	
<= 31	17	12.1	22	15.7	39
32 – 44	36	25.7	33	23.6	69
45 – 57	40	28.6	51	36.4	91
58 – 70	44	31.4	28	20.00	72
71+	3	2.1	6	4.3	9
Total	140	100	140	100	280

Fuente: Elaboración propia

De los 280 (100%) pacientes candidatos a implantes dentales en el 2018, 44 (31,4%) pacientes que si aceptaron colocarse implantes dentales se encuentran entre las edades de 58 a 70 años, seguido de 40 (28,6%) que se encuentran entre las edades de 45 a 57 años. De la misma forma, 51 (36,4%) pacientes que no aceptaron colocarse implantes dentales se encuentran entre las edades de 58 a 70 años, seguido de 33 (23,6%) que se encuentran entre las edades de 32 a 44 años.

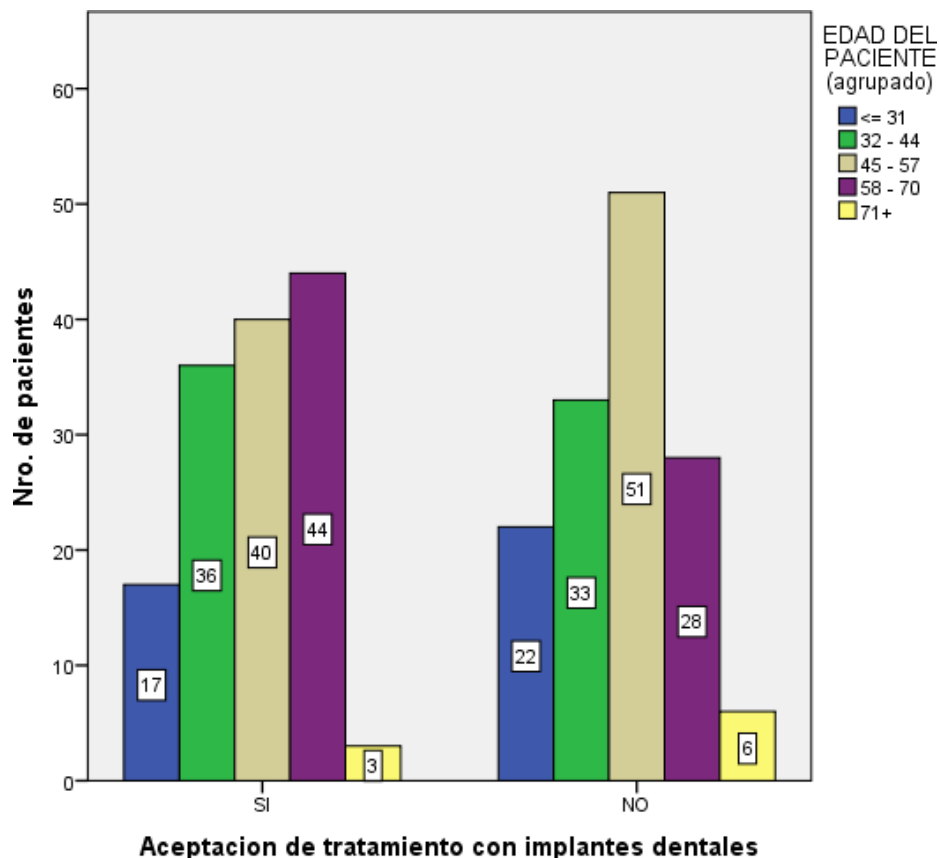


Figura 13. Edad de los pacientes que aceptaron o no el tratamiento con implantes dentales. Fuente:

Elaboración propia.

Tabla 16

*Procedencia de los pacientes que aceptaron o no tratamiento con implantes dentales*

Procedencia	Acepto tto. con implantes dentales				Total
	SI	%	NO	%	

Lima norte	4	2.9	6	4.3	10
Lima centro	66	47.1	63	45	129
Lima este	15	10.7	21	15	36
Lima sur	42	30	40	28.6	82
Callao	13	9.3	10	7.1	23
Total	140	100	140	100	280

Fuente: Elaboración propia.

De los 280 (100%) pacientes candidatos a implantes dentales en el 2018, 66 (47,1%) pacientes que si aceptaron colocarse implantes dentales proceden de distritos de Lima Centro, seguido de 30% de Lima Sur. De la misma forma, el 45% de los pacientes que no aceptaron colocarse implantes dentales proceden también de Lima Centro, seguido del 28,57% procedentes de Lima Sur.

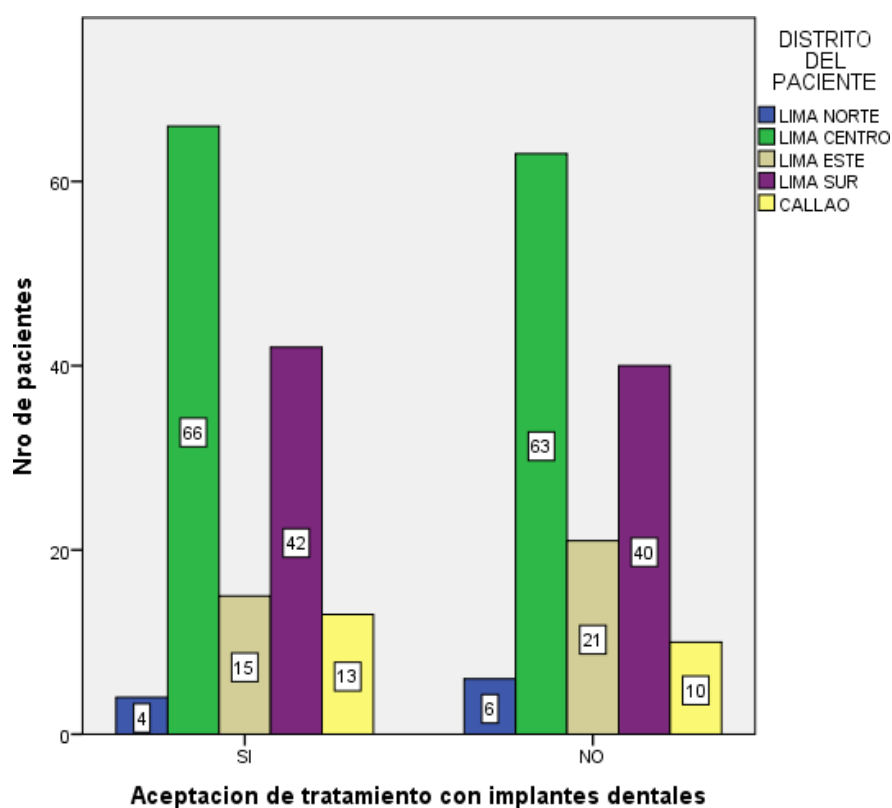


Figura 14. Distrito de los pacientes que aceptaron o no el tratamiento con implantes dentales.

Fuente: Elaboración propia.

## Seguro de salud

Tabla 17

*Seguro de los pacientes que aceptaron o no tratamiento con implantes*

*Dentales*

Seguro del paciente	Acepto tto. con implantes dentales				Total
	SI		NO		
		%		%	
SI	22	15.7	16	11.4	38
NO	118	84.3	124	88.6	242
Total	140	100	140	100	280

Fuente: Elaboración propia.

De los 280 (100%) pacientes candidatos a implantes dentales en el 2018, 118 (84,3%) pacientes que si aceptaron colocarse implantes dentales no tienen seguro y 22 (15,7%) si cuentan con seguro. De los pacientes que no se colocaron implantes dentales, 124 (88,6 %) pacientes no cuentan con seguro y 16 (11,4%) si cuenta con seguro.

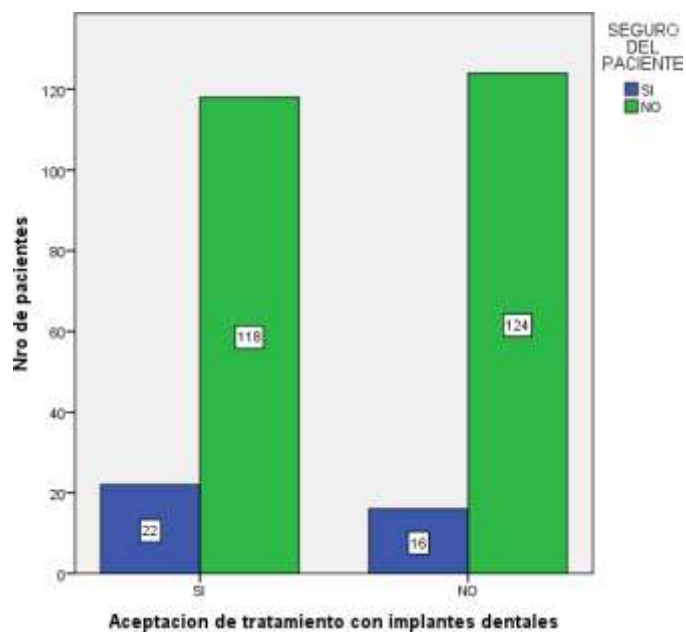


Figura 15. Seguro de los pacientes que aceptaron o no el tratamiento con implantes dentales.  
Fuente: Elaboración propia.

### Tipo de captación

Tabla 18

*Tipo de captación de los pacientes que aceptaron o no el tratamiento con implantes dentales*

Tipo de captación	Acepto tto. con implantes dentales				Total
	SI	%	NO	%	
Seguros	11	7.9	15	10.7	26
Emergencia	5	3.6	0	0.0	5
Recomendación	25	17.9	21	15.0	46
Cercanía	18	12.9	36	25.7	54
Multident card	11	7.9	2	1.4	13
Medios digitales	17	12.1	16	11.4	33

Medios tradicionales	7	5.0	14	10.0	21
No refiere	46	32.9	36	25.7	82
Total	140	100.0	140	100.0	280

---

Fuente: Elaboración propia.

De los 280 (100%) pacientes atendidos en el 2018, 140 (50%) pacientes que, si aceptaron tratamiento con implantes dentales, de los cuales 46 (32,9%) pacientes que si aceptaron tratamiento con implantes dentales no refiere exactamente como fue captado por la empresa, 25 (17,8%) indica que fue por recomendación y el % por 12,8% cercanía.

De la misma forma, de los 140 (50%) pacientes que no aceptaron tratamiento con implantes dentales, 36 (25,7%) no refiere exactamente como fue captado por la empresa, 36 (25,7%) también refiere haber sido captado por la cercanía a su hogar o centro de labores/estudio, seguido de 21 (15%) pacientes captados por recomendación.

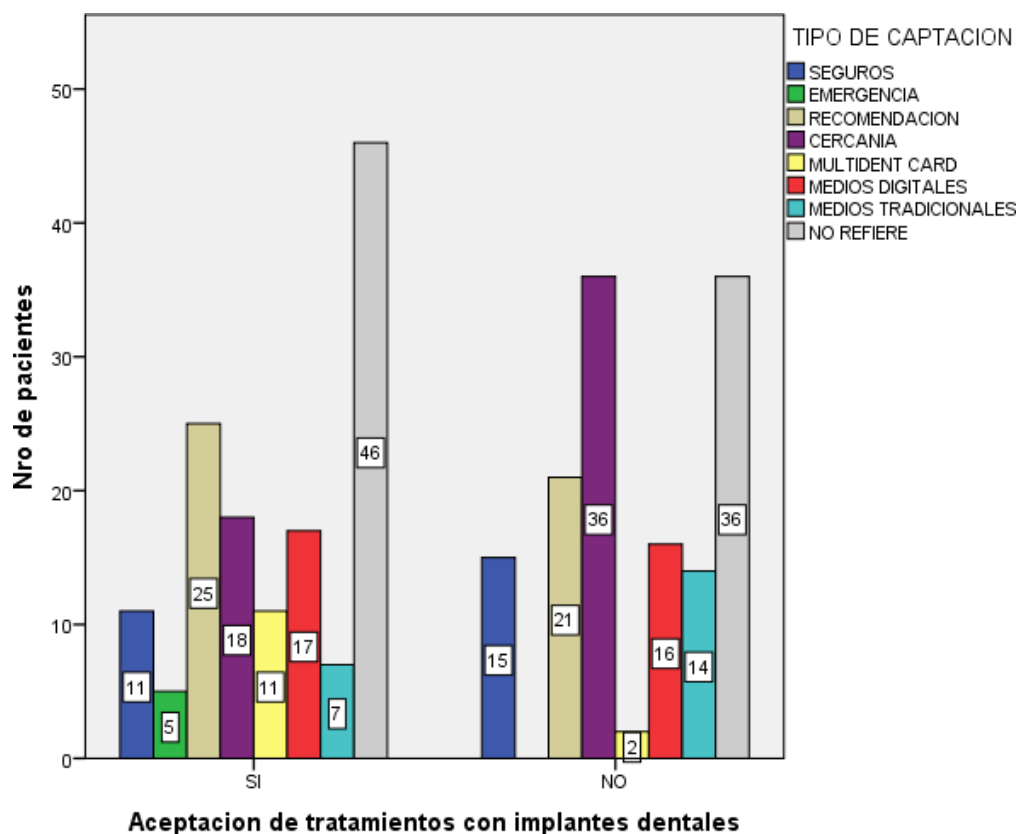


Figura 16. Tipo de captación de pacientes que aceptaron o no el tratamiento con implantes dentales.

Fuente: Elaboración propia.

### *Variable independiente: factores médico-psicológicos*

#### Antecedentes médicos

Tabla 19

*Antecedentes médicos de los pacientes que aceptaron o no el tratamiento con implantes dentales*

Antecedentes médicos	Acepto tto. con implantes dentales				Total
	SI	%	NO	%	
SI	44	31.4	28	20.1	72
NO	96	68.6	111	79.9	207
Total	140	100	139	100	279

Fuente: Elaboración propia.

De los 280 (100%) pacientes atendidos en el 2018, 140 (50%) pacientes que, si aceptaron tratamiento con implantes dentales, 96 (68,6%) no tiene antecedentes médicos de importancia y 44 (31,4%) si tiene antecedentes médicos de importancia. De los 140 (50%) pacientes que no aceptaron tratamiento con implantes dentales, 111 (79,9%) no tienen antecedentes médicos de importancia y 28 (20.1%) si tienen antecedentes médicos de importancia.

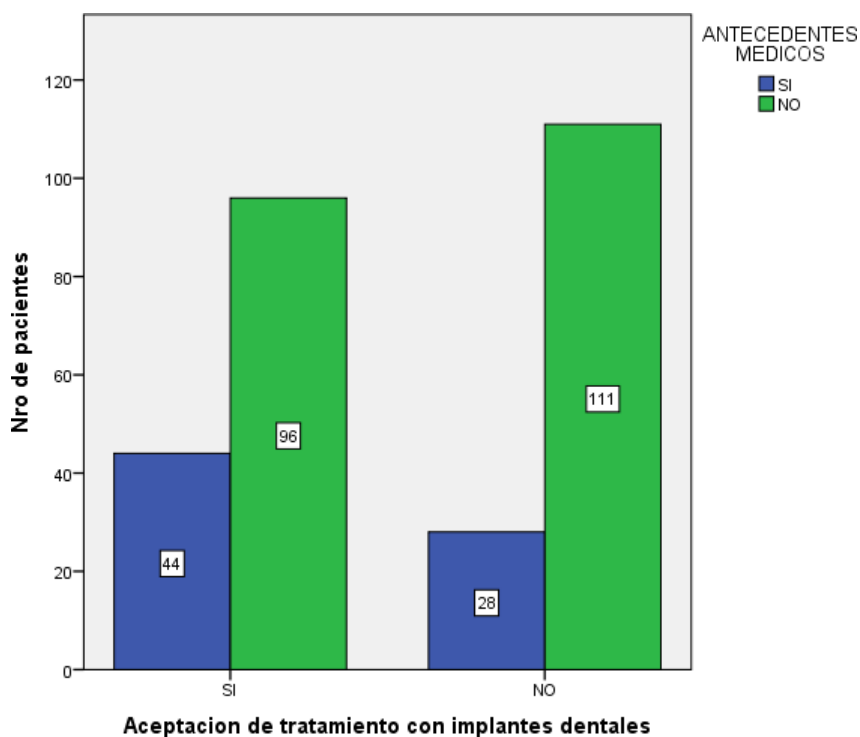


Figura 17. Antecedentes médicos de pacientes que aceptaron o no el tratamiento con implantes dentales.

Fuente: Elaboración propia.

Experiencia dental traumática

Tabla 20

*Experiencia dental traumática de los pacientes que aceptaron o no tratamiento con implantes dentales*

Experiencia dental traumática	Acepto tto. con implantes dentales				Total
	SI	%	NO	%	
SI	29	20.7	18	12.9	47
NO	111	79.3	122	87.1	233
Total	140	100	140	100	280

Fuente: Elaboración propia.

De los 280 (100%) pacientes atendidos en el 2018, 140 (50%) pacientes si aceptaron tratamiento con implantes dentales, 111 (79,3%) manifiestan no haber tenido una experiencia traumática previa y 29 (20.7%) manifiestan haber tenido una experiencia dental traumática previa. De los 140 (50%) pacientes que no aceptaron tratamiento con implantes dentales, 122 (87,1%) refieren no tener una experiencia dental traumática y 18 (12,9%) manifiesta si haber tenido una experiencia dental traumática.

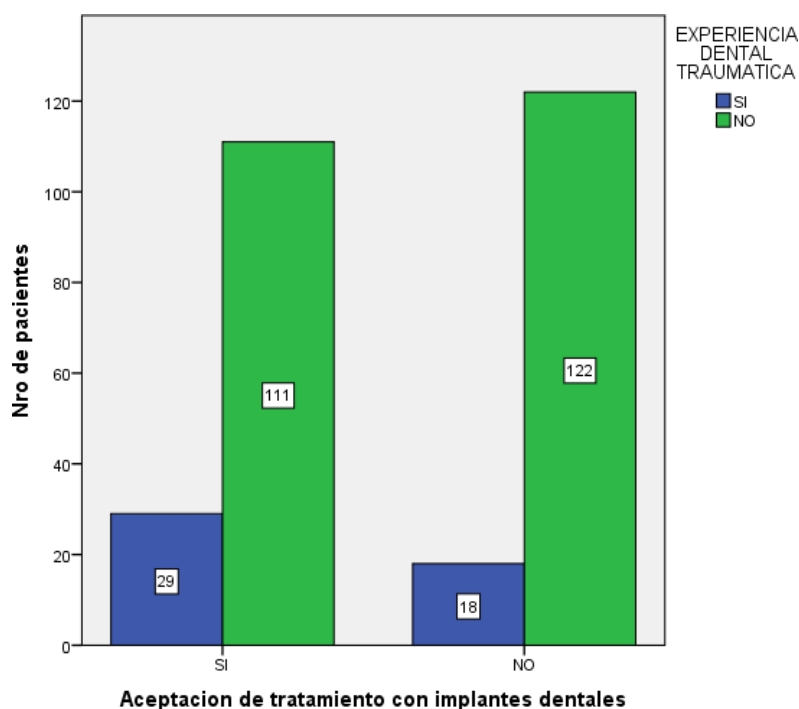


Figura 18. Experiencia dental traumática de pacientes que aceptaron o no el tratamiento con implantes dentales.

Fuente: Elaboración propia.

Conformidad con la apariencia general de los dientes

Tabla 21

*Conformidad con la apariencia general de los dientes de los pacientes que aceptaron tratamiento con implantes dentales*

¿Está conforme con la apariencia general de sus dientes?	Acepto tto con implantes dentales				Total
	SI	%	NO	%	
Si	47	33.6	44	31.7	91
No	93	66.4	96	68.6	189
Total	140	100	140	100	280

Fuente: Elaboración propia.

De los 280 (100%) pacientes atendidos en el 2018, 140 (50%) pacientes si aceptaron tratamiento con implantes dentales, 93 (66.4%) pacientes no se encuentra conforme con la apariencia general de sus dientes y 47 (33,6%) pacientes si se encuentra conforme con la apariencia general de sus dientes. De los 140 (50%), 96 (68,6%) pacientes no está conforme con la apariencia general de sus dientes y 44 (31,7%) pacientes si está conforme con la apariencia general de sus dientes.

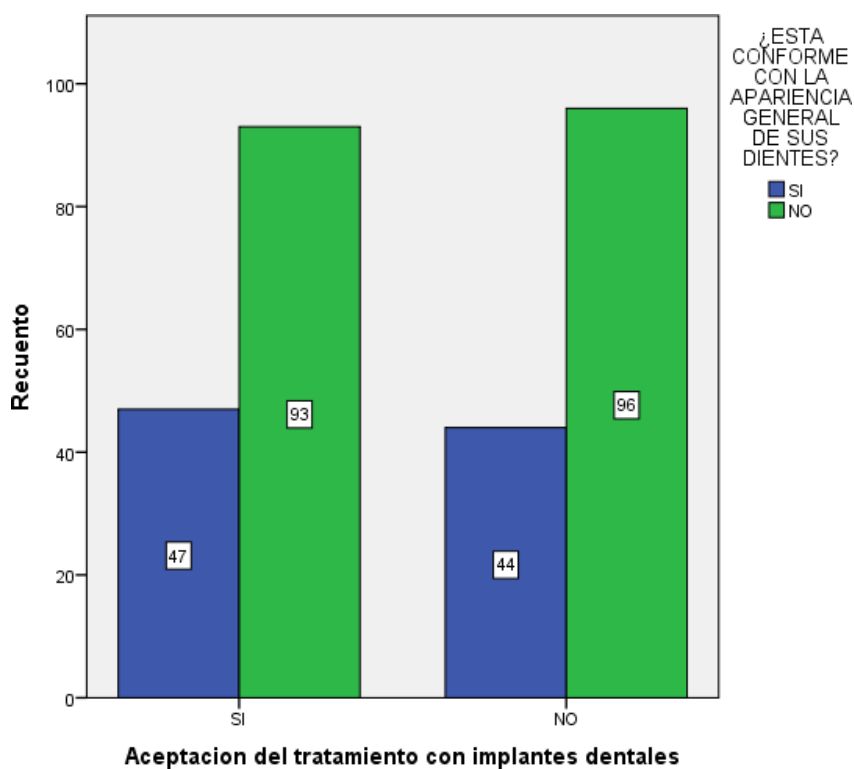


Figura 19. Conformidad de pacientes que aceptaron o no el tratamiento con implantes dentales. Fuente: Elaboración propia.

## Análisis descriptivo de resultados

### Relación entre el presupuesto y la aceptación de tratamiento con implantes dentales

#### Presupuesto

Tabla 22

*Rho de Spearman entre la aceptación de tratamiento con implantes dentales y el presupuesto*

			Acepto tto con implantes dentales	Presupuesto de implante (agrupado)
Rho de spearman	Acepto tto con Implantes Dentales	Coefficiente de Correlación Sig. (bilateral) N	1,000 280	,238** 280
	Presupuesto de Implantes (agrupado)	Coefficiente de Correlación Sig. (bilateral) N	,238** ,000 280	1,000 280

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). Fuente: Elaboración propia.

El coeficiente de correlación de Spearman arroja que existe una correlación positiva débil entre el presupuesto (factor económico) y la aceptación de tratamiento con implantes dentales ( $r_s=0,233$ ,  $p<0.05$ ).

**Relación de la variable factores sociales con aceptación de tratamiento con implantes dentales**

*Sexo*

Tabla 23

*Rho de Spearman entre la aceptación de tratamiento con implantes dentales y el sexo del paciente*

	Acepto tto con implantes dentales	Sexo del paciente
--	---	----------------------

Rho de spearman	Acepto tto con implantes dentales	Coefficiente de correlación	1,000	,007
		Sig. (bilateral)		,905
		N	280	280
	Sexo del paciente	Coefficiente de Correlación	,007	1,000
		Sig. (bilateral)	,905	
		N	280	280

Fuente: Elaboración propia.

El coeficiente de correlación de Spearman arroja que existe una correlación lineal escasa entre el sexo del paciente (factor social) y la aceptación de tratamiento con implantes dentales ( $r_s=0,007$ ,  $p<0.05$ ).

### ***Edad***

Tabla 24

*Rho de Spearman entre la aceptación de tratamiento con implantes dentales y la edad del paciente*

		Acepto tto con Edad del implantes paciente dentales (agrupado)		
Rho de spearman	Acepto tto con implantes dentales	Coefficiente de correlación	1,000	-,063
		Sig. (bilateral)	.	,296
		N	280	280
	Edad del paciente (agrupado)	Coefficiente de correlación	-,063	1,000
		Sig. (bilateral)	,296	.
		N	280	280

Fuente: Elaboración propia.

El coeficiente de correlación de Spearman arroja que existe una correlación negativa escasa entre la edad del paciente (factor social) y la aceptación de tratamiento con implantes dentales ( $r_s=-0,063$ ,  $p<0.05$ ).

### ***Seguro***

Tabla 25

*Rho de Spearman entre la aceptación de tratamiento con implantes dentales y el seguro del paciente*

		Acepto tto con	
		implantes	Seguro del
		Dentales	paciente
Rho de Spearman	Acepto tto con implantes dentales	1,000	,063
		.	,297
		280	280
	Seguro del paciente	,063	1,000
		,297	.
		280	280

Fuente: Elaboración propia.

El coeficiente de correlación de Spearman arroja que existe una correlación positiva débil entre el seguro del paciente y la aceptación de tratamiento con implantes dentales ( $r_s=0,063$ ,  $p<0.05$ ).

### **Relación de la variable factores médico-psicológicos y la aceptación de tratamiento con implantes dentales**

#### *Antecedentes médicos*

Tabla 26

*Rho de Spearman entre la aceptación de tratamiento con implantes dentales y los antecedentes médicos del paciente*

			Acepto tto con implantes dentales	Antecedentes médicos
Rho de spearman	Acepto tto con implantes dentales	Coeficiente de correlación	1,000	,131*
		Sig. (bilateral)	.	,029
		N	280	280
	Antecedentes médicos	Coeficiente de correlación	,131*	1,000
		Sig. (bilateral)	,029	.
		N	280	280

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral). Fuente: Elaboración propia.

El coeficiente de correlación de Spearman arroja que existe una correlación positiva escasa entre la edad del paciente y la aceptación de tratamiento con implantes dentales ( $r_s=0,131$ ,  $p<0.05$ ).

### ***Experiencia dental traumática***

Tabla 27

*Rho de Spearman entre la aceptación de tratamiento con implantes dentales y la experiencia dental traumática*

			Acepto tto con implantes dentales	Experiencia dental traumática
Rho de spearman	Acepto tto con implantes dentales	Coeficiente de Correlación	1,000	,100
		Sig. (bilateral)	.	,070
		N	280	280
	Experiencia	Coeficiente de Correlación	,100	1,000

dental	Sig. (bilateral)	,071	
traumática	N	280	280

Fuente: Elaboración propia.

El coeficiente de correlación de Spearman arroja que existe una correlación lineal escasa entre la experiencia dental traumática y la aceptación de tratamiento con implantes dentales ( $r_s=0,105$ ,  $p<0.05$ ).

### ***Satisfacción con la apariencia general de sus dientes***

Tabla 28

*Rho de Spearman entre la aceptación de tratamiento con implantes dentales y la conformidad de la apariencia general de los dientes*

			Acepto tto con implantes dentales	¿Está conforme con la apariencia general de sus dientes?
Rho de spearman	Acepto tto con implantes dentales	Coefficiente de correlación	1,000	,023
		Sig. (bilateral)		,703
		N	280	280
	¿Está conforme con la apariencia general de sus dientes?	Coefficiente de correlación	,023	1,000
		Sig. (bilateral)	,703	
		N	280	280

Fuente: Elaboración propia.

El coeficiente de correlación de Spearman arroja que existe una correlación lineal moderada y fuerte entre la experiencia dental traumática (factor médico- psicológico) y la aceptación de tratamiento con implantes dentales ( $r_s=0,703$ ,  $p<0.05$ ).

## 4.2. Prueba de hipótesis

Hipótesis: Los factores económicos, sociales y psicológicos influyen en la aceptación de tratamiento con implantes dentales en las clínicas Multident en el 2018.

Hipótesis nula:

H0: Los factores económicos, sociales y psicológicos no influyen en la aceptación de tratamiento con implantes dentales en las clínicas Multident en el 2018.

Hipótesis alternativa:

H1: Los factores económicos, sociales y psicológicos influyen en la aceptación de tratamiento con implantes dentales en las clínicas Multident en el 2018.

Nivel de significancia crítico: 5% N=280

Regla de decisión:

Rechazar la H0 si y solo si, el nivel de significancia ( $\alpha_0$ ) es menor que el nivel de significancia crítica ( $\alpha_c$ )

### ***Regresión lineal múltiple***

Esta prueba se realizó como producto de la creación de un modelo basado en:  $Y =$

$$a + bX_1 + cX_2 + dX_3$$

$$H_0: \beta = 0$$

$$H_1: \beta \neq 0 \text{ por lo menos una diferente de cero}$$

Se tomo una subvariable de cada tipo de variables económico (presupuesto), social (seguro) y psicológico (experiencia dental traumática).

Tabla 29

### *Modelo de regresión lineal múltiple*

	Suma de		Media		
Modelo	cuadrados	Gl	cuadrática	F	Sig.

1	Regresión	8,670	3	2,890	13,007	,000 <sup>b</sup>
	Residuo	61,330	276	,222		
	Total	70,000	279			

A. Variable dependiente: acepto tto con implantes dentales

B. Predictores: (constante), presup, seguro del paciente, experiencia dental traumática

Fuente: Elaboración propia.

Dado que el nivel de significancia calculado ( $\alpha_0$ ) es menor que el nivel de significación crítica ( $\alpha_c=0.05$ ), se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, por lo que los factores económicos, sociales y médico-psicológicos influyen significativamente en la aceptación de tratamiento con implantes dentales en las clínicas Multident en el 2018. De esta forma también se realizó la prueba general de correlación de Spearman, cuyos resultados fueron los siguientes:

Tabla 30

*Rho de Spearman entre las variables independientes y la dependiente*

		Acepto tto con imp. Dent.	Seguro de paciente	Presup	Experiencia dental Traumática	
Rho de Spearman		Coefficiente de correlación	1,000	,063	,365**	,105
	Acepto tto con Implantes Dentales	Sig. (bilateral) N	.	,297	,000	,079
			280	280	280	280
	Seguro del Paciente	Coefficiente de correlación	,063	1,000	,013	-,038
		Sig. (bilateral) N	,297	.	,825	,522
			280	280	280	280

Presup	Coefficiente de correlación	,365**	,013	1,000	,073
	Sig. (bilateral)	,000	,825	.	,224
	N	280	280	280	280
Experiencia dental traumática	Coefficiente de correlación	,105	-,038	,073	1,000
	Sig. (bilateral)	,079	,522	,224	.
	N	280	280	280	280

---

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia.

Los coeficientes de correlación de las variables seguro del paciente y la aceptación de tratamiento con implantes dentales arrojan como resultado una correlación positiva escasa ( $r_s=0,063$ ,  $p<0.05$ ), entre las variables presupuesto y la aceptación de tratamiento con implantes dentales arrojan como resultado una correlación positiva débil ( $r_s=0,365$ ,  $p<0.05$ ), entre las variables experiencia dental traumática y la aceptación de tratamiento con implantes dentales arrojan como resultado una correlación positiva escasa ( $r_s=0,105$ ,  $p<0.05$ ).

De acuerdo a las hipótesis de la investigación se realizó una serie de pruebas estadísticas que determinan la correlación que existe entre las variables y si las independientes influyen significativamente en la variable dependiente. La prueba que se realizara es la de correlación de Spearman para la variable “factores económicos” y “aceptación de tratamiento con implantes dentales”.

Para la variable “factores psicológicos” las subvariables se sumaron y con esa suma se trabaja la correlación de Spearman con la variable “aceptación de tratamiento

con implantes dentales”.

Tabla 31

*Rho de Spearman entre la aceptación de tratamiento con implantes dentales y el factor psicológico. Modelo construido.*

		Acepto tto con implantes	
		Dentales	Psicológicos
Rho de spearman	Acepto tto con implantes dentales	1,000	,171**
	Sig. (bilateral)	.	,004
	N	280	280
Psicológicos	Coeficiente de correlación	,171**	1,000
	Sig. (bilateral)	,004	.
	N	280	280

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). Fuente: Elaboración propia.

El coeficiente de correlación de Spearman arroja que existe una correlación positiva escasa entre los “factores psicológicos” y la aceptación de tratamiento con implantes dentales ( $r_s=0,105$ ,  $p<0.05$ ).

## Resultados

1. La correlación que existe entre el factor económico y la aceptación de tratamiento de implantes dentales arroja como resultado una correlación positiva débil ( $r_s=0,238$ ,  $p<0.05$ ) lo que significa que ambas variables crecen juntas. Para analizar este factor se tomó como subvariable el monto final del presupuesto del tratamiento con

implantes dentales, que en muchos casos incluían tratamientos anexos, los cuales eran completamente necesarios para el paciente, lo cual encarecía algunos presupuestos.

El resultado hallado se encuentra acorde con la teoría económica de Parker y Robert, descrita en el marco teórico, donde indican que la demanda de un servicio de salud depende básicamente del costo que éste tenga y de otras variables secundarias, esto los llevo a afirmar que la elasticidad de la demanda de servicios de salud negativa, es decir al incremento en el precio, la demanda baja.

De la misma forma, los resultados pueden ser corroborado con la experiencia diaria que nota el personal administrativo y médico de la empresa, cuando los pacientes a quienes se les entrega el presupuesto del tratamiento con implantes dentales afirman que éste es muy costoso y no se encuentra dentro de las posibilidades de los mismos. Además, en el análisis descriptivo se halló que el 100% de los pacientes que aceptaron tratamiento con implantes dentales, recibieron un presupuesto medio (3801-5800 soles). Mientras que, en el grupo de los que no aceptaron, los pacientes que recibieron un presupuesto medio representan el 82.4%. Los presupuestos menos aceptados fueron los bajos y los altos.

Por lo expuesto, se determina el cumplimiento del objetivo específico de determinar si los aspectos económicos influyen en la aceptación de tratamiento con implantes dentales en las clínicas Multident,

2. La correlación que existe entre el factor social y la aceptación de tratamiento de implantes dentales tiene como resultado la suma de las correlaciones de las subvariables sexo, edad y seguro del paciente. Se determina el cumplimiento del objetivo específico de determinar si los aspectos sociales influyen en la aceptación de tratamiento con implantes dentales en las clínicas Multident.

La correlación que existe entre el sexo y la aceptación de tratamiento de implantes dentales tiene una correlación positiva escasa ( $r_s=0,007$ ,  $p<0.05$ ), lo que significa que ambas variables crecen juntas.

En el análisis descriptivo se halló que, del grupo de pacientes aceptaron el tratamiento con implantes dentales, el 55% estaba representado por el sexo femenino y el 45% por el sexo masculino, y de los pacientes que no aceptaron el tratamiento con implantes dentales, el 54.2% es sexo femenino y el 45.7% por el sexo masculino; teniendo de esta forma una distribución casi homogénea entre ambos sexos. Lo que no se condice con la teoría propuesta por la OMS, en la que se presume que el sexo femenino tiene mayor predisposición para optar por procedimientos médicos.

Otra de las subvariables que está incluida es la edad, en el análisis estadístico usando la correlación lineal de Spearman, arrojó que existe una correlación negativa escasa ( $r_s=-0,063$ ,  $p<0.05$ ), lo que significa que existe una relación inversa entre ambas variables.

En el análisis descriptivo se halló que el 32,5% de los pacientes de la muestra total se encuentra entre las edades 45-57 años, al igual que en el grupo de los pacientes que no aceptaron el tratamiento con implantes dentales (36,4%) y en el grupo de pacientes que aceptaron el tratamiento con implantes dentales el mayor porcentaje (31,4%) se encuentra entre los 58-70 años, siendo estos últimos pertenecientes a la generación de los baby boomers, aquellos que fueron los más afectados por la odontología mutiladora.

De la misma forma, la subvariable que está incluida es la procedencia de los pacientes, en el análisis descriptivo se halló que el 46,1% de la muestra proviene de Lima centro, se mantiene similar resultado para los grupos que aceptaron tratamiento con implantes dentales y los que no lo hicieron, esto básicamente es el resultado de

que la sede Multident San Miguel (perteneciente a Lima Centro) es la que más pacientes de distritos aledaños prospectos con implantes dentales recibe.

La subvariable que también está incluida es si el paciente tiene un seguro privado de salud o EPS, en el análisis descriptivo se halló que el 86,4% de la muestra no lo posee, se mantiene similar resultado para los grupos que aceptaron tratamiento con implantes dentales y los que no lo hicieron. En el análisis estadístico usando la correlación lineal de Spearman, arrojó que existe una correlación positiva débil entre el seguro del paciente y la aceptación de tratamiento con implantes dentales ( $r_s=0,063$ ,  $p<0.05$ ). Históricamente, el público de Multident es aquel que no tiene seguro de salud, lo que concuerda con el resultado descriptivo detallado.

El tipo de captación del paciente está incluida como subvariable, en el análisis descriptivo se halló que el 29,3% de la muestra no refiere exactamente como fue captada por la clínica y el 19,3% fue captada por la cercanía de su vivienda o centro de estudio.

3. La correlación que existe entre el factor médico-psicológico y la aceptación de tratamiento de implantes dentales arroja como resultado una correlación positiva media (0,105). Por lo que se determina el cumplimiento del objetivo específico de determinar si los aspectos médico-psicológico influyen en la aceptación de tratamiento con implantes dentales en las clínicas Multident.

Una de las subvariables que está incluida es antecedentes médicos, en el análisis descriptivo se halló que el 73,9% de la muestra no tienen antecedentes médicos de importancia, en el grupo de pacientes que acepto tratamiento con implantes dentales el 79,3% y en el grupo de pacientes que no acepto tratamiento con implantes dentales el 87.1 no tienen antecedentes médicos de importancia. En el

análisis estadístico usando la correlación lineal de Spearman, arrojó que existe una correlación positiva escasa ( $r_s=0,131$ ,  $p<0.05$ ).

Otra de las variables es la experiencia dental traumática previa, en el análisis descriptivo se halló que el 83,2% de muestra no la ha experimentado, en el grupo de pacientes que aceptó el tratamiento con implantes dentales los que no tuvieron una experiencia dental traumática fueron el 79.3% y en el grupo de pacientes que no aceptó el tratamiento con implantes dentales es el 87.1%. En el análisis estadístico usando la correlación lineal de Spearman, arrojó que existe una correlación lineal escasa ( $r_s=0,105$ ,  $p<0.05$ ).

La subvariable que también está incluida es la conformidad con la apariencia general de sus dientes, en el análisis descriptivo se halló que el 67,1% de la población no se encuentra conforme, en el grupo de pacientes que aceptó el tratamiento con implantes dentales los que no están conforme con la apariencia general de sus dientes fueron el 66.4% y en el grupo de pacientes que no aceptó el tratamiento con implantes dentales es el 68,6%. En el análisis estadístico usando la correlación lineal de Spearman, arrojó que existe una correlación lineal moderada y fuerte ( $r_s=0,703$ ,  $p<0.05$ ).

## **Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones.**

### **Conclusiones**

1. Existe correlación positiva entre el factor económico y la aceptación de tratamiento de implantes dentales, se puede concluir que el factor económico tiene un impacto en la toma de decisión del paciente al momento de aceptar un tratamiento con implantes dentales. Se debe tener en cuenta que éste es uno de los tratamientos más costosos del servicio odontológico y va a repercutir de forma importante en la economía de una

persona o una familia por lo que a su vez representa una de las principales excusas por el cual un tratamiento con implantes no es aceptado.

2. Existe correlación positiva entre el factor social y la aceptación del tratamiento de implantes dentales, se puede concluir que el factor social tiene un impacto en la toma de decisión del paciente al momento de aceptar un tratamiento con implantes dentales. El factor social incluye subvariables como la edad, el género, tipo de seguro, distrito de procedencia ligado al nivel socioeconómico del paciente. El sexo no ha sido un diferencial significativo entre un grupo y el otro, lo que demuestra que para el estudio ésta no ha sido una variable determinante para conocer si un paciente aceptara un tratamiento con implantes dentales, a pesar de que en los determinantes sociales cada sexo tiene diferenciales, estos no han se han notado en la muestra en estudio.

La edad, al estar estrechamente ligada con los paradigmas generacionales sobre bienestar y salud repercute en la decisión de colocarse o no implantes dentales, de manera similar sucede con el género, además, cada generación se ha enfrentado a los problemas odontológicos de manera distinta. Los baby boomers, al haber experimentado la odontología mutiladora, es decir aquella que prefiere perder dientes a curarlos, representa el público objetivo más cercano.

Esto está demostrado en el estudio, ya que más de la tercera parte de los pacientes que tomaron el tratamiento con implantes dentales se encuentra entre los 45 – 57 años de edad.

El distrito de procedencia está relacionado con el nivel socioeconómico del paciente y puede inducir su comportamiento de consumo, lo que genera un impacto en servicios de salud de las personas. Para el estudio, esto tuvo repercusiones, ya que

la zona que más adquirió este servicio médico fueron aquellas personas que viven en Lima centro, que incluye los distritos de San Miguel, Pueblo Libre, Lima, Breña, San Isidro, Magdalena, entre otros).

En el cualquier seguro privado de salud o EPS, la cobertura para odontología es mínima, siendo los tratamientos cubiertos aquellos básicos para la especialidad. Para el estudio, el porcentaje de los pacientes que aceptaron tratamiento con implantes dentales que tienen algún seguro privado o EPS es más del 80%, es decir los pacientes que acuden a atención clínica a través de su seguro, son aquellas que están interesadas en poder realizar tratamientos básicos, mas no tratamientos costosos. Para la subvariable, tipo de captación del paciente por parte de la clínica, la tercera parte de la muestra no refiere exactamente cuál fue el medio por el que se convenció de atenderse, por lo que se presume que, al estar posicionada la marca, ésta ya se encuentra presente en los consumidores. Vivir o trabajar cerca, fue otro de los criterios por los que los pacientes escogieron atenderse en la clínica.

3. Existe una correlación positiva entre el factor médico-psicológico y la aceptación de tratamiento de implantes dentales, se puede concluir que el factor médico-psicológico tiene un impacto en la toma de decisión del paciente al momento de aceptar un tratamiento con implantes dentales. El factor médico- psicológico incluye subvariables como la presencia de enfermedades sistémicas, experiencias dentales traumáticas previas y conformidad con la apariencia general de sus dientes.

La presencia de enfermedades sistémicas puede imposibilitar a los pacientes a colocarse implantes dentales, para el estudio más del 70% de los pacientes que aceptaron el tratamiento con implantes dentales no tenía ninguna enfermedad sistémica de importancia, por lo que podríamos concluir que, al tratarse de antecedentes de salud muy frecuentes, las personas que las están padeciendo ni

quiera están llegando a la consulta odontológica y por desconocimiento se están excluyendo del grupo de pacientes potenciales.

Se puede presumir lo mismo para aquellos pacientes con experiencias dentales traumáticas previas. Para la muestra, quienes no tienen alguna experiencia dental traumática, son más del 80%, ya que, al tratarse de situaciones comunes, probablemente las personas que la han padecido ni siquiera están llegando a la consulta odontológica y por desconocimiento se están excluyendo del grupo de pacientes potenciales, predisponiéndose negativamente ante la colocación de implantes dentales.

Con la subvariable conformidad de la apariencia general de los dientes, para la muestra más del 65% no se encuentra satisfecho, por lo que esto se puede traducir como la motivación del paciente para tomar como opción de tratamiento odontológico la mejor opción rehabilitadora

### **Recomendaciones**

1. La recomendación para las empresas odontológicas es diseñar un servicio odontológico diferenciado para pacientes que requieran el servicio. El consumidor debe tener la percepción que el servicio de implantes merece el monto que se está pagando por él, esto hará notar al paciente que existe una relación proporcional entre calidad y precio. Dicho diseño debe incluir desde la atención diferenciada al cliente en recepción, así como una atención clínica completa que esté basada en mostrar al paciente lo que requiere, para esto se deben utilizar recursos como presentación de caso clínico completo, fotografías, videos, modelos de estudio), así mismo debe capacitar al odontólogo sobre habilidades blandas, lo que le permitirá establecer una relación fraterna entre el odontólogo y el paciente. También debe incluir el seguimiento y el servicio post

venta, así como un programa de incentivos para quienes culminan el tratamiento integral.

Así mismo, la recomendación para la estrategia de Salud Bucal del Ministerio de Salud es que, además de fortalecer las políticas de salud pública preventiva, se debe incluir la salud recuperativa en los planes de atención integral por grupos de edad. Las mismas que deben incluir tratamientos rehabilitadores con prótesis e implantes dentales, ya que estas van a permitir la recuperación completa del paciente. Sumado a ello, se podría cobertura parcialmente con el Seguro Integral de Salud.

De la misma forma, se recomienda la ampliación de investigaciones sobre las repercusiones que tiene el costo del servicio de implantes dentales y si cual es la fluctuación de la demanda en base a este.

2. Otra recomendación para las empresas odontológicas es penetrar nuevos segmentos de mercado. La generación a la que va direccionada el servicio de implantes dentales es principalmente a la de baby boomers, por lo que se recomienda poder penetrar otros segmentos de mercado, estableciendo un perfil de cliente promedio para cada uno de ellos. La efectividad del mismo va a depender de la estrategia específica para cada grupo generacional, además se debe tomar en cuenta patrones de consumo definidos por la edad, el género y nivel socioeconómico de los mismos.

De la misma forma, la recomendación para las empresas distribuidoras de implantes dentales es fortalecer a los odontólogos implanto logos con capacitaciones sobre las características del mercado, oportunidades de ventas,

estrategias de captación de pacientes, fidelización de pacientes, entre otros temas necesarios para captar a los pacientes.

3. Implementar un Plan de comunicaciones del servicio de implantes dentales.

El plan de comunicaciones debe ser interno y externo, para este último debe considerarse como uno de los pilares la concientización sobre la importancia del cuidado de la salud bucal y como parte de ésta la rehabilitación completa de una boca. Además, debe incluir programas informativos sobre el proceso de colocación de implantes, los beneficios, ventajas y desventajas de la misma. Para el plan de comunicaciones interno, éste debe incluir capacitaciones sobre el abordaje, venta e incentivos al personal que brinda servicio al público.

### **Bibliografía**

- Abraham CM. (2014) A Brief Historical Perspective on Dental Implants, their surface coatings and treatments. (50-55) *Open Den J*.
- Albertson T, Wennerberg A. (2005) The impact of oral implants - past and future, (1966-2042). *J Can Dent Assoc*. May; 71(5):327
- Aguirre, M. V. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Medica Peruana*.
- Al Garni B, P. S.-H. (2012). Factors affecting the willingness to pay for implants: A study of patients in Riyadh, (9:7) (19-24) Saudi Arabia. *Dental Research Journal*,
- Alarcón A, V. H. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. (*Rev Méd Chile*, 1061-1065).
- Al-Namankany A, D. S. (2012). Evidence-based dentistry: analysis of dental anxiety scales

- for children. *Br Dent*, (219-222).
- Alvarez García, K. F., Córdova Malca, M., & Esparza Cancino, V. (2018). *Comparación de la demanda de los servicios odontológicos según etapas de vida en el Perú*. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Peru.
- American Psychological Association. (2020). Publication manual of the American Psychological Association. (Séptima edición). *Dental Economics*, (10).
- APEIM, A. P. (2017). *Niveles socioeconómicos en Lima Metropolitana y Callao*. Lima.
- Arredondo L, Armando, & Meléndez C, Víctor. (2003). Búsqueda de la atención médica y determinantes de la utilización de Servicios de Salud. *Revista médica de Chile*, (131-4), (445-453).
- Artes, G. G. (2007). *Estudios sobre la cultura y las identidades sociales*. Mexico: Consejo Nacional para la Cultura.
- Barberia Leache E, M. D. (1997). Prevalencia, consecuencias y antecedentes de miedo, ansiedad y fobia dental. *Asoc Odontol Argent P Niños*, (3-10).
- Beltrán. (2000). *Determinantes de la Utilización de los Servicios de Control del Embarazo y Parto*. Lima, Perú.
- Berger P, L. T. (2001). La construcción social de la realidad. *Amorrortu editores*, (233).
- Bermudo Cruz C, H. D. (2008). Factores causantes de miedo en la Atención Estomatológica. *16 de abril*.
- Bornstein, M. (2009). Systemic Conditions and treatment as risk for implants therapy. *Int J*

*Oral Maxillofac Implants*, (12-27).

Castro, E. (2018, marzo 14). Sector cosmético y de higiene dental crecería hasta en 8%. *El Comercio*, pp. (10-11).

Dental economics. (2000). How to profit from...implants: Market simplifies procedures for GPs.

Donabedian, A. (2001). An expert on Health Care evaluates his own case, *The New York Times - Health*, p. (5).

Farrás, M., Bosch, J. L. (2004). Estado, mercado y seguridad ciudadana. Análisis de la articulación entre la seguridad pública y privada en España. Universidad de Barcelona.

Fakheran E., Moosaali, F. (n.d.). Awareness and knowledge of patients toward dental implants as an option in replacing missing teeth: A survey in Kerman, Iran. *Journal of Periodontology and implant*.

Feldstein, P. (1983). Hospitals costs and utilization. *Health Care Economics*. New York: Wiley Medical.

Fernandez, E. (2019). *Los Baby Boomers. Cómo seducir a la generación con mayor capacidad de consumo*. Retrieved from Artyco: <https://artyco.com/los-baby-boomers- cómo-seducirlos-marketing/>

Fiorellini JP, N. M. (1999). The effect of insulin therapy on osseointegration in a diabetic rat model. *Clin Oral Implants Res*, (362-368).

Franco A, S. A. (2004). El menor de seis años: Situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres. *Revista CES Odontología*, (19-29).

- Frederiksen, L., Brehony K., Solomon, L. (1998). Marketing Principles and Behavioral Medicine. *American Journal of Health Promotion*.
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos de teoría sexual*. Buenos Aires y Madrid: Amorrortu editores.
- GBD. (2017). *Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden*. Lancet.
- GBI Research. (2013). *Dental Implants Market to 2018: Technical Advancements and Procedure Efficiency are Resulting in the Increased Preference for Dental Implants over Traditional Dental Devices*. EEUU: GBI Research.
- Global Data. (2018). *Dental implants market projected to reach \$5.9bn by 2028*.  
Global Data. Retrieved from <https://www.globaldata.com/dental-implants-market-projected-reach-5-9bn-2028/>
- Hashemi, Z. (2007). Patients' Satisfaction of Dental Implant Treatment in Kerman. India.
- Hernandez, R. (2014). Metodología de la investigación. Sexta edición. *Mc Graw Hill*. Mexico.
- Hugh Rodman Leavell, G. C. (2010). The book of Preventive Medicine. *McGraw-Hill*, 1965-684.
- Instituto Español de Comercio Exterior. (2005). *El mercado de implantes dentales en Francia*. Francia.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). *Censos Nacionales 2017: XII de Población y VII de Vivienda. Perú: Crecimiento y distribución*. Lima.
- Isidor F, B. K.-P. (1999). Outcome of treatment with implant-retained dental prostheses in

- patients with Sjögren syndrome. *Int J Oral Maxillofac Implants*, (736-743).
- Jie Yao, H. T.-L. (2014). Patients' expectations to dental implant: a systematic review of the literature. *Health and Quality of Life Outcomes*, (12-153).
- Jodelet, D. (1986). *Psicología social: Pensamiento y vida social*. Barcelona: (470-494).
- Kawahara, H. (2003). Oseointegración bajo carga inmediata: tensión/compresión, biomecánica y formación/reabsorción del hueso. *Implant Dentistry*.
- Kohli Shivani, B. S. (2014). Public knowledge and acceptance of dental implant treatment in Malaysian Population. *Journal of Interdisciplinary Dentistry*, (76-80).
- Komal Walia, S. A. (2016). A Comparative and a Qualitative Analisis of patient's motivation, expectation and satiafaction with dental implants. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, (23-26).
- Kotler, P. (1994). *Marketing Management: Analysis, Planning, Implementation, and Control*. Prentice-Hall.
- Kunst A, M. J. (2000). *Measuring socioeconomic inequalities in Health*. Copenhagen: WHO Regional.
- Lamata, F. (1998). Estudio comparado de las reformas de los Sistemas Sanitarios de España y Bulgaria. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. España.
- Mayya A, D. J. (2018). Knowledge and awareness o f dental implants as a treatment choice in adult population in South India: A hospital-based study. *Indian J Dent Res*, (29:263-7).
- McCrea, S. (2017). Un análisis de las percepciones y expectativas del paciente a los implantes dentales: ¿hay un efecto significativo en los niveles de satisfacción a largo plazo?

*Revista Internacional de Odontología.*

Muntaner C, R. K. (2012). Clase social y salud en América Latina. *Rev Panam Salud Publica*, (31-2:166–75).

Narey Ramos, B., & Aldereguia Henriques, J. (1990). Medicina social y salud publica en Cuba. *La Habana: Editorial del pueblo y Educación.*

Navarro C, R. R. (1996). Un estudio epidemiológico acerca de la prevalencia de ansiedad y miedos dentales entre la población adulta de la gran área metropolitana de Costa Rica. *Psicología Conductual*, (79-9).

Nemes., J. (n.d.). Fear of dental implants among edentulous patients. Montreal, Canadá.: McGill University.

Nieva B, J. S. (1998). Representaciones sociales del proceso salud-enfermedad oral en poblaciones urbano-marginales y su relación con los discursos y las prácticas institucionales. *Rev Fed Odontol Colomb*, (195: 9-56).

Nonajulca, C. T. (2006). Situación de la salud bucal en el país. Conclusiones y recomendaciones, camino al Bicentenario. *Odontologia-UNMSM.*

OMS. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health.* Geneva: WHO Library Cataloguing-in- Publication Data.

OMS. (2017). *Determinantes sociales de la salud.* Retrieved from [http://www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/)

OMS/OPS, C. H. (2000). *Salud de la Población. Conceptos y estrategias para políticas públicas saludables. «La perspectiva canadiense».* Washington DC.

Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.* Ottawa.

- Organización Panamericana de la Salud (2010). Área de Sistemas de Salud Basados en Atención Primaria de Salud, Proyecto de Servicios Integrados de Salud. Metodología de gestión productiva de los servicios de salud: introducción y generalidades. Washington, D.C.
- Parker G., Robert L. Health care expenditures in a rural India community: Soc Sci and Med 1986; 21 (5): (23 – 27).
- Pan American Health Organization. (1978). *Declaración de Alma-Ata*. URSS. Peñarrocha, D. M. (2006). *Implantología Oral*.
- Pérez Navarro N, G. M. (2002). Factores que pueden generar miedo al tratamiento estomatológico en niños de 2 a 4 años de edad. *Rev Cubana Estomatol*, 302-327.
- Petersen PE, B. D.-D. (2005). The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ*, 83(9):661-669.
- Pommer B, Z. W. (2011). El progreso y las tendencias en la mentalidad de los pacientes sobre los implantes dentales. I: nivel de información, fuentes de información y necesidad de información del paciente. *Clin. Oral Impl. Res.*, 223-229.
- Priego Álvarez, H. (2015) Mercadotecnia en salud: Aspectos básicos y operativos. *Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud, A.C.* Cuarta edición.
- Rani S, S. R. (2017). *Quantitative Estimation and Evaluation of Existing Knowledge, Attitude and Awareness among Patients about Execution of Dental Implants: A Questionnaire Based Original Study*. Med Den Scie Res.
- Rocha, A. (2008). Representación Social del Odontólogo. *Revista CES Odontología Vol. 21*, 79- 84.
- Rojas, F. O. (2004). El componente social de la salud pública en el siglo XXI. *Rev Cubana*

*Salud Pública.*

- Romani, M. (2003). Plan de negocios para constituir una unidad comercial. Lima: Facultad de Ingeniería Industrial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Rubio-Cebrian S. *Glosario de Economía de la Salud y disciplinas afines*. Diaz de Santos, Madrid 1995.
- Seger L, B. R. (1998). Técnicas de controle do comportamento. São Paulo: En su: Psicología e Odontología: uma abordagem integradora.
- Seligman MEP, W. E. (2001). Anormal psychology. New York: W.W. Norton & Company, Inc.
- Schultz T. (1962) Reflections on investment in man. *Journal of Political Economy*.
- Simó-Noguera, C., Hernández-Monleón, A., Muñoz-Rodríguez, D. y.-S. (2015). El efecto del estado civil y de la convivencia en pareja en la salud. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 151: 141-166.
- Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD. (2015). Anuario estadístico. Lima: Intendencia de Investigación y Desarrollo de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Taani, D. Q. (2002). Dental anxiety and regularity of dental attendance in younger adults. *Journal Oral Rehabilitation*, 604-608.
- Tsolaky, N. (2009). Outcomes of Dental Implants in Osteoporotic Patients. A Literature Review. *Journal of Prosthodontics*, 309-323.
- Valdés-Reyes JM, C.-P. D.-G.-M. (2015). Caracterización de pacientes con miedo al Odontólogo. *Acta Odontológica Colombiana*, 33-46.
- Wagner, W. (1999). Theory and method of social representation. *Asian Journal of social*

*Psychology*, 95-125.

Wang Guihua, G. X. (2015). Public perceptions of dental implants. *Journal of dentistry*, 798-805.

Warmling CM, C. S. (2006). Social Practice for regulation of the dentist's identity. *Ciencia & Saúde coletiva*, 115-122.

Yao, J., Li, M., Tang, H., Wang, P.-L., & Zhao, Y.-X. (2017). ¿Qué esperan los pacientes del tratamiento con implantes dentales? Percepciones, expectativas y conceptos erróneos: un estudio multicéntrico. *Clinical Oral Implants Research*, 261-271.



