



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Asociación entre Edentulismo Parcial según Clasificación de Kennedy y Factores Socioeconómicos en pacientes Adultos de un Consultorio Odontológico Privado. Chota, 2022

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA

AUTOR:

Vásquez Gavidia, Germán (orcid.org/0000-0002-6571-6873)

ASESOR:

Ms. Infantes Ruíz, Edwar Demer (orcid.org/0000-0003-0613-1215)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Promoción de la salud y desarrollo sostenible

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

PIURA – PERÚ

2022

Dedicatoria

A mi esposa Violeta, a mis hijos Kevin Germán, Erick Alexander, María Fernanda, Gustavo André y Viviana Geraldine por brindarme su amor, comprensión y apoyo incondicional para lograr mis objetivos.

Agradecimiento

Agradezco a Dios por darme la vida, su amor, guiar mi camino y ser parte importante en cada momento de mí existir. A la Universidad César Vallejo por brindarme la oportunidad y soporte para obtener mi título profesional. Al Ms. Edwar Demer Infantes Ruíz por su asesoría permanente. Al consultorio odontológico privado Dr. Napoleón Cabanillas Saldaña por favorecer el desarrollo de mi trabajo de investigación.

Índice de contenidos

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas.....	v
Índice de figuras.....	vi
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	4
III. METODOLOGÍA.....	16
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	16
3.2. Variables y operacionalización.....	16
3.3. Población, muestra y muestreo.....	16
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	16
3.5. Procedimientos.....	17
3.6. Método de análisis de datos.....	18
3.7. Aspectos éticos.....	18
IV. RESULTADOS.....	19
V. DISCUSIÓN.....	23
VI. CONCLUSIONES.....	27
VII. RECOMENDACIONES.....	28
REFERENCIAS.....	29
ANEXOS	

Índice de tablas

Tabla 1. Asociación entre edentulismo parcial según clasificación de Kennedy y factores socioeconómicos en pacientes adultos de un consultorio odontológico privado. Chota, 2022.....	19
Tabla 2. Edentulismo parcial más frecuente, según clasificación de Kennedy en pacientes adultos de un consultorio odontológico privado. Chota, 2022.....	21
Tabla 3. Edentulismo parcial más frecuente, según Clasificación de Kennedy en maxilar superior e inferior de pacientes adultos de un consultorio odontológico privado. Chota, 2022.....	22

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la asociación entre edentulismo parcial según Clasificación de Kennedy y factores socioeconómicos en pacientes adultos de un consultorio odontológico privado de Chota, 2022. Fue una investigación básica, no experimental. La muestra estuvo conformada por 128 pacientes, en los que se examinó 208 arcadas parcialmente edéntulas, 88 en el maxilar superior y 120 en el maxilar inferior. La técnica utilizada fue la observación y el instrumento de recolección de datos una ficha. Se obtuvo como resultado que el edentulismo parcial según clasificación de Kennedy estuvo asociado a los factores socioeconómicos. Además el edentulismo parcial más frecuente en ambos maxilares fue la clase III de Kennedy con 58,2%. Asimismo se logró identificar que la clase III fue más frecuente en el maxilar superior con 47,7 % y 65,8 % en el maxilar inferior. Se concluye que existe asociación entre edentulismo parcial según Clasificación de Kennedy y factores socioeconómicos en pacientes adultos de un consultorio odontológico privado de Chota, 2022.

Palabras clave: Edentulismo parcial, Factores Socioeconómicos, Maxilar superior, Maxilar inferior

Abstract

The objective of this research was to determine the association between partial edentulism according to the Kennedy Classification and socioeconomic factors in adult patients from a private dental office in Chota, 2022. It was a basic, non-experimental investigation. The sample consisted of 128 patients, in whom 208 partially edentulous arches were examined, 88 in the upper jaw and 120 in the lower jaw. The technique used was observation and the data collection instrument was a file. It was obtained as a result that partial edentulism according to Kennedy's classification was associated with socioeconomic factors. In addition, the most frequent partial edentulism in both jaws was Kennedy class III with 58.2%. Likewise, it was possible to identify that class III was more frequent in the upper jaw with 47.7% and 65.8% in the lower jaw. It is concluded that there is an association between partial edentulism according to the Kennedy Classification and socioeconomic factors in adult patients from a private dental office in Chota, 2022.

Keywords: Partial edentulism, Socioeconomic Factors, Upper jaw, Lower jaw

I. INTRODUCCIÓN

El edentulismo parcial es una situación que se caracteriza porque el sujeto que la padece pierde algunos órganos dentarios, como consecuencia de la presencia de una noxa que altera el equilibrio del Sistema Estomatognático. La pérdida parcial de órganos dentarios se presenta en gran parte de la población adulta en todo el mundo y de manera más ascendente en las naciones cuya población es vulnerable debido a una deficiente salud pública y una limitada educación en salud bucodental.^{1, 2}

Un individuo llega a padecer de edentulismo parcial por múltiples factores, dentro de ellos tenemos, la presencia de dientes cariados, enfermedad prolongada en la estructura periodontal, ambos secundados por una higiene oral deficiente. Otros factores tenemos a los accidentes dento-alveolares, procedimientos dentales mal ejecutados, ingestión de fármacos y enfermedades sistémicas como la diabetes mellitus.^{2, 3, 4}

Las consecuencias de la ausencia de una determinada cantidad de dientes se manifiestan a nivel funcional con trastornos en la articulación temporomandibular, desordenes oclusales, imperfección en la pronunciación y masticación; en el ámbito estético, hace que un hábito diario y acostumbrado como sonreír no sea posible, causando dificultad en las relaciones interpersonales; en el aspecto psicológico, el edéntulo parcial disminuye su autoestima, se siente descontento por su aspecto físico, rehuyendo a la comunicación con sus semejantes.⁵

En las personas adultas, factores socioeconómicos como el nivel educativo, la edad y el género pueden estar asociados a la pérdida parcial de órganos dentarios. Conforme pasan los años, la cavidad oral experimenta ciertos cambios que aumentan el riesgo de padecer patologías orales y terminar en la pérdida de dientes; a su vez el género femenino, por sus condiciones fisiológicas y algunas limitaciones, está más predispuesto a padecer de afecciones dentales causantes de edentulismo. Asimismo, el grado de instrucción juega un rol importante para generar conciencia, respecto a las buenas prácticas en el cuidado de la salud bucodental.⁶

En los países de América Latina el crecimiento poblacional es acelerado, trayendo como consecuencia una deficiente cobertura de los servicios de salud

bucodental. Por consiguiente, buena parte de estos individuos padecen múltiples afecciones orales, llegando a perder algunos órganos dentarios y terminar como edéntulo parcial. Dicha situación no es tratada íntegramente en las instituciones estatales, por lo que el paciente acude a realizar su tratamiento de rehabilitación oral en establecimientos privados, sin embargo, no todos pueden acceder a dicho servicio, por lo tanto, recuperar la salud bucodental del edéntulo parcial se ha convertido en un privilegio.⁷

Según el reporte de investigaciones en Perú, señalan que la proporción de individuos que padecen de edentulismo es 77,61% como resultado de la prevalencia de enfermedades bucodentales y otros factores que conllevan a la pérdida de órganos dentarios. La caries dental se presenta en el 98% de la población adulta, la enfermedad periodontal en el 80% y el comportamiento nocivo que practica la gente respecto a su salud bucodental, como por ejemplo poner en práctica sus creencias, no utilizar cepillo dental, ingerir grandes cantidades de azúcares y carbohidratos, favorecen a que el 90% de la población asista a consulta cuando hay dolor para hacerse tratamientos restaurativos extensos o exodoncias.^{8,9}

Cajamarca es el segundo departamento con mayor nivel de pobreza en el Perú. En esta región se encuentran los dos distritos más pobres, Oxamarca en la provincia de Celendín y Anguía en la provincia de Chota. Situación frágil y susceptible que posibilita cada vez más la prevalencia de las patologías bucodentales y demás prácticas nocivas que contribuyen a que los individuos pierdan sus órganos dentarios y terminen en una situación irreparable e incapacitante, el edentulismo parcial.¹⁰

Acorde a todo lo indicado se enuncia el problema de investigación: ¿Existe asociación entre edentulismo parcial según Clasificación de Kennedy y factores socioeconómicos en pacientes adultos de un consultorio odontológico privado de Chota, 2022? La realización de esta investigación se justifica porque en la región Cajamarca, provincia de Chota no existen investigaciones sobre la asociación entre edentulismo parcial según Clasificación de Kennedy y factores socioeconómicos en esta población. Dar a conocer los resultados sobre la asociación entre estas variables, permitirá en el futuro a las autoridades y

profesionales de salud implementar medidas de prevención y promoción para evitar la pérdida prematura de órganos dentarios y con ello contribuir a mejorar la calidad de vida en esta población. Asimismo la presente investigación busca, mediante la aplicación de la teoría y los conceptos básicos relacionados con el edentulismo parcial y factores sociodemográficos, detectar que aspectos son más importantes para la investigación y como incorporar cada concepto dentro de la realidad del fenómeno en estudio. Además dicho estudio se justifica metodológicamente a partir de la creación de una ficha de recolección de datos que sirvió como instrumento para recopilar la información pertinente.

En la investigación se plantea el siguiente objetivo general: Establecer la asociación entre edentulismo parcial según Clasificación de Kennedy y factores socioeconómicos en pacientes adultos de un consultorio odontológico privado de Chota, 2022. Para ello se plantean los siguientes objetivos específicos: Identificar el tipo de edentulismo más frecuente, según Clasificación de Kennedy en pacientes adultos de un consultorio odontológico privado de Chota, 2022; Identificar el tipo de edentulismo más frecuente según Clasificación de Kennedy, en relación al maxilar superior e inferior de pacientes adultos de un consultorio odontológico privado de Chota, 2022

HIPÓTESIS

1.1. Hipótesis Nula Ha:

El edentulismo parcial según clasificación de Kennedy está asociado a factores socioeconómicos en pacientes adultos de un consultorio odontológico privado de Chota, 2022.

1.2. Hipótesis alternativa Ho:

El edentulismo parcial según clasificación de Kennedy no está asociado a factores socioeconómicos en pacientes adultos de un consultorio odontológico privado de Chota, 2022.

II. MARCO TEÓRICO

Manandhar P, et al.¹¹ en el 2021 en Nepal, llevaron a cabo un estudio con la finalidad de determinar la proporción de individuos que presentaron edentulismo parcial asociado a grupo etario y educación. Fue un estudio descriptivo, transversal y prospectivo en 417 participantes. Obtuvieron como resultado que el edentulismo parcial más prevalente fue la Clase III de Kennedy con 29,5% en la arcada inferior y 21,6% en la arcada superior; seguida por la Clase II con 8,4% en la mandíbula y 6,0% en el maxilar y la Clase I con 7% en la arcada inferior y 4,8% en la arcada superior. El grupo etario que presentó más edentulismo parcial fue el de 51 a 61 años con 22,1%. En cuanto al género las mujeres presentaron mayor edentulismo parcial con 53,5% que los varones 46,5%. Referente a grado de instrucción, los pacientes con educación primaria presentaron mayor porcentaje de edentulismo parcial con 36,2%. Se concluye que la Clase III de Kennedy fue el patrón de edentulismo parcial más preeminente. La edad y la educación tuvieron asociación estadísticamente significativa con el edentulismo parcial.

Aeran H, et al.¹² en el 2021 en la India, realizaron un estudio para determinar la prevalencia del edentulismo parcial y su asociación con la edad y el género. Fue un estudio transversal a 500 personas, 279 mujeres y 221 varones, a quienes se les aplicó una encuesta y examen intraoral. Se reportó que la Clase I de Kennedy fue la más predominante con 34,4 %; seguida por la Clase II con 29,6%; Clase III 19,6% y la Clase IV 16,4%. El grupo etario mayor a 59 años fue el que presentó más alto porcentaje de edentulismo parcial 40,4%; en los que prevaleció la Clase I con 46,0%; en los pacientes de 36 a 59 años también fue más prevalente la Clase I con 36,4% y en el grupo etario 18 a 35 se encontró mayormente la Clase III 38,4%. En relación al género, el femenino presentó mayor porcentaje de edentulismo parcial 55,8%; frente a 44,2% que se encontró en el género masculino; en ambos fue más prevalente la Clase I de Kennedy con 33% y 36,2% respectivamente. Se concluye que la Clase I de Kennedy fue la más prevalente, la edad y el género influyen significativamente en el edentulismo parcial.

Ajith A, et al.¹³ en el 2021 en la India, ejecutaron una investigación para establecer el predominio de la Clasificación de Kennedy en pacientes que acudieron a la Facultad de Odontología Saveetha. Se estudió a 170 pacientes de 30 a 60 años.

Se empleó la Clasificación de Kennedy como patrón para clasificar el edentulismo parcial. Lograron como resultado que el 22.3% de los participantes presentó edentulismo parcial en el maxilar; 35.9% en la mandíbula y 41.8% en ambas arcadas. De acuerdo a la Clasificación de Kennedy se encontró que 44.3 % fueron Clase I; 24% Clase III, 20.7% Clase II y 11% Clase IV. Según el género se determinó que la Clase I lo presentaron 60.7 % varones; 39.3% mujeres; la Clase II se encontró en 62% de varones y 38% de mujeres; la Clase III se presentó en 53.4 % de varones y 46% de mujeres; la Clase IV en 84.6% de varones y 15.4% de mujeres. Se concluye que la Clase I de Kennedy fue la más predominante en ambos géneros.

Kumar D, et al.¹⁴ en el 2020 en la India, realizaron una investigación con la finalidad de conocer la proporción de individuos con edentulismo parcial y su asociación con la variable grupo etario. El espécimen fue de 400 pacientes parcialmente desdentados. El resultado de la investigación fue que el 9,5% fueron pacientes Clase I; El 15,25% fueron Clase II; el 63,5% Clase III y el 11,75% Clase IV. Referente a la distribución del edentulismo parcial Clase III por grupo etario se encontró que 14,25 tenían de 18 a 30; 40,75% estaban entre 31 a 50 años y 8,50% pertenecieron al grupo etario 51 a 80 años. Se concluye que el tipo de edentulismo parcial más prevalente fue la Clase III de Kennedy y el grupo etario que más lo presentó fue el de 31 a 50 años. Hubo una asociación estadísticamente significativa entre el edentulismo parcial y edad.

Kaphle B, et al.¹⁵ en el 2020 en Nepal, efectuaron un estudio con la finalidad de identificar el edentulismo parcial y su correlación con el nivel educativo. Fue un estudio transversal realizado a 189 pacientes de 18 a 84 años. Obtuvieron como resultado que la Clase III de Kennedy fue la que más prevaleció 59, 84% en el maxilar y 61.59% en la mandíbula. La Clase IV se encontró en menor proporción 1.64% en el maxilar superior y 6.53% en el maxilar inferior. En cuanto a la distribución de la Clasificación de Kennedy por género se reportó que las mujeres presentaron 61.43% de edentulismo parcial Clase III en el maxilar y 64.77% en la mandíbula; en los varones se encontró 57.69% de edentulismo parcial Clase III en el maxilar superior y 56.0% en el maxilar inferior. El número de dientes perdidos fue mayor en personas sin educación formal. Se concluye que el

edentulismo parcial Clase III fue el más predominante y que la educación juega un papel importante en la generación de conciencia sobre el mantenimiento de su dentición natural.

Moussa A, et al.¹⁶ en el 2020 en Egipto, realizaron una investigación con la finalidad de conocer la relación entre nivel educativo y edentulismo parcial. El espécimen fue de 530 pacientes que tenían de 20 a 70 años. Los pacientes respondieron un cuestionario y fueron evaluados clínicamente. Luego de culminar la investigación se informó que la Clase III de Kennedy lo presentaron 34.8% de los participantes; seguida por la Clase II con 6,2%; luego la Clase I con 2,9% y finalmente la Clase IV con 1,0%. El 50 % de los individuos completó sus niveles educativos secundarios, seguidos por analfabetos 35,5 % y niveles preparatorios, mientras que los graduados universitarios fueron 4,0 %. Se concluye que el nivel educativo influye de manera significativa en la pérdida de dientes.

Chumpitaz R, et al.¹⁷ en el 2019 en Perú, llevaron a cabo una investigación con la finalidad de conocer la proporción de individuos con edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy. Fue un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal en el que se analizó 321 historias clínicas. Producto de la investigación se dio a conocer que en el maxilar superior predominó la Clase III con 42,4 %, luego la Clase I con 34.6 % y la Clase II con 16.5 %. En el maxilar inferior, predominó la Clase I con 42.4 %, luego la Clase III con 36.4 % y la Clase II con 15.6 %. De acuerdo a género, resultaron más prevalentes la clase III y la Clase I tanto para mujeres como para hombres. Se concluye que la Clase III fue la más prevalente en el maxilar, tanto para género masculino como femenino; mientras que en el maxilar inferior la Clase I fue la más prevalente para ambos géneros.

Huamanciza E, et al.¹⁸ en el 2019 en Perú, efectuaron un estudio para determinar la prevalencia de edentulismo parcial asociado a grupo etario y género. Fue un estudio descriptivo, observacional y transversal en 100 pacientes adultos. La información se recopiló a través de una encuesta y examen clínico. El resultado fue que el 66% de los participantes fueron mujeres y el 34% varones. El grupo etario predominante fue el de 60 años a más con 46%. En la arcada superior predominó la clase III con 50%, de los cuales el 19% fueron varones y el 31% mujeres. En la arcada inferior predominó la clase III con 49%, de los cuales el

16% fueron varones y el 33% mujeres. En el maxilar, los pacientes de 20 a 39 presentaron la clase III 7%, En los de 40 a 59 años predominó la clase III y en el grupo de 60 años a más la clase II 18%. En la mandíbula, el grupo de 20 a 39 años presentaron la clase III 7%, de 20 a 39 años clase III 29 y en el grupo de 60 a más la clase II 16%. Se concluye que el edentulismo parcial más prevalente fue la Clase III, no hubo asociación con las variables grupo etario y género.

Devishree, et al.¹⁹ en el 2018 en la India, llevaron a cabo una investigación con la finalidad de conocer la proporción de individuos con edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy, teniendo en cuenta las variables grupo etario, género y maxilar. La técnica utilizada fue la observación y el espécimen de estudio estuvo constituido por 200 pacientes de ambos géneros y diferentes grupos etarios 20 a 30 años, 30 a 40 años, 40 a 50 años y 50 a 60 años. Concluida la investigación se informó que la Clase III de Kennedy fue la más predominante en todos los grupos etarios, ambos géneros y las dos arcadas. En el género femenino se obtuvo 76%, en el maxilar 32.3% y 43.8% en la mandíbula. En el género masculino se encontró 77.9%, en la arcada superior 33.7% y 44.2% en la arcada inferior. Se concluye que el edentulismo parcial más predominante fue la Clase III de Kennedy, siendo más común el edentulismo parcial mandibular que el maxilar.

Rana SB, et al.²⁰ en el 2018 en Nepal, efectuaron un estudio para conocer la proporción de pacientes con edentulismo parcial en un período determinado. Fue un estudio sobre un espécimen de 300 pacientes de 18 a 80 años que acudieron al centro de investigación. Al culminar la investigación se divulgó que la mayoría de pacientes fueron mujeres 59.3%. El grupo etario que presentó mayor porcentaje de edentulismo parcial fue el de 51 a 60 años 26%. En la arcada superior se encontró que 80 pacientes presentaban edentulismo parcial lo que representa el 26%, en la arcada inferior 85 pacientes presentaron edentulismo parcial lo que corresponde al 28.3%. La Clase III fue encontrada en más del 31% de los participantes en la arcada superior y el 30% en la arcada mandibular. Se concluye que la Clase III de Kennedy fue el tipo de edentulismo parcial más predominante.

Tudorici T, et al.²¹ en el 2017 en Rumanía, hicieron una investigación, cuyo propósito fue estimar la asociación entre factores sociodemográficos y el

edentulismo parcial en pacientes adultos. Los datos fueron recopilados durante un período de tiempo en un espécimen de 214 participantes, quienes respondieron un cuestionario y evaluados clínicamente. Producto de la investigación se dio a conocer que el 50.5% de los participantes fueron varones, el 57.5% pertenecían al nivel medio de educación. La Clase I de Kennedy fue la más común, seguida por la clase III, II y IV respectivamente en ambos sexos. Con respecto a la clase III, las mujeres presentaron 58.5% en el maxilar y 57.5% en la mandíbula; los varones 40.7 en el maxilar y 52.8% en la mandíbula. Se concluye que la Clase I fue el tipo de edentulismo parcial más preeminente y que los factores sociodemográficos influyeron significativamente.

Goutham GB, et al.²² en el 2016 en la India, desarrollaron una investigación para valorar la asociación entre factores sociodemográficos y edentulismo parcial en 378 individuos de 21 a 35 años, de los cuales 218 fueron varones y 160 mujeres. Los datos fueron recopilados en un período de tiempo, utilizando una ficha estructurada con las variables sociodemográficas y evaluación clínica. El resultado fue que 80,9% fueron pacientes parcialmente edéntulos. El porcentaje de mujeres parcialmente desdentadas fue 51,9%, superó en número a los varones, 48,1%. Las mujeres tenían un nivel educativo más bajo que los varones. La Clase III de Kennedy fue la más prevalente en ambos maxilares, 54,6% en el inferior y 51,7% en el superior, seguida por la Clase II, I y IV.

Fayad MI, et al.²³ en el 2016 en Arabia Saudita, llevaron a cabo una investigación con la finalidad de conocer la proporción de individuos con edentulismo parcial, teniendo en cuenta el patrón de Kennedy. El espécimen lo conformaron 142 individuos, ordenados en tres grupos etarios 21 a 30 años, 31 a 40 años y 41 a 50 años. Como producto de la investigación se divulgó que el 67.2% de los evaluados presentaron edentulismo parcial Clase III en el maxilar y el 64.1% en la mandíbula. La Clase III prevaleció en los pacientes de 31 a 40 años y las Clases I, II en los participantes de 41 a 50 años. Se concluye que el patrón Clase III de Kennedy fue el más preeminente en las arcadas maxilar y mandibular y la Clase IV la que menos se encontró.

Al Moaleem M, et al.²⁴ en el 2016 en Arabia Saudita, ejecutaron un estudio con la finalidad de conocer la proporción de individuos que presentaban edentulismo

parcial basándose en el patrón de Kennedy y su asociación a las variables grupo etario y género. La información se recopiló en un período de tiempo definido, en un espécimen de 579 pacientes, 339 varones y 240 mujeres a quienes se les realizó un examen clínico. Obtuvieron como resultado que el grupo etario 50 a 59 años fue el más numeroso con 163 pacientes lo que corresponde al 28.2%. En todos los grupos etarios predominó la Clase III de Kennedy; el 35.1 de Clase III se encontró en la arcada maxilar del grupo etario 30 a 39 años y el 43.1% en la arcada mandibular de los pacientes de 50 a 59 años. El mayor porcentaje de Clase III de Kennedy se presentó en varones 80.5% en la arcada maxilar y 75.2 en la arcada mandibular, mientras que en las mujeres prevaleció más las Clase I con 100% en la arcada maxilar y 73.3% en la arcada mandibular.

Madhankumar S, et al.²⁵ en el 2015 en la India, realizaron un estudio con la finalidad de determinar la prevalencia de la Clasificación de Kennedy en pacientes parcialmente edéntulos, basándose en la proporción por género y distribución por edad. La muestra de estudio estuvo conformada por 561 pacientes, 267 varones y 294 mujeres, agrupados por edades. Para el registro de la información se utilizó una proforma previamente probada que incluye nombre, edad, sexo y detalles de los dientes faltantes. El examen clínico se llevó a cabo después de obtener el consentimiento informado. Se obtuvo como resultado que la Clase III de Kennedy fue la más prevalente, los pacientes de género masculino presentaron 56.57% en el maxilar y 46.96% en la mandíbula, del mismo modo los pacientes de género femenino presentaron 52.40% en el maxilar y 47.23% en la mandíbula. Entre los diferentes grupos de edad, se encontró un predominio de la Clase III en los participantes de 31 a 40 años.

El edentulismo es una situación que se produce cuando una persona pierde uno, varios o todos los órganos dentarios permanentes, es decir, puede ser parcial o total, pudiendo padecerlo varones y mujeres, sin límite de edad, raza o color de la piel. El edentulismo parcial es un estado que se caracteriza por la falta de una determinada cantidad de órganos dentarios en la boca. Es un proceso de larga duración que no se puede revertir y que altera la funcionalidad del Sistema Estomatognático. La etiología del edentulismo parcial es múltiple, las principales causas son presencia de dientes cariados, enfermedad prolongada en el

periodonto, accidentes alveolo-dentarios, lesiones dentales no cariosas, diabetes mellitus y la ingesta de medicamentos.²⁶

La caries dental considerada una de las principales causas de edentulismo parcial, es una patología de larga duración, producida por múltiples factores, bastante común en adultos en estado de vulnerabilidad; debido a su gran alcance y relevancia en la población constituye un problema de salud pública. Fue y continúa siendo la patología oral más prevalente del hombre; entre las afecciones del sistema estomatognático, es la que genera mayor interés por el gran número de sujetos que la padecen. La prevención y tratamiento deben realizarse de forma pertinente, evitando con ello la extensión y profundidad de la lesión. En caso de que la enfermedad avance hasta el tejido pulpar y no sea posible tratarlo con métodos conservadores, se procederá a extraer el órgano dentario, siendo de esta manera un factor relevante de la etiología del edentulismo parcial.²⁷

La enfermedad periodontal también es un factor etiológico del edentulismo parcial. Es una afección que se caracteriza por dañar las estructuras que circundan y sujetan al órgano dentario. Se inicia como una inflamación del tejido gingival, es gradual y creciente, pudiendo llegar a destruir y ocasionar la pérdida del periodonto y hueso adyacente. La terapia periodontal debe hacerse a tiempo y de manera conveniente para lograr que la evolución sea favorable y con ello evitar que los dientes presenten movilidad patológica, que se formen bolsas periodontales y se pierda la pieza dentaria. La periodontitis con evolución desfavorable es la segunda causa del edentulismo parcial.²⁸

Los accidentes alveolo-dentarios son sucesos repentinos que pueden terminar en la pérdida de uno o varios dientes, debido a que dañan la estructura del órgano dentario, hueso adyacente y tejido de sujeción. Su etiología es múltiple y está influenciada por diversos factores como biológicos, conductuales y ambientales. El mayor número de traumatismos se producen en el sector anterior, causando deficiencia en la función masticatoria, el habla con compromiso estético. En casos graves, las piezas dentales pierden su integridad, siendo desplazadas de manera parcial o total respecto a su posición anatómica. El tratamiento debe ser inmediato para evitar complicaciones y pérdida del órgano dentario.²⁹

Las lesiones dentales no cariosas son procesos que causan pérdida y disminución del esmalte, no precisamente por la acción de microorganismos. Dentro de ellas tenemos a la abrasión, abfracción, erosión y atrición. La abrasión, es el deterioro de la estructura dentaria producida por desgaste mecánico de las cerdas del cepillo dental cuando se realiza una técnica inadecuada y los componentes abrasivos de los dentífricos; la abfracción, daño específico del esmalte cervical con afectación de la unión amelocementaria que generalmente se produce por la fuerza de carga biomecánica; la erosión, disgregación del esmalte por acción de sustancias químicas internas y externas, principalmente ácidos; atrición, desgaste del órgano dentario a nivel del borde incisal o superficie oclusal, producido por roce, el bruxismo es una de las principales causas. Todas estas lesiones deben tratarse a tiempo para no terminar en el deterioro y pérdida de órganos dentarios.³⁰

La diabetes mellitus es una patología de larga duración que se inicia cuando el organismo no produce la cantidad conveniente de insulina o no puede utilizarlo adecuadamente, generando un desorden en la transformación y destino de los hidratos de carbono, lo cual se traduce en un nivel elevado de glucosa en sangre. El control de la glucosa sanguínea es importante para evitar que se produzcan daños en órganos y tejidos, sin embargo cuando es deficiente ocurre lo contrario, tal es así que se asocia con una mayor prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal, contribuyendo de esta manera con la pérdida de órganos dentarios y edentulismo parcial.³¹

La ingesta de medicamentos también es un factor etiológico que contribuye al edentulismo parcial. La administración de ciertos fármacos como los antihistamínicos, diuréticos, broncodilatadores, descongestionantes nasales, antiespasmódicos, antidepresivos y neurolépticos producen hipofunción de las glándulas salivares dando lugar a la xerostomía, lo que se traduce en un desequilibrio de la homeostasis oral con predisposición al desarrollo de caries dental y si no se trata a tiempo terminará en la pérdida de órganos dentarios.³²

Las consecuencias del edentulismo parcial son diversas y se ponen de manifiesto inmediatamente a la pérdida de piezas dentales. Dentro de ellas tenemos: cambios en la posición dental, disminución del tejido óseo, alteraciones en la

pronunciación de las palabras, disminución de la eficiencia masticatoria, disfunción de la articulación temporomandibular, cambios evidentes en la estética facial y trastornos psicológicos.^{33, 34}

La pérdida de uno o más órganos dentarios rompe el equilibrio respecto a la posición original de todo el sistema dentario, alterando la salud bucal. Inicialmente se produce un desplazamiento o migración de los dientes remanentes adyacentes hacia el espacio edéntulo, luego se produce un crecimiento de los dientes antagonistas al no tener oposición que lo contenga. Es decir, todos los dientes están predispuestos a migrar y sobreerupcionar una vez que se produce la pérdida de órganos dentarios. Todo ello trae como consecuencia alteraciones en la oclusión dentaria.³⁵

Cuando se extraen órganos dentarios, el tejido óseo subyacente que sirvió de soporte empieza a experimentar cambios en su estructura, es decir, se produce una resorción ósea como resultado de la falta de relación y estimulación que hubo entre órgano dentario y hueso. La degradación del tejido óseo alveolar se inicia inmediatamente a la extracción del diente o dientes y permanece durante toda la vida, disminuyendo estructuralmente en alto y ancho. Cuando el espacio edéntulo es por varios dientes que se han perdido, la resorción de hueso alveolar es importante, pudiendo dificultar el uso de algún tipo de prótesis dental.³⁵

La pérdida de uno o más órganos dentarios conlleva a alteraciones funcionales en la pronunciación de las palabras, debido a que la emisión de algunos sonidos necesita de la interrelación de lengua y dientes. También se origina un déficit en la función masticatoria, siendo esta proporcional al número de dientes perdidos, es decir, mientras más sean las piezas dentarias perdidas, menor será la eficiencia masticatoria, lo que trae como consecuencia que el bolo alimenticio pase al estómago medianamente procesado, asimismo la ausencia de órganos dentarios produce una sobrecarga funcional en los remanentes, originando un desgaste excesivo.³⁵

Una persona con su sistema dentario intacto, presenta una configuración estructurada respecto al control, coordinación, combinación armoniosa y extensión de la actividad masticatoria durante el proceso del bolo alimenticio. Esta configuración oclusal tolera algunos cambios, encontrando una nueva

coordinación muscular dinámica entre la relación y actividad de los músculos masticatorios. Cuando se pierde órganos dentarios esta configuración pierde su equilibrio dando origen a movimientos fisiológicos particulares que dañan la articulación temporomandibular: huesos, músculos, ligamentos y disco articular, ocasionado sucesos dolorosos y alteración de la función.³⁵

La pérdida de órganos dentarios en el sector anterior conlleva importantes alteraciones psicológicas en el sujeto que la padece, debido a que produce una deformación del rostro por pérdida de hueso y depresión de los labios. En tal sentido el papel que debe cumplir el profesional odontólogo rehabilitador es devolver la funcionalidad, estética y equilibrio del Sistema Estomatognático a través de aparatos protésicos que replacen los dientes perdidos y estructuras adyacentes.³⁵

Para clasificar las arcadas parcialmente edéntulas se han propuesto diversas clasificaciones a lo largo del tiempo, dentro de ellas tenemos a las planteadas y sustentadas por Kennedy, Applegate, Neurohar, Eichner y el Colegio Americano de Prostodoncia. Actualmente, el sistema de clasificación más utilizado y clínicamente admitido por la mayoría de profesionales de estomatología por ser sencilla y fácil de aplicar en la práctica diaria, ámbito académico e investigación, es la planteada por el Dr. Edwar Kennedy en 1925.^{36, 37}

La clasificación del Dr. Kennedy se sustenta en la localización y correspondencia entre los espacios edéntulos y los órganos dentarios remanentes en las arcadas. En la clasificación original se han propuesto cuatro clases de edentulismo parcial: Clase I, cuando el espacio edéntulo se localiza en la parte posterior y ambos lados de la arcada. También se le llama edentación bilateral posterior; Clase II, cuando el espacio edéntulo se ubica en la parte posterior y un solo lado del arco. También se le conoce como edentación unilateral posterior; Clase III, cuando el espacio edéntulo se sitúa en la parte posterior, unilateral o bilateral, con dientes remanentes anteriores y posteriores; Clase IV, cuando el espacio edéntulo se encuentra en la parte anterior y comprometiendo la línea media.³⁸

La edad es un factor socioeconómico estrechamente vinculado a la pérdida parcial de órganos dentarios, el ser humano padece esta situación traumática desde muy temprana edad debido a las múltiples patologías que alteran la

homeostasis bucodental. Investigaciones epidemiológicas refieren que el edentulismo parcial en edades tempranas es causado por procesos cariosos y en edades avanzadas por enfermedades periodontales. A medida que avanza la edad, el esmalte dental experimenta un proceso de desgaste y la secreción de saliva disminuye causando xerostomía, ambas situaciones aumentan la predisposición a procesos cariosos y pérdida de dientes. En los pacientes mayores de 40 años, las patologías periodontales se han convertido en la principal causa de edentulismo, diversas investigaciones sustentan que a mayor edad, más probabilidad de padecer de edentulismo parcial.^{39, 40}

El género tiende a ser un factor importante que afecta la prevalencia del edentulismo parcial, numerosos estudios han llegado a la conclusión de que las mujeres pierden más órganos dentarios que los varones. Fisiológicamente las mujeres pasan por diversas etapas de cambios hormonales como la menstruación, embarazo, menopausia, postmenopausia y el uso de anticonceptivos que alteran el equilibrio de la cavidad bucal, principalmente del pH salival. Todos estos cambios favorecen a que la caries dental y la periodontitis se establezcan, causando pérdida de órganos dentarios.^{40, 41, 42}

La educación es un factor importante asociado con la conciencia de prevenir enfermedades, permite al individuo mantener y valorar su salud bucodental mediante la asimilación, interiorización y práctica de hábitos de higiene pertinentes, evitando con ello el desarrollo de las principales patologías que ocasionan la pérdida de órganos dentarios. Múltiples investigaciones, concuerdan que el mantenimiento de la higiene bucal es deficiente en varones y mujeres con bajo nivel educativo, por lo tanto son los que más presentan edentulismo parcial.⁴³

El tratamiento del paciente edéntulo parcial es de suma importancia, debido a que se recupera la funcionalidad, equilibrio y belleza del sistema masticatorio a través de aparatos protésicos removibles, fijos o implantes que reemplazan a los órganos dentarios perdidos y estructuras adyacentes. Actualmente y gracias al descubrimiento de la oseointegración y al entendimiento de los sucesos biológicos se viene utilizando a los implantes en la rehabilitación del paciente parcialmente edéntulo.^{44, 45, 46}

Edentulismo parcial, es una situación que se caracteriza por la pérdida de una determinada cantidad de órganos dentarios en el maxilar superior, inferior o ambos.⁴⁷ La clasificación de Kennedy, es un sistema utilizado para clasificar los maxilares parcialmente desdentados, tiene como fundamento la topografía, basándose en la relación que guarda los espacios edéntulos respecto a los dientes remanentes. Posee 4 clasificaciones, llegando a ser empleadas en la mayoría de los casos de pacientes desdentados parciales.^{48, 49}

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación fue básica porque estuvo orientada a la búsqueda de nuevo conocimiento sobre la asociación entre edentulismo parcial según Clasificación de Kennedy y factores socioeconómicos. Su diseño fue no experimental porque se limitó a observar sin manipular las variables, transversal porque la recopilación de datos se realizó en un período de tiempo.⁵³

3.2. Variables y operacionalización

Edentulismo parcial: variable principal, cualitativa.

Factores socioeconómicos: variable secundaria, cualitativa.

Maxilar: variable secundaria, cualitativa.

Operacionalización de las variables (Anexo 1)

3.3. Población, muestra y muestreo

Población.

La población estuvo constituida por 128 pacientes adultos, edéntulos parciales que acudieron al consultorio odontológico privado de Chota, donde se realizó la investigación, durante los meses de abril y mayo de 2022.

Criterios de inclusión: pacientes edéntulos parciales en uno o ambos maxilares, pacientes de ambos sexos que tengan de 18 a más de 60 años, pacientes de todos los grados de instrucción.

Criterios de exclusión: pacientes edéntulos totales, pacientes con tratamiento de ortodoncia, pacientes portadores de prótesis fija.

Muestra

La muestra fue igual que la población.

Muestreo

La técnica de muestreo utilizada fue no probabilística por conveniencia.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica empleada fue la observación y el instrumento una ficha de recolección de datos (Anexo 2), la cual está formada por tres partes. La primera para registrar los datos socioeconómicos del paciente: edad, género y grado de instrucción; la segunda para indicar si el edentulismo parcial se localiza en el maxilar superior, inferior o ambos arcos; y la tercera para indicar si el edentulismo parcial es Clase I, II, III o IV tanto para el maxilar superior como para el inferior.

Para establecer el grado de concordancia de los resultados se realizó una prueba de calibración con un especialista en Rehabilitación Oral a través de una prueba piloto donde se examinaron 20 pacientes edéntulos parciales, los cuales no formaron parte de la muestra final de la investigación. El análisis estadístico de Kappa dio como resultado el valor de 1.00, lo que indica una correspondencia muy buena entre el investigador y el especialista. (Anexo 3)

3.5. Procedimientos

Inicialmente se gestionó el documento de presentación al coordinador de la escuela profesional de Estomatología y se adjunto una solicitud al gerente del consultorio odontológico privado de Chota, solicitando autorización para realizar la investigación. Luego de obtener el permiso del gerente del establecimiento odontológico, (Anexo 4) se realizó las coordinaciones para establecer un horario de ingreso al consultorio para evaluar los pacientes, de lunes a domingo de 8 a 12:30 am y de 3:00 a 7:30 pm a partir del 01 de abril hasta completar el número de pacientes indicados como muestra de estudio.

La recopilación de datos se realizó en tres fases, utilizando equipos de protección personal anti Covid-19. Fase informativa, cada paciente recibió información clara y pertinente sobre las condiciones y objetivos de la investigación; fase de registro y firma, luego de la aceptación del paciente, se procedió a llenar el consentimiento informado (Anexo 5) con la firma e impresión de huella digital del índice derecho del paciente como señal de conformidad, en esta fase también se registraron los datos de filiación en la ficha de recolección de datos; fase de examen clínico, se le indicaba al paciente de manera cordial que se acueste en la unidad dental, que se enjuague la boca con 15 mililitros de cloruro de cetilpiridinio durante 1 minuto y luego se procedió al examen utilizando guantes, bandeja, espejo, pinza y

explorador previamente esterilizados en autoclave. El examen se realizó mediante la observación directa a las arcadas, en la superior desde la 18 hasta la 28 y en la inferior desde la 38 hasta la 48, anotando el hallazgo en los ítems 2 y 3 de la ficha de recolección de datos. Para determinar la clase de edentulismo parcial, se realizó según la Clasificación de Kennedy, de la siguiente forma: Clase I, cuando el paciente no tenga dientes en ambas zonas posteriores de la arcada (edentación bilateral posterior); Clase II, ausencia de dientes en la zona posterior de un solo lado (edentación unilateral); Clase III, si el paciente no presenta dientes en el lado derecho o izquierdo, pero si uno posterior (edentación lateral con pilar posterior); y Clase IV, si se observa que el paciente no presenta dientes anteriores y cruza la línea media (edentación anterior que cruza la línea media)

3.6. Método de análisis de datos

Los datos obtenidos fueron ordenados, tabulados y analizados en el programa Excel ofimática Microsoft Office 2019. Los resultados se están presentando en tablas estadísticas de acuerdo a los objetivos propuestos en la investigación.

3.7. Aspectos éticos

En esta investigación se cumplió con los siguientes principios éticos: respeto a las personas, todos los pacientes que participaron en el estudio recibieron información pertinente respecto a la evaluación que se les practicó, los objetivos, riesgos y beneficios de la investigación, la decisión de participar o no fue de manera libre y voluntaria, es decir, fueron tratados como sujetos con autonomía; beneficencia, la atención se realizó en un ambiente adecuado y aplicando las normas de bioseguridad establecidas de acuerdo a las circunstancias, siempre se puso en práctica la ética profesional y el trato fue cordial en todo momento, así pues, no se causó ningún daño a los pacientes; justicia, todos los participantes fueron atendidos con equidad, no se tuvo en cuenta el género, edad y grado de instrucción para priorizar o postergar su evaluación.^{54, 55} Y se tuvieron en cuenta los principios éticos de la Universidad César Vallejo.⁵⁶

IV. RESULTADOS

Tabla 1. Asociación entre edentulismo parcial según clasificación de Kennedy y factores socioeconómicos en pacientes adultos de un consultorio odontológico privado. Chota, 2022

Factor sociodemográfico	Edentulismo parcial										p
	Clase I		Clase II		Clase III		Clase IV		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	
Grupo etario											
18 – 29	1	1,1%	0	0,0%	30	9,1%	2	2,3%	33	12,5%	0,023
30 – 59	23	6,8%	26	17,0%	89	37,5%	18	16,0%	156	77,3%	
60 a más	9	3,4%	4	2,3%	2	1,1%	4	3,4%	19	10,2%	
Género											
Masculino	9	2,3%	13	11,4%	48	20,4%	6	5,7%	76	39,8%	0,033
Femenino	24	9,1%	17	7,9%	73	27,3%	18	15,9%	132	60,2%	
Gdo. de instrucción											
Primaria	14	3,4%	8	4,5%	24	6,8%	13	11,4%	59	26,1%	0,013
Secundaria	11	5,7%	8	5,7%	40	17,0%	4	3,4%	63	31,8%	
Sup. no universitaria	8	2,3%	10	6,8%	31	12,5%	5	5,7%	54	27,3%	
Sup. universitaria	0	0,0%	4	2,3%	26	11,4%	2	1,1%	32	14,8%	

Fuente: ficha de recolección de datos

En la tabla 1 se muestra una diferencia estadísticamente significativa entre el que el edentulismo parcial según clasificación de Kennedy y los factores socioeconómicos como grupo etario, género y grado de instrucción en pacientes adultos de un consultorio odontológico privado. Chota, 2022

Tabla 2. Edentulismo parcial más frecuente, según clasificación de Kennedy en pacientes adultos de un consultorio odontológico privado. Chota, 2022

Edentulismo parcial									
Clase I		Clase II		Clase III		Clase IV		Total	
n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
33	15,9%	30	14,4%	121	58,2%	24	11,5%	208	100 %

Fuente: ficha de recolección de datos.

En la tabla 2 se muestra que el edentulismo parcial más frecuente en pacientes adultos de un consultorio odontológico privado de Chota fue la clase III de Kennedy con 58,2 %; seguida por la clase I con 15,9 %; luego la clase II con 14,4 % y la clase IV con 11,5 %

Tabla 3. Edentulismo parcial más frecuente, según Clasificación de Kennedy en maxilar superior e inferior de pacientes adultos de un consultorio odontológico privado. Chota, 2022

Maxilar	Edentulismo parcial									
	Clase I		Clase II		Clase III		Clase IV		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Superior	10	11,4%	17	19,3%	42	47,7%	19	21,6%	88	42,31%
Inferior	23	19,2%	13	10,8%	79	65,8%	5	4,2%	120	57,69%

Fuente: ficha de recolección de datos.

En la tabla 3 se muestra que el edentulismo parcial más frecuente en maxilar superior e inferior de pacientes adultos de un consultorio odontológico privado de Chota fue la clase III de Kennedy en ambos maxilares con 47,7 % y 65,8 % respectivamente.

V. DISCUSIÓN

En la presente investigación, luego de haber realizado el análisis e interpretación de la información obtenida para poder determinar si el edentulismo parcial según clasificación de Kennedy estuvo asociado a factores socioeconómicos en pacientes adultos del distrito de Chota 2022. Se determinó una asociación de los factores grupo etario, género y grado de instrucción con el edentulismo parcial. Con relación a la asociación entre edentulismo parcial, según clasificación de Kennedy y grupo etario, se encontró que el grupo etario 30 a 59 años presentó mayor porcentaje de edentulismo parcial 77,3% en el maxilar y 73,4% en la mandíbula, encontrándose con mayor frecuencia la clase III con 37,5% en el maxilar superior y 26,9% en el maxilar inferior, existiendo semejanza con las investigaciones realizadas por Manandhar P, et al.¹¹ quienes al estudiar una muestra de 417 participantes, determinaron que el grupo etario 51 a 61 años presentó mayor porcentaje de edentulismo parcial con 22,1% y la clase III fue la más encontrada en ambos maxilares; Kumar D, et al.¹⁴ tras revisar una muestra de 400 pacientes, develaron que la clase III fue la más frecuente y el grupo etario 31 a 50 años el que más lo presentó; Devishree, et al.¹⁹ evaluaron a 200 pacientes, concluyendo que el grupo etario 40 a 50 años presentó mayormente edentulismo parcial clase III; Rana SB, et al.²⁰ al culminar la investigación realizada en 300 pacientes, dieron a conocer que el grupo etario 51 a 60 años presentó más edentulismo parcial clase III. No obstante, existe discrepancia con los estudios realizados por Aeran H, et al.¹² quienes luego de evaluar una muestra de 500 sujetos, dieron a conocer que el grupo etario mayor a 59 años fue el que presentó más alto porcentaje de edentulismo parcial con 40,4%; en los que se encontró mayormente la clase I con 46,0%; Huamanciza E, et al.¹⁸ después de su estudio en una muestra de 100 pacientes, determinaron que el grupo etario predominante fue el de 60 años a más y que no hubo asociación entre edentulismo parcial y edad.

En cuanto a la asociación entre edentulismo parcial, según clasificación de Kennedy y género, los resultados de este estudio dieron a conocer que el género femenino presentó mayor pérdida parcial de órganos dentarios en ambos maxilares, siendo la clase III la más encontrada con 27,3 % en el maxilar superior

y 40,9 % en el inferior; el género masculino presentó menor pérdida parcial de órganos dentarios, siendo también la clase III la más frecuente con 20,4% en el maxilar superior y 25,0 % en el inferior, concuerda con los estudios realizados por Kaphle B, et al¹⁵ quienes en su investigación realizada en una muestra de 189 pacientes, determinaron que el género femenino presentó más edentulismo parcial, siendo la clase III la más frecuente con 61,4 % en el maxilar y 64,8% en la mandíbula; el género masculino presentó menor porcentaje de edentulismo parcial, siendo también más frecuente la clase III con 57,7 % en el maxilar y 56,0 % en la mandíbula; Manandhar, et al¹¹ luego de su estudio en 417 pacientes, dieron a conocer que el género femenino presentó mayor pérdida parcial de órganos dentarios, encontrándose a la clase III con mayor frecuencia con 53,5 %; Aeran H, et al¹² después de estudiar a 500 personas, concluyen que el género femenino presentó mayor porcentaje de edentulismo parcial 55,8 %; frente a 44,2 % que se encontró en el género masculino. Sin embargo, no existe concordancia con las investigaciones realizadas por Devishree, et al¹⁹ luego de examinar una muestra de 200 pacientes, comunicaron que el género masculino presentó más edentulismo parcial 77,9 %; frente a 76,0 % que se encontró en el género femenino; Mandhankumar S, et al.²⁵ tras evaluar una muestra de 561 pacientes, informaron que el género masculino presentó más edentulismo parcial, encontrándose con mayor frecuencia a la clase III con 56,6 % en el maxilar y 46,9 % en la mandíbula.

Referente a la asociación entre edentulismo parcial, según clasificación de Kennedy y grado de instrucción, se encontró que los grados de instrucción primaria y secundaria presentaron mayor porcentaje de edentulismo parcial que los grados de instrucción superior no universitaria y universitaria, estando de acuerdo con las investigaciones realizadas por Manandhar P, et al¹¹ quienes en su investigación en una muestra de 417 participantes, revelaron que los pacientes con educación primaria presentaron mayor porcentaje de edentulismo parcial con 36,2 %; Kaphle B, et al¹⁵ después de analizar una muestra de 189 pacientes, concluyeron que el número de dientes perdidos fue mayor en personas sin educación formal; Mousa A, et al¹⁶ luego de su estudio en 530 pacientes, concluyeron que el nivel educativo estuvo asociado a la pérdida de órganos dentarios.

En este estudio también se identificó que el edentulismo parcial más frecuente en pacientes adultos de un consultorio odontológico privado de Chota, fue la clase III de Kennedy con 58,2 %. El resultado encontrado coincide con las investigaciones realizadas por Kumar D, et al¹⁴ quienes en su investigación realizada en una muestra de 400 pacientes encontraron que la clase III de Kennedy fue la más frecuente con 63,5 %; Mousa A, et al¹⁶ en su estudio determinaron que la clase III de Kennedy fue la más común con 34,8%. No coincide con los estudios de Aeran H, et al¹² luego de examinar una muestra de 500 pacientes reportaron que la clase I fue la más predominante con 34,4 %; Ajith A, et al¹³ tras estudiar una muestra de 170 pacientes concluyeron que la clase I de Kennedy fue la más común con 24,0 %.

Del mismo modo se identificó que la clase III de Kennedy fue el edentulismo parcial más frecuente en ambos maxilares con 47,7 % en el maxilar superior y 65,8 % en el maxilar inferior. El resultado concuerda con los estudios realizados por Huamanciza E, et al¹⁸ quienes en su investigación realizada en una muestra de 100 pacientes, determinaron que la clase III de Kennedy fue la más frecuente con 50,0 % en la arcada superior y 49,0 % en la arcada inferior; Manandhar P, et al¹¹ en su estudio, tras examinar un espécimen de 417 pacientes, reportaron que la clase III de Kennedy fue la más común con 21,6 % en la arcada superior y 29,5 % en la arcada inferior; Kaphle B, et al¹⁵ luego de evaluar a 189 participantes, concluyeron que la clase III de Kennedy fue la más predominantes con 59,8 % en el maxilar y 61,59 % en la mandíbula; Rana SB, et al²⁰ después de evaluar una muestra de 300 pacientes, informaron que la clase III de Kennedy fue la más encontrada con 31,0 % en el maxilar y el 30,0 % en la mandíbula; Goutham GB, et al²² en su investigación, luego de la evaluación a 378 pacientes, dieron a conocer que la clase III de Kennedy fue la más frecuente en ambas arcadas con 51,7 % en la superior y 54,6 % en la inferior; Fayad MI, et al²³ luego de examinar una muestra de 142 pacientes, revelaron que la clase III de Kennedy fue la más común con 67,2 % en el maxilar y 64,1 % en la mandíbula. Los resultados de este estudio no concuerdan con las investigaciones realizadas por Chumpitaz R, et al¹⁷ quienes en su investigación en una muestra de 321 historias clínicas, divulgaron que la clase III fue la más frecuente sólo en el maxilar superior con 42,4 % y en el maxilar inferior fue más común la clase I con 42,4 %; Aeran H, et al.¹² luego de

evaluar una muestra de 500 personas, reportaron que la Clase I de Kennedy fue la más encontrada con 34,4%, seguida por la Clase II con 29,6% y la Clase III con 19,6%; Ajith, et al¹³ después de examinar un espécimen de 170 pacientes, hicieron saber que la Clase I de Kennedy fue la más predominante con 44,3%.

VI. CONCLUSIONES

1. Existe asociación entre el edentulismo parcial según clasificación de Kennedy y factores socioeconómicos en pacientes adultos de un consultorio odontológico privado de Chota 2022.
2. El tipo de edentulismo parcial más frecuente, según clasificación de Kennedy en pacientes adultos de un consultorio odontológico privado de Chota 2022 fue la Clase III con 58,2%; seguida por la clase I con 15,9 %; luego la clase II con 14,4 % y la clase IV con 11,5%.
3. El tipo de edentulismo parcial más frecuente según maxilar en pacientes adultos de un consultorio odontológico privado de Chota 2022, fue la Clase III de Kennedy con 47,7% para el maxilar superior y 65,8% para el maxilar inferior.

VII. RECOMENDACIONES

Se recomienda a los investigadores del área de estomatología, llevar a cabo estudios relacionados con la pérdida parcial de órganos dentarios y su asociación con otros factores socioeconómicos.

Se recomienda realizar investigaciones en pacientes edentulos usando nuevos sistemas de clasificaciones que sugieran el grado de complejidad de resolución de los casos de los pacientes.

Se recomienda evaluar la clasificación del edentulismo parcial de los pacientes relacionandolo con la eficiencia masticatoria durante el ciclo masticatorio para determinar la influencia de este factor durante masticación.

REFERENCIAS

1. Kumar B, Kumar N, Ali S, Ahmed S. Partial edentulism; exploring partial edentulism patterns in mandibular arch among patients of Karachi. The Professional Med J. [internet] 2019 [citado el 23 de julio del 2022]; 26(05): 764-768. Disponible en: DOI: 10.29309/TPMJ/2019.26.05.3474
2. Rivera L, Rico A, Rico A. Edentulismo parcial en Colombia de acuerdo al ENSAB IV. 2020. [internet] 2019 [citado el 23 de julio del 2022]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12495/6028>
3. Luengas M, Sáenz L, Tenorio G, Garcilazo A, Díaz M. Aspectos sociales y biológicos del edentulismo en México: un problema visible de las inequidades en salud. Cien Clín. [internet] 2015 [citado el 23 de julio del 2022]; 16(2): 29-36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cc.2015.12.02>
4. Marín A, Chavarría M. Factores sistémicos asociados con el edentulismo según edad y género, mediante las radiografías panorámicas y expedientes digitales. Odontol Vit. [internet] 2019 [citado el 28 de julio del 2022]; (31): 19-22. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-07752019000200019
5. Gómez P, Torres M, Rojas K. Pérdida dentaria y relación con los factores fisiológicos y psico-socio económicos. Dom Cienc. [internet] 2017 [citado el 28 de julio del 2022]; 3(2): 702-718. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23857/dom.cien.pocaip.2017.3.2.esp.702-718>
6. Tsitaishvili L, Margvelashvili V, Kalandadze M. Evaluation of edentulism, influence of socio-economic, behavioural factors and general health on prosthetic status of adult population of Georgia. In 3rd Eurasian Multidisciplinary Fórum, EMF. [internet] 2016 [citado el 29 de julio del 2022]; 11(10): 233-245. Disponible en: <https://eujournal.org/index.php/esj/article/view/6842>
7. Vílchez D. Edentulismo en el adulto mayor, un problema de salud pública mal atendido en el Perú. In Cresc Instituc. [internet] 2016 [citado el 29 de julio del 2022]; 7(1): 145-148. Disponible en: <https://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo/article/view/1176>

8. Huamani J, Huamani J, Alvarado S. Rehabilitación oral en paciente con alteración de la dimensión vertical oclusal aplicando un enfoque multidisciplinario. Rev Estomatol Hered. [internet] 2018 [citado el 29 de julio del 2022]; 28(1): 44-55. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552018000100006
9. Lazo G A. Problemática actual en salud bucal en el Perú. Rev Postg. [internet] 2017 [citado el 29 de julio del 2022]; 3(2): 55-58. Disponible en: http://scientiarvm.org/cache/archivos/PDF_863204751.pdf
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Grupos de departamentos con niveles de pobreza monetaria semejantes estadísticamente Lima: INEI. [Internet]. 2019-2021 [citado el 30 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.inei.gov.pe/prensa/noticia/pobreza-monetaria-alcanzo-al-301>
11. Manandhar P, Ranjit R, Tuladhar S, Bhandari A. Prevalence of partial edentulism among the patients visiting a Tertiary Health Care Center in the Western Region, Nepal. Journal of Gandaki Medical College-Nepal. [Internet]. 2021 [citado el 20 de julio de 2022];14(2): 93-99. Disponible en: DOI: 10.3126/jgmcn.v14i2.38719
12. Aeran H, Thapliyal A, Sharma N, Sharma N, Kumar V. Partial edentulism and its correlation to age, gender, socioeconomic status and incidence of various Kennedy's classes – A cross-sectional study. Int J Oral Health Dent [Internet]. 2021 [citado el 20 de julio de 2022]; 7(1): 8-13. Disponible en: <https://doi.org/10.18231/j.ijohd.2021.003>
13. Ajith A, Menon L. Prevalence of various classes of Kennedy's classification– A cross-sectional survey. Int J Soc Rehab. [Internet]. 2021 [citado el 20 de julio de 2022]; 6(1): 32-39. Disponible en: DOI: 10.4103/ijosr.ijosr_5_21
14. Kumar D, Ramanathan V. Prevalence of partial edentulism and its association to age. Int J Dentistry Oral Sci. [Internet]. 2020 [citado el 30 de julio de 2022]; 7(10):951-954. Disponible en: <https://scidoc.org/IJDOS.php>

15. Kaphle B, Shrestha A, Bhagat T, Shrestha D, Bhandari S, Jha U. Partial Edentulism and its Correlation with Educational Status: A Hospital Based Study. Journal of Karnali Academy of Health Sciences [Internet]. 2020 [citado el 20 de julio de 2022]; 3(2): 95-101. Disponible en: <https://doi.org/10.3126/jkahs.v3i2.30841>
16. Moussa A, Ibrahim E, Esmat A, Eissa S, Ramzy M. An overview of oral health status, socio-economic and behavioral risk factors, and the pattern of tooth loss in a sample of Egyptian rural population. Bulletin of the National Research Centre. [Internet]. 2020 [citado el 1 de agosto de 2022]; 44(1): 1-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s42269-020-0268-6>
17. Chumpitaz R, Lecca M, Díaz C. Prevalence of partial edentulism according to Kennedy and Applegate in Patients treated at a university dental clinic in Lambayeque-Perú. J Oral Res. [Internet]. 2019 [citado el 20 de julio de 2022]; 8(3): 236-243. Disponible en: DOI: 10.17126/joralres.2019.035
18. Huamanciza E, Chávez L, Chacón P, Ayala de la Vega G. Tipo de edentulismo parcial bimaxilar y su asociación con el nivel socioeconómico-cultural. Rev haban cienc méd [Internet]. 2019 [citado el 03 de junio de 2022]; 18(2): 281-297. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2507>
19. Devishree R, Sangeetha S, Jain A. Prevalence of partial edentulism according to Kennedy's classification based on age, gender, and arch. Drug Invention Today. [Internet]. 2018 [citado el 2 de julio de 2022]; 10(1): 108-110. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/324769602_Prevalence_of_partial_edentulism_according_to_Kennedy%27s_classification_based_on_age_gender_and_arch
20. Rana S, Acharya B, Bhochohibhoya A, Sharma R, Acharya J, Mainali A. Patterns of partial edentulism based on Kennedy's classification among patients reporting to Nepal Medical College and Teaching Hospital. Journal of Kathmandu Medical College. [Internet]. 2018 [citado el 2 de julio de 2022]; 7(4): 153-157. Disponible en: <https://doi.org/10.3126/jkmc.v7i4.23313>

21. Tudorici T, Feier R, Balcos C, Forna N. Socio-demographic factors and the partial edentulism in the adult population from Iasi, Romania. *Romanian J Oral Rehabilitation* [Internet]. 2017 [citado el 2 de julio de 2022]; 9(2): 68-72. Disponible en: <https://www.rjor.ro/wp-content/uploads/2017/10/SOCIO-DEMOGRAPHIC-FACTORS-AND-THE-PARTIAL-EDENTULISM-IN-THE-ADULT-POPULATION-FROM-IASI-ROMANIA.pdf>
22. Goutham G, Shrivastava N, Mathew S, Alani MM, Reba P, Bulusu A. Sociodemographic Factors and Partial Edentulism: An Exploratory Study. *Int J Oral Care Res.* [Internet]. 2016 [citado el 2 de agosto de 2022]; 4(4): 276-79. Disponible en: http://www.ijocrweb.com/pdf/2016/October-December/10578_ORIGINAL%20ARTICLE.pdf
23. Fayad MI, Baig MN, Alrawaili AM. Prevalence and pattern of partial edentulism among dental patients attending College of Dentistry, Aljouf University, Saudi Arabia. *J Int Soc Prevent Communit Dent.* [Internet]. 2016 [citado el 2 de agosto de 2022]; 6(1): 87-91. Disponible en: **DOI: 10.4103/2231-0762.197189**
24. Al Moaleem M, Somaili D, Ageeli T, Namis S, Mobarki A, Mohamed M, et. Pattern of partial edentulism and its relation to age, gender, causes of teeth loss in Jazan population. *American Journal of Health Research.* [Internet]. 2016 [citado el 12 de agosto de 2022]; 4(5): 121-126. Disponible en: DOI: 10.11648/j.ajhr.20160405.12
25. Madhankumar S, Mohamed K, Natarajan S, Kumar VA, Athiban I, Padmanabhan TV. Prevalence of partial edentulousness among the patients reporting to the Department of Prosthodontics Sri Ramachandra University Chennai, India: An epidemiological study. *J Pharm Bioallied Sci.* [Internet]. 2015 [citado el 12 de agosto de 2022]; 7(2): 643-647. Disponible en: DOI: // 10.4103/0975-7406.163580
26. Escudero E, Muñoz M, Aprili L, Valda EY. Prevalencia del edentulismo parcial y total, su impacto en la calidad de vida de la población de 15 a 85 años de sucre. 2019. *Rev Cienc, Tecnol Innov.* [Internet]. 2020 [citado el 2 de agosto de 2022]; 18(21): 161-190. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2225-

27. Abello GC, Hernández LC. Caries dental: de la placa ecológica a las decisiones clínicas. *Universitas Odontologica*. [Internet]. 2020 [citado el 12 de agosto de 2022]; 39(1):34-46. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo39.cdpe>
28. Carvajal P. Enfermedades periodontales como un problema de salud pública: el desafío del nivel primario de atención en salud. *Rev clín periodoncia, implantol rehabil oral*. [Internet]. 2016 [citado el 13 de agosto de 2022]; 9(2): 177-183. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2016.07.001>
29. Infante M, Espinosa D, Pupo O, Velásquez Y, Santiesteban Y. El traumatismo dental como urgencia estomatológica. *Correo Científico Médico de Holguín*. [Internet]. 2018 [citado el 13 de agosto de 2022]; 22(1): 66-78. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812018000100006&lng=es
30. Carriera RS, Cornejo KP, Proaño MA, Torres F. Prevalencia de lesiones no cariosas en adultos mayores edentulos parciales: Prevalence of non-cariou injuries in older adults partial edentules. *Revista Científica Especialidades Odontológicas UG*. [Internet]. 2016 [citado el 2 de agosto de 2022]; 4(1): 55-60. Disponible en: <https://doi.org/10.53591/eoug.v4i1.40>
31. Morón M. La conexión entre la diabetes mellitus y la enfermedad periodontal. *Rev. Colomb. Endocrinol. Diabet. Metab*. [Internet]. 2021 [citado el 2 de agosto de 2022]; 8(2): 621-629. Disponible en: <https://doi.org/10.53853/encr.8.2.621>
32. Marchena L, Sánchez M, Osorio M. Causas de la Xerostomía en la Cavidad bucal. Revisión Sistemática. *Rev. Europ. Estomatol*. [Internet]. 2018 [citado el 2 de agosto de 2022]; 34(15):12-19. Disponible en: <http://www.redoe.com/ver.php?id=149>
33. Minal T, Subhashree R. Prevalence of Kennedy Classification in Partially Edentulous Patients-A Retrospective Study. *Indian Journal of Forensic Medicine Toxicology*. [Internet]. 2020 [citado el 2 de agosto de 2022]; 14(4): 56-65. Disponible en: <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=>

[2ahUKEwirmNaUq6_8AhU_LbkGHayjDswQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fmedicopublication.com%2Findex.php%2Fifmt%2Farticle%2Fdownload%2F12489%2F11490%2F23813&usg=AOvVaw2iBrM8MY5m2d0W5YU9PyIN](https://medicopublication.com/index.php?ifmt=Farticle&download=12489&11490&23813&usg=AOvVaw2iBrM8MY5m2d0W5YU9PyIN)

34. Kumar S, Gupta P, Gupta V, Gupta B. Evaluation of clinical consequences postpartial edentulism in patients of Ranchi District: An epidemiological study. *J Dent Res Rev*. [Internet]. 2018 [citado el 2 de agosto de 2022]; 5: 84-87. Disponible en: DOI: 10.4103/jdrr.jdrr_46_18
35. Leyva L, Ledesma N, Fonte M. La pérdida dentaria. Sus causas y consecuencias. *Rev Med Is Juv*. [Internet]. 2018 [citado el 2 de agosto de 2022]; 19(2):36-45. Disponible en: <https://remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/212/417>
36. Jeyapalan V, Krishnan C. Partial edentulism and its correlation to age, gender, socio-economic status and incidence of various Kennedy's classes—a literature review. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*. [Internet]. 2015 [citado el 2 de agosto de 2022]; 9(6):14-22. Disponible en: DOI:10.7860/JCDR/2015/13776.6124
37. Sharma A. Description of Partial Edentulism among Patients Visiting the Prosthodontic Department at a Tertiary Care Center in the Eastern part of Nepal. *Acta Scientific Dental Sciences*. [Internet]. 2019 [citado el 12 de agosto de 2022]; 3(10): 130-137. Disponible en: <https://actascientific.com/ASDS/pdf/ASDS-03-0662.pdf>
38. Makkasare S, Kambala S, Jaiswal T. Prevalence of Partial Edentulism According to Kennedy's Classification in Wardha Population as per Gender, Age and Their Perception towards Replacement of Teeth. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*. [Internet]. 2020 [citado el 14 de agosto de 2022]; 9(10): 741-745. Disponible en: DOI: 10.14260/jemds/2020/161
39. Huacasi G, Durand D, Rodriguez J, Quispe H, Arocutipa W. Factores asociados a edentulismo en pacientes que acuden a una clínica odontológica universitaria. *Revista Acciones Médicas*. [Internet]. 2022 [citado el 2 de agosto de 2022]; 1(4): 59-69. Disponible en: <https://doi.org/10.35622/j.ram.2022.04.006>

40. Fernandez M, Medina C. E, Márquez M L, Vera S. Ascencio A. M, Casanova A. J. Edentulismo en adultos de Pachuca, México: aspectos sociodemográficos y socioeconómicos. Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral. . [Internet]. 2016 [citado el 2 de agosto de 2022]; 9(1): 59-65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2015.12.004>
41. González AY, Solis M., Gómez, MR y Ledezma JCR. Causas de pérdida de dientes en el embarazo en mujeres que acuden a un Servicio Dental. Journal of Negative and No Positive Results. [Internet]. 2021 [citado el 2 de agosto de 2022]; 6(2): 271-282. Disponible en: DOI: 10.19230/jonnpr.3766
42. Pazmino F, Assem N, Pellizzer E, De Almeida J, Theodoro L. Influencia del estrógeno en la enfermedad periodontal: revisión de literatura. Avances en Periodoncia e Implantología Oral. [Internet]. 2015 [citado el 13 de agosto de 2022]; 27(2): 75-78. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852015000200004
43. Al-Rafee MA. The epidemiology of edentulism and the associated factors: A literature Review. Journal of Family Medicine and Primary Care. [Internet]. 2020 [citado el 13 de agosto de 2022]; 9(4):1841-1834. Disponible en: DOI: 10.4103/jfmp.jfmp_1181_19
44. Gutierrez V, León R, Castillo, D. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Rev estomatol herediana. [Internet]. 2015 [citado el 13 de agosto de 2022]; 25(3):179-186. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552015000300002
45. Özkurt Z, Özçakir C, Kazozoglu E. Partial edentulism and treatment options Parsiyel dişsizlik ve tedavi seçenekleri. [Internet]. 2017 [citado el 13 de agosto de 2022]; 5(34):31-36. Disponible en: https://jag.journalagent.com/yeditepe/pdfs/YDJ_13_1_31_36.pdf
46. Grau I, Guerra O, Sánchez C, Valdés H. El tratamiento con implantes insertados con cirugía sin colgajo en pacientes desdentados parciales. Rev Esp Odontoestomatol Impl. [Internet]. 2018 [citado el 13 de

- agosto de 2022]; 21(45): 26-32. Disponible en: https://www.sociedadsei.com/wpcontent/uploads/2018/02/04_Implantes_Grau.pdf
47. Marimuthu S, Pandurangan K, Muralidoss H. Prevalence of partial edentulism of Kennedy's class I classification based on different age groups and arch-a retrospective study. PalArch's Journal of Archaeology of Egypt/Egyptology. [Internet]. 2020 [citado el 13 de agosto de 2022]; 17(7): 3382-3390. Disponible en: <https://archives.palarch.nl/index.php/jae/article/view/1908>
48. Merchán RMM, Albán JSL, Bonilla HBA. La clasificación de Kennedy en los pacientes parcialmente desdentados. RECIAMUC. [Internet]. 2022 [citado el 13 de agosto de 2022]; 6(3): 231-238. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/898>
49. Trupi M, Rasika S, Jibhakate S, Deepika R, Priyanka K. Study of prevalence and associated factors of pattern of partial edentulism in rural patients reported to Sharad pawar dental college and hospital. Int J Curr Res. [Internet]. 2018 [citado el 13 de agosto de 2022]; 10(11):75533-75537. Disponible en: <https://www.journalcra.com/article/study-prevalence-and-associated-factors-pattern-partial-edentulism-rural-patients-reported>
50. Nirupama R, Shetty M, Prasad DK. Partial edentulousness and its correlation to the educational status of the population in the southwest coastal region of India. International Dental y Medical Journal of Advanced Research. [Internet]. 2017 [citado el 13 de agosto de 2022]; 3(1), 1-4. Disponible en: DOI: 10.15713/ins.idmjar.63
51. Sánchez H, Reyes C, Mejía K. Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística. Lima. Bussiness Support Aneth S.R.L; 2018.
52. Stanley J Nelson. Anatomía, Fisiología y Oclusión Dental. Décimo primera edición. Barcelona: Elseiver; 2020.

53. Hernández S, Mendoza Ch. Metodología de la Investigación científica: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Séptima edición. México: Ed. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V; 2018
54. Romero R. Ética y epistemología en la investigación científica. Tendencias y perspectivas. Rev Fac Cienc Cont. [Internet]. 2016 [citado el 13 de agosto de 2022]; 24(46): 139-150. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/quipu/article/view/13208>
55. Inguillay L, Tercero S, López José. Ética en la investigación científica. Rev Imag Soc. [Internet]. 2020 [citado el 13 de agosto de 2022]; 3(1). Disponible en: <https://www.revista-imaginariosocial.com/index.php/es/article/view/10>
56. Código de Ética en Investigación de la Universidad César Vallejo, decreto, reglamento 30220, SUNEDU, N°006. Resolución de Consejo Universitario, N°0126-20177 UCV. (2017). Disponible en: <https://www.ucv.edu.pe/datafiles/C%C3%93DIGO%20DE%20%C3%89TICA.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL		DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Edentulismo parcial	Estado que se caracteriza por la ausencia de una determinada cantidad de órganos dentarios. ⁴⁷		Se determinó la ausencia de órganos dentarios, mediante la observación intraoral de las arcadas, teniendo en cuenta como patrón la Clasificación de Kennedy	<p>Clase I: Si el paciente presenta edentación bilateral posterior.</p> <p>Clase II: Si el paciente presenta edentación unilateral posterior.</p> <p>Clase III: Edentación unilateral derecha o izquierda con un diente posterior.</p> <p>Clase IV: Si el paciente no presenta dientes en la zona anterior, comprometiendo la línea media.</p>	Nominal
Factores socioeconómicos	Grupo etario	Conjunto de personas que comparten la misma edad. ^{50,51}	Se determinó considerando el registro de los datos de filiación	18 a 29 años. 30 a 59 años. 60 años a más	Ordinal
	Género	Conjunto de características biológicas que definen al espectro humano en masculino y femenino. ^{50,51}	Se estableció considerando lo registrado en los datos de filiación.	Masculino. Femenino	Nominal
	Grado de instrucción	Nivel de instrucción de cada persona. ^{50, 51}	Se determinó teniendo en cuenta el registro de los datos de filiación	Ninguno. Primaria. Secundaria. Superior no universitario. Superior universitario	Nominal
Maxilar	Cada uno de los dos huesos, donde se artuculan los órganos dentarios. ⁵²		Se observó la ubicación del espacio edéntulo en cada maxilar para determinar el tipo de edentulismo parcial	Maxilar superior Maxilar inferior	Nominal

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS		
Ficha número :		
1. DATOS DE FILIACION. Edad: Gènero: Masculino: () Femenino () Grado de instrucción: Ninguno () Primaria () Secundaria () Superior no universitaria() Superior universitario ()		
2. ESTADO Edéntulo parcial superior () Edéntulo parcial inferior ()		
3. CLASIFICACION DE KENNEDY		
MAXILAR SUPERIOR	Clase I	
	Clase II	
	Clase III	
	Clase IV	
MAXILAR INFERIOR	Clase I	
	Clase II	
	Clase III	
	Clase IV	

CONSTANCIA DE CALIBRACIÓN



CONSTANCIA DE CALIBRACION

El que suscribe, Alarcón Olivera Francis Hernán, identificado con DNI N° 10552681, de profesión Cirujano Dentista, Especialista en Rehabilitación Oral COP: 15234 y RNE: 504, actualmente desempeñándome como Rehabilitador Oral en la práctica privada.

Por intermedio de la presente hago constar que he capacitado y calibrado al bachiller en estomatología: Vásquez Gavidia Germán, con la finalidad de validar el instrumento y procedimiento de recolección de datos del proyecto de investigación titulado: "Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la Clasificación de Kennedy y su asociación con factores sociodemográficos en pacientes adultos atendidos en un consultorio odontológico privado. Chota, 2022"

En señal de conformidad firmo la presente en la ciudad de Cajamarca a los 06 días del mes de abril de 2022

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Francis Alarcón', is written over a horizontal dotted line.

C.D : Francis Hernán Alarcón Olivera

DNI : 10552681

Especialidad : Rehabilitación Oral

E- mail : Fhao1511@gmail.com

I. DATOS INFORMATIVOS

1.1. ESTUDIANTE:	Vásquez Gavidía, Germán
1.2. TÍTULO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:	Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la Clasificación de Kennedy y su asociación con factores sociodemográficos en pacientes adultos atendidos en un consultorio odontológico privado. Chota, 2022
1.3. ESCUELA PROFESIONAL:	Estomatología
1.4. TIPO DE INSTRUMENTO: (adjuntar)	Ficha de recolección de datos
1.5. COEFICIENTE DE CALIBRACIÓN EMPLEADO:	INDICE DE KAPPA (x)
	COEFICIENTE INTERCLASE ()
	COEFICIENTE INTRACLASE ()
1.6. FECHA DE APLICACIÓN:	07/04/22
1.7. MUESTRA APLICADA:	30 pacientes

II. CONFIABILIDAD

ÍNDICE DE CALIBRACIÓN ALCANZADO:	1.00
----------------------------------	------

III. DESCRIPCIÓN BREVE DEL PROCESO (Items iniciales, Items mejorados, eliminados, etc.)

Estudiante: Vásquez Gavidía, Germán
 DNI: 41092098



Lic. en Estadística: Segundo Hector
 Núñez Mejía
 DNI: 27365319

CARTA DE PRESENTACIÓN



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Chota, 14 de marzo de 2022

Sr. Dr. Napoleón Cabanillas Saldaña

Director del consultorio odontológico Dr. Napoleón Cabanillas Saldaña

Presente

Yo, **Eric Giancarlo Becerra Atoche**, identificado con **DNI N° 70563588** Director de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad César Vallejo Filial Piura, le saludo cordialmente y al mismo tiempo tengo a bien presentar al Sr. **Vásquez Gavidia Germán**, identificado con DNI N° 41092098 estudiante del Ciclo Taller de Titulación para Universidades no Licenciadas, quien se encuentra elaborando su proyecto de tesis titulado: "**Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la Clasificación de Kennedy y su asociación con factores sociodemográficos en pacientes adultos atendidos en un consultorio odontológico privado, Chota 2022**".

Por lo que solicito a Ud. brinde el acceso a su consultorio para que pueda continuar con su investigación.

Agradeciendo de antemano la atención tomada a la presente, le reitero mis sentimientos de mayor estima y consideración.

Atentamente:



Mg. Eric Giancarlo Becerra Atoche

DIRECTOR
Escuela de Estomatología
Universidad César Vallejo - Piura



Rdo
Alonso
04/03/2022
C.P. 4579

CARTA DE ACEPTACIÓN



CONSULTORIO ODONTOLÓGICO

Dr. NAPOLEON CABANILLAS SALDAÑA

Jr. Cajamarca N° 667 (segundo piso)

Teléfono: 972526884

Chota, 15 de enero de 2022

Señor:

MG. ERIC GIANCARLO BECERRA ATOCHE

DIRECTOR DE LA ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA

UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO FILIAL – PIURA

Presente

De mi especial consideración:

Yo, Napoleón Cabanillas Saldaña, cirujano dentista con DNI N° 27432401 , código de matrícula N° 4574 ,en mi condición de Gerente General del Consultorio Odontológico Dr. Napoleón Cabanillas Saldaña, autorizo al bachiller: Germán Vásquez Gavidia para que realice su proyecto de investigación titulado: Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la Clasificación de Kennedy y su asociación con factores sociodemográficos en pacientes adultos atendidos en un consultorio odontológico privado, Chota 2022, en los pacientes que acudan a dicho establecimiento de salud

Para tal efecto dispongo el uso del equipamiento e instrumental necesario a fin de facilitar la recolección de información en el periodo que sea necesario.

Atentamente:

C.D. Napoleón Cabanillas Saldaña
Gerente General

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUCION: UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO – FILIAL PIURA.

INVESTIGADOR (A):

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:.....

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Estamos invitando a usted a participar en el presente estudio (el título puede leerlo en la parte superior) con fines de investigación.

PROCEDIMIENTOS: Si usted acepta participar en este estudio se le solicitará que.....
.....El tiempo a emplear no será mayor a.....minutos.

RIESGOS: Usted no estará expuesto(a) a ningún tipo de riesgo en el presente estudio.

BENEFICIOS: Los beneficios del presente estudio no serán directamente para usted pero le permitirán al investigador(a) y a las autoridades de Salud

..... Si usted desea comunicarse con el (la) investigador(a) para conocer los resultados del presente estudio puede hacerlo vía telefónica al siguiente contacto:Cel.Correo.....

COSTOS E INCENTIVOS: Participar en el presente estudio no tiene ningún costo ni precio. Así mismo **NO RECIBIRÁ NINGÚN INCENTIVO ECONÓMICO** ni de otra índole.

CONFIDENCIALIDAD: Le garantizamos que sus resultados serán utilizados con absolutamente confidencialidad, ninguna persona, excepto la investigadora tendrá acceso a ella. Su nombre no será revelado en la presentación de resultados ni en alguna publicación.

USO DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA: Los resultados de la presente investigación serán conservados durante un periodo de 5 años para que de esta manera dichos datos puedan ser utilizados como antecedentes en futuras investigaciones relacionadas.

AUTORIZO A TENER MI INFORMACIÓN OBTENIDA Y QUE ESTA PUEDA SER ALMACENADA: SI NO

Se contará con la autorización del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad César Vallejo, Filial Piura cada vez que se requiera el uso de la información almacenada.

DERECHOS DEL SUJETO DE INVESTIGACIÓN (PACIENTE): Si usted decide participar en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Cualquier duda respecto a esta investigación, puede consultar con la investigadora,.....Cel..... correo..... Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad César Vallejo, teléfono 073 - 285900 Anexo. 5553

CONSENTIMIENTO

He escuchado la explicación del (la) investigador(a) y he leído el presente documento por lo que **ACEPTO** voluntariamente a participar en este estudio, también entiendo que puedo decidir no participar aunque ya haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Nombre: DNI: Participante

Nombre: DNI: Testigo

Nombre: DNI: Investigaor

ANEXO 6

Figuras, gráficos y tablas



Figura 1. Centro Odontológico Privado



Figura 2. Recolección de información



Figura 3. Recolección de información de los pacientes

Archivo Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos

60 = 5

	A	B	C	D	E	F	G
1	Paciente	Edad	Sexo	Grado de la muestra	Grado de la muestra con Transferencia		
2	1	30 F		S. UNIV	0.8		
3	2	54 F		S. NO UNIV. B	1		
4	3	23 F		S. UNIV	0.8		
5	4	44 F		S. UNIV. B	0.8		
6	5	47 F		PRIMARIA	0.1		
7	6	47 F		PRIMARIA IV	0.8		
8	7	36 M		S. UNIV. B	0.8		
9	8	56 F		S. NO UNIV. B	1		
10	9	45 F		S. UNIV	0.8		
11	10	44 M		SECUNDARIA	0.8		
12	11	53 M		S. UNIV	0.8		
13	12	45 M		S. NO UNIV. B	0.8		
14	13	35 F		S. NO UNIV. B	0.8		
15	14	23 F		SECUNDARIA	0.8		
16	15	23 M		S. NO UNIV	0.8		
17	16	62 F		PRIMARIA I	1		
18	17	36 F		S. NO UNIV. B	0.8		
19	18	42 F		SECUNDARIA	0.8		
20	19	30 F		S. UNIV	0.8		
21	20	56 F		SECUNDARIA	0.8		
22	21	60 F		PRIMARIA I	1		
23	22	43 M		S. NO UNIV. B	0.8		
24	23	52 F		SECUNDARIA	0.8		
25	24	49 M		SECUNDARIA	0.8		
26	25	57 F		PRIMARIA I	0.8		
27	26	44 M		SECUNDARIA B	0.8		
28	27	28 F		S. NO UNIV. B	0.8		
29	28	95 F		S. NO UNIV. I	0.8		
30	29	40 F		S. NO UNIV. IV	0.8		
31	30	33 M		S. UNIV	0.8		
32	31	47 F		S. UNIV. B	0.8		
33	32	44 M		S. UNIV	0.8		
34	33	90 M		SECUNDARIA	1		
35	34	28 F		SECUNDARIA B	0.8		
36	35	33 M		S. UNIV	0.8		
37	36	35 F		S. NO UNIV	0.1		
38	37	58 F		SECUNDARIA IV	0.8		
39	38	62 M		PRIMARIA I	1		
40	39	45 F		S. NO UNIV. B	1		

Archivo Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos

61 = 56

	A	B	C	D	E	F
40	39	45 F		S. NO UNIV. III	1	
41	40	50 F		PRIMARIA III	0.8	
42	41	37 F		SECUNDARIA	0.8	
43	42	49 F		PRIMARIA IV	0.8	
44	43	62 F		PRIMARIA IV	0.8	
45	44	50 F		S. NO UNIV. H	0.8	
46	45	40 M		S. NO UNIV	0.8	
47	46	28 M		S. NO UNIV. III		0.8
48	47	38 F		S. UNIV		0.8
49	48	47 F		S. NO UNIV. I	0.8	
50	49	31 F		S. UNIV	0.8	
51	50	41 M		SECUNDARIA B	0.8	
52	51	49 F		S. UNIV. B	0.8	
53	52	57 F		S. UNIV. B	0.8	
54	53	40 F		S. NO UNIV. II	0.8	
55	54	23 F		S. NO UNIV. III	0.8	
56	55	28 M		S. NO UNIV. IV	0.8	
57	56	54 M		S. NO UNIV. II	0.8	
58	57	29 F		S. NO UNIV	0	0.8
59	58	40 F		S. UNIV. B	0.8	
60	59	39 M		SECUNDARIA	0.8	
61	60	29 M		SECUNDARIA B		0.8
62	61	45 F		PRIMARIA IV	0.8	
63	62	63 F		PRIMARIA IV	1	
64	63	30 F		PRIMARIA IV	1	
65	64	21 M		S. NO UNIV	0.8	0.8
66	65	34 F		PRIMARIA IV	1	
67	66	27 F		S. NO UNIV	0.8	

Archivo Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos

6118 = 33

	A	B	C	D	E	F
90	91	42 F		S. NO UNIV	0.1	
91	92	70 M		PRIMARIA	0.1	
92	93	18 M		SECUNDARIA	0.8	
93	94	43 M		SECUNDARIA B	0.8	
94	95	39 F		S. NO UNIV. IV		0.8
95	96	46 M		PRIMARIA B	0.8	
96	97	18 M		SECUNDARIA	0.8	0.8
97	98	30 F		S. NO UNIV	0.8	
98	99	54 M		SECUNDARIA B	1	
99	100	28 F		PRIMARIA	0.8	
100	101	42 M		PRIMARIA	0.8	
101	102	48 M		SECUNDARIA B	0.8	
102	103	37 F		SECUNDARIA B	0.8	
103	104	43 F		SECUNDARIA	0.8	
104	105	28 F		S. NO UNIV. III	0.8	
105	106	51 M		SECUNDARIA B	0.8	
106	107	45 F		S. UNIV	0.8	
107	108	14 M		S. UNIV. B	0.8	
108	109	21 F		PRIMARIA	0.8	
109	110	26 M		S. UNIV	0.8	0.8
110	111	60 M		S. UNIV. B	0.8	
111	112	96 M		SECUNDARIA	0.8	
112	113	45 F		SECUNDARIA	0.8	
113	114	46 F		SECUNDARIA B	0.8	
114	115	30 M		S. NO UNIV. H	0.8	
115	116	20 M		SECUNDARIA	0.8	0.8
116	117	20 F		PRIMARIA	0.8	
117	118	43 F		PRIMARIA III	1	

Archivo Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos

6118 = 33

	A	B	C	D	E	F
118	117	34 F		PRIMARIA	0.8	
119	118	43 F		PRIMARIA III	1	
120	119	30 F		PRIMARIA	0.8	
121	120	33 F		SECUNDARIA B	0.8	
122	121	50 F		SECUNDARIA B	1	
123	122	50 F		SECUNDARIA	0.8	
124	123	37 F		S. NO UNIV	0.8	
125	124	39 F		S. NO UNIV. III	0.8	
126	125	24 F		PRIMARIA IV	0.8	
127	126	51 F		SECUNDARIA B	0.8	
128	127	28 F		PRIMARIA	0.8	
129	128	48 F		S. NO UNIV. IV	0.8	
130	129	38 M		S. UNIV. IV	0.8	
131	130	26 F		S. NO UNIV	0	0.8
132	131	27 F		PRIMARIA	0.8	
133	132	41 F		PRIMARIA	0.8	
134	133	41 F		PRIMARIA	0.8	
135	134	53 M		PRIMARIA IV	1	
136	135	42 M		SECUNDARIA B	0.8	
137	136	26 M		S. NO UNIV	0.8	
138	137	28 F		S. NO UNIV	0.8	
139	138	30 F		S. UNIV. III	0.8	
140	139	17 F		S. NO UNIV	0.8	
141	140	29 F		S. NO UNIV	0	0.8

Figura 4. Base de datos de la muestra seleccionada



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, EDWARD DEMER INFANTES RUIZ, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de ESTOMATOLOGÍA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - PIURA, asesor de Tesis Completa titulada: "Asociación entre Edentulismo Parcial según Clasificación de Kennedy y Factores Socioeconómicos en pacientes Adultos de un Consultorio Odontológico Privado. Chota, 2022

", cuyo autor es VASQUEZ GAVIDIA GERMAN, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 24.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis Completa cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

PIURA, 12 de Enero del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
EDWARD DEMER INFANTES RUIZ DNI: 41639327 ORCID: 0000-0003-0613-1215	Firmado electrónicamente por: EINFANTESR el 12- 01-2023 18:43:19

Código documento Trilce: TRI - 0518193