



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Odontología

Escuela Profesional de Odontología

**Prevalencia del tipo de edentulismo parcial según el
nivel socioeconómico - cultural en pacientes de la
Clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología de
la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, año
2016**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

AUTOR

Erick Emerson HUAMANCIZA TORRES

ASESOR

Gerardo AYALA DE LA VEGA

Lima, Perú

2017



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

Huamanciza E. Prevalencia del tipo de edentulismo parcial según el nivel socioeconómico - cultural en pacientes de la Clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, año 2016. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología; 2017.

02/5/17



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
VICE DECANATO ACADÉMICO
UNIDAD DE ASESORÍA Y ORIENTACIÓN DEL ESTUDIANTE



ACTA

103

Los Docentes que suscriben, reunidos el tres de mayo del 2017, por encargo de la Sra. Decana de la Facultad, con el objeto de constituir el Jurado de Sustentación para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista del Bachiller :

HUAMANCIZA TORRES, Erick Emerson ✓

CERTIFICAN:

Que, luego de la Sustentación de la Tesis **PREVALENCIA DEL TIPO DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN EL NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL EN PACIENTES DE LA CLÍNICA DE PREGRADO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS, AÑO 2016** y habiendo absuelto las preguntas formuladas, demuestra un grado de aprovechamiento bueno, siendo calificado con un promedio de: diecisiete (en letras) 17 (en números)

En tal virtud, firmamos en la Ciudad Universitaria, a los tres días del mes de mayo del dos mil diecisiete.

PRESIDENTE DEL JURADO

MIEMBRO

Mg. C.D. Carlos Villafana Mori

C.D. Esp. Sylvia Antonieta Chein Villacampa

MIEMBRO (ASESOR)

Dr. C.D. Gerardo Rubén Ayala de la Vega

Escala de calificación: Grado de Aprovechamiento:
Sobresaliente (18-20), Bueno (15-17), Regular (12-14), Desaprobado (11 ó menos)
Criterios : Originalidad, Exposición, Dominio del Tema, Respuestas.

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

PRESIDENTE: Mg. Carlos Villafana Mori

MIEMBRO: C.D. Sylvia Antonieta Chein Villacampa

MIEMBRO (ASESOR): Dr. Gerardo Ayala de la Vega

A mis padres, por su apoyo incondicional
durante toda mi preparación universitaria,
por la paciencia y los consejos que me han
brindado durante todos estos años

AGRADECIMIENTOS

A mi asesor, el Dr. Gerardo Ayala de la Vega, por su gran apoyo y dedicación durante el desarrollo de la presente investigación.

A mi jurado, Mg. Carlos Villafana Mori y C.D. Sylvia Chein Villacampa, por sus consejos y sugerencias en la mejora del desarrollo de mi investigación.

Al Dr. Daniel Suárez Ponce por impulsarme a iniciar con este estudio y por su perseverancia motivándome a terminarlo.

A la Mg. Ana María Díaz Soriano, C.D. Katia Medina Calderón, C.D. Lourdes Benavente Lipa, C.D. Melissa Barra Hinostróza y C.D. Teresa Evaristo por sus sugerencias y aportes en mi investigación.

A todos los que participaron en el desarrollo de este estudio.

A mis padres por sus enseñanzas, consejos y por la motivación que siempre me han dado para cumplir con todas mis metas trazadas.

A mi Alma Mater “Universidad Nacional Mayor de San Marcos” y a todos los docentes de la Facultad de Odontología que me brindaron sus enseñanzas, que compartieron conmigo sus experiencias y con quienes me formé en el ámbito profesional y personal.

RESUMEN

Objetivos: Determinar la prevalencia del tipo de edentulismo parcial según el nivel socioeconómico – cultural en pacientes de la Clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos durante el año 2016. **Metodología:** Estudio descriptivo, observacional y transversal. La muestra fue seleccionada por un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia y se trabajó con 100 pacientes adultos, quienes fueron evaluados mediante una encuesta que estuvo dividida en 2 partes: Datos de filiación y Datos del Nivel Socioeconómico – cultural y fue validada por Juicio de Expertos; y mediante un odontograma para determinar la clase de Kennedy. El análisis de la información se realizó mediante la aplicación de la estadística descriptiva (tablas de frecuencias y porcentajes, gráficos de barras y tablas de contingencia). **Resultados:** El tipo de edentulismo parcial más prevalente fue la Clase III de Kennedy con un 50% y 49% en las arcadas maxilar y mandibular respectivamente, perteneciendo en gran cantidad al nivel socioeconómico – cultural medio el cual fue el más frecuente con un 83%. **Conclusiones:** La mayoría de pacientes presentan Clase III de Kennedy y pertenecen a un nivel socioeconómico – cultural medio.

PALABRAS CLAVE: Arcada parcialmente desdentada – clase social – cultura

SUMMARY

Objectives: To determine the prevalence of partial edentulism according to the socioeconomic - cultural level in patients of the Undergraduate Clinic of the Faculty of Dentistry of the Universidad Nacional Mayor de San Marcos in 2016.

Methodology: Descriptive, observational and transversal study. The sample was selected by a non - probabilistic type of sampling for convenience and 100 adult patients were evaluated by means of a survey that was divided in 2 parts: Data of affiliation and Data of Socioeconomic - cultural level and was validated by Judgment of Experts; And by means of odontograma to determine Kennedy's class. The analysis of the information was carried out through the application of descriptive statistics (frequency and percentage tables, bar graphs and contingency tables). **Results:** The most prevalent type of edentulism was Kennedy's Class III with 50% and 49% in maxillary and mandibular arches respectively, belonging in great quantity to the average socioeconomic - cultural level which was the most frequent with 83%.

Conclusions: The majority of patients present Kennedy's Class III and belong to a medium socioeconomic - cultural level.

KEYWORDS: Partially edentulous arcade - social class - culture

ÍNDICE:

INTRODUCCIÓN	14
CAPÍTULO I: ÁREA PROBLEMA.....	16
1.1. Área Problema	16
1.2. Delimitación.....	17
1.3. Formulación del problema.....	17
1.4. Objetivos	18
1.4.1. General.....	18
1.4.2. Específicos	18
1.5. Justificación.....	19
1.6. Limitaciones	20
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	21
2.1. Antecedentes	21
2.2. Bases teóricas.....	33
2.2.1. Edentulismo Parcial	33
2.2.2. Causas del edentulismo.....	34
2.2.3. Consecuencias anatómicas del edentulismo	36
2.2.4. Clasificación de los arcos parcialmente desdentados.....	39
2.2.5. Clasificación de Kennedy.....	40
2.2.6. Nivel Socioeconómico – Cultural	42

2.3. Definición de términos.....	44
2.4. Hipótesis	45
2.5. Operacionalización de Variables.....	46
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	51
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	56
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	75
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	79
CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES	80
CAPÍTULO VIII: BIBLIOGRAFÍA	81
CAPÍTULO IX: ANEXOS	86

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla		Pág.
1	Distribución según género de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.	57
2	Distribución según edad de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.	58
3	Nivel Socioeconómico-cultural según género de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.	59
4	Nivel Socioeconómico-cultural según edad de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.	61
5	Tipo de edentulismo parcial en el maxilar según género de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.	63
6	Tipo de edentulismo parcial en el maxilar según edad de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.	65

7	Tipo de edentulismo parcial en la mandíbula según género de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.	67
8	Tipo de edentulismo parcial en la mandíbula según edad de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.	69
9	Tipo de Edentulismo Parcial del Maxilar según Nivel Socioeconómico-cultural de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.	71
10	Tipo de Edentulismo Parcial de la Mandíbula según Nivel Socioeconómico-cultural de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.	73

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico		Pág.
1	Distribución según género de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.	57
2	Distribución según edad de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.	58
3	Nivel Socioeconómico-cultural según género de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.	60
4	Nivel Socioeconómico-cultural según edad de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.	62
5	Tipo de edentulismo parcial en el maxilar según género de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.	64
6	Tipo de edentulismo parcial en el maxilar según edad de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.	66

7	Tipo de edentulismo parcial en la mandíbula según género de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.	68
8	Tipo de edentulismo parcial en la mandíbula según edad de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.	70
9	Tipo de Edentulismo Parcial del Maxilar según Nivel Socioeconómico-cultural de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.	72
10	Tipo de Edentulismo Parcial de la Mandíbula según Nivel Socioeconómico-cultural de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.	74

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo		Pág.
N°01	Carta de Presentación para el Validador del Juicio de Expertos	87
N°02	Matriz de consistencia	88
N°03	Ficha de recolección de datos	89
N°04	Valoración de las categorías de la variable “nivel socioeconómico-cultural	92
N°05	Ficha de Evaluación del Instrumento del Juicio de Expertos	94
N°06	Constancia de Validación del Instrumento del Juicio de Expertos	99
N°07	Consentimiento Informado de Prótesis de la Clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología - UNMSM	104

INTRODUCCIÓN

El edentulismo parcial es un estado de la salud oral que corresponde a la ausencia de una determinada cantidad de piezas dentarias en boca. Las causas son diversas, siendo las principales la caries dental y la enfermedad periodontal.

El edéntulo parcial logra restablecer la función masticatoria, de fonación y deglución a través de la confección de la prótesis parcial removible por parte del profesional odontólogo. Por la gran variedad de casos encontrados de edentulismo parcial, se vio la necesidad de establecer un sistema de clasificación, elaborado por Edward Kennedy en 1925, que permitió al profesional odontólogo realizar de la manera más efectiva el diseño del aparato protésico y tener una idea cercana del estado de conservación de las piezas dentarias en boca.^{1,2}

El sistema de Clasificación de Kennedy hace el registro periódico del estado de edentulismo parcial de la población y permite realizar comparaciones para saber si ha habido mejoras en el estado de conservación de las piezas dentarias en boca; estudios que son frecuentemente realizados por varios países tanto en Latinoamérica como en Europa, Asia y el Medio Oriente. Sin embargo, el Perú no cuenta con un registro de información suficiente para conocer si hay o no mejoras en el estado de conservación de las piezas dentarias en boca y saber si son efectivas o no las políticas de prevención y cuidado de la salud oral en la población.^{1,2}

Debido a la poca investigación referente al tema en nuestro medio, es que el estudio tiene como objetivo conocer y analizar la prevalencia del edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy y conocer el nivel socioeconómico - cultural del edéntulo parcial en el país, para lo cual se eligió la Clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

CAPÍTULO I: ÁREA PROBLEMA

1.1. Área Problema

El edentulismo parcial es un estado de salud oral que corresponde a la ausencia de una determinada cantidad de piezas dentarias en boca. Las causas son diversas, siendo las principales la caries dental y la enfermedad periodontal.^{1, 2}

La elaboración de la prótesis parcial removible por parte del odontólogo, logra restablecer la función masticatoria, de fonación y deglución.

Por la diversidad de tipos de edentulismo parcial, fue necesario establecer un sistema de clasificación, elaborado por Edward Kennedy en 1925, que permitió al odontólogo realizar de la manera más efectiva el diseño del aparato protésico y tener una idea cercana del estado de conservación de las piezas dentarias en boca.

El edentulismo es más prevalente en los adultos mayores en todo el mundo y está asociado a la calidad de vida. En varios estudios epidemiológicos muestran que los adultos mayores con bajo nivel de calidad de vida o sin educación presentan más índices de edentulismo que las personas adultas mayores con mejor nivel de calidad de vida y con educación.³

1.2. Delimitación

El edentulismo parcial está considerado como una condición de salud bucal. La gran mayoría de pérdida de piezas dentarias se produce generalmente por caries dental y enfermedad periodontal. Se ha asociado la prevalencia de esta condición con el nivel socioeconómico – cultural de las poblaciones. En nuestro país, pocos estudios epidemiológicos nos muestran la prevalencia de esta condición; y es necesario saber las características de ésta en cada nivel socioeconómico – cultural de nuestra población, para así poder intervenir ante las principales causas de ésta problemática como son la caries dental y la enfermedad periodontal.

1.3. Formulación del problema

¿Cuál es la prevalencia del tipo de edentulismo parcial según el nivel socioeconómico – cultural en pacientes de la Clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos durante el año 2016?

1.4. Objetivos

1.4.1. General

- Determinar la prevalencia del tipo de edentulismo parcial según el nivel socioeconómico – cultural en pacientes de la Clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos durante el año 2016.

1.4.2. Específicos

- Identificar la distribución del grupo de estudio según edad y género.
- Establecer el nivel socioeconómico – cultural según edad y género.
- Establecer la frecuencia de cada tipo de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en ambas arcadas según edad y género.
- Establecer la frecuencia de cada tipo de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en ambas arcadas según el nivel socioeconómico – cultural.

1.5. Justificación

La población peruana presenta características diferentes a las poblaciones, europeas, norteamericanas, asiáticas y africanas; e incluso con los demás países latinoamericanos. La población estudiada tiene rasgos demográficos pertenecientes a Lima y Callao, no existiendo aún estudios que valoren la prevalencia del tipo de edentulismo parcial y el nivel socioeconómico – cultural.

Mediante la presente investigación se pretendió determinar la prevalencia del tipo de edentulismo y el nivel socioeconómico – cultural. Estableciendo cuál es la frecuencia de cada tipo de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy se identificará su asociación con edad y género para plantear protocolos de abordaje preventivo promocional.

A nivel nacional será de gran aporte para establecer Políticas de Salud Pública en relación a la pérdida de piezas dentarias ocasionadas por las dos grandes enfermedades de la cavidad bucal: la caries dental y la enfermedad periodontal. Identificada la prevalencia del tipo de edentulismo en cada nivel socioeconómico – cultural se podrá establecer una información referencial sobre la ubicación de las zonas edéntulas en el arco desdentado parcial que permitirá proponer protocolos de atención a nivel educativo-preventivo.

A nivel de la Facultad de Odontología de la UNMSM nos permitirá establecer un Protocolo de Abordaje Clínico para pacientes edéntulo parciales y establecer un programa preventivo – promocional.

A los estudiantes de odontología les servirá en la creación de una guía clínica para abordar y resolver la condición con la que llega el paciente edéntulo parcial valorando además su situación socioeconómica – cultural.

A los pacientes les ayudará mejorando su calidad de vida mediante la creación del protocolo y guías clínicas de abordaje al paciente edéntulo parcial con compromiso periodontal y de los programas preventivo–promocionales.

1.6. Limitaciones

- Poca disponibilidad de tiempo por parte de los pacientes y operadores por los procedimientos clínicos que se estén realizando.
- En la Facultad de Odontología de la UNMSM no existen antecedentes que establezcan y valoren la prevalencia del tipo de edentulismo parcial y el nivel socioeconómico – cultural.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

GUTIERREZ, V. y col. (2015) Su objetivo fue determinar la frecuencia de edentulismo y la necesidad de tratamiento protésico en pobladores adultos de 18 a 64 años de edad. Fue un estudio transversal, descriptivo, observacional. La muestra calculada fue de 168 personas, quienes fueron evaluados mediante una ficha de edéntulos parciales, estructurada a partir de un cuestionario de la OMS. Se realizó este estudio en el distrito de Ventanilla, Callao – Lima. Determinaron que el 72% presentaba edentulismo y necesidad de tratamiento protésico, el 59,6% en el maxilar superior y el 67,3% en el maxilar inferior. Se encontró un mayor número de pacientes con edentulismo parcial clase III en ambos maxilares. Concluyeron que la mayoría de la población tenía edentulismo y necesidad de tratamiento protésico.⁴

GRAMAL, M. (2014) El objetivo de su estudio fue determinar la relación del acceso a la atención dental con el edentulismo, establecido con la valoración: edad, género y factores que afectan el acceso a la atención dental: grado de instrucción, ocupación, disponibilidad, costos, visitas al dentista y razón de la última visita. Este estudio fue realizado en Ecuador utilizando una encuesta como instrumento y el análisis de datos fue mediante la prueba de chi – cuadrado. Obteniéndose dentados completos en un 32% y edéntulos parciales en un 68%. Los edéntulos

parciales mostraron una relación directamente proporcional con la edad, mayor edentulismo en analfabetos que en terminados la secundaria, la falta de tiempo (56%), el miedo de asistir a un odontólogo (10%). El motivo principal de consulta fue la caries. Los resultados del conjunto de variables realizadas con la prueba de análisis de regresión arrojaron aproximadamente un 20% de la relación de condición de dentición con el acceso a la atención dental con mayor influencia en la edad y los costos. Concluye en que existe relación directamente proporcional entre el edentulismo y la edad, y que no hay dependencia del edentulismo con el grado de instrucción ni la ocupación.⁵

D'SOUZA, K. y col. (2014) El objetivo de este estudio fue establecer una relación entre variables sociodemográficas, factores etiológicos y edentulismo parcial. También evaluar la prevalencia de diferentes clases de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy. Realizaron un estudio transversal en el estado de Goa, India. Los datos se adquirieron con base en un formulario incluido un cuestionario estructurado y examen clínico. Un total de 423 participantes se inscribieron para este estudio. Trescientos veinticuatro personas fueron parcialmente desdentadas que indica una tasa de prevalencia de 76,12%. 54,97% eran mujeres. El pico se registró en el grupo de edad de 24 a 34 años, 51,24% eran no-empleado, 54,97% pertenecía al grupo de ingreso mediano, 58,07% residía en zonas urbanas, 48,45% pertenecía al grupo educativo básico y 54,35% tienen un estado de higiene oral bajo. El grupo de clase III de Kennedy (50,30%) fue el tipo más frecuente de

edentulismo parcial. Se halló una asociación estadísticamente significativa entre edentulismo parcial y el ingreso familiar mensual y la educación. Concluye que el edentulismo parcial depende de una combinación de factores sociodemográficos.⁶

CORTÉS, V. y col. (2014) El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de edentulismo y clasificación topográfica de Kennedy en población mayor de 20 años durante los meses de agosto y setiembre del 2013. Fue un estudio observacional descriptivo. Fueron evaluados 88 sujetos mayores de 20 años en Chile, de los cuales el 39,7% eran hombres y el 60,3% eran mujeres. El 89,7% de los sujetos presentó ausencia de al menos un diente. Según la clasificación de Kennedy, la clase III se encontró con mayor porcentaje en la arcada maxilar (42%) y las clases I y III en la arcada mandibular (29%). Concluyen en que hay una alta prevalencia de sujetos edéntulos en los distintos servicios de salud.⁷

CISNEROS, M. y col. (2014) El objetivo de este estudio fue determinar mediante el diagnóstico clínico la prevalencia de edentulismo parcial en pacientes adultos, considerando la cantidad de arcadas edéntulas, utilizando la Clasificación de Kennedy. Fue un estudio descriptivo en la Clínica de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas analizando a 200 pacientes, contabilizándose 359 maxilares edéntulos parciales. Los datos se obtuvieron mediante un examen clínico estomatológico. Encontró que la mayor pérdida dentaria fue causada por caries dental

con un 77%, seguido de la enfermedad periodontal con un 20%. En el examen clínico, el grupo de edad de 31 a 50 años presentó mayor cantidad de arcos edéntulos parciales con 51,81%; en el sexo femenino se encontró mayor cantidad de casos con 72,14%, en la mandíbula hubo más prevalencia con 51,81%. Encontró que la Clase III de Kennedy fue la más frecuente con 52,65%, 36,21% para el sexo femenino y 16,44% para el masculino. Concluyeron que la mayor prevalencia de edentulismo parcial corresponde a la población adulta joven de 31 a 50 años y que la clase III fue la más común y la clase IV la menos frecuente.⁸

SAPKOTA, B. y col. (2013) El objetivo de este estudio fue identificar la frecuencia de la Clasificación de Kennedy entre pacientes edéntulos parciales y comparar la ocurrencia entre los géneros y entre los arcos superior e inferior y también comparar el edentulismo entre la población empleada y la población desempleada. El estudio se realizó en 194 pacientes en Nepal, utilizaron la clasificación de Kennedy para el diagnóstico del edentulismo parcial y encontraron la clase III como la más común y los grupos en los que encontraron mayor prevalencia del edentulismo parcial fueron en mujeres y en desempleados. La arcada con mayor prevalencia de edentulismo fue la superior. Concluyeron que la clase III de Kennedy es la más común entre el grupo de 25 – 50 años, el edentulismo parcial maxilar era mayor que el mandibular, hay una reducción del edentulismo con la situación de empleo.⁹

RODRIGUEZ, L. (2013) El propósito de su estudio fue determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy. Realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal, evaluando un total de 324 historias clínicas de pacientes adultos entre 20 y 70 años, que fueron atendidos en la Clínica Estomatológica de Moche durante los años 2008 – 2012. Encontró que la mayor prevalencia en la arcada superior e inferior era la clase III de Kennedy con 85,9% y 53,8% respectivamente, en ambos géneros y grupos de edad. Concluyó que la mayor prevalencia fue la clase III en ambas arcadas, en ambos géneros y en todos los decenios de vida.¹⁰

VRINDA R. y col. (2012) El objetivo de este estudio fue evaluar el estado protésico y evaluar las necesidades protésicas de los pacientes que asisten a diversos institutos de Ahmedabad en India. Fueron examinados 510 pacientes (264 varones y 246 mujeres). Prepararon una encuesta con la ayuda del formulario de evaluación de la Salud Oral de la OMS (1997). De todos estos pacientes, el 63% presentaba cualquier tipo de edentulismo, de los cuales 49,8% eran parcialmente desdentados y 13,3% eran totalmente desdentados. El 13% tenía prótesis en el arco superior, mientras que el 16% tenía prótesis en el arco inferior. La necesidad de cualquier tipo de prótesis en el arco superior e inferior fue de 55% y de 60% en hombres y mujeres respectivamente. Concluyen que la necesidad protésica del grupo de clase social más baja en la arcada superior e inferior era alta y se

encontró que el estado de prótesis y la necesidad de tratamiento protésico aumentaron con el aumento de edad.¹¹

SHINAWI, L. (2012) El objetivo de este estudio fue investigar los patrones de pérdida de dientes en pacientes tratados en la Facultad de Odontología de la Universidad King AbdulAziz y compararlos durante 5 años con la documentación del número y tipo de prótesis parciales removibles proporcionadas, así como el sexo, la nacionalidad de los pacientes. Realizó un estudio en 293 modelos dentales de pacientes tratados por estudiantes del sexto año durante los años académicos del 2004 y 2009 encontrando que la clasificación de Kennedy clase III es la más común en toda la muestra en ambos géneros y en ambas arcadas. Y la clase IV es la menos frecuente.¹²

BOUBY, A. (2012) Realizó un estudio descriptivo, observacional de corte transversal que tuvo como propósito determinar la asociación entre el edentulismo y el nivel socioeconómico – cultural en pobladores adultos de un distrito del departamento de La Libertad. Utilizó un cuestionario como instrumento, dividido en tres partes: datos generales, diagnóstico del edentulismo parcial y datos sobre el nivel socioeconómico – cultural; encuestando a 139 pobladores. Encontró que no hubo variación significativa en la prevalencia del edentulismo entre hombres y mujeres siendo 74% y 76,4% respectivamente, también encontró que existe asociación significativa entre el edentulismo y el nivel socioeconómico-cultural.³

CHARYEVA, O. y col. (2012) El propósito de este estudio fue determinar la prevalencia de varios tipos de edentulismo parcial en pacientes con poco cuidado dental y el tipo de rehabilitación protésica más cómodo para tratar a estos pacientes. Realizaron el estudio con 112 pacientes junto con radiografías panorámicas en Kazajstán. Los diferentes tipos de edentulismo parcial fueron agrupados dentro de las 4 clases de Kennedy y examinaron la opción de tratamiento para cada paciente. Encontraron que el tipo más frecuente de edentulismo parcial en esta muestra de pacientes era Kennedy tipo III, tanto en el maxilar superior (50,0%) y en la mandíbula (41,1%). Edentulismo parcial se logró rehabilitar con mayor frecuencia por las prótesis parciales fijas (PPF) en ambas arcadas. Kennedy IV fue el menos frecuente (7,1% en el maxilar superior, del 5,6% en la mandíbula) y en la mayoría de los casos tratados con prótesis parciales removibles (PPR) en ambas arcadas.¹³

REDDY, S. y col. (2012) Este estudio tuvo como objetivos evaluar el nivel de edentulismo, causas del edentulismo, el uso de prótesis y la necesidad de prótesis, correlacionándolos con los hábitos y variables socioeconómicas, la dieta y el Índice de Masa Corporal. Evaluaron 500 sujetos en la India que no eran pacientes continuadores de tratamientos dentales. Un cuestionario preparado fue desarrollado, explicado y la entrevista fue totalmente personalizada. Encontraron que el nivel de edentulismo es más alto en sujetos con bajo estatus socioeconómico, en una edad avanzada y que no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres. Otro resultado fue el bajo nivel de uso de prótesis,

del 62% de sujetos que tienen necesidad de utilizar prótesis sea parcial o total, solo el 10,4% era portador de prótesis dental. La dieta mixta de la población tuvo un alto nivel de edentulismo en comparación con la dieta vegetariana. Y el IMC fue correlacionado con el nivel de edentulismo. Fuera del 62% de dientes perdidos, la caries dental fue la principal causa del edentulismo con un 37,4% seguido por la enfermedad periodontal con un 12,2%. Encuentran que el nivel de edentulismo fue mayor en sujetos analfabetos o en los que solo tenían un nivel secundario en comparación de los sujetos que fueron educados hasta concluir un nivel superior. El estudio demostró claramente que hay una falta de conciencia dental, por lo que la educación dental y la motivación son muy importantes. El estudio concluye que la necesidad de atención protésica aumentará debido al aumento de la esperanza de vida.¹⁴

LUNA G. (2011) Este estudio tuvo como objetivo conocer la incidencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en los internos de un Centro de Rehabilitación Social de una ciudad de Ecuador. Evaluó a 414 internos, 373 de sexo masculino y 41 de sexo femenino. El tipo de estudio fue observacional, descriptivo y transversal. Para lograr el objetivo examinó la cavidad bucal de los internos, se llenó una historia clínica para establecer las causas y la frecuencia de la pérdida de las piezas dentales; se tomaron fotografías de todos los maxilares parcialmente edéntulos e impresiones. Los resultados revelaron que la clase III de Kennedy fue la más frecuente en ambos maxilares con un

total de 55,72% y la modificación III-1 en ambos maxilares con un 26,91%. Según la edad, en los rangos de: menores de 20 años, 20 a 39 y de 40 a 59 años, la Clase III de Kennedy fue la más frecuente, a excepción del rango de edad mayor a 60, en la cual la clase I fue la que predominó. Según el sexo, tanto en los hombres como en las mujeres y en ambos maxilares, la clase III de Kennedy fue la más frecuente.¹

SÁNCHEZ, M. y col. (2011) Este estudio tuvo como objetivo conocer el estado de salud bucal y el grado de edentulismo de pacientes adulto mayores medidos a través del índice CPOD y la Clasificación de Kennedy y asociarlos con la calidad de vida. Realizaron el estudio en una Clínica de Medicina Familiar, mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia de 102 pacientes mayores de 60 años con algún grado de edentulismo. Los resultados mostraron que el índice de CPOD fue de 16,10 con un promedio de 10,68 de dientes perdidos. Con respecto a la Clasificación de Kennedy, se observó que la mayor prevalencia fueron las clases III (34,3%) y la clase I (43,1%) para el maxilar superior e inferior, respectivamente. Y se encontró relación significativa entre los dientes perdidos y la edad. Concluyen que la salud oral de la población fue deficiente, la Clase III de Kennedy fue más prevalente en el maxilar superior y la Clase I en el maxilar inferior.¹⁵

ISLAS, H. y col. (2010) El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de edentulismo en ancianos mexicanos mayores de 60 años y los indicadores de riesgo asociados. Se realizó un estudio

transversal en 139 ancianos que vivían en cualquiera de dos centros de cuidados de larga duración, o asistiendo a un centro de día para adultos en Pachuca, México. Los indicadores de riesgo se recopilaron mediante cuestionarios. Muchos sujetos eran mujeres (69,1%). La prevalencia de edentulismo fue de 36,7%. Las variables asociadas con un mayor riesgo de ser desdentado fueron el bajo nivel de educación, terapia de radiación recibida, ser fumador, padecer de diabetes u otras enfermedades crónicas.¹⁶

LÓPEZ, J. (2009) Su estudio tuvo como objetivo conocer la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes entre los 20 y 90 años de edad de ambos sexos en el servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval "CMST", para lo cual se tomó como muestra 161 pacientes, 145 hombres y 16 mujeres llevándose a cabo el estudio en el laboratorio de prótesis dental del servicio de Rehabilitación Oral analizando los modelos de yeso y registrando la información en fichas. El promedio de edad general fue 58,8 años y la pieza ausente con mayor frecuencia fue la pieza 46 (5,3%). La Clase I fue la clase de Kennedy que presentó el mayor porcentaje con el 38,9% seguida por la clase II con el 37,68%, la clase III con el 23,3% y finalmente la clase IV con el 1,1%. No se encontraron casos de clase IV en el maxilar inferior ni en el sexo femenino. Se encontró que conforme avanza la edad aumenta la prevalencia de maxilares edéntulos parciales. En relación al género, las 4 clasificaciones de Kennedy mostraron una mayor preponderancia del

sexo masculino sobre el femenino. La Clase I de Kennedy fue la más prevalente. No se encontró Clase IV mandibular¹

DÍAZ, P. (2009) Realizó un estudio descriptivo, retrospectivo que tuvo como objetivo determinar los factores asociados al edentulismo y algunas características de los pacientes edéntulos diagnosticados en la Clínica de la Facultad de Odontología de la UNMSM durante los años 2005 – 2006 – 2007. El estudio revisó una muestra de 180 historias clínicas de un universo de 5958, distribuyéndose el 32% en historias del 2005, 33% del 2006 y 35% del 2007. En su mayoría (36%) de los pacientes estuvieron en el intervalo de 17 a 32 años y en su mayoría (59%) fueron del sexo femenino. La procedencia en su mayoría (40%) fueron de Lima tradicional; la situación ocupacional en su mayoría (34%) fueron amas de casa y empleados, y el grado de instrucción encontrados en la mayoría (52%) fue el grado de instrucción superior. En cuanto al edentulismo el mayor porcentaje de piezas dentarias perdidas correspondió a las molares (51%) seguidas de las premolares (33%); la clasificación de Kennedy más frecuente para el maxilar superior fue la clase III (45%) y la clase III sin modificación fue el más común (42%) seguido de la clase III modificación 1 (38%) y para el maxilar inferior fue la clase I (41%) y la clase I sin modificaciones fue las más común (68%) seguida de la clase I modificación 1 (27%). Concluyó que la edad, el grado de instrucción y la ocupación son factores asociados significativos. La Clase III de Kennedy fue el más prevalente en el maxilar superior y la Clase I en el maxilar inferior.¹⁷

PHIPPS, K. y col. (1991) El objetivo de este estudio fue evaluar el estado de Salud Oral, necesidad de tratamiento y los patrones de utilización de atención dental de una población de nativos americanos de 65 a 74 años.. Seleccionaron una muestra aleatoria de 688 individuos, los datos se recopilaron mediante un cuestionario y un examen oral. Un total de 204 individuos completaron todos los aspectos del estudio. Encontraron que el 58,3% era totalmente desdentado y el resto a excepción de 1 paciente, era parcialmente desdentado. Determinaron que los años de educación y el tiempo transcurrido desde la última visita dental fueron los dos predictores significativos. Concluyeron que cuanto más alto fue el nivel de educación, mayor fue el número de dientes. El número de dientes presentes estaba inversamente relacionado con los años transcurridos desde el tratamiento dental.¹⁸

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Edentulismo Parcial

El edentulismo parcial es un estado de la salud oral que corresponde a la ausencia de una determinada cantidad de piezas dentarias en boca.^{1, 2}

La prevalencia del edentulismo parcial también es de interés, ya que con frecuencia está creciendo el número de implantes empleados en estos pacientes. Una encuesta aplicada en Estados Unidos durante 1988-1991 halló que sólo el 30% de estos pacientes tenían el total de 28 dientes. Los pacientes parcialmente dentados presentaban una media de 23,5 dientes. Un informe de 1987 acerca de los adultos con empleo de entre 18 y 34 años de edad, el promedio de dientes ausentes era inferior a dos de entre los 28 dientes. Sin embargo, este número asciende rápidamente hasta una media de 10 dientes ausentes en los adultos de 55 a 64 años. Los ancianos parcialmente desdentados de más de 65 años han perdido un promedio de 17,9 dientes, de forma que los de mayor edad han perdido tres veces más dientes que los ancianos de menor edad. Las estadísticas acerca del edentulismo parcial son similares para varones y para mujeres. La transición mayor desde una arcada dentaria intacta hasta una situación de edentulismo parcial se producía en el grupo de 35 a 54 años.¹⁹

Los dientes que se pierden de forma más común son los molares. El edentulismo parcial de extremo libre tiene un interés particular, porque en estos pacientes, los dientes se sustituyen con frecuencia por prótesis parciales removibles. Esta situación rara vez se da en personas de menos de 25 años. El edentulismo de extremo libre en la arcada inferior es mayor que el correspondiente a la arcada superior en todos los grupos de edad. El edentulismo unilateral de extremo libre es más común que el bilateral en las arcadas superior e inferior de los grupos de menor edad (de 25 a 44 años).

En los pacientes de 45 a 54 años de edad, el 31,3% tiene edentulismo de extremo libre en la arcada inferior, y el 13,6% lo presenta en la arcada superior.

El patrón de edentulismo en el sector posterior evoluciona en el grupo de edad de 55 a 64 años, en los que el 35% de las arcadas inferiores muestran un edentulismo de extremo libre, en comparación con el 18% de arcadas superiores.¹⁹

2.2.2. Causas del edentulismo

Existen múltiples causas y factores que pueden originar y/o producir la pérdida dental, las dos principales enfermedades que la ocasionan son la caries dental y la enfermedad periodontal.^{1,2}

Caries Dental:

Enfermedad infecciosa transmisible que conduce a la desintegración progresiva de los tejidos de la pieza dentaria. Tiene una etiología multifactorial que requiere, al menos, la confluencia de un huésped susceptible, microorganismos cariogénicos y una dieta inadecuada, con ingesta frecuente de hidratos de carbono fermentables. Es la causa más importante de la pérdida dentaria.

Otros muchos factores predisponen a la formación de caries: herencia, raza, higiene, morfología dentaria, flujo salival, composición química del esmalte, glándulas de secreción interna, sistema inmunitario, enfermedades sistémicas y estados carenciales de base.^{20, 21}

Enfermedad Periodontal:

Es un proceso progresivo, inflamatorio, que provoca la destrucción del periodonto si no es tratada adecuadamente y se caracteriza clínicamente por alteraciones en el color de la encía (enrojecimiento), alteraciones en la textura (tumefacción) de la encía, tendencia incrementada a la hemorragia al sondeo en el área del surco/bolsa gingival, con migración y movilidad de las piezas dentarias y pérdida de las piezas dentarias. Su etiología principal es la placa bacteriana, cálculo dentario y trauma de oclusión. Puede ser de lenta o rápida progresión.^{20, 21}

Traumatismo:

Los dientes en su posición natural se encuentran protruidos como la nariz, el mentón y son más propensos a los accidentes, en pacientes de más edad un golpe leve puede provocar la fractura de los dientes; las coronas y las raíces de los dientes endodonciados son especialmente propensas a las fracturas. El tratamiento depende del tipo de fractura, no obstante factores asociados como edad, obligan a menudo a realizar la extracción del diente lesionado.¹⁷

Solicitud del paciente:

Los mismos pacientes por tiempo o costos deciden por la extracción.¹⁷

2.2.3. Consecuencias anatómicas del edentulismo

a) Consecuencias sobre las estructuras óseas

Es necesario un diente para el desarrollo del hueso alveolar, y se requiere la estimulación de este hueso para mantener su densidad y volumen, cuando se pierde un diente, la falta de estimulación del hueso residual origina una disminución de las trabéculas y de la densidad ósea en dicha zona, con pérdida de la anchura externa y luego de la altura del volumen óseo.

La anchura del hueso disminuye en un 25% durante el primer año después de la pérdida dentaria, y un total de 4mm de altura durante este primer año posterior a las extracciones realizadas para colocar una prótesis inmediata. Una prótesis removible no estimula ni mantiene el hueso, sino que acelera la pérdida ósea.^{19, 22}

b) Consecuencias sobre los tejidos blandos

A medida que el hueso pierde anchura, luego altura, a continuación anchura y luego altura de nuevo, la encía insertada disminuye de forma gradual. Un fino tejido insertado recubre con frecuencia la mandíbula atrófica adelantada, o bien se carece totalmente de él. La encía es susceptible a abrasiones originadas por la prótesis que se apoyan en ella. Además, la situación alta y poco favorable de las inserciones musculares y la hipermovilidad de los tejidos complica con frecuencia la situación. Patologías como la hipertensión, la diabetes, la anemia y los trastornos nutricionales tienen un efecto perjudicial sobre la vascularización y la calidad de los tejidos blandos que están bajo las prótesis removibles. Estas alteraciones dan lugar a una disminución de la tensión de oxígeno en las células basales del epitelio. La pérdida de células superficiales se produce a la misma velocidad, pero enlentece la formación de células en la capa basal. Como

resultado de ello, disminuye de forma gradual el espesor de los tejidos superficiales. Por ello, se producen puntos dolorosos y prótesis removibles incómodas.

La lengua del paciente con rebordes desdentados se agranda a menudo con el fin de acomodarse al incremento del espacio que anteriormente ocupaban los dientes. Al mismo tiempo, se utiliza la lengua para limitar los movimientos de las prótesis removibles, y adquiere un papel más activo en el proceso masticatorio. Como resultado de ello, disminuye la estabilidad de la prótesis removable.^{19, 22}

c) Consecuencias estéticas

Los cambios faciales que se producen de forma natural en relación con el proceso de envejecimiento pueden acelerarse y ser potenciados por la pérdida de los dientes; ya que disminuye la altura facial derivada del colapso de la dimensión vertical, hay pérdida del ángulo labiomentoniano. A menudo que disminuye la dimensión vertical, la oclusión evoluciona hacia una maloclusión de una falsa clase III. Como resultado de ello, el mentón rota hacia adelante y origina una apariencia prognática de la cara. Se producen también el adelgazamiento del bermellón labial, pérdida del tono muscular, profundización del surco nasolabial.^{19, 22}

2.2.4. Clasificación de los arcos parcialmente desdentados

A través de los años han sido propuestos diferentes sistemas para clasificar los arcos parcialmente desdentados, en respuesta a la necesidad del odontólogo por un método que permita nombrar las diferentes situaciones de edentación parcial y facilite la comunicación oral y escrita en lo relativo al diseño de la prótesis parcial removible.

De acuerdo con los principios, conceptos y prácticas en Prostodoncia, un método de clasificación adecuada debe permitir lo siguiente:

- Una visualización inmediata del tipo de arco dentario que se está considerando.
- Una diferenciación entre la prótesis parcial removible dentosoportada y dentomucosoportada.
- Servir como guía para el tipo de diseño a utilizar.
- Ser universalmente aceptada.^{2, 17, 23}

En la actualidad el sistema más aceptado es el que propuso el Dr. Edward Kennedy en 1925, y el cual ha sido designado como la clasificación de Kennedy. Éste es un método sencillo, que cumple con los requisitos descritos anteriormente y sirve, además, como una guía para establecer el diseño básico de la prótesis.²³

2.2.5. Clasificación de Kennedy

Kennedy describió los arcos parcialmente desdentados en cuatro clases principales, denominadas I, II, III y IV.²³

Clase I: Presenta dos zonas posteriores de extremos libres (bilaterales) con permanencia del grupo anterior.

Clase II: Presenta una sola zona desdentada posterior (unilateral) con ausencia total o parcial de premolares y molares.

Clase III: Presenta espacio desdentado unilateral limitados a nivel mesial y distal por dientes.

Clase IV: Presenta zona desdentada situada en la parte anterior de la boca que atraviesa la línea media. Pueden faltar cuatro o seis dientes anteriores, o un mayor número de ellos.^{1, 10, 23, 24, 25}

El Dr. Applegate añadió, en 1960, las clases V y VI a la clasificación de Kennedy, pero no serán tomadas en cuenta en este estudio.

En 1954 Applegate elaboró ocho reglas para la clasificación de Kennedy con el objetivo de considerar todas aquellas situaciones que eran difíciles de definir:

Regla1: La clasificación se hará después de realizar las extracciones dentarias, porque las futuras Exodoncias pueden variar la clasificación.

Regla 2: Si carece de un tercer molar y no va a ser reemplazado, no debe considerarse para la clasificación.

Regla 3: Los terceros molares se consideran en la clasificación cuando se utilizan como dientes pilares.

Regla 4: Si falta un segundo molar y no va a ser reemplazado, no debe considerarse en la clasificación. Este caso se da cuando tampoco hay segundo molar antagonista y no va a ser reemplazado.

Regla 5: El área edéntula más posterior es la que determina siempre la clasificación.

Regla 6: Las áreas edéntulas distintas de las que determinan la clasificación se denominan espacios de modificación y son designados por su número.

Regla 7: La extensión del espacio de modificación no se considera en la clasificación, sino solamente el número de áreas edéntulas adicionales.

Regla 8: La clase IV no acepta modificaciones, si acaso existiera una zona edéntula posterior ésta sería la que determina la clasificación.^{1, 10, 23, 24, 25}

2.2.6. Nivel Socioeconómico – Cultural

El nivel socioeconómico – cultural es una dimensión muy utilizada recientemente por numerosas investigaciones, debido a que engloba definiciones como: nivel social, nivel económico y nivel cultural; las cuales reflejan el momento y contexto en el que se desarrollan los individuos en un determinado lugar.

El concepto de nivel social determina términos como la posición social de un individuo; cuya definición se determina básicamente por criterios económicos y sociales. La clase social a la que pertenece un individuo determina oportunidades de vida en aspectos que no se limitan a la situación económica en sí misma, también a las maneras de comportarse, los gustos, el lenguaje, las opiniones e incluso las creencias éticas y religiosas. Así también el grupo ejerce sobre los individuos una presión con el fin de que cada individuo tenga un comportamiento conforme a las normas del grupo social al que pertenece.²⁶

El nivel económico es una dimensión fundamental del estudio de las poblaciones y mercados, particularmente en contextos donde el ingreso determina comportamientos y escenarios de consumo diversos.

Según el INEI se toman diversos criterios para la determinación socioeconómica: tipo de área, tipo de vivienda, condición de

ocupación de la vivienda, material de construcción predominante en las paredes, material de construcción predominante en los pisos, abastecimiento de agua, servicios higiénicos, tendencia de la vivienda, la vivienda tiene alumbrado eléctrico, vivienda por número de hogar, equipamiento del hogar, n° de habitaciones o piezas que tiene la vivienda, energía más usada para cocina, miembros del hogar, características del hogar, miembros mayores y menores de edad, género y edad de los miembros del hogar, número de personas de ese hogar que vienen de otro país, tipo de hogar según su composición, educación de los miembros del hogar, educación del jefe del hogar, tipo de ocupación de los miembros del hogar, miembros con trabajo permanente y eventual, miembros que contribuyen económicamente y miembros que trabajan y no contribuyen, principal fuente de ingreso, ingreso familiar mensual, gastos compartidos entre miembros del hogar, tendencia de ahorros.²⁶

Respecto al nivel cultural se puede afirmar que la cultura es una construcción teórica a partir del comportamiento de los individuos de un grupo. Por tanto, el conocimiento de la cultura va a provenir de la observación de los miembros de ese grupo que se va a poder concretar en patrones específicos de comportamiento. Cada individuo tiene su guía de comportamiento: su cultura personal. Mucha de esa cultura personal está formada por patrones de comportamiento que comparte con su grupo social.

En referencia al nivel cultural, el INEI considera los siguientes indicadores: Idioma o lengua con el que aprendió a hablar, que sabe leer y escribir, último año de estudios que aprobó, actualmente asiste a algún colegio, instituto o universidad, nivel de educación, ocupación, tipo de trabajador dependiente (público/privado). Remuneración adicional del trabajador dependiente, ocupación principal, pertenencia a instituciones, afiliación a seguros y previsión, consumo de medios de comunicación (televisión de señal abierta, televisión por cable, radio, diarios, revistas, hábito y lugar de uso de computadora, conocimiento y uso de internet, frecuencia de uso de internet, tendencia de correo electrónico) y deportes que practica.²⁶

2.3. Definición de términos

Edentulismo: Situación en la que la persona ha perdido por lo menos un diente o todos ellos, exceptuando las terceras molares.

Edentulismo Parcial: Estado de salud oral que corresponde a la ausencia de una determinada cantidad de piezas dentarias en boca.

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

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

Nivel económico: Dimensión basada en la economía familiar que se expresa en la ocupación del principal sostén del hogar y en el patrimonio del hogar.

Nivel cultural: Esquemas concretos de conducta, costumbres, tradiciones y hábitos que gobiernan la conducta de determinado individuo o población.

Nivel socioeconómico – cultural: Son las experiencias sociales, económicas y culturales y las realidades que ayudan a moldear la personalidad, las actitudes y la forma de vida de las personas.

2.4. Hipótesis

El tipo de edentulismo parcial más prevalente es la clase III de Kennedy encontrándose en el nivel socioeconómico – cultural bajo de la población.

2.5. Operacionalización de Variables

VARIABLE					
VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	CATEGORÍA
Prevalencia del tipo de edentulismo parcial	Proporción de individuos de una población que presentan ausencia parcial de piezas dentarias	Tipo de edentulismo parcial	Frecuencia de la ubicación de las brechas edéntulas (Clasificación de Kennedy)	Cualitativa Nominal	Clase I Clase II Clase III Clase IV

VARIABLE INTERVINIENTE					
VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	CATEGORÍA
Nivel Socioeconómico - cultural	Forma de estratificación social en la cual un grupo de individuos comparten una característica o situación que los asocia socioeconómicamente.	Nivel Social	Lugar de Residencia	Cualitativa Nominal	Rural Urbano-marginal Urbano
			Actividad principal	Cualitativa Nominal	Ama de casa Empleado Obrero Comerciante Otro No trabaja
			Organizaciones a la que pertenece	Cualitativa Nominal	Clubes Sindicatos Grupo Asociaciones Ninguno
			Actividad más frecuente en tiempo libre	Cualitativa Nominal	Reunión con amigos Deporte Ver TV Leer Navegar en Internet Otro

					Ninguno
		Nivel Económico	Promedio de ingreso mensual	Cuantitativa Razón	Menos de 850 soles 851-1000 soles 1001-1500 soles Más de 1500 soles No percibe ingresos
	Principal material de la vivienda		Cualitativa Nominal	Estera Adobe Madera Ladrillo-cemento Otro	
	Pertenencia de la vivienda		Cualitativa Nominal	Familiar Propia por inversión Alquilada Propia pagando a plazos Propia pagada Otro	
	Servicios con los que cuenta la vivienda		Cualitativa Nominal	Electricidad Agua Desagüe Cable Internet Teléfono Otro	

		Nivel cultural	Idiomas que domina	Cualitativa Ordinal	1 idioma 2 idiomas 3 idiomas o más
			Nivel máximo de estudios culminado	Cualitativa Ordinal	Ninguno Primaria Secundaria Superior Técnico Superior Universitario
			Medio de información	Cualitativa Nominal	Amigos, vecinos TV, cable Radio Internet Periódico Celular Otro
			Actividad que realiza y su frecuencia	Cualitativa Nominal	Leer libros Ver programas educativos Actividades artísticas Acudir a cursos Eventos culturales Otros Ninguno Diario Semanal Mensual Raras veces

COVARIABLES					
VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	CATEGORÍA
Edad	Tiempo vivido de una persona desde su nacimiento	-----	Número de años cumplidos a la fecha	Cuantitativa Intervalo	20 – 39; 40 – 59; 60 a +
Género	Características fisiológicas y anatómicas que diferencian varón y mujer	Características fenotípicas	Fenotipo	Cualitativa Nominal	Masculino Femenino

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio

La presente investigación fue de tipo descriptivo, observacional y transversal.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

La población comprendió a todos los pacientes adultos que acudieron a la Clínica de pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos a recibir tratamiento de rehabilitación oral con prótesis parcial fija y/o removible.

3.2.2. Muestra

La muestra fue seleccionada por un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia y se trabajó con una muestra del 100 pacientes desde los 20 años de edad edéntulos parciales de ambos sexos que acudieron a recibir tratamiento de prótesis

parcial fija y/o removible en la Clínica de pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y que cumplieron con los criterios de selección.

3.2.3. Unidad de Análisis

Estuvo constituida por cada paciente mayor de 20 años de edad edéntulos parciales que acudieron a recibir tratamiento de prótesis parcial fija y/o removible en la Clínica de pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

3.2.4. Criterios de inclusión

- Pacientes desde los 20 años de edad en adelante.
- Pacientes de ambos géneros.
- Pacientes edéntulo parciales bimaxilar.
- Pacientes que tuvieron una salud bucal óptima para recibir el tratamiento de prótesis parcial fija y/o removible.
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio.

3.2.5. Criterios de exclusión

- Pacientes edéntulos totales.
- Pacientes con enfermedades sistémicas que comprometan seriamente la permanencia de las piezas en boca.
- Pacientes con malformaciones óseas a nivel de los maxilares.
- Pacientes que estén recibiendo tratamiento de ortodoncia.
- Pacientes que hayan perdido piezas dentarias por razones ajenas a caries dental y enfermedad periodontal.

3.3. Procedimientos y técnica

Se solicitaron los permisos respectivos a la jefatura de clínica como también a los jefes de las asignaturas correspondientes para poder ejecutar el estudio. Realizando previamente una prueba piloto.

Se tomó en consideración los consentimientos informados que se desarrollan en la Clínica ya que el paciente en dicho documento autoriza la difusión de sus datos para estudios científicos, además se le explicó a cada paciente acerca del estudio y a quienes aceptaban participar en él, se les elaboró un odontograma y se les realizó una encuesta (validada por

juicio de expertos) a cada uno para determinar su nivel socioeconómico – cultural.

Descripción del instrumento de recolección de datos:

La encuesta constó de las siguientes partes:

Parte 1: Datos de filiación.

Se consideró solo edad y género.

Parte 2: Datos del nivel socioeconómico – cultural.

Esta segunda parte constó de 12 preguntas cerradas de respuesta múltiple divididas en 3 grupos (nivel social, nivel económico y nivel cultural); las cuales a través de la tabla de puntajes determinó el nivel socioeconómico – cultural de los pacientes. Cada pregunta tuvo alternativas de respuesta y a cada alternativa le correspondió un puntaje determinado, teniendo una tabla de puntajes de cada nivel. Así se determinó 3 niveles socioeconómicos – culturales: alto, medio y bajo.

Ésta encuesta fue validada por juicio de expertos, donde se presentó a los 4 expertos una carpeta con las siguientes partes:

- Carátula
- Carta de presentación
- Matriz de consistencia
- Operacionalización de Variables
- Encuesta

- Valoración de las categorías de la variable “Nivel Socioeconómico – Cultural”
- Ficha de evaluación del instrumento
- Constancia de validación del instrumento

3.4. Procesamiento de datos

Los datos recogidos de cada ficha de recolección de datos fueron valorados para determinar el nivel socioeconómico – cultural y la clasificación de Kennedy de cada arcada dentaria que presentó cada paciente, seguidamente la información fue procesada de manera automatizada utilizando el programa SPSS V.21.

3.5. Análisis de resultados

El análisis de la información se realizó mediante la aplicación de la estadística descriptiva (tablas de frecuencias y porcentajes, gráficos de barras y tablas de contingencia).

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

La cantidad de pacientes que fueron evaluados en este estudio fue de 100 pacientes mayores de 20 años de edad edéntulos parciales de ambos géneros que acudieron a recibir tratamiento de prótesis parcial fija y/o removible en la Clínica de pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

De los pacientes evaluados, el género femenino fue más representativo con 66%, mientras que el género masculino fue de 34%.

El grupo de edad con mayor cantidad de personas fue el de más de 60 años con un 46%, seguido del grupo de 40 a 59 años con 44% y el grupo con menor cantidad de personas fue el de 20 a 39 años con 10%.

El Nivel Socioeconómico – cultural mayoritario fue el nivel medio con el 83%, seguido del nivel alto con el 13% y el nivel bajo con 4%.

El tipo de edentulismo parcial más frecuente en ambas arcadas fue la Clase III de Kennedy con un 50% en la arcada maxilar y un 49% en la arcada mandibular.

Tabla 1. Distribución según género de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.

Género	N	%
Masculino	34	34.0
Femenino	66	66.0
Total	100	100.0

El género femenino fue el más representativo con un 66% y el masculino con 34%.

Gráfico 1. Distribución según género de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.

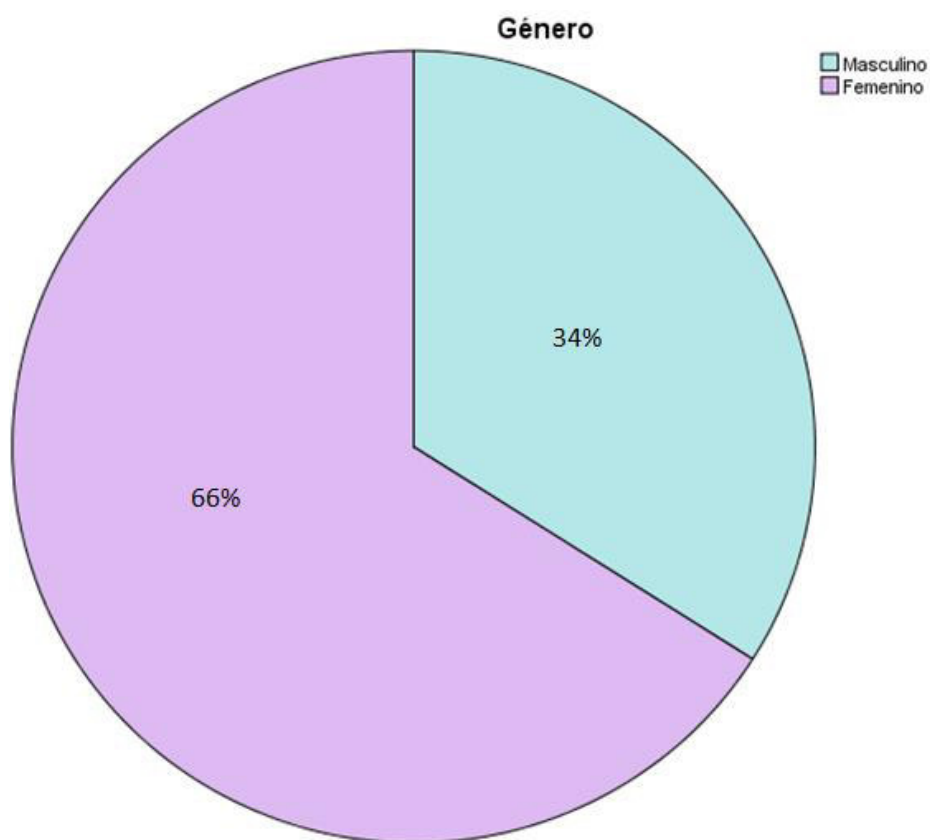


Tabla 2. Distribución según edad de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.

Edad	N	%
20 - 39	10	10.0
40 - 59	44	44.0
60 a más	46	46.0
Total	100	100.0

El grupo de edad de 60 años a más fue el más numeroso con un 46% seguido del grupo de 40 a 59 años con 44% y el de 20 a 39 años con 10%.

Gráfico 2. Distribución según edad de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.

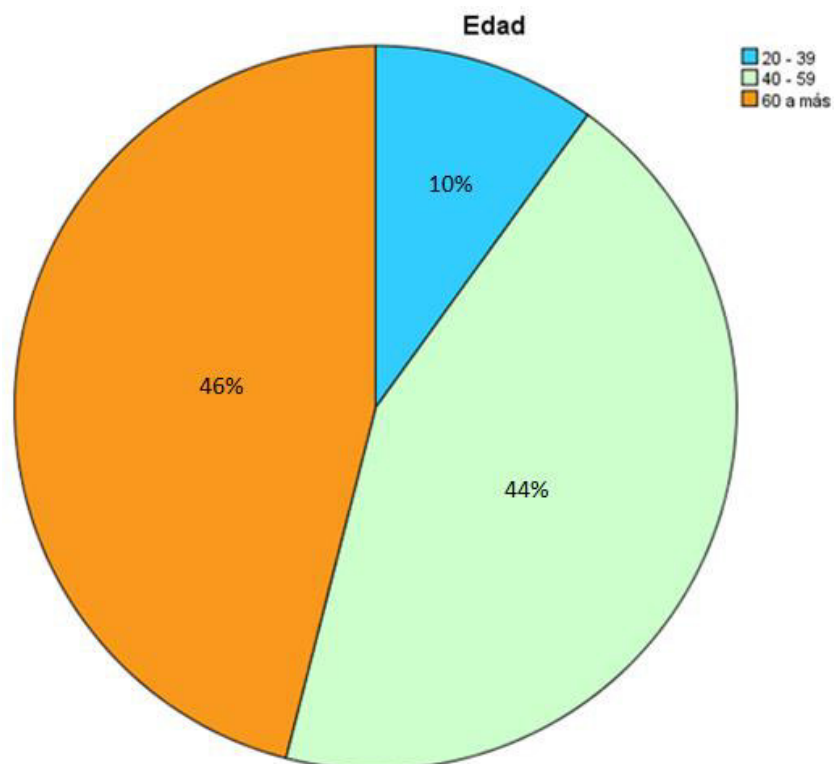


Tabla 3. Nivel Socioeconómico-cultural según género de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.

Nivel Socioeconómico - cultural de los pacientes		Género		Total
		Masculino	Femenino	
Nivel Bajo	N	1	3	4
	%	1.0%	3.0%	4.0%
Nivel Medio	N	26	57	83
	%	26.0%	57.0%	83.0%
Nivel Alto	N	7	6	13
	%	7.0%	6.0%	13.0%
Total	N	34	66	100
	%	34.0%	66.0%	100.0%

El Nivel Socioeconómico – cultural medio fue el más prevalente tanto en el género masculino (26%) como en el género femenino (57%) dando un total de 83%, el nivel menos representativo fue el bajo con un total de 4%.

Gráfico 3. Nivel Socioeconómico-cultural según género de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.

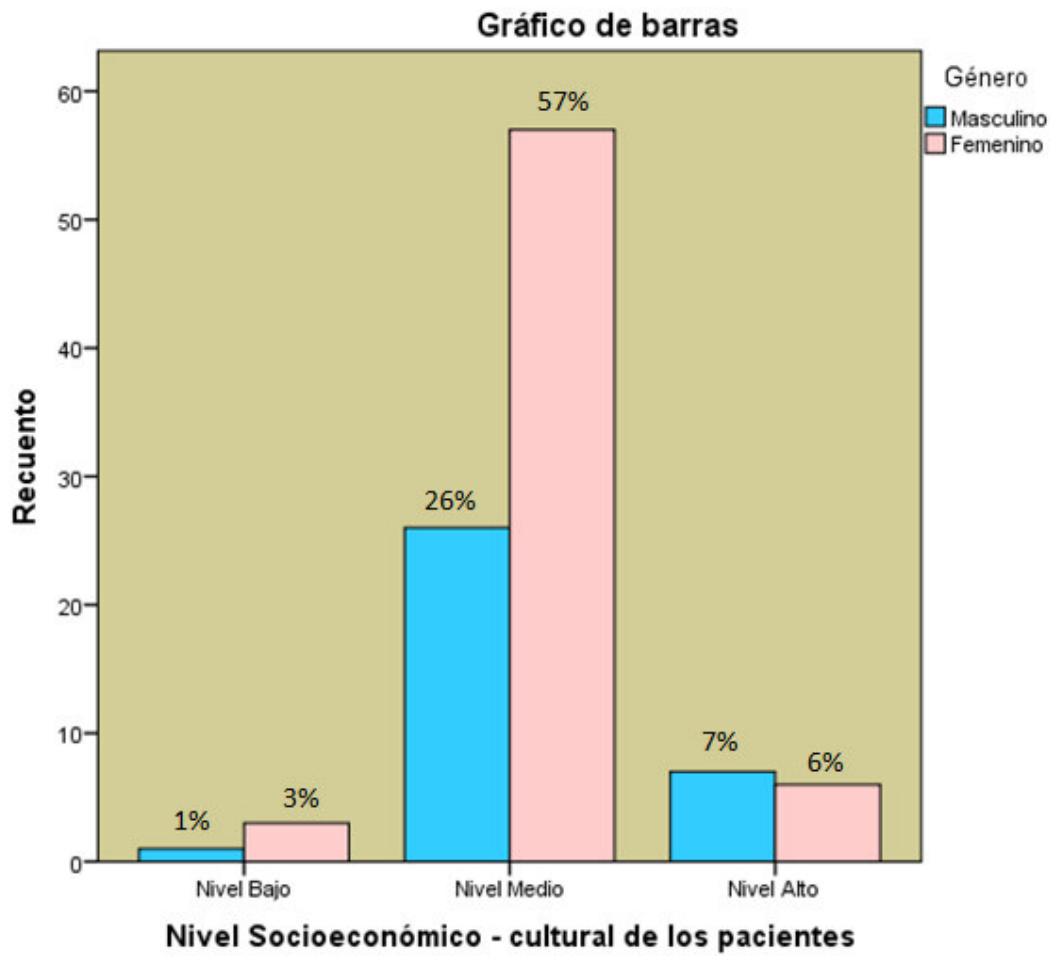


Tabla 4. Nivel Socioeconómico-cultural según edad de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.

Nivel Socioeconómico - cultural de los pacientes		Edad			Total
		20 - 39	40 - 59	60 a más	
Nivel Bajo	N	0	0	4	4
	%	0.0%	0.0%	4.0%	4.0%
Nivel Medio	N	10	37	36	83
	%	10.0%	37.0%	36.0%	83.0%
Nivel Alto	N	0	7	6	13
	%	0.0%	7.0%	6.0%	13.0%
Total	N	10	44	46	100
	%	10.0%	44.0%	46.0%	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

El Nivel Socioeconómico – cultural medio fue el más prevalente en los 3 grupos de edades, en el de 20 a 39 años con un 10%, en el de 40 a 59 años con un 37% y en el de 60 años a más con un 36%; mientras que el nivel alto representó un 13% y el nivel bajo el 4%.

Gráfico 4. Nivel Socioeconómico-cultural según edad de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.

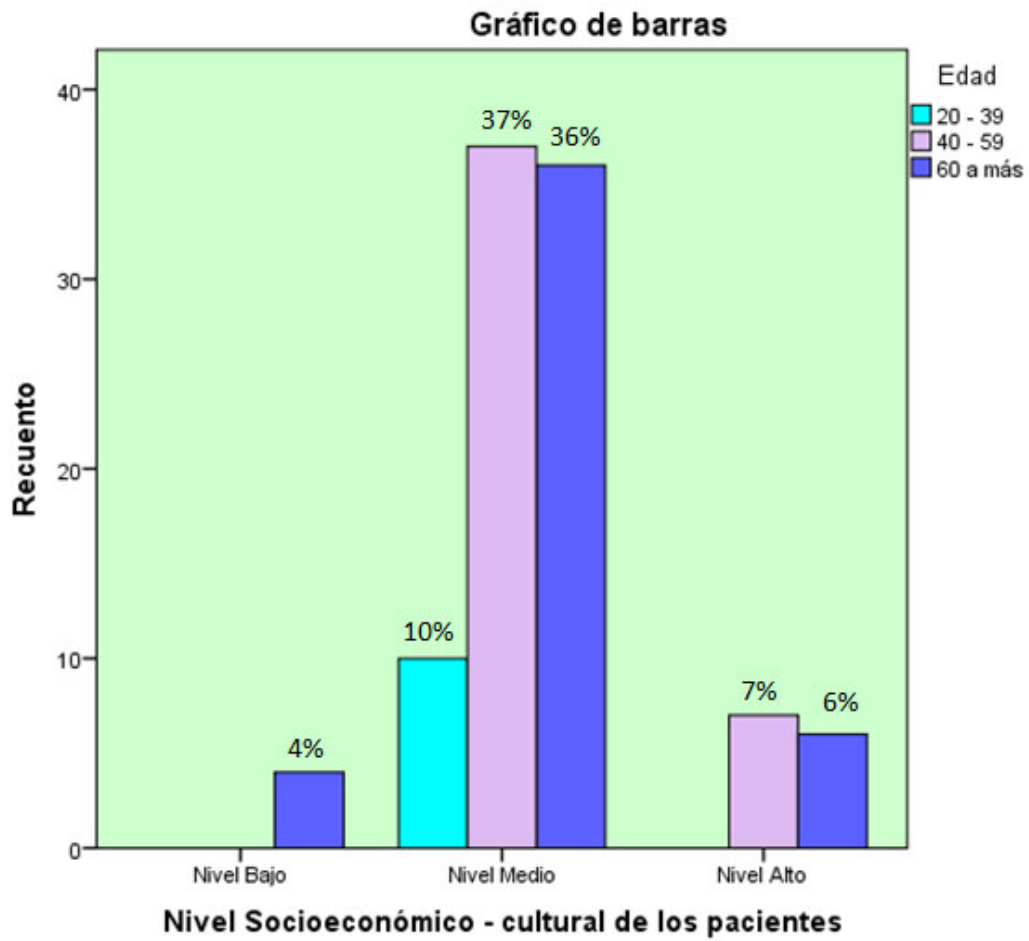


Tabla 5. Tipo de edentulismo parcial en el maxilar según género de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.

Tipo de Edentulismo Parcial según la Clasificación de Kennedy			Género		Total
			Masculino	Femenino	
Arcada Maxilar	Clase I	N	8	9	17
		%	8.0%	9.0%	17.0%
	Clase II	N	7	23	30
		%	7.0%	23.0%	30.0%
	Clase III	N	19	31	50
		%	19.0%	31.0%	50.0%
	Clase IV	N	0	3	3
		%	0.0%	3.0%	3.0%
	Total	N	34	66	100
		%	34.0%	66.0%	100.0%

La Clase III de Kennedy fue la más prevalente en el maxilar tanto en el género masculino (19%) como en el femenino (31%) dando un total del 50%, la Clase II de Kennedy fue la segunda con el 30% teniendo la mayor cantidad en el género femenino con el 23%, la de menor prevalencia fue la Clase IV de Kennedy con solo un 3% encontrados en el género femenino.

Gráfico 5. Tipo de edentulismo parcial en el maxilar según género de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.

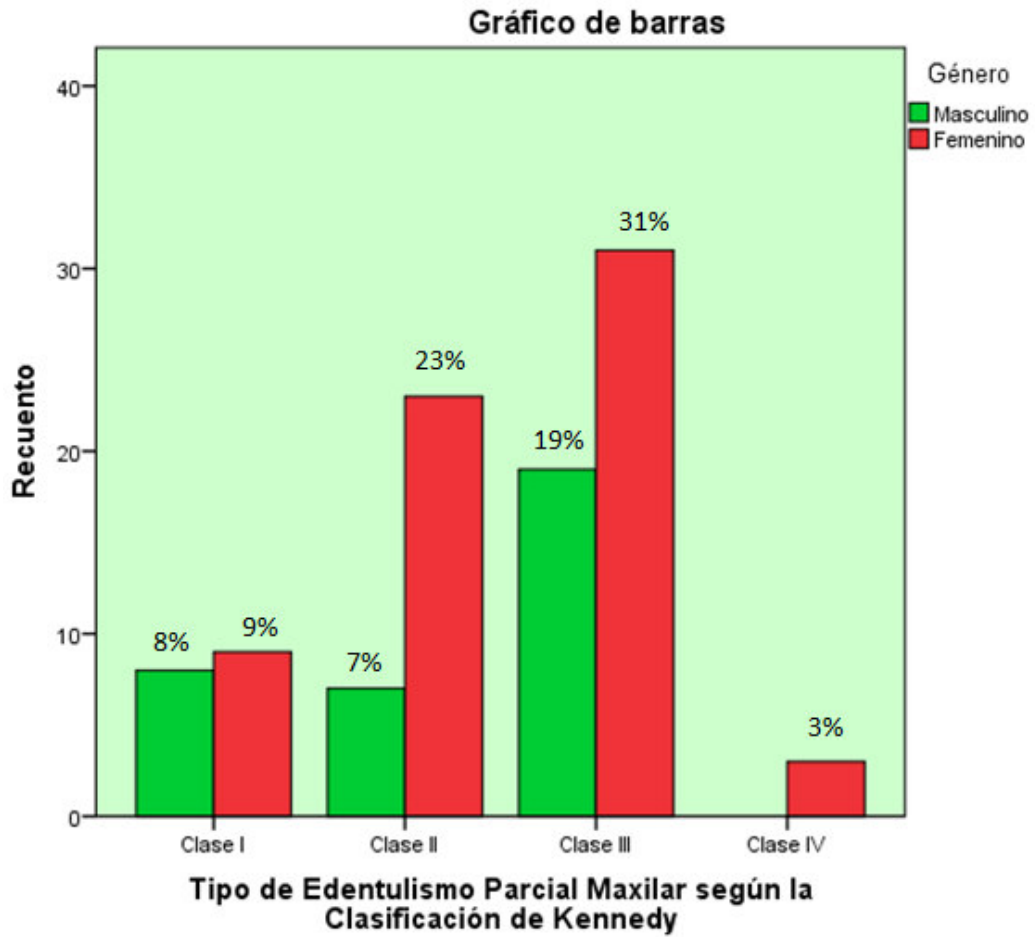


Tabla 6. Tipo de edentulismo parcial en el maxilar según edad de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.

Tipo de Edentulismo Parcial según la Clasificación de Kennedy			Edad			Total
			20 - 39	40 - 59	60 a más	
Arcada Maxilar	Clase I	N	1	5	11	17
		%	1.0%	5.0%	11.0%	17.0%
	Clase II	N	2	10	18	30
		%	2.0%	10.0%	18.0%	30.0%
	Clase III	N	7	27	16	50
		%	7.0%	27.0%	16.0%	50.0%
	Clase IV	N	0	2	1	3
		%	0.0%	2.0%	1.0%	3.0%
	Total	N	10	44	46	100
		%	10.0%	44.0%	46.0%	100.0%

La Clase III de Kennedy fue la más prevalente en el grupo de 40 a 59 años con un 27%, la Clase II fue más prevalente en el grupo de 60 años a más con un 18%, la Clase I fue más prevalente en el grupo de 60 años a más con un 11%.

Gráfico 6. Tipo de edentulismo parcial en el maxilar según edad de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.

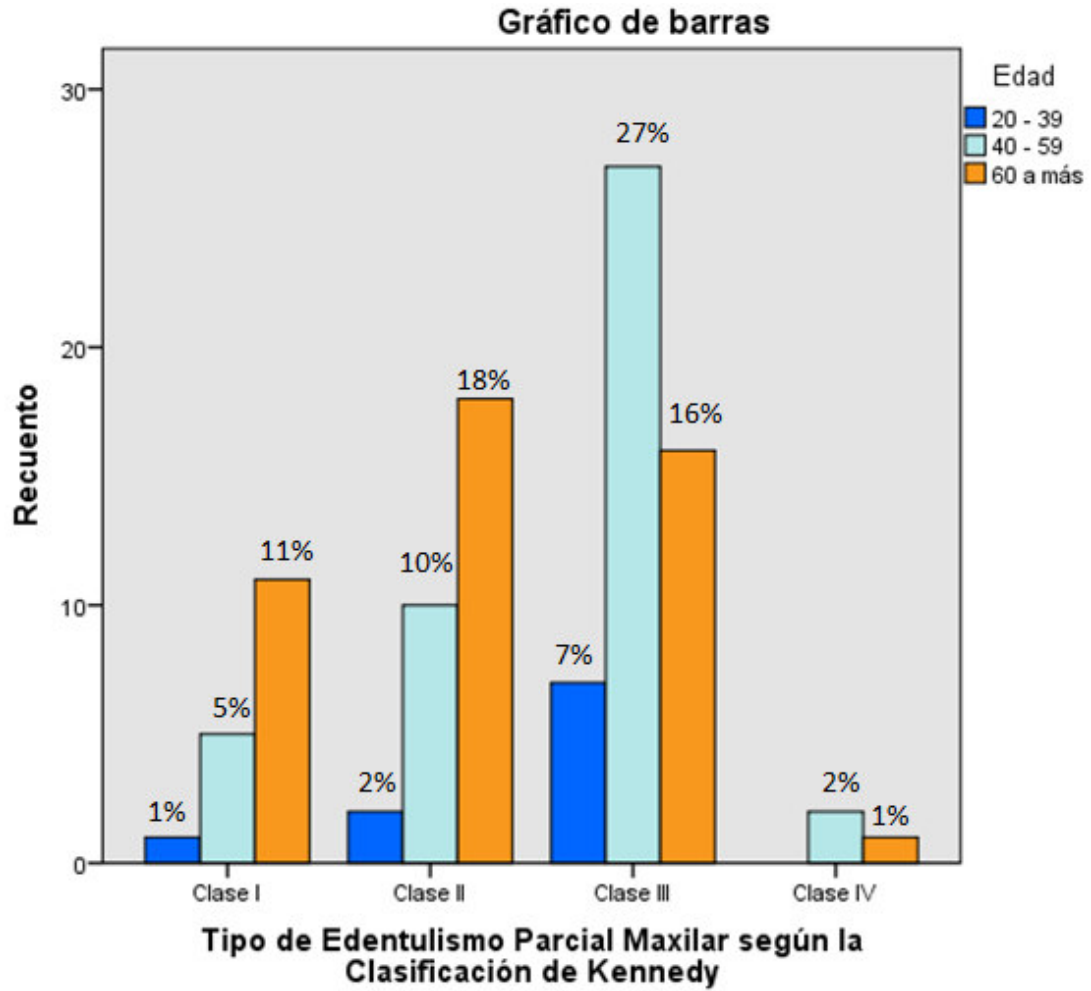


Tabla 7. Tipo de edentulismo parcial en la mandíbula según género de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.

Tipo de Edentulismo Parcial según la Clasificación de Kennedy			Género		Total
			Masculino	Femenino	
Arcada Mandibular	Clase I	N	7	18	25
		%	7.0%	18.0%	25.0%
	Clase II	N	11	15	26
		%	11.0%	15.0%	26.0%
	Clase III	N	16	33	49
		%	16.0%	33.0%	49.0%
Total	N	34	66	100	
	%	34.0%	66.0%	100.0%	

La Clase III de Kennedy fue la más prevalente en la mandíbula tanto en el género masculino (16%) como en el género femenino (33%) dando un total de 49%, la Clase II de Kennedy fue la segunda con un 26% teniendo la mayor cantidad en el género femenino con un 15%, seguida de la Clase I de Kennedy con un 25% hallándose más en el género femenino con 18%. No hubo ninguna arcada mandibular que presente la Clase IV de Kennedy.

Gráfico 7. Tipo de edentulismo parcial en la mandíbula según género de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.

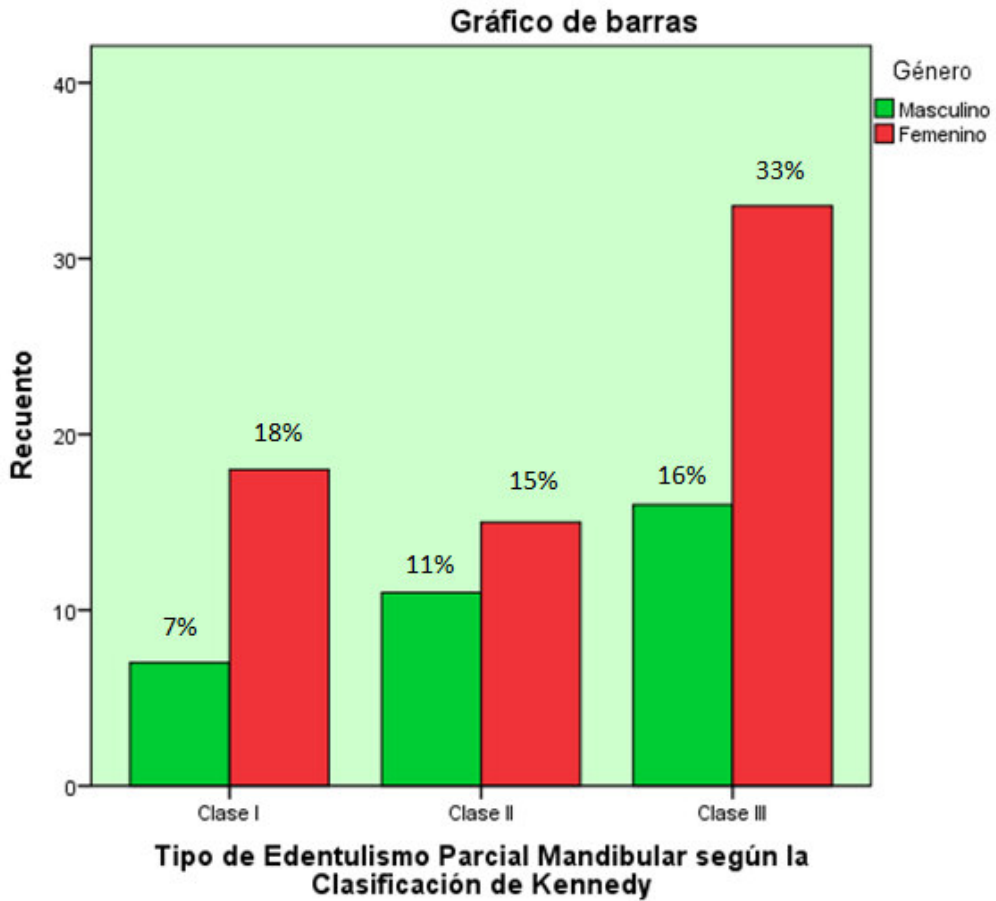


Tabla 8. Tipo de edentulismo parcial en la mandíbula según edad de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.

Tipo de Edentulismo Parcial según la Clasificación de Kennedy			Edad			Total
			20 - 39	40 - 59	60 a más	
Arcada Mandibular	Clase I	N	1	7	17	25
		%	1.0%	7.0%	17.0%	25.0%
	Clase II	N	2	8	16	26
		%	2.0%	8.0%	16.0%	26.0%
	Clase III	N	7	29	13	49
		%	7.0%	29.0%	13.0%	49.0%
Total	N	10	44	46	100	
	%	10.0%	44.0%	46.0%	100.0%	

La Clase III de Kennedy fue la más prevalente en el grupo de 40 a 59 años con un 29%, la Clase II fue más prevalente en el grupo de 60 años a más con un 16%, la Clase I fue más prevalente en el grupo de 60 años a más con un 17%.

Gráfico 8. Tipo de edentulismo parcial en la mandíbula según edad de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.

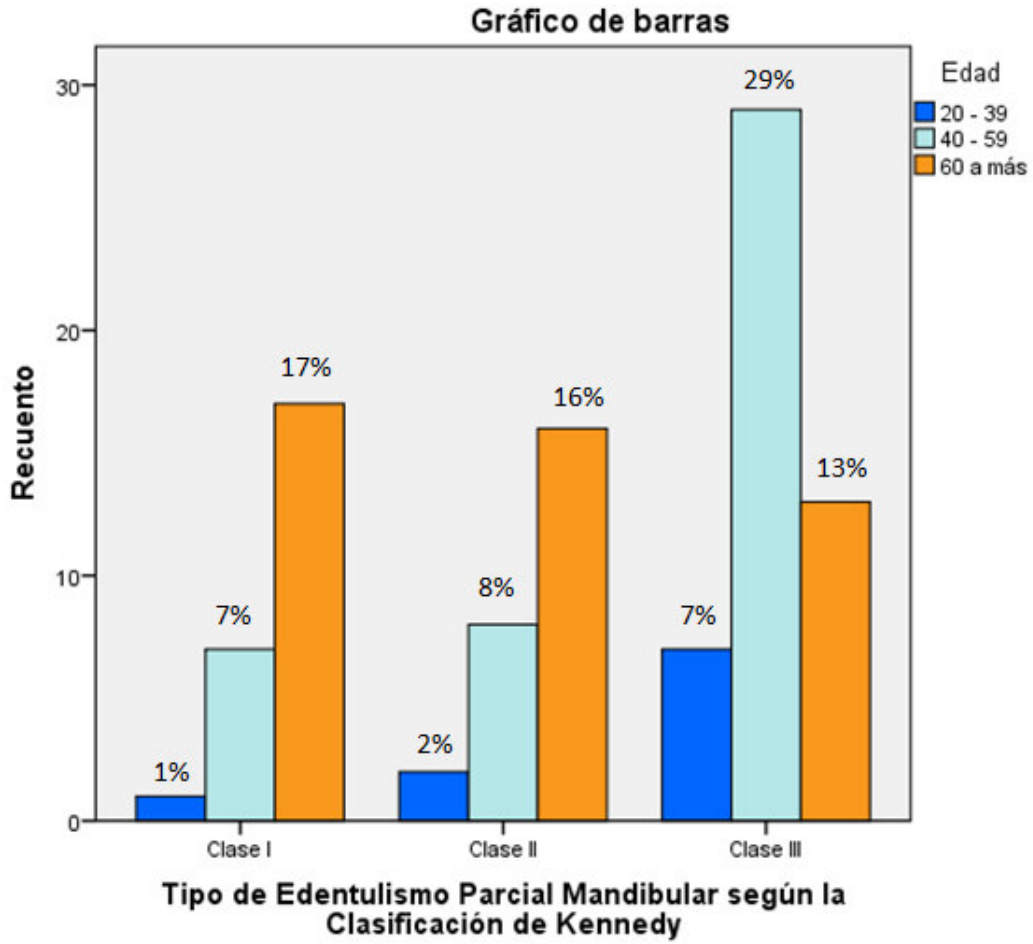


Tabla 9. Tipo de Edentulismo Parcial del Maxilar según Nivel Socioeconómico-cultural de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.

Tipo de Edentulismo Parcial según la Clasificación de Kennedy		Nivel Socioeconómico – cultural de los pacientes			Total	
		Nivel Bajo	Nivel Medio	Nivel Alto		
Arcada Maxilar	Clase I	N	0	14	3	17
		%	0.0%	14.0%	3.0%	17.0%
	Clase II	N	4	21	5	30
		%	4.0%	21.0%	5.0%	30.0%
	Clase III	N	0	45	5	50
		%	0.0%	45.0%	5.0%	50.0%
	Clase IV	N	0	3	0	3
		%	0.0%	0.0%	0.0%	3.0%
	Total	N	4	83	13	100
		%	4.0%	83.0%	13.0%	100.0%

Las Clases I, II, III y IV de Kennedy tienen mayor prevalencia en el nivel socioeconómico – cultural medio con 14%, 21%, 45% y 3% respectivamente.

Gráfico 9. Tipo de Edentulismo Parcial del Maxilar según Nivel Socioeconómico-cultural de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.

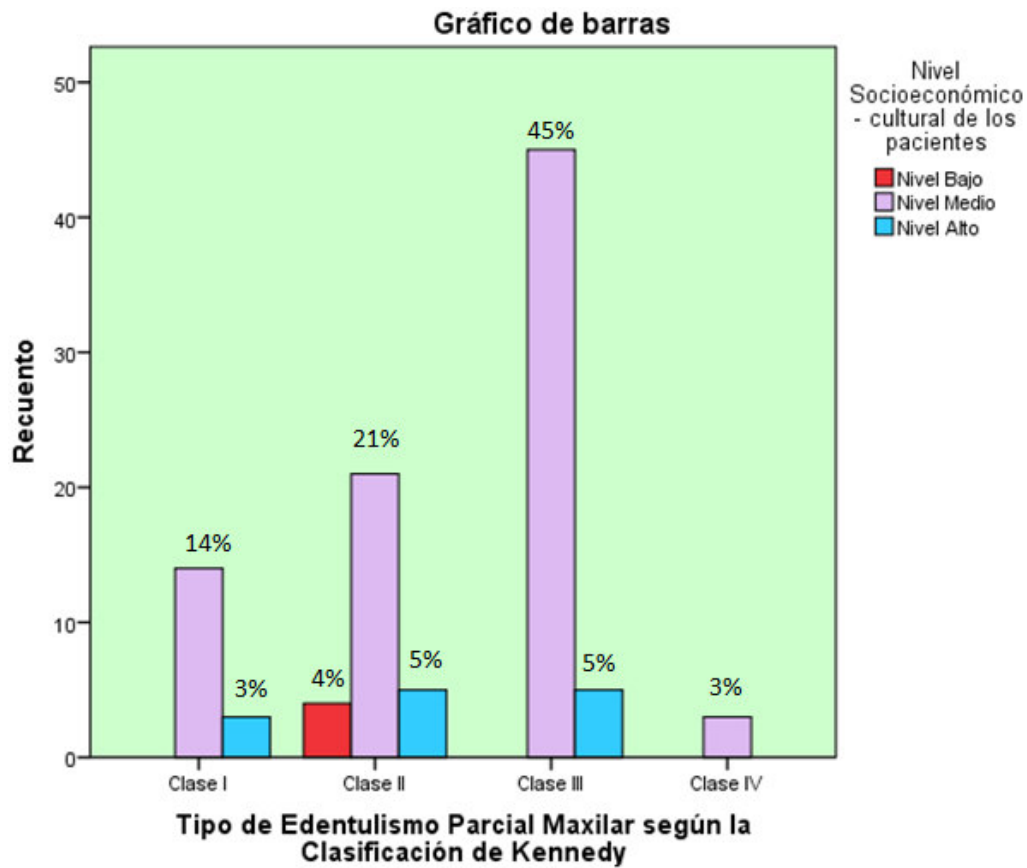
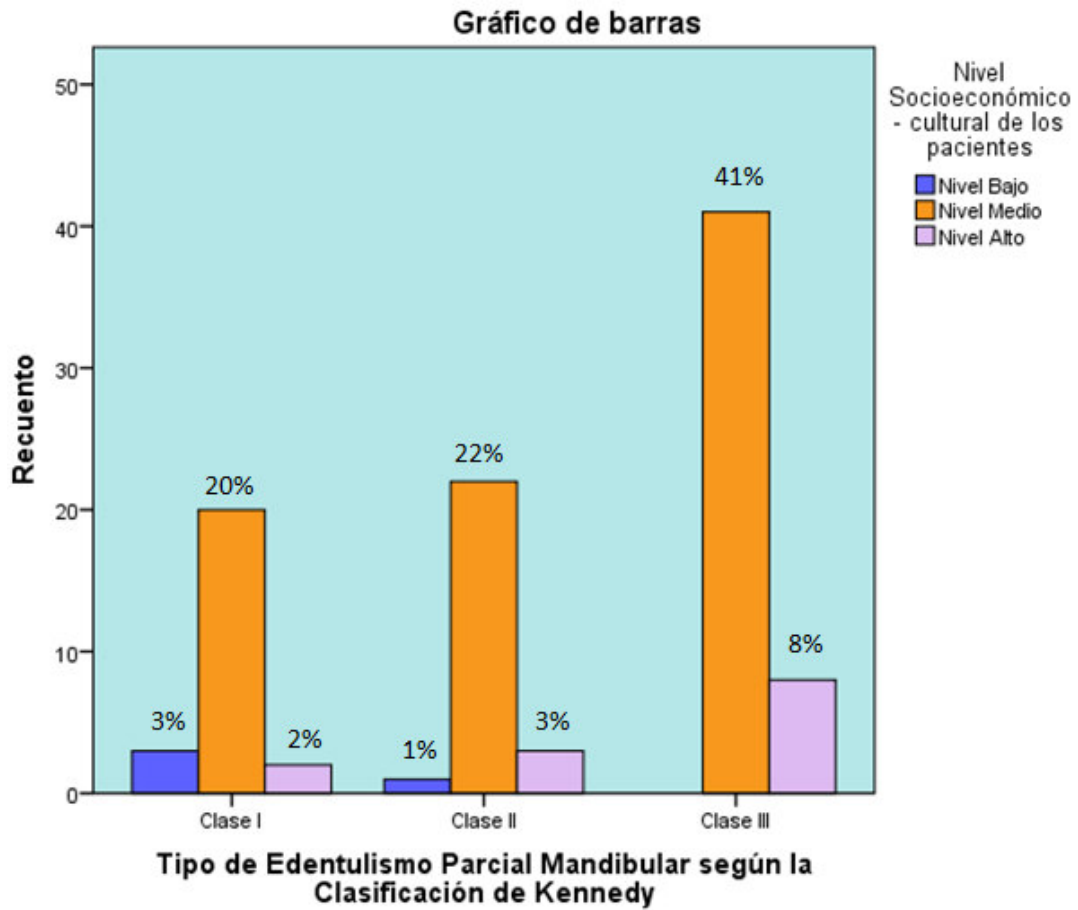


Tabla 10. Tipo de Edentulismo Parcial de la Mandíbula según Nivel Socioeconómico-cultural de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.

Tipo de Edentulismo Parcial según la Clasificación de Kennedy		Nivel Socioeconómico – cultural de los pacientes			Total	
		Nivel Bajo	Nivel Medio	Nivel Alto		
Arcada Mandibular	Clase I	N	3	20	2	25
		%	3.0%	20.0%	2.0%	25.0%
	Clase II	N	1	22	3	26
		%	1.0%	22.0%	3.0%	26.0%
	Clase III	N	0	41	8	49
		%	0.0%	41.0%	8.0%	49.0%
Total	N	4	83	13	100	
	%	10.0%	44.0%	46.0%	100.0%	

Las Clases I, II y III de Kennedy tienen mayor prevalencia en el nivel socioeconómico – cultural medio con 20%, 22% y 41% respectivamente.

Gráfico 10. Tipo de Edentulismo Parcial de la Mandíbula según Nivel Socioeconómico-cultural de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la FO-UNMSM, año 2016.



CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

La población peruana presenta características diferentes a las poblaciones de otros continentes e incluso con los demás países latinoamericanos. La población estudiada tiene rasgos demográficos pertenecientes a Lima y Callao, no existiendo aún estudios que valoren la prevalencia del tipo de edentulismo parcial y el nivel socioeconómico – cultural.

Mediante la presente investigación se pretendió determinar la prevalencia del tipo de edentulismo según el nivel socioeconómico – cultural.

De acuerdo a los resultados obtenidos se encontró que el tipo de edentulismo parcial más prevalente en la arcada maxilar fue la Clase III de Kennedy con un 50% (en el género masculino 19% y en el femenino el 31%), seguido de la Clase II con un 30%, la Clase I con un 17% y la Clase IV con un 3%. El tipo de edentulismo parcial más prevalente en la arcada mandibular fue la Clase III de Kennedy con un 49% (en el género masculino 16% y en el femenino el 33%), seguido de la Clase II con un 26% y la Clase I con un 25%; ningún paciente presentó Clase IV.

Coincidiendo con los estudios de Gutiérrez y col. en el 2015, Cisneros y col. en el 2014, Sapkota y col. en el 2013 y Luna en el 2011 quienes determinaron que la Clase III fue la más frecuente en ambas arcadas. D'Souza y col. en el 2014 halló que el 50,3% era Clase III entre ambas arcadas dentarias. Shinawi en el 2012 encuentra que la Clase III fue la

más prevalente con 57,14% en ambas arcadas. Cortés y col. en el 2014 revelaron en su estudio que el 42% presentaba Clase III maxilar y que en la arcada mandibular había igual porcentaje entre la Clase I y III con un 29%. Rodríguez en el 2013 halló un 85,9% con Clase III en el maxilar y un 53,8% con Clase III en la mandíbula. Charyeva y col. en el 2012 encontró que la Clase III era el 50% en la arcada maxilar y 41,1% en la arcada mandibular. Sánchez y col. en el 2011 reveló que en el maxilar la Clase III fue más frecuente con 34,3%; sin embargo, en la mandíbula fue más frecuente la Clase I con 43,1%. Díaz en el 2009 encontró que la mayor prevalencia en la arcada maxilar fue la Clase III con 45% pero en la arcada mandibular fue la Clase I con 41%.

Existen estudios como los de Charyeva y col. (2012), Shinawi (2012) y López (2009) que revelaron a la Clase IV como la de menor prevalencia.

Otros estudios mostraron resultados diferentes como López en el 2009 donde presentó una tabla que identificó a la Clase II maxilar y la Clase I mandibular como las más frecuentes.

Según la edad, en la arcada maxilar el grupo de 20 – 39 años y el de 40 – 59 años presentaron la Clase III de Kennedy en mayor cantidad y en el grupo de 60 años a más la Clase II fue la predominante. Mientras que en la arcada mandibular el grupo de 20 – 39 años y el de 40 – 59 años también presentaron mayor frecuencia de la Clase III de Kennedy y en el grupo de 60 años a más predominó la Clase I. Éstos resultados coinciden con los estudios de Sapkota y col. (2013) quien determinó que la Clase III es la más común en el grupo de 25 – 50 años, de Luna

(2011) quien halló mayor prevalencia de la Clase III en los rangos de edad de menores a 20 años, de 20 a 39 años y de 40 a 59 años, y de Rodríguez (2013) que reveló la Clase III como la más prevalente en cada decenio de vida.

El nivel socioeconómico – cultural predominante fue el nivel medio con un 83% distribuido según el género en un 26% en el género masculino y un 57% en el género femenino; y según la edad en un 10% entre 20 y 39 años, 37% entre 40 y 59 años y 36% en 60 años a más. Mientras que en el estudio de Bouby en el 2012 el mayor porcentaje estuvo en el nivel socioeconómico – cultural bajo con un 51,08%.

En el nivel socioeconómico – cultural alto se encontró que del 13% que representa, el 5% era Clase II y otro 5% era Clase III en la arcada maxilar y el 8% era Clase III en la arcada mandibular. En el nivel socioeconómico – cultural medio se encontró que del 83% que representa, el 45% era Clase III en la arcada maxilar y 41% era Clase III en la arcada mandibular. En el nivel socioeconómico – cultural bajo se encontró que del 4% que representa, el 4% era Clase II maxilar y el 3% era Clase I mandibular.

Gramal en el 2014 encontró que los edéntulos parciales mostraron una relación directamente proporcional con la edad, mayor edentulismo en analfabetos que en quienes terminaron la secundaria; sin embargo no halló dependencia entre el edentulismo y el grado de instrucción u ocupación.

Vrinda y col. en el 2012 determinó que en la necesidad protésica del grupo de clase social más baja en la arcada superior e inferior fue 62 y 63%, respectivamente y se encontró que el estado de prótesis y la necesidad de tratamiento protésico aumentaron con el aumento de edad.

Reddy y col. en el 2012 encontró un nivel de edentulismo más alto en bajos estratos socioeconómicos, en analfabetos y en quienes habían llegado hasta estudios secundarios.

Bouby en el 2012 encontró que no hubo variación significativa en la prevalencia del edentulismo entre hombres y mujeres; también encontró que existe asociación significativa entre el edentulismo y estratos bajos del nivel socioeconómico-cultural.

Islas y col. en el 2010 encontró una prevalencia del 36.7% de edentulismo y la variable asociada con el alto riesgo de ser desdentado fue el bajo nivel educativo.

Díaz en el 2009 determina que la edad, el grado de instrucción y la ocupación son factores significativos en el edentulismo.

Phipps y col. en 1991 concluye con su estudio que cuanto más alto fue el nivel de educación, mayor fue el número de dientes presentes. El número de dientes presentes estaba inversamente relacionado con los años transcurridos desde el tratamiento dental.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

El tipo de edentulismo parcial más prevalente fue la Clase III de Kennedy encontrándose en su mayoría en el nivel socioeconómico – cultural medio.

El género femenino fue más representativo que el masculino

El grupo de edad con mayor cantidad de personas fue el de más de 60 años, seguido del grupo de 40 a 59 años y el grupo con menor cantidad de personas fue el de 20 a 39 años.

El Nivel Socioeconómico – cultural que predominó fue el nivel medio seguido del nivel alto y en menor cantidad el nivel bajo.

El tipo de edentulismo parcial más frecuente en ambas arcadas fue la Clase III de Kennedy tanto en el género femenino como en el masculino.

El tipo de edentulismo parcial más frecuente en el grupo de 20 a 39 años fue la clase III de Kennedy en ambas arcadas; en el grupo de 40 a 59 años también la Clase III en ambas arcadas y en el grupo de 60 años a más la Clase II fue la de mayor frecuencia en la arcada maxilar y en la arcada mandibular fue la Clase I.

El tipo de edentulismo parcial más frecuente en el nivel socioeconómico – cultural alto fue la Clase III de Kennedy en la arcada mandibular mientras que en la arcada maxilar fueron las Clases II y III, en el nivel medio fue la Clase III en ambas arcadas, y en el nivel bajo fue la Clase I en la arcada mandibular y la Clase II en la arcada maxilar.

CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES

1. Establecer Políticas de Salud Pública relacionadas a la pérdida de piezas dentarias ocasionadas por las dos grandes enfermedades de la cavidad bucal: la caries dental y la enfermedad periodontal.
2. Establecer programas preventivo – promocionales en nuestra Facultad de Odontología involucrando la participación de docentes y estudiantes.
3. Establecer un Protocolo de Abordaje Clínico de pacientes edéntulo parciales según su nivel socioeconómico – cultural mediante Guías Clínicas para estudiantes y así optimizar el tratamiento integral de los pacientes.
4. Realizar más estudios de este tipo con muestras más representativas y en poblaciones diversas del país, puesto que se pueden encontrar diferentes resultados en cuanto al nivel socioeconómico – cultural y ubicación demográfica.

CAPÍTULO VIII: BIBLIOGRAFÍA

1. López Olivera J. Prevalencia de Edentulismo Parcial Según la Clasificación de Kennedy en el Servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”. [Tesis para título profesional] Lima-Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
2. Luna Mejía GA. Incidencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el centro de Rehabilitación social de la ciudad de Loja en el periodo Junio-Noviembre del 2011. [Tesis para título profesional] Loja-Ecuador. 2011.
3. Bouby Pizan AB. “Determinación de la asociación entre el edentulismo y el nivel socioeconómico-cultural en la población adulta del distrito de Magdalena de Cao, provincia de Ascope, departamento La Libertad-2012”. [Tesis para grado de bachiller] Trujillo-Perú. Universidad Nacional de Trujillo. 2013.
4. Gutiérrez V, León R, Castillo D. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Rev Estomatol Herediana. Jul-Set;25(3):179-86. 2015.
5. Gramal Aguilar MP. Relación del acceso a la atención dental con el edentulismo en la comunidad de Peguche de la Provincia de Imbabura.

- [Trabajo de investigación previo a la obtención del Grado Académico de Odontólogo] Quito-Ecuador. Universidad Central de Ecuador; 2014.
6. D'Souza KM, Aras M. Association between socio-demographic variables and partial edentulism in the Goan population: an epidemiological study in India. *Indian J Dent Res Off Publ Indian Soc Dent Res.*;25(4):434-8. 7 de agosto de 2014.
 7. Cortés V, Vergara C. Prevalencia de edentulismo Parcial y total en Islas Butachau Ques y Tac Quemchi, 2013. *Revista Chilena de Salud Pública*; Vol 18 (3): 257-262. 2014.
 8. Cisneros M, Verástegui A, Fernández H. Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy en pacientes adultos de una clínica docente universitaria. Universidad Alas Peruanas 2014.
 9. Sapkota B, Adhikari B, Upadhaya C. A Study od Assessment of Partial Edentulous Patients Base don Kennedy's Classification at Dhulikhel Hospital, Kathmandu University Hospital. *Kathmandu Univ Med J*;44(4)325-:327. 2013.
 10. Rodríguez Carbonel RR. "Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de Moche. [Tesis para grado de bachiller] Trujillo-Perú. Universidad Nacional de Trujillo. 2013.

11. Vrinda R, Darshana N, Chaitanya H. Prosthetic Status and Prosthetic Need Among the Patients Attending Various Dental Institutes of Ahmedabad and Grandhinagar District, Gujarat. Journal Indian Prosthodont Society July.Sept 12(3):161-167. 2012.
12. Shinawi LA. Partial edentulism: a five year survey on the prevalence and pattern of tooth loss in a simple of patients attending King AbdulAziz University – Faculty of Dentistry. Life Science Journal:9(4):2665-2671. 2012.
13. Charyeva OO, Altynbekov KD, Nysanova BZ. Kennedy Classification and Treatment Options: A Study of Partially Edentulous Patients Being Treated in a Specialized Prosthetic Clinic. Journal of Prosthodontics 00 1.4 c_2012 by the American College of Prosthodontists. 2012.
14. Reddy NS, Reddy NA, Narendra R, Reddy SD. Epidemiological Survey on Edentulousness. The Journal of Contemporary Dental Practice, July-August;13(4);562-570. 2012.
15. Sánchez Murguiondo M, Román Velásquez M, Dávila Mendoza R, Pedraza Avilés. Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas;16(2):110-115. 2011.

16. Islas-Granillo H, Borges-Yañez SA, Lucas-Rincón SE, Medina-Solís CE, Casanova-Rosado AJ, Márquez-Corona ML, Maupome G. Edentulism risk indicators among Mexican elders 60-year-old and older. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 53 258-262. 2011.

17. Díaz Montes P. Factores asociados al edentulismo en pacientes diagnosticados en la Clínica de la Facultad de Odontología UNMSM. [Tesis para título profesional] Lima-Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.

18. Phipps K, Reifel N, Bothwell E. The Oral Health Status, Treatment Needs, and Dental Utilization Patterns os Native American Elders. *Journal of Public Health Dentistry*;51(4):228-33. 1991.

19. Mish C. Prótesis Dental Sobre Implantes. Madrid. Elsevier España S.A.; 2007.

20. García C, Gonzáles A. Tratado de pediatría social. 2ª edición. Madrid. Díaz de Santos S.A.; 2000.

21. Laserna V. Higiene Dental Personal Diaria. Canadá. Trafford Publishing; 2008.

22. Carr AB, McGivney GP, Brown DT. Mc Craiken: prótesis parcial removible. 11ª edición. Madrid. Elsevier España S.A.; 2006.
23. Rendón R. Prótesis parcial removible: conceptos actuales, atlas de diseño. México. Editorial Médica Panamericana S.A. de C.V. 2006.
24. Ernest D, Ernest C. Prótesis parcial removible y sobredentaduras. Madrid. Elsevier España S.A.; 2004.
25. Loza D, Valverde H, Revoredo A, Flores B. Diseño de prótesis parcial removible. Ripano 2006.
26. Buchelli Ramirez CD. "Relación entre la automedicación para el manejo del dolor dentario y el nivel socioeconómico-cultural de los pacientes atendidos en la USEE-UNT, 2010". [Tesis para grado de bachiller] Trujillo-Perú. Universidad Nacional de Trujillo. 2010.

CAPÍTULO IX: ANEXOS

ANEXO N°1: Carta de presentación para el Juicio de Experto

Estimado Validador:

Me es grato dirigirme a Usted, a fin de solicitar su inapreciable colaboración como experto para validar el cuestionario anexo, el cual será aplicado a:

Pacientes de la Facultad de Odontología de la UNMSM

Por cuanto considero que sus observaciones y aportes serán de utilidad.

El presente instrumento tiene como finalidad recoger información directa para la investigación que se realizará en la Clínica de la Facultad de Odontología de la UNMSM, titulado:

Prevalencia del tipo de edentulismo parcial según el nivel socioeconómico – cultural en pacientes de la Clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, año 2016.

Esto con el objeto de realizar dicha investigación.

Para efectuar la validación del instrumento, Usted deberá leer cuidadosamente cada enunciado y sus correspondientes alternativas de respuesta, en donde se pueden seleccionar una, varias o ninguna alternativa de acuerdo al criterio personal y profesional del actor que responda al instrumento. Por otra parte se le agradece cualquier sugerencia relativa a redacción, contenido, pertinencia y congruencia u otro aspecto que se considere relevante para mejorar el mismo.

Gracias por su aporte

ANEXO N°2: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES			
			VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADORES	CATEGORÍA
¿Cuál es la prevalencia de los tipos de edentulismo parcial según el nivel socioeconómico – cultural en pacientes de la Clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología de la UNMSM durante el año 2016? socioeconómico – cultural en pacientes de la Clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos durante el año 2016?	<p>General</p> <p>-Determinar los tipos de edentulismo parcial según el nivel socioeconómico – cultural en pacientes de la Clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología de la UNMSM durante el año 2016.</p>	El tipo de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy más prevalente es la Clase III y está relacionada con el Nivel Socioeconómico – cultural bajo de la población.	<p>Dependiente:</p> <p>PREVALENCIA DE LOS TIPOS DE EDENTULISMO PARCIAL</p>	<p>Proporción de individuos de una población que presentan ausencia parcial de piezas dentarias</p>	Clasificación de Kennedy	<p>Clase I</p> <p>Clase II</p> <p>Clase III</p> <p>Clase IV</p>
	<p>Específicos</p> <p>-Establecer la frecuencia de cada tipo de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en ambas arcadas según edad y sexo.</p>		<p>Interviniente:</p> <p>NIVEL SOCIOECONÓMICO CULTURAL</p>	<p>Forma de estratificación social en la cual un grupo de individuos comparte una característica o situación que los asocia socioeconómica y culturalmente</p>		<p>Ficha de entrevista</p>
	<p>-Establecer el nivel social, económico y cultural según edad y sexo.</p>		<p>Covariable:</p> <p>EDAD</p>	<p>Tiempo vivido de una persona desde su nacimiento</p>	<p>Número de años cumplidos hasta la fecha</p>	<p>20 – 39</p> <p>40 – 59</p> <p>60 a más</p>
	<p>-Establecer el nivel social, económico y cultural según edad y sexo.</p> <p>-Relacionar el edentulismo parcial con el nivel socioeconómico - cultural según edad y sexo.</p>		<p>Covariable:</p> <p>SEXO</p>	<p>Características fisiológicas y anatómicas que diferencian al varón y la mujer</p>	<p>Fenotipo</p>	<p>Masculino</p> <p>Femenino</p>

ANEXO N°3: Ficha de recolección de datos

Ficha N°

NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL EN PACIENTES DE LA FO-UNMSM

PRESENTACIÓN:

La presente encuesta titulada “**Prevalencia del tipo de edentulismo parcial según el nivel socioeconómico – cultural en pacientes de la Clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, año 2016**” tiene como objetivo recolectar información acerca del Nivel Socioeconómico-cultural exclusivamente para fines de la investigación en mención y con total confidencialidad.

Si usted está de acuerdo con participar en este estudio, sírvase a responder las siguientes preguntas marcando con una “X”, algunas preguntas son de alternativa múltiple. Lea atentamente cada una de las preguntas y alternativas antes de marcar.

1. DATOS DE FILIACIÓN

Edad:

Género: Masculino () Femenino ()

2. DATOS DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL:

2.1. NIVEL SOCIAL

1. La vivienda del encuestado se ubica en una zona:
 - a. Rural ()
 - b. Urbano-marginal ()
 - c. Urbano ()
2. ¿Cuál es su principal actividad laboral?
 - a. Ama de casa ()
 - b. Empleado ()
 - c. Obrero ()
 - d. Comerciante ()
 - e. Otros: _____
 - f. No trabaja ()
3. ¿A qué organizaciones pertenece Ud.? (puede marcar 1 o más alternativas)
 - a. Clubes ()
 - b. Sindicatos ()
 - c. Grupo ()
 - d. Asociaciones ()
 - e. Ninguno ()
4. ¿Qué actividades realiza Ud. Con más frecuencia en su tiempo libre? (puede marcar 1 o más alternativas)
 - a. Reunión con amigos ()
 - b. Deportes ()
 - c. Ve TV ()
 - d. Lee ()
 - e. Navega en Internet ()
 - f. Otros: _____
 - g. Ninguno ()

2.2. NIVEL ECONÓMICO:

1. Promedio de ingreso mensual:
 - a. Menos de 850 soles ()
 - b. 851 – 1000 soles ()
 - c. 1001 – 1500 soles ()
 - d. Más de 1500 soles ()
 - e. No recibe ingresos ()
2. Principal material de la vivienda (en un 70% o más de la construcción):
 - a. Estera ()
 - b. Adobe ()
 - c. Madera ()
 - d. Ladrillo – cemento ()
 - e. Otro () _____
3. Pertenencia de la vivienda:
 - a. Familiar ()
 - b. Propia por invasión ()
 - c. Alquilada ()
 - d. Propia pagándose a plazos ()
 - e. Propia pagada ()
 - f. Otro () _____
4. Servicios con los que cuenta su vivienda: (puede marcar 1 o más alternativas)
 - a. Electricidad ()
 - b. Agua ()
 - c. Desagüe ()
 - d. Cable ()
 - e. Internet ()
 - f. Teléfono ()
 - g. Otro () _____

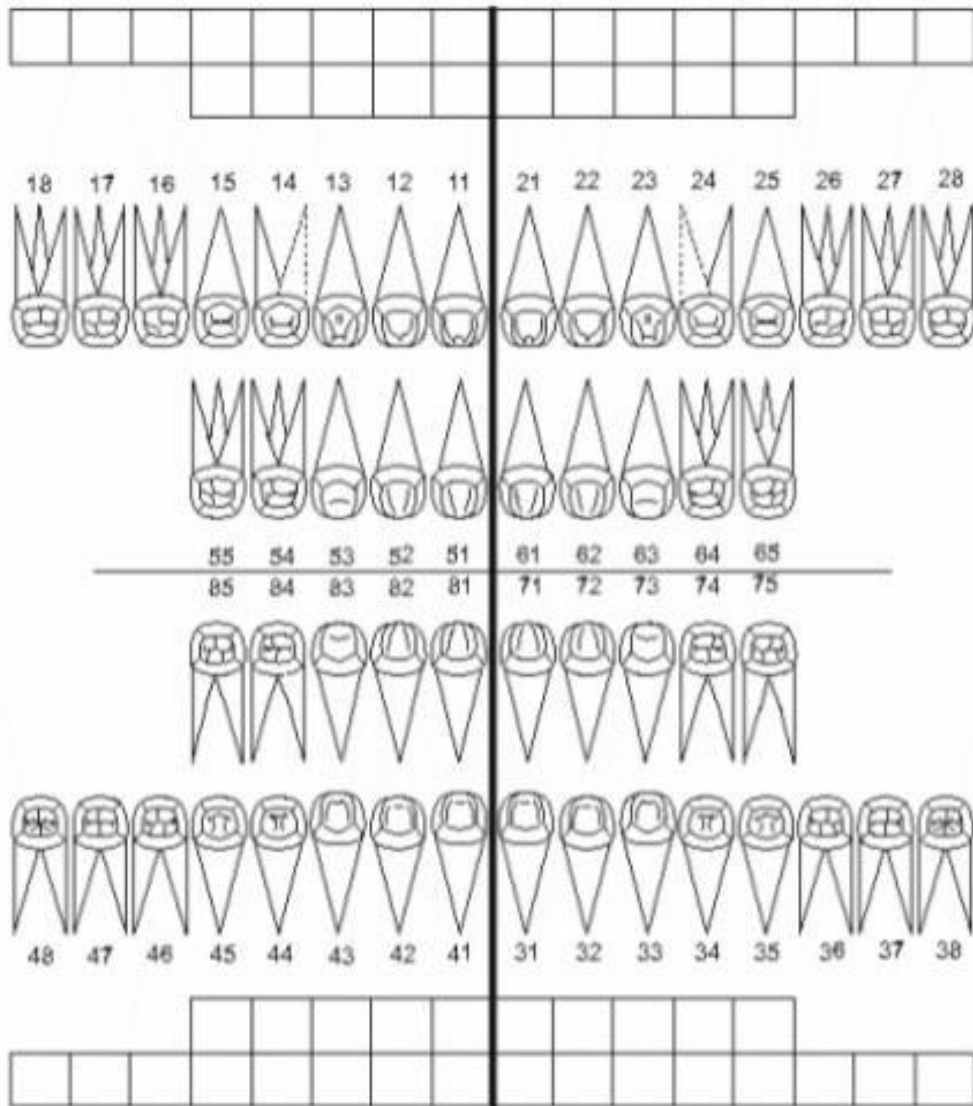
2.3. NIVEL CULTURAL:

1. ¿Qué idioma habla?
 - a. Español ()
 - b. Quechua ()
 - c. 2 idiomas(): _____
 - d. 3 o más idiomas(): _____
2. ¿Cuál es el nivel máximo de estudios terminado?
 - a. Ninguno ()
 - b. Primaria ()
 - c. Secundaria ()
 - d. Superior Técnico ()
 - e. Superior Universitario ()
3. ¿A través de qué medio de comunicación Ud. Se mantiene informado?
 - a. Amigos, vecinos ()
 - b. TV, cable ()
 - c. Radio ()
 - d. Internet ()
 - e. Periódico ()
 - f. Celular ()
 - g. Otro () _____
4. ¿Realiza alguna de las siguientes actividades?
 - a. Leer libros ()
 - b. Acudir al teatro ()
 - c. Ver documentales ()
 - d. Otros () _____
 - e. Ninguno ()

¿Con qué frecuencia lo hace?

 - f. Diario ()
 - g. Semanal ()
 - h. Mensual()
 - i. Raras veces ()

ODONTOGRAMA



TIPO DE CLASIFICACIÓN DE KENNEDY:

ARCADA MAXILAR: _____

ARCADA MANDIBULAR: _____

ANEXO N° 4: Valoración de las categorías de la variable “nivel socioeconómico-cultural

NIVEL SOCIAL:

Ubicación de la Vivienda	Valor
Rural	1
Urbano marginal	2
Urbano	3

Principal Actividad Laboral	Valor
Ama de casa	1
Empleado	2
Obrero	2
Comerciante	2
Otros	2
No trabaja	0

Actividades en tiempo libre	Valor
Reunión con amigos	3
Deportes	2
Ve TV	1
Lee	1
Navega en Internet	2
Otro	2
Ninguno	0

Organizaciones a las que pertenece	Valor
Clubes	1
Sindicatos	1
Grupo	1
Asociaciones	1
Ninguno	0

NIVEL ECONÓMICO:

Pertenencia de la vivienda	Valor
Familiar	0
Propia por invasión	1
Alquilada	2
Propia pagándose a plazos	3
Propia pagada	4
Otro	0

Promedio de ingreso mensual	Valor
Menos de 850 soles	1
851– 1000 soles	2
1001 – 1500 soles	3
Más de 1500 soles	4
No percibe ingresos	0

Principal material de la vivienda	Valor
Estera	0
Adobe	1
Madera	2
Ladrillo – cemento	3
Otro	3

Servicios con los que cuenta en la vivienda	Valor
Agua	1
Desagüe	2
Electricidad	3
Cable	4
Internet	4
Teléfono	3
Otro	3

NIVEL CULTURAL:

Idioma que habla	Valor
Español	1
Quechua	1
2 idiomas	2
3 idiomas	3

Medios de información	Valor
Amigos, vecinos	1
TV, Cable	2
Radio	2
Internet	3
Periódico	3
Celular	3
Otro	2

Grado de instrucción	Valor
Ninguno	0
Primaria	1
Secundaria	2
Superior técnico	3
Superior universitario	4

Actividades que realiza	Valor
Leer libros	2
Acudir al teatro	2
Ver documentales	2
Otros	2
Ninguno	0
Diario	4
Semanal	3
Mensual	2
Raras veces	1

NIVEL SOCIOECONÓMICO – CULTURAL

NIVEL SOCIOECONÓMICO – CULTURAL					
CATEGORÍA	NIVEL SOCIAL	NIVEL ECONÓMICO	NIVEL CULTURAL	SUMA DE PUNTAJES	RANGO DE PUNTAJES
ALTO	15 – 21	21 – 31	16 - 22	NS+NE+NC	51 – 74
MEDIO	8 – 14	11 – 20	9 – 15	NS+NE+NC	27 – 50
BAJO	1 – 7	1 – 10	2 – 8	NS+NE+NC	4 – 26

ANEXO N° 5: Ficha de Evaluación del Instrumento del Juicio de Expertos

JUICIO DE EXPERTO SOBRE LA PERTINENCIA DEL INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES:

Coloque en cada casilla la letra correspondiente al aspecto cualitativo que le parece que cumple cada ítem y alternativa de respuesta, según los criterios que a continuación se detallan.

E= Excelente / B= Bueno / M= Mejorar / X= Eliminar / C= Cambiar

Las categorías a evaluar son: Redacción, contenido, congruencia y pertinencia. En la casilla de observaciones puede sugerir el cambio o correspondencia.

PREGUNTAS		ALTERNATIVAS									OBSERVACIONES
Nº	Ítem	a	b	c	d	e	f	g	h	i	
2.1.1											
2.1.2											
2.1.3											
2.1.4											
2.2.1											
2.2.2											
2.2.3											
2.2.4											
2.3.1											
2.3.2											
2.3.3											
2.3.4											

Evaluado por:

Nombre y Apellido: _____

Firma: _____

JUICIO DE EXPERTO SOBRE LA PERTINENCIA DEL INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES:

Coloque en cada casilla la letra correspondiente al aspecto cualitativo que le parece que cumple cada ítem y alternativa de respuesta, según los criterios que a continuación se detallan.

E= Excelente / B= Bueno / M= Mejorar / X= Eliminar / C= Cambiar

Las categorías a evaluar son: Redacción, contenido, congruencia y pertinencia. En la casilla de observaciones puede sugerir el cambio o correspondencia.

PREGUNTAS		ALTERNATIVAS							OBSERVACIONES
N°	Item	a	b	c	d	e	f	g	
2.1.1	M								No es necesario colocar vibración ^{propia} varias alternativas significa que puede marcar varias respuestas?
2.1.2	E								
2.1.3	M								
2.1.4	M								
2.2.1	E								
2.2.2	M		M						? Opción b: piedra con barro. se puede hacer un límite aprox. otros. Lo x puede agregar en otros
2.2.3	M								
2.2.4	M								
2.3.1	E								idem: varias alternativas
2.3.2	E								
2.3.3	M								
2.3.4	E								
2.3.5									

Evaluado por:

Katya Medina Calderón

Nombre y Apellido:

Alcely

Firma:

En relación al encabezado debe agregar las indicaciones
para marcar la encuesta (encerrar en un círculo, marcar con X,
check, etc la respuesta (1 o varias) etc.

Alcely

JUICIO DE EXPERTO SOBRE LA PERTINENCIA DEL INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES:

Coloque en cada casilla la letra correspondiente al aspecto cualitativo que le parece que cumple cada ítem y alternativa de respuesta, según los criterios que a continuación se detallan.

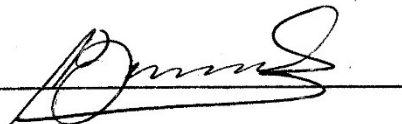
E= Excelente / B= Bueno / M= Mejorar / X= Eliminar / C= Cambiar

Las categorías a evaluar son: Redacción, contenido, congruencia y pertinencia. En la casilla de observaciones puede sugerir el cambio o correspondencia.

PREGUNTAS		ALTERNATIVAS									OBSERVACIONES
Nº	Item	a	b	c	d	e	f	g	h	i	
2.1.1	E										
2.1.2	E										
2.1.3	E										
2.1.4	E										
2.2.1	E										
2.2.2	E										
2.2.3	E										
2.2.4	M										Agregar la alternativa OTROS
2.3.1	M			C	C						
2.3.2	E										
2.3.3	E										
2.3.4	C										

Evaluado por:

Nombre y Apellido: Lourdes Benavente Iripa

Firma: 

JUICIO DE EXPERTO SOBRE LA PERTINENCIA DEL INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES:

Coloque en cada casilla la letra correspondiente al aspecto cualitativo que le parece que cumple cada ítem y alternativa de respuesta, según los criterios que a continuación se detallan.

E= Excelente / B= Bueno / M= Mejorar / X= Eliminar / C= Cambiar

Las categorías a evaluar son: Redacción, contenido, congruencia y pertinencia. En la casilla de observaciones puede sugerir el cambio o correspondencia.

PREGUNTAS		ALTERNATIVAS									OBSERVACIONES
Nº	Item	a	b	c	d	e	f	g	h	i	
2.1.1		E	E	E							
2.1.2		E	E	E	E	B	E				
2.1.3		E	E	E	E	E					
2.1.4		E	E	E	E	E	E	E			
2.2.1		E	E	E	E	E					
2.2.2		E	E	E	E	B					
2.2.3		E	E	E	E	E	B				
2.2.4		E	E	E	E	E	E	B			
2.3.1		E	E	E	E						
2.3.2		E	E	E	E	E					
2.3.3		E	E	E	E	E	E	B			
2.3.4		E	E	E	B	B	E	E	E	E	

Evaluado por:

Nombre y Apellido: Melissa Allisson Barra Hinostroza

Firma: 

ANEXO N° 6: Constancia de Validación del Instrumento del Juicio de Expertos

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, _____, con documento de
Identidad N° _____, de profesión
_____, ejerciendo actualmente como
_____ en la Institución

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación del Instrumento (cuestionario), a los efectos de su aplicación a los pacientes de la Clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems				
Amplitud de contenido				
Redacción de los ítems				
Claridad y precisión				
Pertinencia				

En....., a los _____ días del mes de _____ del _____

Firma

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Juan Ramón Díaz Soriano, con documento de Identidad N° 10804209, de profesión Odontóloga, ejerciendo actualmente como docente, en la Institución F-0- UNHSM

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación del Instrumento (cuestionario), a los efectos de su aplicación a los pacientes de la Clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems				X
Amplitud de contenido				X
Redacción de los Ítems				X
Claridad y precisión				X
Pertinencia				X

En Lima, a los 12 días del mes de agosto del 2016



Firma

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Karla Luz Medina Calderón, con documento de Identidad N° 10272570, de profesión odontóloga, ejerciendo actualmente como Docente universitario, en la Institución UNMSM - Facultad de Odontología

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación del Instrumento (cuestionario), a los efectos de su aplicación a los pacientes de la Clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems			X	
Amplitud de contenido				X
Redacción de los Ítems				X
Claridad y precisión			X	
Pertinencia				X

En...Lima, a los 15 días del mes de Agosto del 2016



Firma

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

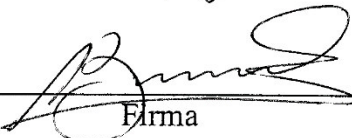
Yo, Juanes A. Benavente Lipa, con documento de Identidad N° 06282049, de profesión Cirujano Dentista, ejerciendo actualmente como Docente, en la Institución UNMSM- Fac. Odontología

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación del Instrumento (cuestionario), a los efectos de su aplicación a los pacientes de la Clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems				✓
Amplitud de contenido				✓
Redacción de los Ítems			✓	
Claridad y precisión			✓	
Pertinencia				✓

En Lima, a los 21 días del mes de Agosto del 2016



Firma

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Melissa Allisson Barra Hinojosa, con documento de Identidad N° 10802650, de profesión Odontóloga - Docente, ejerciendo actualmente como Docente de Anatomía Aplicada, en la Institución Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación del Instrumento (cuestionario), a los efectos de su aplicación a los pacientes de la Clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems				X
Amplitud de contenido				X
Redacción de los Ítems				X
Claridad y precisión				X
Pertinencia				X

En Lima, a los 20 días del mes de octubre del 2016



Firma

