



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

TESIS

**RELACIÓN ENTRE EL ACCESO A SERVICIO ODONTOLÓGICO Y
FRECUENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL BIMAXILAR EN POBLADORES
ADULTOS EN EL DISTRITO DE HUASTA EN LA PROVINCIA DE
BOLOGNESI DEPARTAMENTO DE ANCASH EN EL 2016**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR:

BACHILLER: JAQUELINE ARÉVALO ALVA

LIMA – PERÚ

2017

ÍNDICE

Pag.

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTOS	
RESUMEN	
ABSTRACT	
ÍNDICE	
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE GRAFICOS	
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción de la realidad del problema	12
1.2 Formulación del problema	13
1.2.1 Problemas específicos	13
1.3 Objetivos	14
1.3.1 Objetivo general	14
1.3.2 Objetivos específicos	14
1.4 Justificación	14
1.4.1 Importancia de la investigación	15
1.4.2 Viabilidad de la investigación	15
1.5 Limitación del estudio	15
CAPÍTULO II: MARCO TEORICO	
2.1 Antecedentes	16
2.2 Base teórica	23
2.2.1 Edentulismo	23
2.2.2 Análisis anatómico de paciente edentulo	23
2.2.2.1 Reborde alveolar	23
2.2.2.2 Tonalidad de labios y carrillos	24
2.2.2.3 El tamaño de la lengua	24
2.2.3 Etiología	25

2.2.3.1	Caries dental	25
2.2.3.2	Enfermedad periodontal	26
2.2.3.1.1	Clasificación de la enfermedad periodontal	27
2.2.4	Edentulismo parcial	28
2.2.4.1	Clasificación del edentulismo	28
2.2.4.2	Clasificación del edentulo parcial según diagnóstico	30
2.2.5	Consecuencia del edentulismo	31
2.2.6	Derecho de salud	32
2.2.6.1	Importancia del sistema de servicio de salud	33
2.2.6.2	Accesibilidad a servicios de salud	33
2.2.7	Accesibilidad	33
2.2.7.1	Accesibilidad geográfica	34
2.2.7.2	Disponibilidad de recursos	35
2.2.7.3	Accesibilidad cultural	35
2.2.8	Distrito de Huasta	35
2.2.8.1	Ubicación geográfica	35
2.2.8.2	Población	35
2.2.8.3	Historia	36
2.3	Definición de términos básicos	36

CAPÍTULO III: HIPOTESIS y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1	Formulación de la hipótesis principal y derivadas	38
3.2	Variables	38
3.2.1	Dimensiones e indicadores	39
3.2.2	Definición conceptual y operacional	39

CAPÍTULO IV: METODOLOGIA

4.1	Diseño metodológico	40
4.2	Diseño muestral, matriz de consistencia	42
4.3	Técnica e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad	43
4.4	Técnica de procesamiento de la información	43
4.5	Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información	44

CAPÍTULO V: ANALISIS Y DISCUSIÓN

5.1 Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos	45
5.2 Análisis inferencias , pruebas estadísticas paramétricas	59
5.3 Comprobación de Hipótesis	60
5.4 Discusión	61
CONCLUSIONES	64
RECOMENDACIONES	65
FUENTES DE INFORMACIÓN	66
ANEXOS	70

DEDICATORIA

A mi padre Carlos Eduardo, por brindarme su apoyo incondicional, su comprensión y dedicación todos estos años de mi vida.

A mi madre Carmela, por ser mi gran compañera y protectora.

A mi hija Camila, por ser mi inspiración y motor de vida.

AGRADECIMIENTOS

Al Doctor Marcelino Andía, por su colaboración y la buena calidad de maestro durante todo este proceso de investigación.

Al Doctor Cesar Abad Villacrez, por su apoyo moral en todo momento para el desarrollo de mi investigación.

Al Ing. Samanez Laos, alcalde del distrito de Huasta por las instalaciones prestadas durante el periodo de evaluación.

RESUMEN

Este trabajo de investigación tuvo un método descriptivo lo cual tuvo como objetivo determinar la relación entre el acceso a servicios odontológicos y la frecuencia de edentulismo parcial bimaxilar en el distrito de Huasta provincia de Bolognesi Departamento de Ancash en el 2016.

La frecuencia de edentulismo parcial bimaxilar en los encuestados fue de 91 casos (76,5%) también se presentó el edentulismo total superior y parcial inferior en menor porcentaje (2.5%) de los casos examinados.

La relación entre la accesibilidad geográfica y la frecuencia de edentulismo se ve afectado. El 71,2 % afirman que deben transportarse en carro al único y más cercano centro odontológico lo cual les tarde 1 a 2 horas de transporte.

La relación entre la disponibilidad de servicio y la frecuencia de edentulismo se ve afectado producto a la falta de consultorios dentales en la localidad, ausencia de odontólogos así como también en algunos casos disponibilidad económica, les afecta la disponibilidad de servicio en un 35 de los casos (29,4%).

La relación entre la accesibilidad cultura y la frecuencia de edentulismo no afecta, durante la investigación se pudo determinar que los encuestados tenían conocimientos culturales acerca de su salud oral.

Una de las recomendaciones a tomar en cuenta seria realizar estudios en otras regiones de nuestro país y así conocer sus necesidades odontológicas para tomar las medidas necesarias con la finalidad de mejorar nuestros servicios en salud para diferentes regiones.

Palabras claves: Ministerio de Salud del Perú, edentulismo, accesibilidad, edentulismo parcial, Huasta.

ABSTRACT

The present academic research has a descriptive method, which aims to determine the relationship between access to dental services and frequency of bimaxillary partial edentulism. The field research was developed in a small town called *Huasta*, located in Ancash, Peru. (2016)

The frequency of partial bimaxillary edentulism found was 76.5% (91 cases), the total upper and lower partial edentulism were present in a lower percentage (2.5%) among all cases examined.

The relationship between geographical accessibility and the frequency of edentulism is corroborated. 71.2% of all people interviewed state that it takes for anyone to reach the closest dental center in that area around 1.5 hours by car.

The relationship between the availability of service and the frequency of edentulism is affected by the lack of dental offices in the locality, the absence of dentist as well as in some cases economic availability, affects the availability of service in 35 cases (29.4%) It is also important to state there are no correlations between medical awareness in the interviewees and the frequency of edentulism. This research concludes it was possible to determine respondents acknowledged dental cares.

One of the recommendations to take into account would be to carry out studies in other regions of this country to understand the current reality and propose important actions to improve public health services for different regions in Peru.

Key words: Ministry of Health of Peru, edentulism, accessibility, partial edentulism, Huasta.

ÍNDICE DE TABLAS

Pag.

Tabla 1: Frecuencia del edentulismo en pobladores adultos del distrito de Huasta	45
Tabla 2: Relación de accesibilidad geográfica y frecuencia de edentulismo de pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016	46
Tabla 3: Relación de la disponibilidad de servicios y frecuencia de edentulismo en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016	49
Tabla4: Relación de accesibilidad cultural y frecuencia de edentulismo en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016	51
Tabla5: Frecuencia de respuesta para determinar la accesibilidad de geográfica en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016	53
Tabla 6: Frecuencia de respuesta para determinar la disponibilidad de servicios en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016	54
Tabla7: Frecuencia de respuesta para determinar la accesibilidad cultural en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016	55

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pag.
Gráfico 1: Frecuencia del edentulismo en pobladores adultos del distrito de Huasta	46
Gráfico 2: Relación de accesibilidad geográfica y frecuencia de edentulismo en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016	48
Gráfico3: Relación de la disponibilidad de servicios y frecuencia de edentulismo en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016	50
Gráfico4: Relación de accesibilidad cultural y frecuencia de edentulismo en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016	52
Gráfico5: Frecuencia de respuesta para determinar la accesibilidad de geográfica en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016	53
Gráfico6: Frecuencia de respuesta para determinar la disponibilidad de servicios en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016	54
Gráfico 7: Frecuencia de respuesta para determinar la accesibilidad cultural en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016	55

INTRODUCCIÓN

El edentulismo parcial o total es más prevalente en adultos, pero esto es consecuencia de que a edades tempranas no obtuvieron buenos hábitos de higiene oral y tampoco un adecuado acceso a la atención dental.

En el Perú existen escasos trabajos acerca de la relación entre el edentulismo y la accesibilidad de los servicios odontológicos.¹

Huasta es un distrito que se encuentra ubicado en la provincia de Bolognesi departamento de Ancash y se caracteriza por ser un distrito Agro ganadero donde es posible que exista una estabilidad económica; sin embargo los habitantes tienen necesidades odontológicas.

El objetivo de este trabajo de investigación es poder determinar la relación que pueda existir entre el acceso a servicios odontológicos y la frecuencia de edentulismo en dicha localidad.

La finalidad de esta investigación es poder llevar a cabo algún servicio de prevención y promoción de la buena salud, con ayuda comunitaria de organizaciones institucionales se podrá mejorar las necesidades de la población que se pueda encontrar perjudicada.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

El tema del acceso a los servicios de salud oral, es trascendental para el mejoramiento de las condiciones bucales y por ende para el aumento del bienestar y la calidad de vida de la población. Los obstáculos para mejorar el acceso a la atención de salud bucodental pueden provenir de los individuos mismos, de la sociedad en general, de gobiernos y de resistirse a cambiar filosofías profesionales obsoletas.

Las necesidades no percibidas, los recursos inadecuados, la distribución desigual de recursos humanos, las bajas prioridades y la falta de voluntad política pueden también constituir obstáculos para la atención.

Los pacientes con edentulismo son personas que sufren ya que ven truncada su calidad de vida, ya que no pueden consumir determinados tipos de alimentos, mastican mal, y la cuestión estética de verse sin la mandíbula completa puede provocar problemas de autoestima.

Este problema no afecta solo a las personas de edad avanzada, como es común pensar. Hay diversas causas que hacen que la franja de edad a la que puede afectar sea muy amplia. Desde una mala higiene bucal o un accidente hasta la dificultad para tener un acceso de servicio odontológico, son algunas de los motivos por los que se puede padecer tanto en hombres como en mujeres.

Huasta es uno de los distritos de Bolognesi que se encuentra ubicado en el departamento de Ancash, es un distrito poco poblado donde podemos distinguir a la población que se encuentra con una necesidad de tratamiento odontológico, lo interesante de esta investigación es poder determinar la relación que pueda existir con el acceso a servicios odontológicos y la frecuencia del edentulismo. Es posible determinar que los pobladores del distrito de Huasta puedan acceder a tratamientos integrales siempre y cuando se le facilite el acceso al servicio odontológico.

1.2 Formulación del problema:

¿Cuál es la relación entre acceso a servicios odontológicos y frecuencia de edentulismo parcial bimaxilar en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi Departamento de Ancash en el 2016?

1.2.1 Problemas específicos

¿Cuál es la frecuencia de edentulismo parcial bimaxilar en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi Departamento de Ancash en el 2016?

¿Cuál es la relación de accesibilidad geográfica y frecuencia de edentulismo parcial bimaxilar de pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016?

¿Cuál es la relación de disponibilidad de recursos y frecuencia de edentulismo parcial bimaxilar en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016?

¿Cuál es la relación de accesibilidad cultural y frecuencia del edentulismo parcial bimaxilar en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016?

1.3. Objetivos de la investigación:

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre acceso a servicios odontológicos y frecuencia de edentulismo parcial bimaxilar en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi Departamento de Ancash en el 2016.

1.3.2 Objetivos específicos

Identificar la frecuencia de edentulos parcial bimaxilar en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi Departamento de Ancash en el 2016.

Identificar la relación de accesibilidad geográfica y frecuencia de edentulismo parcial bimaxilar de pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016.

Identificar la relación de disponibilidad de recursos y frecuencia de edentulismo parcial bimaxilar en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016.

Identificar la relación de accesibilidad cultural y frecuencia del edentulismo parcial bimaxilar en pobladores adultos del distrito de Huasta Provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016.

1.4 Justificación de la investigación:

La mejora en el acceso a la atención sanitaria es una de las principales demandas de los pacientes y de la población en general. El acceso se traduce en el uso adecuado y a tiempo de los servicios sanitarios para alcanzar los mejores resultados de salud.

Un sistema sanitario de alto valor ofrece a la población diferentes vías de acceso al sistema sanitario y a los servicios de salud; y ha de ofrecer garantías de respuesta en la atención, sin más criterios que el de la necesidad en salud.²

El fin de la presente investigación fue determinar si existía una relación de la frecuencia del edentulismo parcial bimaxilar y el acceso a servicio odontológico en una población determinada.

Varios trabajos han estudiado obstáculos y elementos facilitadores al acceso a los servicios sanitarios en poblaciones, programas y patologías específicas,

identificando barreras personales, geográficas, económicas y el propio sistema de salud. ³

1.4.1 Importancia de la investigación

Con esta investigación se obtuvo una visión general de las necesidades que presenta la población con respecto al servicio odontológico ahora se podrá tomar las medidas necesarias para mejorar y garantizar los servicios institucionales, así también podemos brindar con el tiempo a la población un servicio odontológico con el único propósito de mejorar la calidad de vida y el desarrollo social en esa población.

1.4.2 Viabilidad de la investigación

Esta investigación tiene una viabilidad ya que se pudo realizar con todos los presupuestos establecidos durante el proyecto de la investigación, así como también se pudo contar con doctores calificados para la validación del instrumento empleado.

1.5 Limitación del estudio

Una de las limitaciones más importantes que se presentó en el estudio fue que se encontró pobladores con analfabetismo lo cual hacía que la comprensión de las encuestas sea un poco limitada.

CAPÍTULO II: Marco teórico

2.1 Antecedentes:

Vanegas M. (2016) en su estudio sobre Prevalencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la clínica odontológica de la Universidad de Cuenca. Cuenca. El Objetivo de la presente investigación fue determinar la frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos atendidos en la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca y su relación con factores asociados: estado nutricional, calidad de vida y el impacto de la edad y el sexo en la pérdida dental. Los materiales y métodos fue una muestra de 378 pacientes y mediante una encuesta se registraron los datos generales. La observación clínica determinó el tipo de edentulismo. El estado nutricional se calculó mediante el índice de masa corporal IMC y para analizar el impacto en la calidad de vida se utilizó el cuestionario OHIP (Oral Health Impact Profile). Los resultados fueron El edentulismo parcial corresponde al tipo de pérdida dental más frecuente, así también la clase III de Kennedy fue predominante en ambos maxilares, se encontró relación entre el edentulismo y la calidad de vida. No hubo asociación con el estado nutricional. El sexo no representó un factor de riesgo para el edentulismo, a diferencia de la edad que representa riesgo de pérdida dental. En Conclusión, el edentulismo no es un factor predisponente para la alteración del estado nutricional pero si para la calidad de vida. Además se observó que el sexo no influye en la presencia del edentulismo. La pérdida dental depende de la edad, a mayor edad, mayor riesgo de presentar edentulismo. ⁴

Fernández M. *et al*; (2016) en su estudio sobre Edentulismo en adultos de Pachuca, México: Aspectos sociodemográficos y socioeconómicos. El Objetivo es determinar la prevalencia y distribución del edentulismo, así como las variables sociodemográficas y socioeconómicas asociadas en individuos de 35 años y más. Los materiales y métodos en 656 sujetos seleccionados de forma aleatoria. En el estudio se incluyeron hombres y mujeres de 35 años y más, asistentes a las clínicas de atención dental de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH), una universidad pública de México. Para la

realización de este estudio los examinadores fueron capacitados en la cumplimentación de los cuestionarios y estandarizados en el criterio diagnóstico de la pérdida de dientes. Los resultados fueron promedio de edad fue de $49,06 \pm 10,33$. Los individuos fueron principalmente mujeres (63,3%). La prevalencia general de edentulismo fue de 15,7% (IC 95%: 12,9-18,5); entre las mujeres fue de 17,6% y en los hombres de 12,5% ($p = 0,081$). La prevalencia de edentulismo fue mayor entre los sujetos de más edad ($p < 0,001$). Se observó que a mayor escolaridad ($p < 0,001$), a mejor nivel socioeconómico ($p < 0,001$) y en quienes tuvieron automóvil en el hogar ($p < 0,05$), la prevalencia de edentulismo fue menor. En las Conclusiones se observó diferencia en la prevalencia de edentulismo por edad; a mayor edad mayor prevalencia de edentulismo. Sin embargo, esto no fue observado por sexo. Se observaron diferencias socioeconómicas en la distribución de la prevalencia de edentulismo, sugiriendo ciertas desigualdades en salud bucal en esta muestra de estudio.⁵

Titito R. (2015) en su estudio sobre Relación entre el edentulismo y la accesibilidad cultural a la atención dental en pobladores de 18 a 64 años de edad de la capital del distrito de Acora – Puno. El Objetivo fue determinar la relación entre el edentulismo y la accesibilidad cultural a la atención dental en pobladores de 18 a 92 años de edad de la capital del distrito de Acora- Puno, los materiales y métodos, estuvo conformada por 66 pobladores del distrito de Acora, comprendidos entre edades de 18 a 64 años de edad, de ambos sexos y de distintos estratos socioeconómicos. El instrumento que se utilizó fue el cuestionario mediante el cual se obtuvo datos generales del encuestado, el diagnóstico del edentulismo; el cuestionario a cerca de la accesibilidad cultural a la atención dental consto de: cuestionario de la última visita al dentista, el motivo de la última visita al dentista, cuestionario acerca de la tenencia de seguro, del motivo por el que no asiste al dentista y la condición laboral. En los resultados se observó una relación significativa entre el edentulismo con algunos de los principales factores condicionante a la accesibilidad a la atención dental entre los cuales destaca la razón principal de la última visita al dentista ($p=001$) en el caso de los dentados completos por curaciones mientras

que en el caso de los edentulos totales fueron por extracciones dentales. Y también la relación entre el edentulismo y la razón principal por la cual no pudo obtener cuidado dental se obtuvo también relación significativa ($p=0.012$) en los cuales se destacó la falta de dinero. Las Conclusiones de este estudio fueron que se encontró relación entre el edentulismo y los principales factores condicionantes de la accesibilidad cultural a la atención dental y que conforme avanza la edad aumenta la frecuencia de edentulismo y existen factores que incrementa el riesgo de pérdida de piezas dentarias.⁶

Gutiérrez V. y *et al*; (2015). En su estudio sobre Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Rev. Estomatol. Herediana. Los Objetivos fueron determinar la frecuencia de edentulismo y la necesidad de tratamiento protésico en pobladores de 18-64 años de edad del ámbito urbano marginal del Asentamiento Humano El Golf de Ventanilla, distrito de Ventanilla, Callao- Lima. Material y métodos fueron la muestra calculada de 168 adultos, quienes fueron evaluados mediante una ficha de recolección de datos, estructurada a partir de un cuestionario de la OMS para personas edentulas. En los resultados se determinó que existió una frecuencia de edentulismo en la población de 121 (72%) y la necesidad de tratamiento protésico de forma parcial y total presente para el maxilar superior fue de 100 (59,6%) y en el maxilar inferior de 113 (67,3%). En las Conclusiones se encontró frecuencia de edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal del Asentamiento Humano El Golfo de Ventanilla, en el año 2014, similar a las tasas descritas en la literatura nacional e internacional. Esta condición debe ser la alerta para implementar políticas de salud bucal enfocadas a mejorar la salud de las estructuras bucales, evitando su pérdida.⁷

Hernández L y *et al*; (2014). En su estudio sobre Barreras de acceso al servicio odontológico de los pacientes que se atienden en Copresalud IPS en la ciudad de Cartagena en el primer trimestre del 2014. Los Objetivos fueron establecer las barreras que afronta la población que asiste a consulta odontológica en la IPS COPRESALUD que se encuentran vinculados a la EPS-S COOSALUD, para acceder a los servicios de salud oral en la ciudad de Cartagena en el

primer trimestre del año 2014. El método fue la muestra de 250 usuarios afiliados a la IPS COOPRESALUD de la ciudad de Cartagena. Para la recolección de los datos se aplicaron encuestas estructuradas tipo cuestionario a los usuarios que asistieron a consulta a la sede El Pozón de la IPS. Los resultados fueron el 77% eran de sexo femenino con un promedio de edad de 38,7 años, el 66,7% de los tratamientos odontológicos iniciados en la IPS habían sido terminados y el número de veces más frecuente que han usado el servicio es de 10, 79% consideran de mala calidad al servicio odontológico prestado, entre las barreras más frecuentes están el tiempo de asignación de citas, la percepción de calidad del servicio, horarios, infraestructura, dificultades para trasladarse hasta el sitio de atención, vivienda lejos, gastos para el traslado, creencias, miedo a las agujas, instrumentos rotatorio, a procedimientos quirúrgicos y pena a mostrar la cavidad bucal. Las Conclusiones fueron la accesibilidad al servicio odontológico de los pacientes atendidos en una sede de COPRESALUD IPS en la ciudad de Cartagena está siendo afectado por barreras culturales, geográfica, sociales, económicas y de oferta, lo que sugiere la necesidad de intervención educativa en la población para que se disminuyan estas barreras y puedan acceder a la atención odontológica, del mismo modo que las instituciones prestadoras de salud deben estar en autoevaluación constante para prestar un servicio con calidad.³

Gramal M. (2014). En su estudio sobre Relación del acceso a la atención dental con el edentulismo en la comunidad de Peguche de la provincia de Imbabura. El Objetivo del estudio fue determinar la relación del acceso a la atención dental con el edentulismo, establecido con la valoración: edad, género y factores que afectan el acceso a la atención dental: grado de instrucción, ocupación, disponibilidad, costos, visitas al dentista y razón de la última visita. Los materiales y métodos, para este trabajo de investigación se utilizó como método la encuesta utilizando como instrumento un cuestionario, y como método directo la observación con el examen clínico, utilizando como instrumento el odontograma. Los resultados fueron Obteniéndose dentados completos (32%) y edéntulos parciales (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 es la caries. Cabe recalcar que todavía existen personas con dentadura completa pero son muy pocas principalmente jóvenes (58,7%). La conclusión de los resultados del conjunto de variables realizadas con la prueba 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.⁸

Alfaro A. (2013) En su estudio sobre Satisfacción del paciente con la atención odontológica en la clínica estomatológica de la Universidad Nacional de Trujillo. Los Objetivos fueron determinar el nivel de satisfacción del paciente con la atención odontológica atendidos en la clínica Estomatológica de la Universidad Nacional de Trujillo. Material y métodos que se utilizó una ficha de recolección de datos de la cual se divide en dos partes; el primero en datos de filiación o identificación. Edad, genero, procedencia, grado de instrucción, ocupación y estado civil, la segunda parte consta de datos en relación a la satisfacción del paciente dispuestos en 40 preguntas. Los resultados fueron el nivel de satisfacción de la atención en la clínica Estomatológica de la Universidad Nacional de Trujillo fue alto en el 97,8 %, medio en el 2.2%, no existiendo bajo nivel de satisfacción. Conclusiones: La mayoría de los pacientes atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Nacional de Trujillo presentan un alto nivel de satisfacción con la atención odontológica.⁹

Navarrete J. (2013) En su estudio sobre Factores socio-demográficos y socioeconómicos asociados a los diferentes estados de pérdida de dientes en adultos Mexicanos. El objetivo del presente trabajo fue determinar los factores socioeconómicos y Socio-demográficos asociados a diferentes estados de pérdida dentaria en adultos mexicanos atendidos en una universidad mexicana. En Material y Métodos, se aplicó un cuestionario para explorar las variables socioeconómicas y sociodemográficas, así como un examen intraoral para el diagnóstico de edentulismo. Se utilizó el estado de la pérdida dental como variable dependiente y una serie de variables sociodemográficas y socioeconómicas como independientes. Resultados fueron asociaciones fueron

expresadas con razones de momios (RM) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%). Para la variable posición socioeconómica se utilizó el método de correlación policórica. Las variables asociadas al edentulismo fueron ser mayor de 45 años (RM=11.34), escolaridad de primaria o menos (RM=5.18), no utilizar servicios de salud bucal (RM=2.27), posición socioeconómica alta medida a través de las características de la vivienda (RM=0.40) y posición socioeconómica baja medida a través de enseres (RM= 2.13). Conclusiones: Se observaron relaciones positivas entre la posición socioeconómica y el edentulismo total y parcial. Además, se observó un mayor riesgo de haber perdido más de ocho piezas dentales entre aquellos individuos de posiciones socioeconómicas más bajas. ¹⁰

Rodríguez M. (2012) En su estudio sobre Factores que influyen en la percepción de la calidad de los usuarios externos de la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Mayor de San Marcos. El Objetivo fue identificar los factores que influyen en la percepción de la calidad del usuario externo de la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de San Marcos. En material y método: la muestra estuvo integrada por 210 pacientes, mayores de 14 años, que fueron elegidos en diferentes áreas de la clínica, para lo cual se realizó un muestreo aleatorio simple bietápico. Se utilizó el instrumento SERVQHOS modificado que fue validado por pruebas piloto a través de análisis factorial exploratorio y alfa de cronbach, donde se obtuvo una alta consistencia interna. Los resultados mostraron que los factores socio-demográficos que influyen en la percepción de la calidad son la edad y el grado de instrucción de los pacientes, encontrándose en ambos asociación estadísticamente significativa entre las variables ($p < 0,05$) También se determinó que las dimensiones pertenecientes a la calidad subjetiva como puntualidad en la atención y tiempo de espera son las que influyen negativamente en la percepción de la calidad. No presentándose en la calidad objetiva diferencias entre sus dimensiones. Los niveles de percepción de la calidad total de los usuarios externos de la Clínica Odontológica de San Marcos fueron regular en un 71,4%.; 27,1% como buena y un porcentaje muy pequeño como mala (1,4%). La Conclusión de éste trabajo se centró en explorar y

determinar, aquellos factores o componentes principales, que ejercen un mayor impacto sobre la percepción de la calidad de los usuarios o pacientes de la Clínica. Esto permite constituir una base para la puesta en marcha de mejoras en dicha institución, con la consecuente mayor satisfacción de sus clientes y un mejoramiento continuo de la calidad. ¹¹

Belaunde M. (2011).En su estudio sobre Relación entre el acceso a la atención dental y el edentulismo en pobladores de 18 a 65 años de edad del distrito de Cajabamba, provincia de Cajamarca , durante el periodo Febrero – Mayo 2011. El Objetivo fue determinar la relación entre el acceso a la atención dental y el edentulismo en pobladores de 18 a 65 años de edad del distrito de Cajabamba, provincia de Cajabamba, departamento de Cajamarca, durante el periodo Febrero – Mayo de 2011. En material y método se utilizó en la presente investigación fue el cuestionario, el cual se dividió en cuatro partes: datos generales del encuestado, diagnóstico del edentulismo, última visita al dentista y acceso a la atención dental. El instrumento contenían preguntas que evaluaron a las variables de estudio: edentulismo (número de dientes perdidos), tenencia de SIS (Seguro Integral de Salud), condición laboral, última vez que visitó al dentista, razón por la cual la última vez no pudo obtener cuidado dental y razón principal d última visita al dentista. Se realizaron cuestionarios a ciento cuarenta y ocho pobladores de la provincia de Cajabamba. Los resultados: resultados se encontró que no hubo variación significativa en la prevalencia del edentulismo entre hombres y mujeres; también se encontró que existe relación entre el acceso a la atención dental y el edentulismo .En conclusiones: El 56,08% de la muestra visitó al dentista en los últimos 12 meses, siendo el 66,27% edéntulos y el 33,73% dentados. Los E.P.bimaxilares y los E.P.superiores visitaron al dentista en los últimos 12 meses, mientras que los E. Totales visitaron por última vez al dentista en un tiempo mayor a 1 año. ¹²

2.2. Base teórica

2.2.1 Edentulismo

El edentulismo se refiere a la pérdida de todos los dientes, esta condición puede afectar sustancialmente la salud oral y general así como también la calidad de vida, incluyendo el gusto por las comidas y la nutrición.

La pérdida de todos los dientes, aun con prótesis total, reduce la efectividad de la masticación y afecta la percepción del sabor, las preferencias y los patrones de consumo de las comidas. Todo ello, afecta en gran medida en el estado anímico de las personas edentulas, porque su calidad de vida no es la misma a diferencia de cuando tenían todos sus piezas dentarias presentes en boca.¹³

El edentulismo total se puede tratar mediante el uso de aparatos bucales portadores de dientes artificiales que van a reemplazar a los dientes naturales perdidos y rehabilitan las estructuras óseas que se van atrofiando con el paso de tiempo tras la pérdida de dientes.³⁰

2.2.2 Análisis anatómico del paciente edentulo

2.2.2.1 Reborde alveolar:

Es la entidad anatómica desarrollada con la erupción dentaria. Así mismo, cuando los dientes se pierden, esta entidad involuciona y se reabsorbe acelerándose este proceso por la ausencia de función y falta de estimulación biomecánica. La prótesis deberá ser de mayor volumen mientras mayor sea la reabsorción y será más inestable a medida que la pérdida ósea sea mayor.

Vistos desde oclusal, los rebordes alveolares pueden ser: triangulares, ovoides y rectangulares. Un reborde alveolar residual ideal debe ser el que puede soportar adecuadamente las fuerzas verticales y horizontales que se general durante el movimiento de la prótesis en función. Geométricamente hablando, los rebordes cuadrados son los más estables, seguidos de los ovoides y en último lugar los triangulares que son los que ofrecen la menor superficie de soporte para una mejor estabilidad. Vistos de un corte transversal, los rebordes

alveolares pueden ser: triangulares (expulsivos), rectangulares (paralelos) e irregulares (retentivos).

-Los rebordes triangulares o expulsivos con base hacia el cuerpo y vértice hacia oclusal son por lo general rebordes superiores muy reabsorbidos en los que se ha perdido toda la tabla externa. Por su poca superficie dan mala estabilidad.

-Los rebordes rectangulares o de paredes paralelas. En estos tipos de rebordes por lo general ha habido una menor cantidad de reabsorción vestibular y un mayor cuidado post extracciones del reborde. Estos rebordes dan una mejor estabilidad que los rebordes triangulares.

-Los rebordes irregulares o retentivos pertenecen a pacientes que han tenido arcos esqueléticos más pequeños que los arcos dentarios. Los dientes protruidos avanzan con la cortical cuando son extraídos, se observa una depresión vestibular a la altura de los ápices dentarios. En este tipo de rebordes, se dificulta la toma de impresiones, el eje de inserción, la adaptación y el sellado periférico de las prótesis totales.³⁰

2.2.2.2 Tonicidad de labios y carrillos

La importancia de la tonicidad de estos es principalmente por el papel que juega en la estabilidad de la prótesis total ya que mientras mayor tonicidad de los tejidos peri protésicos va a haber mayor inestabilidad. Los movimientos musculares verticales y horizontales son los responsables de las reabsorciones además de desgastar los dientes de la prótesis total.

2.2.2.3 El tamaño de la lengua

La lengua está formada por 17 músculos que se insertan por debajo de la prótesis total inferior que pueden mover y desestabilizar la prótesis. Se debe tomar en cuenta que cuando un paciente ha sido edentulo total inferior durante mucho tiempo, al momento de llevar una prótesis va a sentir que no tiene espacio lo cual lo hace que el pronóstico no sea bueno.³⁰

2.2.3 Etiología

Hay concordancia en varios estudios epidemiológicos y de revisión sistemática que llegan a la conclusión que las 2 principales causas de edentulismo son: La caries dental y la enfermedad periodontal; siendo la caries predominante en edades tempranas y la enfermedad periodontal en edades avanzadas.

La pérdida de dientes por enfermedad periodontal es la secuela de la pérdida de adherencia de la encía y la consiguiente pérdida de tejidos de soporte del diente que al ser destruidos dejan al diente sin sus tejidos de sostén que finalmente se desprende y deja un lecho vacío. ²⁸

Los factores asociados a la pérdida dentaria que no son causantes pero si acentúan el riesgo, entre ellos tenemos: edad del paciente, grado de instrucción del paciente, nivel socioeconómico, ocupación, factores sistémicos, endocrinológicos, discrasias sanguíneas, medicamentos o mal nutrición.

2.2.3.1 Caries:

La caries dental es una desmineralización progresiva de los dientes por el ácido bacteriano, que se inicia debajo de la superficie. Es una de las enfermedades más frecuentes y sigue siendo una causa importante de pérdida de dientes.

El efecto final de la caries es la rotura del esmalte y la dentina y, por tanto, la abertura de una vía por la que las bacterias llegan a la pulpa; las consecuencias son la inflamación de ésta. ¹⁵

Para ayudar a los pacientes a resolver un problema de caries, es esencial considerar la etiología multifactorial de este trastorno. La ingesta de carbohidratos es el principal factor en la mayoría de los casos.

Una concentración elevada de ácidos y una gran frecuencia de contacto provocan la desmineralización de la superficie dental.

Para poder identificar con exactitud la causa primordial de un desequilibrio en un determinado paciente es esencial conocer bien la verdadera naturaleza de

cada uno de los factores y la actividad que se desarrolla sobre la superficie dental. Normalmente, en la cavidad oral viven muchos tipos de bacterias y algunas pueden colonizar la superficie del diente, formando la placa dental. Entre ellas destacan los estreptococcus adherentes, como streptococcus mutans.²⁷

-Lesión inicial:

Las primeras alteraciones visibles consisten en una mancha blanca opaca que se forma junto a un punto de contacto. A pesar de su aspecto yesoso, el esmalte es duro y liso cuando se prueba con la sonda. Las alteraciones microscópicas de esta mancha blanca inicial pueden verse en cortes no descalcificados pero se observan con mucha facilidad si se utiliza luz polarizada.

-Caries de Esmalte:

En esta etapa ya hay cavidad cariosa con pérdida de estructura de esmalte. Se puede ver a simple vista o la detecta el profesional a la inspección con instrumentos apropiados..

-Caries de esmalte y dentina sin afectar la pulpa:

En esta etapa hay una cavidad cariosa con pérdida de estructura de dentina pero no existe un compromiso pulpar.

-Caries de esmalte y dentina con afectación de pulpa:

Generalmente , cuando el proceso carioso llego a afectar la pulpa, quiere decir el nervio central , la destrucción de la pieza ya es más evidente y requiere un tratamiento invasivo o más radical como la extracción de la pieza.

2.2.3.2 Enfermedad periodontal:

Es toda alteración patológica de cualquier origen que ataque los tejidos periodontales. Ellas comprenden la enfermedad periodontal, las diversas

enfermedades gingivales y las manifestaciones periodontales de enfermedades sistémicas.

Se llama enfermedad gingival a las alteraciones patológicas de la gingiva; en su enorme mayoría son de tipo inflamatorio y evolucionan hacia una enfermedad periodontal. La enfermedad periodontal se caracteriza por la presencia de lesiones inflamatorias gingivales, con formación de una bolsa periodontal que lleva a la pérdida de hueso alveolar y eventualmente a la del diente. Su causa primaria es infecciosa (placa bacteriana).

Numerosas enfermedades generales pueden presentar manifestaciones gingivales y periodontales.

-Enfermedades gingivales: La inflamación de la gingiva, forma más común de enfermedad gingival, produce una gingivitis marginal crónica. Esta gingivitis puede permanecer estacionaria por periodos indefinidos o puede, a veces con rapidez, evolucionar hacia una destrucción de los tejidos de soporte (periodontitis).

2.2.3.2.1 Clasificación de la enfermedad periodontal:

I. Periodontitis:

a. Periodontitis de progreso lento

b. Periodontitis de progreso rápido

1. Periodontitis de inicio adulto

2. Periodontitis de inicio temprano

a. Periodontitis prepuberal

b. Periodontitis juvenil

II. Manifestaciones periodontales de enfermedades sistémicas

a. Trastornos de la función de neutrófilos

- b. Enfermedades hemáticas
- c. Enfermedades metabólicas
- d. Trastorno de tejido conectivo
- e. Enfermedades óseas
- f. Neoplasias benignas y malignas

2.2.4. Edentulismo parcial

Se denomina edentulismo parcial a la pérdida dental de uno o más piezas dentarias sin que exista la totalidad de ausencia dentaria. Existen distintos métodos de clasificación de los arcos parcialmente desdentados que han sido propuestos y son utilizados actualmente.

2.2.4.1 Clasificación de edentulismo parcial

La clasificación de un arco parcialmente desdentado tiene la posibilidad de permitir visualizar inmediatamente el tipo de arco parcialmente desdentado que está siendo considerado, permite la diferenciación inmediata entre la prótesis parcial removible dento-soportada y la dento y muco-soportada y a su vez es universalmente aceptable.

-Clasificación de Kennedy: Este método de clasificación es propuesto originalmente por el doctor Edward Kennedy en 1925.

Kennedy dividió todos los arcos parcialmente desdentados en cuatro tipos principales. Las zonas desdentadas que no sean las que determinan los tipos principales, fueron designadas como espacios modificadores.

-Clase I : Zonas desdentadas bilaterales, localizadas posteriormente a los dientes naturales remanentes .

-Clase II: Zonas desdentada unilateral, localizada posteriormente a los dientes naturales remanentes.

-Clase III: Zona desdentada unilateral con dientes naturales remanentes, anterior y posterior a ella.

-Clase IV: Zona desdentada única, pero bilateral (que cruza la línea media), ubicada anteriormente a los dientes naturales remanentes.

Una de las ventajas principales del método Kennedy es que permite la visualización inmediata del arco parcialmente desdentado. Aquellos que están familiarizados con su uso y con los principales del diseño de la prótesis parcial pueden centralizar inmediatamente su pensamiento con respecto al tipo de diseño básico de la prótesis parcial que será empleado. Permite un enfoque lógico a los problemas de diseño y posibilita la aplicación de sanos principios en el diseño de la prótesis parcial resultando, por lo tanto, un método lógico de clasificación.

-Regla de Applegate para la aplicación de la clasificación de Kennedy

La clasificación de Kennedy sería difícil de aplicar cada caso sin la existencia de ciertas reglas de aplicación. Applegate, ha proporcionado las siguientes ocho reglas que gobiernan la aplicación del método de Kennedy:

-Regla 1: La clasificación, más que preceder, debe seguir toda extracción dentaria que pueda alterar la clasificación final.

-Regla 2: Si falta el tercer molar y no será reemplazado, no deberá ser considerado en la clasificación.

-Regla 3: Si un tercer molar está presente y será usado como pilar, debe ser considerado en la clasificación.

-Regla 4: Si un segundo molar está ausente y será reemplazado, no debe ser considerado en la clasificación (por ejemplo, si el segundo molar antagonista también está ausente y no será reemplazado).

-Regla 5: La zona o zonas desdentadas más posteriores siempre son la base determinante de la clasificación.

-Regla 6: Las zonas desdentadas que no sean las determinantes de la clasificación son denominadas modificaciones y son designadas por su número.

-Regla 7: La extensión de la modificación no debe ser considerada; solo lo será la cantidad de las zonas desdentadas adicionales.

-Regla 8: No pueden existir zonas modificadoras en los arcos de clase IV (toda otra zona desdentada posterior a la única zona bilateral que cruza la línea media, es determinante a la vez de la clasificación).²⁸

2.2.4.2 Clasificación del edentulo parcial según diagnóstico:

Según Rendón se desarrolló una clasificación del edentulo parcial según los resultados de diagnóstico, basándose en los factores más relevantes para evaluar a los pacientes como la localización y extensión del área edentula, dientes pilares, oclusión, características del reborde alveolar residual.

Esto facilita al profesional a determinar un plan terapéutico adecuado, así como poder diferenciar aquellos casos que por su complejidad. De acuerdo con los resultados del diagnóstico se establecen cuatro clases: I, II, III y IV, que van desde la más simple hasta la más compleja.²⁹

-Clase I: Se caracteriza por ser la condición ideal o comprometida en grado mínimo en lo que atañe a la localización y extensión del área edéntula, de los dientes pilares y de la oclusión. El reborde alveolar muestra una altura y morfología que le permite resistir adecuadamente el movimiento horizontal y vertical de la base de la prótesis.

-Clase II: Se caracteriza porque la extensión y localización del área edéntula y la condición de los dientes pilares están moderadamente comprometidas. Estos últimos requieren de una terapéutica adjunta localizada (por ejemplo, periodontal, endodóntica o de procedimientos de ortodoncia).

-Clase III: Se caracteriza porque la extensión y localización de las áreas edéntulas en ambos maxilares se encuentran significativamente comprometidas, los dientes pilares requieren de una terapéutica localizada importante, las características de la oclusión requieren del restablecimiento del esquema oclusal pero sin alterar la dimensión vertical de oclusión. El reborde alveolar residual posee forma y altura que ofrece poca resistencia al movimiento horizontal y vertical de la base de la prótesis.

-Clase IV: Se caracteriza porque la extensión y localización del espacio edentulo es de pronóstico reservado, los dientes pilares requieren de un tratamiento extenso, las características de la oclusión normal se han perdido y es necesario un tratamiento completo que incluye el restablecimiento de la dimensión vertical de oclusión. El reborde alveolar tiene una altura de menos de 10mm, medida en una radiografía panorámica y no ofrece ninguna resistencia al movimiento horizontal y vertical de la base de la prótesis.

2.2.5 Consecuencia del edentulismo:

Al perder un diente la cresta residual no se beneficia nunca más del estímulo funcional que recibía y en consecuencia, se produce una pérdida de volumen de la cresta tanto en altura como en anchura. Este hallazgo no es predecible en todos los individuos con ausencia de dientes, porque los cambios anatómicos son muy variables dentro de los diversos grupos de pacientes.

Estos cambios anatómicos son un desafío para la construcción de las prótesis, tanto de las implanto-soportadas como las dentaduras parciales removibles. Junto a la pérdida de dientes aparece una transformación de la mucosa oral.

El impacto estético que ocasiona la pérdida de dientes puede alcanzar un gran significado, en ocasiones más lesivo para el paciente que la propia pérdida de función.

Con la pérdida de los dientes y la disminución del reborde residual pueden parecer cambios secundarios en las características faciales, al quedar alterado el soporte labial y reducirse la altura facial como resultado de la disminución de la dimensión vertical oclusal. ¹³

Por lo tanto en un paciente edéntulo, es muy común encontrar los siguientes cambios:

- Disminución alto y ancho en hueso de soporte.
- Inserción muscular cerca de la cresta.
- Disminución de la altura facial.
- Profundización del surco naso labial
- Disminución del ángulo labial horizontal.
- Aumento de longitud del labio superior.
- Pérdida del bermellón.
- Inversión de la línea labial.

2.2.6 . Derecho de salud:

El derecho a la salud no abarca necesariamente a la ausencia de alguna enfermedad, sino también a múltiples elementos que nos brinda un servicio de salud.

Todos los servicios , bienes e instalaciones deben estar disponibles y ser accesibles y de buena calidad.

Cada estado debe tener disponibles un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios de salud y centros de atención de la salud públicos.

Deben ser físicamente accesibles (deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los niños, los adolescentes, las personas de edad, las personas con discapacidad y otros grupos vulnerables), y también desde el punto de vista económico, sin discriminación alguna. La accesibilidad también comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información relacionada con la salud en forma accesible (para todos, incluidas

las personas con discapacidad), pero sin menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.¹⁸

2.2.6.1 Importancia del sistema de servicio de salud:

En el caso de los servicios de salud, el concepto de accesibilidad parece tener dos elementos básicos: uno físico y otro social. El elemento físico se relaciona con la distancia geográfica que separa el usuario potencial del punto de servicio, expresa la proximidad espacial entre ambos y representa la accesibilidad de locaciones del servicio. El elemento social se refiere a la distancia social que existe entre el usuario potencial y el servicio y abarca las características de ambos. Por el lado del usuario parecen ser importantes, entre otras, su clase social, ingreso, educación, valores culturales, percepciones y creencias; por el lado del destino, importaría su horario de trabajo, su calidad, si es culturalmente aceptable y si el precio es razonable.¹⁹

2.2.6.2 Accesibilidad a servicios de salud

El acceso y uso efectivo a la salud se refiere a la posibilidad de obtener atención en salud cuando se requiere y que ésta sea independiente de características como el ingreso, el lugar de residencia, la condición laboral o la pertenencia a un grupo étnico o minoría. De acuerdo con la OMS, el acceso a los servicios de salud puede medirse a través de la utilización de los servicios de salud por parte de los individuos, lo cual, a su vez, es influido por la estructura del sistema de servicios (disponibilidad de servicios, organización y financiamiento) y por la naturaleza de los requerimientos (recursos para los consumidores potenciales).¹⁹ Para poder establecer un acceso a servicio de salud se debe de tomar como base tres principios básicos: accesibilidad geográfica, disponibilidad de recursos y accesibilidad cultural.

2.2.7 Accesibilidad

A pesar de que el concepto de accesibilidad es fundamental para la planeación de los servicios de salud, solo en pocas ocasiones se le define explícitamente: quizá porque la idea de accesibilidad es aparentemente clara y sencilla, hasta que uno se enfrenta con el problema de definirla y medirla.

La accesibilidad ha sido definida de diferentes formas , por ejemplo :

-La ventaja de un lugar para reducir los problemas de acceso a ala población a cierto lugar o servicio .

-La facilidad con que la población puede alcanzar algún sitio o servicio .

-La capacidad de la gente para llegar a lugares en los que desea o necesita desarrollar ciertas actividades .

-Las características de un lugar que lo hacen "alcanzable" .

-Las características del lugar o del servicio que facilitan o dificultan su utilización. ²⁰

2.2.7.1 Accesibilidad geográfica

Hasta ahora se ha hecho referencia al término "accesibilidad geográfica" de forma genérica. No obstante con vistas al análisis conviene señalar que el concepto encierra dos dimensiones distintas, aunque complementarias (Joseph y Phillips, 1984): la de "accesibilidad física" (alusiva a la existencia del servicio así como de medios para llegar hasta él), y la de "accesibilidad socioeconómica" (expresiva, a su vez, de la capacidad de la población de hacer uso de tal servicio; de que se considere apropiado, de las condiciones o normas que regulan su funcionamiento, etc.).

En la práctica, y de cara al análisis empírico, lo habitual es abordar primero el de la accesibilidad geográfica potencial y por ello las consideraciones que siguen se refieren exclusivamente a esta modalidad⁴. En este sentido todas las formulaciones de la accesibilidad geográfica potencial a los servicios de salud comparten un mismo objetivo: permitir representar las variaciones espaciales, o entre lugares, de dicha accesibilidad. A su vez todas requieren de datos sobre demanda agregada (de servicios de salud) y oferta (o distribución espacial de tales servicios). Igualmente es habitual que los totales regionales de oferta y de demanda se asignen a puntos discretos del espacio, o centroides, para facilitar así el cálculo de las distancias. De esta forma se hace extensiva al territorio

estudiado la accesibilidad de su centro, si bien este inconveniente se minimiza cuando –como en el caso que nos ocupa– las demarcaciones territoriales son pequeñas (municipios o agrupaciones de municipios).²¹

2.2.7.2 Disponibilidad de recursos

En esta sección se ubican los indicadores relacionados con la oferta de hospitales, clínicas, consultorios, camas, medicamentos, personal médico destinados a la prestación de servicios médicos a los mexicanos.

Es importante la Disponibilidad de los servicios médicos debido a que de poco sirve el que haya población afiliada a alguna institución que preste este tipo de servicios si no hay la capacidad instalada en los institutos de salud para atender a las personas cuando sufren algún tipo de padecimiento.

Incluye aquellos indicadores que brindan información sobre la oferta de infraestructura, bienes y servicios públicos que actúan como determinantes básicos de la salud. ²²

2.2.7.3 Accesibilidad cultural

Se refieren a las disposiciones sociales para acceder a los servicios de salud y los factores culturales de los individuos o grupos que limitan el acceso a los mismos.²³

2.2.8 Distrito de Huasta

2.2.8.1 Ubicación geográfica:

Huasta se encuentra a una altitud de 3,368 msnm. Y una latitud sur 10°07'21" con una longitud de 77°08'45".

2.2.8.2 Población

Según en registro estadístico del instituto nacional de estadísticas e informática registra que la población está constituida por 600 habitantes. ²⁴

2.2.8.3 Historia

Huasta proviene de la voz quechua Wata que significa año. Hay otra versión que dice que proviene de la voz Huatta que en quechua significa amarrar, esto explican del siguiente modo : se dice que en tiempos antiguos existían dos tribus que se odiaban a muerte, la tribu de los Yauca y de los Huacauya . Con el correr de los años, dos jóvenes estas tribus se casaron y lograron unir sus vidas, por esa razón opto el nombre de Huatta ; ahora Huasta.

Fue creado por Ley de 28 de enero de 1863 dentro de la provincia de Cajatambo. A partir del 22 de octubre de 1903 paso a pertenecer a la provincia de Bolognesi .

Uno de los lugares turísticos más atractivos de la zona urbana es el templo que ha sido declarado como Patrimonio Monumento Monumental de la Nación mediante Resolución Suprema N° 505-74-ED del 15 de octubre de 1974 .²⁵

2.3 Definición de términos básicos

- Caries dental: La caries es una enfermedad multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana.
- Odontología: La odontología o estomatología es una rama de las ciencias de la salud que se encarga del diagnóstico, tratamiento prevención de las enfermedades del aparato estomatognático (que incluye los dientes, las encías, la lengua, el paladar, la mucosa oral, las glándulas salivales y otras estructuras anatómicas implicadas, como los labios, las amígdalas, la oro faringe y la articulación temporomandibular).
- Prevención en salud oral: La prevención se lleva a cabo eliminando los factores que puedan causar lesiones, antes de que sean efectivos. La intervención tiene lugar antes de que se produzca la enfermedad, siendo su objetivo principal el impedir o retrasar la aparición de la misma.

- Promoción en salud: Es un proceso mediante el cual las personas, familias y comunidades logran mejorar su nivel de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas. Se incluyen las acciones de educación, prevención y fomento de salud, donde la población actúa coordinadamente en favor de políticas, sistemas y estilos de vida saludables, por medio de la abogacía, empoderamiento y construcción de un sistema de soporte social que le permita vivir más sanamente.
- Edentulismo: Ausencia parcial o total de los dientes que puede ser congénita o adquirida por múltiples factores.
- Bimaxilar : Se hace referencia a los dos maxilares ; maxilar superior e inferior.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de la hipótesis

Si existe relación entre acceso a servicios odontológicos y frecuencia del edentulismo parcial bimaxilar en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi Departamento de Ancash en el 2016.

3.1.1 Hipótesis específicas:

Si existe frecuencia de edentulismo parcial bimaxilar en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi Departamento de Ancash en el 2016.

Si existe relación de accesibilidad geográfica y frecuencia de edentulismo parcial bimaxilar en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016.

Si existe relación de disponibilidad de recursos y frecuencia de edentulismo parcial bimaxilar en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016.

Si existe relación de accesibilidad cultural y frecuencia del edentulismo parcial bimaxilar en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016

3.2 Variables, dimensiones e indicadores, definición conceptual y operacional

Variable Dependiente: Acceso al servicio odontológico

Variable Independiente: Frecuencia de edentulismo

Variables	Dimensiones	Tipo de variable	Indicadores	Valores	Escala de medición
Genero	Fenotipo	Cualitativa	Características sexuales	Nominal	0 femenino 1 masculino
Edad	Fecha de nacimiento	Cuantitativa	Tiempo transcurrido en años desde nacimiento	Razón	25-35 años 36-46 años 47-57 años 48-58 años 59-70 años
Condición de dentición	Examen clínico	Cualitativa	Presencia y/o ausencia de dientes	Nominal	0: Dentado completo 1: Edéntulo parcial superior 2: Edéntulo parcial inferior 3: Edéntulo parcial bimaxilar 4: Edéntulo total superior y parcial inferior 5: Edéntulo parcial superior y total inferior 6: Edéntulo total
Acceso de servicio a la salud	Accesibilidad geográfica	Cualitativa	Tiempo de transporte	Nominal	Preguntas de opinión Fr= Frecuencia de respuestas Escala 5 < 11 -- Afecta 12<17 -- Ni afecta ni no afecta 18≤24 -- No afecta
			Tipo de transporte		
			Gasto de transporte		
			Distancia de transporte		
	Disponibilidad de recursos	Cualitativa	Costo de tratamientos	Nominal	Preguntas de opinión Fr= Frecuencia de respuestas Escala 4 < 8 --Afecta 9<13 --Ni afecta ni no afecta 14≤20 -- No afecta
Cantidad de consultorios odontológicos					
Servicios del consultorio odontológico					
			Disponibilidad económica		
	Accesibilidad cultural	Cualitativa	Conocimientos básicos de la salud oral	Nominal	Preguntas de opinión Fr= Fr. de respuestas Escala 4 < 8 -- Afecta 9<13 -- Ni afecta ni no afecta 14≤20 -- No afecta

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

Este trabajo de investigación es de tipo no experimental, ya que no se utilizó procedimientos que nos indique realizar una exploración. fue descriptivo ya que me permitió describir las variables a investigar , observacional y analítico porque se buscó la manera de observar la relación de las variables .

Correlacional porque me permitió poder relacionar las variables a investigar y transversal ya que se pudo realizar la investigación en un solo momento. ²⁶

4.2 Población y muestra

4.2.1 Muestra:

La muestra estará conformada por 119 personas adultas, que se encuentran viviendo en el distrito de Huasta, provincia de Bolognesi, departamento de Ancash.

La muestra se obtuvo gracias a la fórmula para variables cualitativas de población definida.

$$n_i = \frac{Z^2(pq)}{E^2} \qquad n_f = \frac{n_i}{1 + n_i / N}$$

N: 600 Tamaño poblacional

n_i: 148.29846 Tamaño muestral inicial

ε: 0.055 Índice de error

z: 1.96 Nivel de error

p: 0.865 Tasa de acierto

q: 0.135 Tasa de error

$$\text{Se obtuvo: } n_i = \frac{(1.96)^2 * 0.865 * 0.135}{(0.055)^2} \quad n_i = 148.29846$$

$$n_f = \text{muestra final : } n_f = \frac{148.29846}{1 + \frac{148.29846}{600}} = 119 \text{ Muestra Final}$$

4.2.1.1 Criterios de inclusión:

Estuvieron incluidos dentro de la investigación para análisis de datos, todos los habitantes del distrito de Huasta que sean personas adultas mayores de edad y de ambos sexos.

4.2.1.2 Criterios de exclusión:

Estuvieron excluidas dentro de la investigación las personas que tengan alguna alteración mental y no puedan responder a las preguntas así como también los menores de edad.

Las personas que por algún motivo no deseen participar en la investigación por decisión propia.

4.2.2 Matriz de consistencia

PROBLEMA	HIPOTESIS	OBJETIVOS	MEDICION
<p>Problema General : ¿Cuál es la relación entre acceso a servicios odontológicos y frecuencia de edentulismo parcial bimaxilar en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi Departamento de Ancash en el 2016 ?</p>	<p>Hipótesis General : Existe relación entre acceso a servicios odontológicos y frecuencia de edentulismo parcial bimaxilar en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi Departamento de Ancash en el 2016 . H1: Si Existe frecuencia de edentulismo parcial bimaxilar en pobladores</p>	<p>Objetivo General : Determinar cuál es la relación entre acceso a servicios odontológicos y frecuencia de edentulismo parcial bimaxilar en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi Departamento de Ancash en el 2016</p> <p>Objetivos Específicos: O.1-Identificar cual es la</p>	<p>Ficha de Evaluación clínica</p>
<p>Problema Específico: P.1. ¿Cuál es la</p>			

<p>frecuencia de edentulismo parcial bimaxilar en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi Departamento de Ancash en el 2016?</p>	<p>adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi Departamento de Ancash en el 2016.</p> <p>H2: Si existe relación de accesibilidad geográfica</p>	<p>frecuencia de edentulos parcial bimaxilar en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi Departamento de Ancash en el 2016.</p>	
<p>P.2.-¿Cuál es la relación de accesibilidad geográfica y frecuencia de edentulismo de pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016 ?</p>	<p>y frecuencia de edentulismo parcial bimaxilar de pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016.</p> <p>H3: Si existe relación de disponibilidad de recursos y frecuencia de edentulismo parcial</p>	<p>O.2-Identificar la relación de accesibilidad geográfica y frecuencia de edentulismo de pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016</p>	<p>Preguntas de opinión Fr= Frecuencia de respuestas Escala 6 ≤11 - Afecta 12≤17 - Ni afecta ni no afecta 18≤25 – No afecta</p>
<p>P.3- ¿Cuál es la relación de disponibilidad de recursos y frecuencia de edentulismo en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016 ?</p>	<p>bimaxilar en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016.</p> <p>H4: Si existe relación de accesibilidad cultural y frecuencia del edentulismo parcial</p>	<p>O.3- Identificar la relación de disponibilidad de recursos y frecuencia de edentulismo en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016.</p>	<p>Preguntas de opinión Fr= Frecuencia de respuestas Escala 4 ≤ 8 -Afecta 9≤13 -Ni afecta ni no afecta 14≤20 – No afecta</p>
<p>P.4- ¿Cuál es la relación de accesibilidad cultural y frecuencia del edentulismo en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016?</p>	<p>bimaxilar en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016.</p>	<p>O.4- Identificar la relación de accesibilidad cultural y frecuencia del edentulismo en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016.</p>	<p>Preguntas de opinión Fr= Fr. de respuestas Escala 4 ≤ 8 - Afecta 9≤13 - Ni afecta ni no afecta 14≤20 – No afecta</p>

4.3 Técnica e instrumento de recolección de datos

La información se obtuvo mediante encuesta y ficha de evaluación clínica, los cuales serán necesarios para poder evaluar las variables de estudio. (Anexo N° 1 y 2)

La encuesta consto de etapas las cuales serán subdivididas por las variables de estudio, se inició la encuesta en base a las variables, donde se determinó la accesibilidad geográfica, luego se determinó la disponibilidad de servicio de salud y por último se determinó la accesibilidad cultural luego se procedió a rellenar una ficha clínica, donde se determinó la edad, género y la condición de dentición.

4.3.1 Validez y confiabilidad:

Las encuestas se realizaron de forma voluntaria y confidencial.

Previa a la encuesta se desarrolló un consentimiento informado la cual estuvo determinado para que los pobladores tengan los conocimientos adecuados sobre lo que se desarrollará.

La evaluación clínica de los que fueron examinados se desarrolló con la bioseguridad adecuada y así como también las encuestas desarrolladas fueron evaluadas directamente, con el fin de evitar confusiones y las preguntas sean comprendidas para cada poblador.

4.4 Técnica de procesamiento de la información

Se realizó un análisis para evaluar la distribución de cada una de las variables, la accesibilidad geográfica tuvo cinco preguntas para la evaluación cualitativa, con un puntaje máximo de 25 y mínimo de 5 así como también la interpretación se determinó por un rango de puntaje. Los puntajes obtenidos entre 18 a 25 se pudo definir que el factor geográfico no es un problema para acceder a servicios odontológicos, el rango de 12 a 17, significo que es indiferente al factor geográfico para acceder a los servicios, el rango 5 a 11, determino el intervalo inferior, que el factor geográfico es significativo para el acceso a

servicio odontológico. La disponibilidad de recursos estuvo dado por cuatro preguntas cualitativas, lo cual los rangos eran entre 14 a 20, determino que el factor de disponibilidad de recursos no es un problema para acceder a servicios odontológicos, el rango de 9 a 13, significo que es indiferente la disponibilidad de recursos para acceder a los servicios, el rango 4 a 8, determino el intervalo inferior que el factor de disponibilidad de recursos es significativo para el acceso a servicio odontológico. La accesibilidad cultural estuvo dado por cuatro preguntas cualitativas, lo cual los rangos entre 14 a 20, se interpretó que el factor de accesibilidad cultural no es un problema para acceder a servicios odontológicos, el rango de 9 a 13, determino que es indiferente la accesibilidad cultural para acceder a los servicios, el rango 4 a 8 determino el intervalo inferior, que el factor de accesibilidad cultural es significativo para el acceso a servicio odontológico. (Anexo 1)

4.6 Técnica de estadísticas utilizadas en el análisis de la información:

El conteo de datos se realizó con el programa IBM SPSS statistics 21.

CAPÍTULO V: ANALISIS Y DISCUSIÓN

5.1 Análisis Descriptivo:

Tabla N°1

Frecuencia del edentulismo en pobladores adultos de la capital del distrito de Huasta

DIAGNOSTICO DE TIPO EDENTULISMO

Dentición completa

Frecuencia 6

Porcentaje 5,2

Edentulo parcial superior

Frecuencia 5

Porcentaje 4,2

Edentulo parcial inferior

Frecuencia 6

Porcentaje 5,0

Edentulo parcial bimaxilar

Frecuencia 91

Porcentaje 76,5

Edentulo total superior y parcial inferior

Frecuencia 3

Porcentaje 2,5

Edentulo total

Frecuencia 8

Porcentaje 6,7

Total

Frecuencia 119

Porcentaje 100

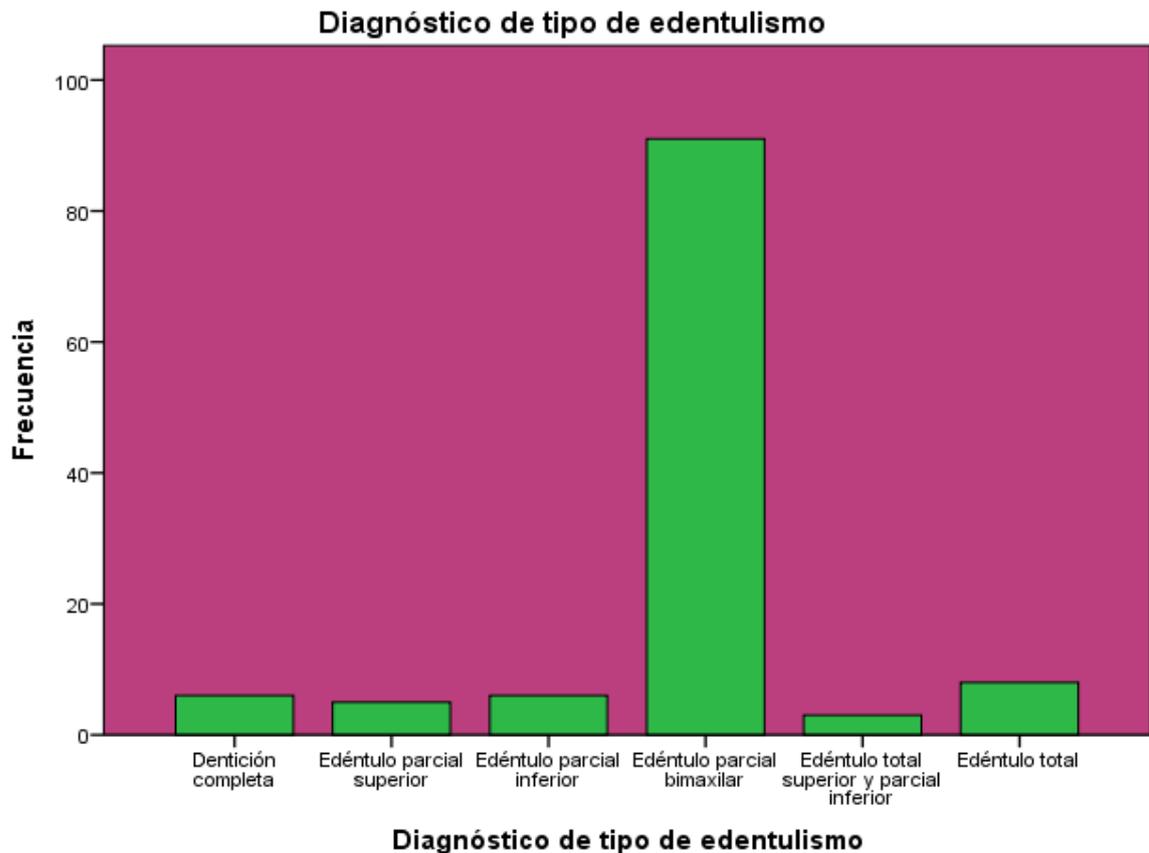
Fuente: propia del investigador

Interpretación: Se observó que el edentulismo parcial bimaxilar se presentó con mayor frecuencia con 91 casos (76,5%). Las otras condiciones como el edentulismo total se presentaron con mucho menos frecuencia 8 casos (6,7%). En edentulo parcial inferior tuvo una frecuencia de 6 casos (5%), lo mismo se

presentó en dentición completa 6 casos (5,2%). Por otro lado se presentó el edentulismo total superior y parcial inferior en menor porcentaje (2,5%).

Grafico N°1

Frecuencia del edentulismo en pobladores adultos de la capital del distrito de Huasta



Interpretación: Se observó que el edentulismo parcial bimaxilar se presentó con mayor frecuencia con 91 casos (76,5%). Las otras condiciones como el edentulismo total se presentaron con mucho menos frecuencia 8 casos (6,7%). En edentulo parcial inferior tuvo una frecuencia de 6 casos (5%), lo mismo se presentó en dentición completa 6 casos (5,2%). Por otro lado se presentó el edentulismo total superior y parcial inferior en menor porcentaje (2,5%).

Tabla N°2

Relación de accesibilidad geográfica y frecuencia de edentulismo de pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016.

Dentición completa	Frecuencia	Porcentaje
Accesibilidad geográfica afecta	5	4,2%
Ni afecta ni no afecta Accesibilidad geográfica	1	0,8%
No afecta la accesibilidad geográfica	0	0,0%

Edentulo parcial superior	Frecuencia	Porcentaje
Accesibilidad geográfica afecta	3	2,5%
Ni afecta ni no afecta Accesibilidad geográfica	1	0,8%
No afecta la accesibilidad geográfica	1	0,8%

Edentulo parcial inferior	Frecuencia	Porcentaje
Accesibilidad geográfica afecta	6	5,0%
Ni afecta ni no afecta Accesibilidad geográfica	0	0,0%
No afecta la accesibilidad geográfica	0	0,0%

Edentulo parcial bimaxilar	Frecuencia	Porcentaje
Accesibilidad geográfica afecta	68	57,1%
Ni afecta ni no afecta Accesibilidad geográfica	22	18,5%
No afecta la accesibilidad geográfica	1	0,8%

Edentulo total superior y parcial inferior	Frecuencia	Porcentaje
Accesibilidad geográfica afecta	1	0,8%
Ni afecta ni no afecta Accesibilidad geográfica	2	1,7%
No afecta la accesibilidad geográfica	0	0,0%

Edentulo total	Frecuencia	Porcentaje
Accesibilidad geográfica afecta	5	4,2%
Ni afecta ni no afecta Accesibilidad geográfica	2	1,7%
No afecta la accesibilidad geográfica	1	0,8%

Total	Frecuencia	Porcentaje
Accesibilidad geográfica afecta	88	73,9%
Ni afecta ni no afecta Accesibilidad geográfica	28	23,5%
No afecta la accesibilidad geográfica	3	2,5%

Fuente: Propia del investigador

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	15,854 ^a	10	0,104
Razón de verosimilitudes	11,975	10	0,287
Asociación lineal por lineal	1,235	1	0,266
N de casos válidos	119		

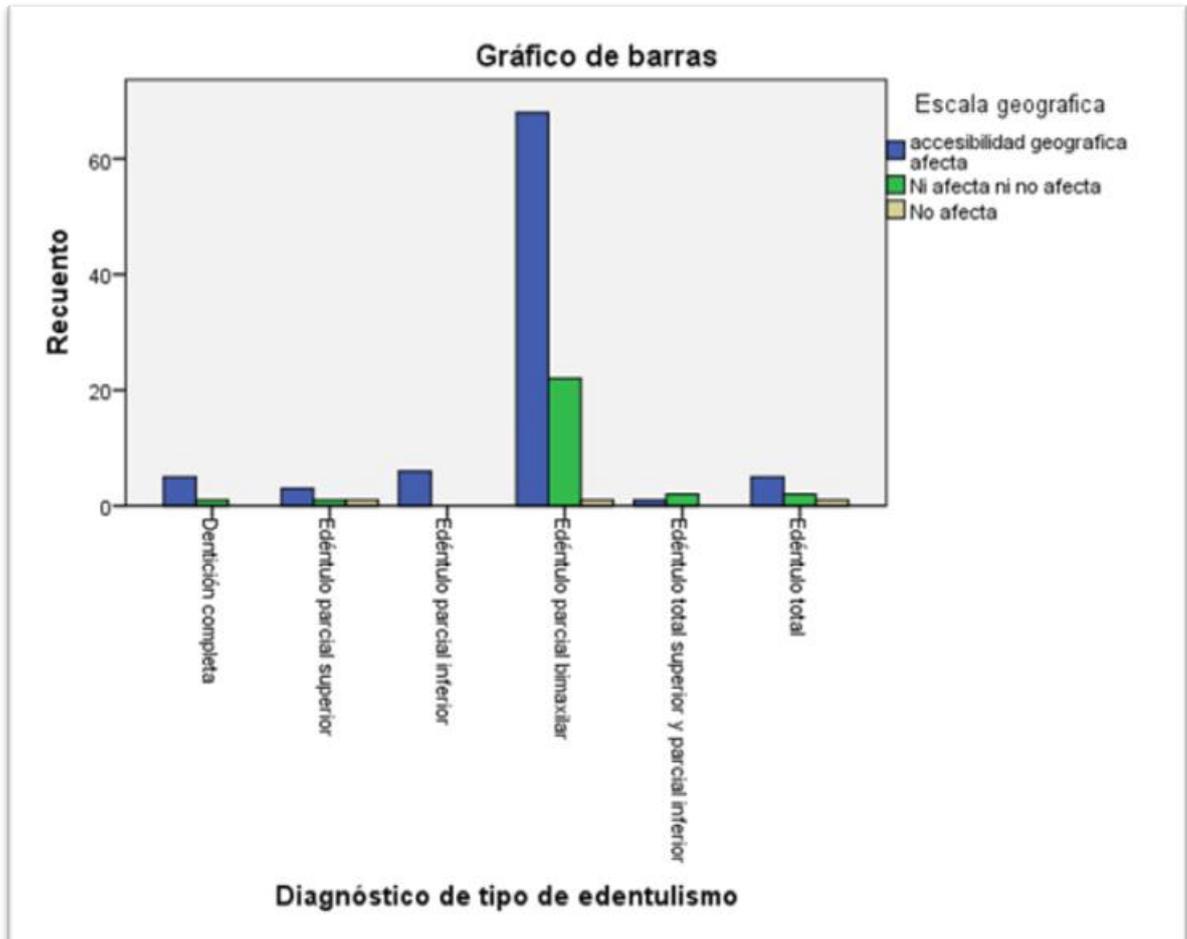
a. 15 casillas (83,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Interpretación:

frecuencia de edentulo parcial bimaxilar (76,5%), les afecta la accesibilidad geográfica en un 68 de los casos (57,1%), sin embargo existe pobladores con edentulismo parcial bimaxlar que ni afecta ni no afecta la accesibilidad geográfica en un 22 de los casos (18,5%) y pobladores con edentulismo parcial bimaxilar no les afecta la accesibilidad geográfica en un solo caso (0,8%).

Grafico N°2

Relación de accesibilidad geográfica y frecuencia de edentulismo de pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016.



Se observa en la muestra de los pobladores con una frecuencia de edentulo parcial bimaxilar (76,5%), les afecta la accesibilidad geográfica en un 68 de los casos (57,1%), sin embargo existe pobladores con edentulismo parcial bimaxilar que ni afecta ni no afecta la accesibilidad geográfica en un 22 de los casos (18,5%) y pobladores con edentulismo parcial bimaxilar no les afecta la accesibilidad geográfica en un solo caso (0,8%).

Tabla N°3

Relación de la disponibilidad de servicios y frecuencia de edentulismo de pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016

Dentición completa	Frecuencia	Porcentaje
Disponibilidad de recursos afecta	3	2,5%
Ni afecta ni no afecta la disponibilidad de recursos	3	2,5%
No afecta la disponibilidad de recursos	0	0,0%

Edentulo parcial superior	Frecuencia	Porcentaje
Disponibilidad de recursos afecta	4	3,4%
Ni afecta ni no afecta disponibilidad de recursos	1	0,8%
No afecta la disponibilidad de recursos	0	0,0%

Edentulo parcial inferior	Frecuencia	Porcentaje
Disponibilidad de recursos afecta	3	2,5%
Ni afecta ni no afecta la disponibilidad de recursos	3	2,5%
No afecta la disponibilidad de recursos	0	0,0%

Edentulo parcial bimaxilar	Frecuencia	Porcentaje
Disponibilidad de recursos afecta	35	29,4%
Ni afecta ni no afecta disponibilidad de recursos	55	46,2%
No afecta la disponibilidad de recursos	1	0,8%

Edentulo total superior y parcial inferior	Frecuencia	Porcentaje
Disponibilidad de recursos afecta	1	0,8%
Ni afecta ni no afecta Disponibilidad de recursos	2	1,7%
No afecta la disponibilidad de recursos	0	0,0%

Edentulo total	Frecuencia	Porcentaje
Disponibilidad de recursos afecta	2	1,7%
Ni afecta ni no afecta disponibilidad de recursos	6	5,0%
No afecta la disponibilidad de recursos	0	0,0%

Total	Frecuencia	Porcentaje
Disponibilidad de recursos afecta	48	40,3%
Ni afecta ni no afecta la disponibilidad de recursos	70	58,8%
No afecta la disponibilidad de recursos	1	0,8%

Fuente: Propio del investigador

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	4,986 ^a	10	0,892
Razón de verosimilitudes	5,255	10	0,873
Asociación lineal por lineal	2,627	1	0,105
N de casos válidos	119		

a. 16 casillas (88,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Interpretación:

Los pobladores con edentulo parcial bimaxilar (76,5%) les afecta la disponibilidad de servicio en un 35 de los casos (29,4%), pobladores con edentulismo parcial bimaxlar que ni afecta ni no afecta la disponibilidad de servicio en un 55 de los casos (46,2%) y pobladores con edentulismo parcial bimaxilar no les afecta la disponibilidad de servicio en uno de los casos (0,8%)

Grafico N° 3

Relación de la disponibilidad de servicios y frecuencia de edentulismo de pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016.

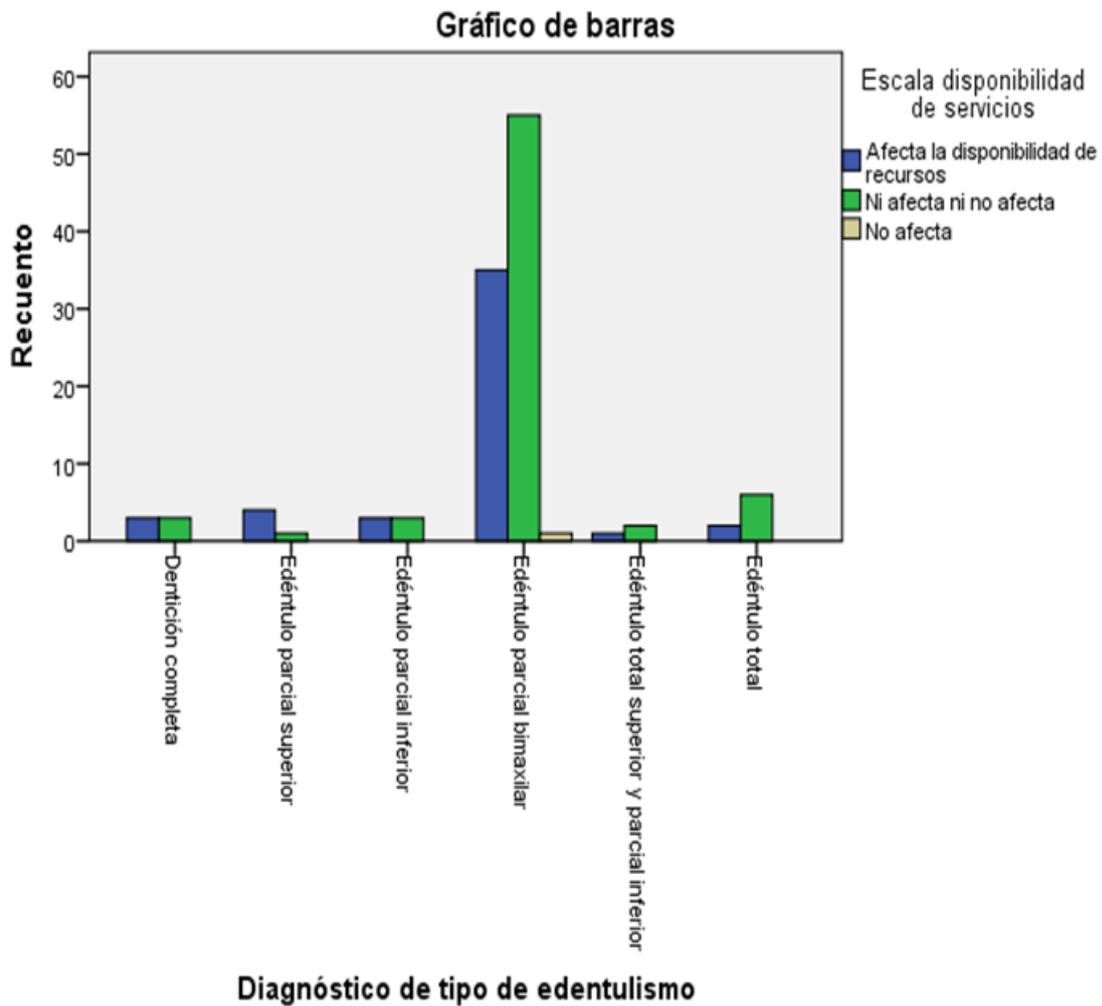


Tabla N° 4

Relación de accesibilidad cultural y frecuencia de edentulismo de pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016.

Dentición completa	Frecuencia	Porcentaje
Ni afecta ni no afecta la accesibilidad cultural	0	0,0%
No afecta la accesibilidad cultural	6	5,0%
Edentulo parcial superior	Frecuencia	Porcentaje
Ni afecta ni no afecta la accesibilidad cultural	1	0,8%
No afecta la accesibilidad cultural	4	3,4%
Edentulo parcial inferior	Frecuencia	Porcentaje
Ni afecta ni no afecta la accesibilidad cultural	0	0,0%
No afecta la accesibilidad cultural	6	5,0%
Edentulo parcial bimaxilar	Frecuencia	Porcentaje
Accesibilidad cultural afecta	4	3,4%
Ni afecta ni no afecta accesibilidad cultural	87	73,1%
No afecta la accesibilidad cultural	1	0,8%
Edentulo total superior y parcial inferior	Frecuencia	Porcentaje
Ni afecta ni no afecta accesibilidad cultural	1	0,8%
No afecta la accesibilidad cultural	2	1,7%
Edentulo total	Frecuencia	Porcentaje
Ni afecta ni no afecta accesibilidad cultural	0	0,0%
No afecta la accesibilidad cultural	8	6,7%
Total	Frecuencia	
Porcentaje		
Ni afecta ni no afecta la accesibilidad cultural	6	5,0%
No afecta la accesibilidad cultural	113	95,0%

Fuente: Propio del investigador

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,493 ^a	5	0,131
Razón de verosimilitudes	5,899	5	0,316
Asociación lineal por lineal	,056	1	0,813
N de casos válidos	119		

a. 8 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,15.

Interpretación:

Los pobladores con frecuencia de edentulo parcial bimaxilar (76,5%) existe pobladores con edentulismo parcial bimaxlar que ni afecta ni no afecta la accesibilidad cultural en un 4 de los casos (3,4%) y pobladores con edentulismo parcial bimaxilar no les afecta la accesibilidad cultural en un 87 de los casos (73,1%).

Grafico N°4

Relación de accesibilidad cultural y frecuencia de edentulismo de pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016.

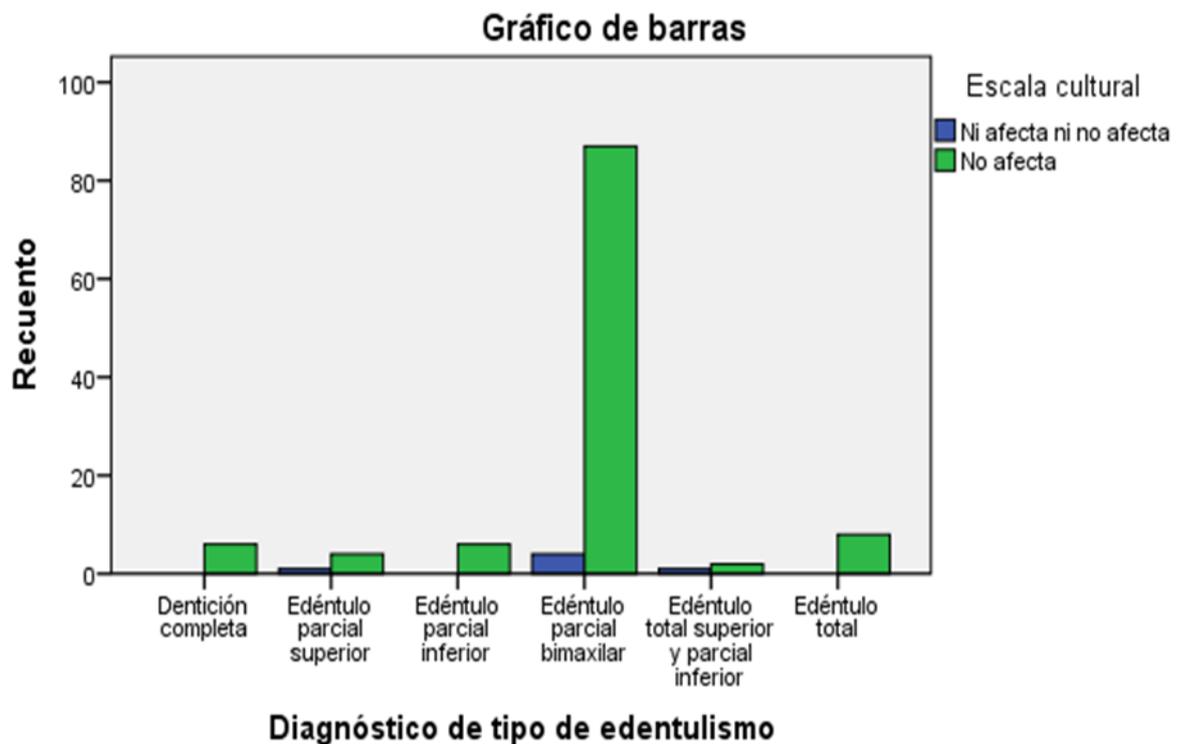


Tabla N° 5

Frecuencia de respuesta para determinar la accesibilidad de geográfica en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016

¿Cómo llega al centro de salud más cercano o consultorio dental?

Caminando
Frecuencia 21
Porcentaje 17,6%
Moto
Frecuencia 4
Porcentaje 3,4%
Carro
Frecuencia 87
Porcentaje 73,1%
Bus
Frecuencia 7
Porcentaje 5,9%
Total
Frecuencia 119
Porcentaje 100%

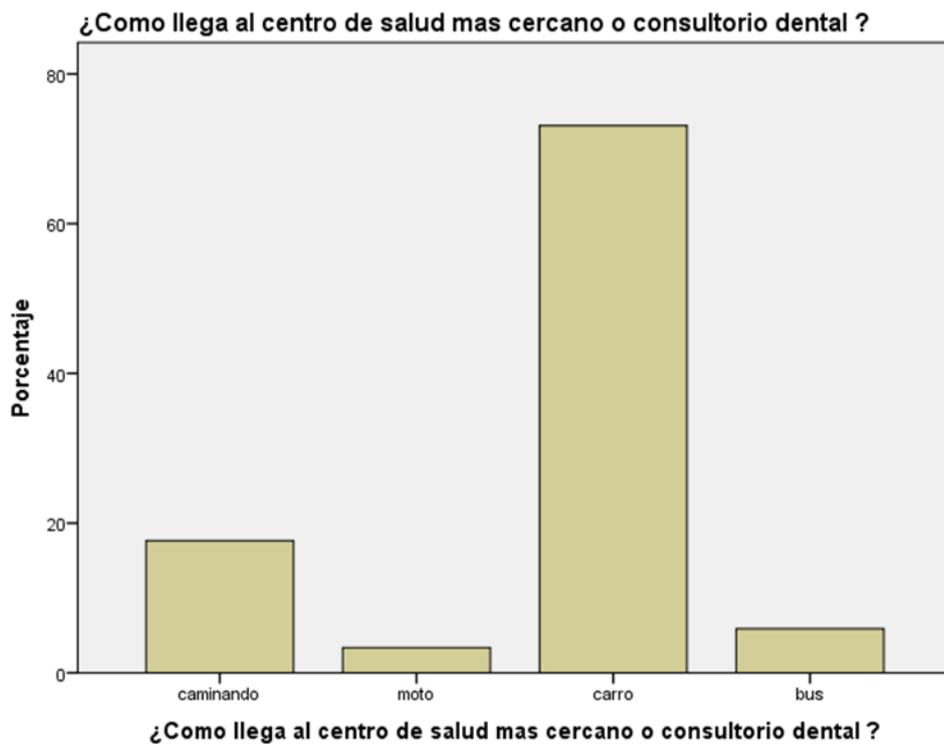
Fuente: Propio del investigador

Interpretación:

La muestra indicó el 73,1 % se dirigen al consultorio dental en carro, el 17,6 % se dirigen al consultorio dental caminando, el 5,9% se dirigen en bus, el 3,4% se dirigen en moto.

Grafico5

Frecuencia de respuesta para determinar la accesibilidad de geográfica en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016



Los pobladores del distrito de Huasta se dirigen al consultorio dental en carro, el 73,1%, 17,6 % se dirigen al consultorio dental caminando, el 5,9% se dirigen en bus, el 3,4% se dirigen en moto.

Tabla N°6

Frecuencia de respuesta para determinar la disponibilidad de servicios en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016

¿Si tiene que atenderse en un centro de salud por motivos dentales, lo haría?

Utilizando el SIS	
Frecuencia	41
Porcentaje	34,5%
Utilizando un seguro privado	
Frecuencia	8
Porcentaje	6,74%
Pagando en efectivo por lo que tengan que hacerme	
Frecuencia	70
Porcentaje	58,8%
Total	
Frecuencia	119
Porcentaje	100%

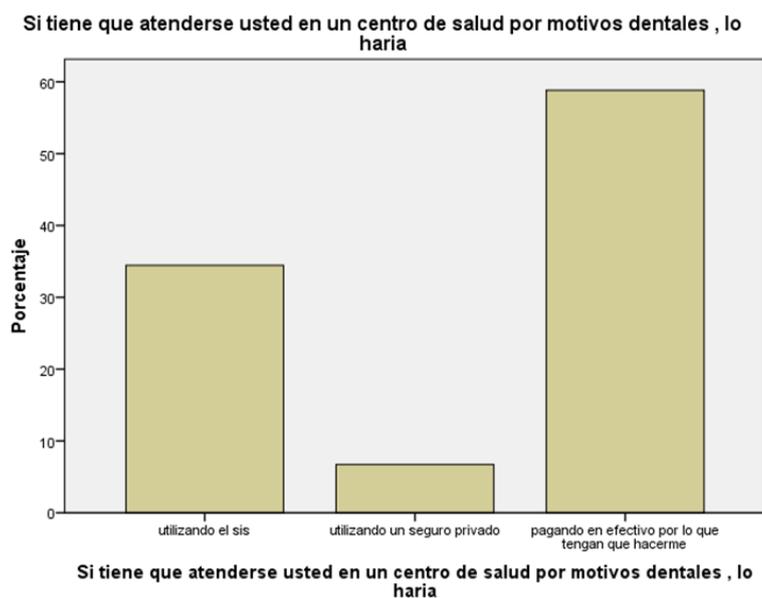
Fuente: Propio del investigador

Interpretación:

Los resultados indicaron que el 70 de los pobladores encuestados (58,8 %) acceden a servicio odontológico pagando en efectivo, el 41 de los casos (34,5 %) lo hacen utilizando el SIS, el 8 de los casos (6,7%) utilizan un seguro privado.

Grafico N° 6

Frecuencia de respuesta para determinar la disponibilidad de servicios en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016



Interpretación:

Los resultados arrojaron que 70 de los pobladores encuestados (58,8 %) acceden a servicio odontológico pagando en efectivo, el 41 de los casos (34,5 %) lo hacen utilizando el SIS, el 8 de los casos (6,7%) utilizan un seguro privado.

Tabla N°7

Frecuencia de respuesta para determinar la accesibilidad cultural en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016

¿Si tuviera una emergencia tipo dolor dental, que haría?

Buscar un odontólogo que me pueda atender	
Frecuencia	18
Porcentaje	15,1%
Busco cualquier profesional de salud para que me de algo para el dolor	
Frecuencia	8
Porcentaje	6,7%
Me tomo o coloco algo casero para calmarlo	
Frecuencia	49
Porcentaje	41,2%
Me voy a una farmacia cercana para que me de algo	
Frecuencia	41
Porcentaje	34,5%
Trato de aguantarme porque ya va a pasar	
Frecuencia	3
Porcentaje	2,5%
Total	
Frecuencia	119
Porcentaje	100%

Fuente: Propia del investigador

Interpretación:

Los resultados indicaron que el 41,2% refiere que para una urgencia odontológica, se toma o coloca algo casero para calmarlo , el 34,5 % asiste a una farmacia cercana para que le mediquen , el 15,1% busca un odontólogo para que lo atienda, el 6,7% busca cualquier profesional de salud para que le mediquen , el 2,5% trata de aguantarse hasta que se le pase .

Grafico N°7

Frecuencia de respuesta para determinar la accesibilidad cultural en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016



Interpretación:

Los resultados fueron el 41,2% de los encuestados refieren que para una urgencia odontológica, se toma o coloca algo casero para calmarlo , el 34,5 % de los encuestados asiste a una farmacia cercana para que le mediquen , el 15,1% de los encuestados se busca un odontólogo para que lo atienda, el 6,7% de los encuestados se busca cualquier profesional de salud para que le mediquen , el 2,5% de los encuestados se trata de aguantarse hasta que se le pase .

5.2 Análisis de Inferencias

Los resultados de accesibilidad geográfica y disponibilidad de recursos tuvieron significancia en los cuadros estadísticos, sin embargo los resultados de la accesibilidad cultural infiere en la hipótesis establecida sobre la relación de la accesibilidad cultural y frecuencia de edentulismo parcial bimaxilar.

5.3 Comprobación de Hipótesis

Si existe relación entre acceso a servicios odontológicos y frecuencia del edentulismo parcial bimaxilar en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi Departamento de Ancash en el 2016, esta hipótesis es afirmativa ya que se pudo demostrar que según las variables estudiadas, afecta la accesibilidad y disponibilidad para tener los servicios odontológicos.

Si existe relación de accesibilidad geográfica y frecuencia de edentulismo parcial bimaxilar de pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016, esta hipótesis es afirmativa puesto que en los resultados encontrados se obtuvo que el mayor porcentaje de personas con edentulismo parcial bimaxilar examinadas demuestran que si afecta la accesibilidad geográfica para acceder a los servicios odontológicos.

Si existe relación de disponibilidad de recursos y frecuencia de edentulismo parcial bimaxilar en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016, en esta hipótesis se encuentra afirmativa ya que en los resultados obtenidos es indiferente la disponibilidad de recursos.

Si existe relación de accesibilidad cultural y frecuencia del edentulismo parcial bimaxilar en pobladores adultos del distrito de Huasta provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016. Esta hipótesis resulto negativa ya que los pobladores examinados no tenían ningún efecto en cuanto la accesibilidad cultural.

5.4 Discusión

El edentulismo es la pérdida dental que puede ser parcial o total en donde la persona se puede ver afectada en la calidad de vida, esto se da en diferentes edades.

En el Perú cada población es distinta por lo tanto sus necesidades serán de acuerdo a cada población, es por ello que los estudios en diversas regiones son necesarias para conocer la realidad de cada sector.

Del presente estudio y de los antecedentes se puede llegar a la discusión que la frecuencia de edentulismo parcial bimaxilar en los pobladores de Huasta, es de 76,5%, estos resultados coinciden con Ttito (2015) cuya investigación fue realizada en Puno donde la frecuencia de edentulismo parcial bimaxilar es en un 42,8%, son similares en presentar una alta frecuencia de edentulismo parcial bimaxilar así mismo Gramal (2014) con su investigación de la relación del acceso a la atención dental con el edentulismo en la comunidad de Peguche, realizó una muestra con 195 pobladores donde 132(68%) son edentulos parciales al igual que Vanegas (2016) realizó la investigación en Cuenca, Ecuador con una muestra de 378 pacientes donde pudo determinar que predominó el edentulismo parcial bimaxilar.

En la investigación se determinó mediante una encuesta la accesibilidad geográfica, obteniendo como resultado que existe una relación entre la accesibilidad geográfica y frecuencia de edentulismo parcial bimaxilar, afectando en un 57,1% de los examinados al igual que Hernández (2014) determinó que se encontró que la dificultad para trasladarse hasta IPS y lo lejos que estas están de su vivienda podrían considerarse como barreras de acceso, la barrera de tipo económico más frecuente son las necesidades de gastar dinero para transportarse hasta la institución prestadora de salud y la inversión que esto implica.

Se puede afirmar que estas investigaciones recientes coinciden con este estudio realizado en cuanto al acceso de servicio que se puede ver afectado por la falta de accesibilidad geográfica ya que se necesita de una inversión de

tiempo y económico extra para llegar al centro de salud. Para determinar la necesidad de transporte se evaluó a los encuestados la manera de cómo se trasladaban al centro odontológico ya sea por carro, bus, moto o caminando. El 73% de los encuestados afirman que para ir al centro odontológico van en carro con un tiempo de 1 a 2 horas de transporte para acceder al centro odontológico más cercano de su localidad.

En la investigación se pudo confirmar que existe una relación de la frecuencia del edentulismo parcial bimaxilar y la accesibilidad geográfica como así también la disponibilidad de servicios , estos resultados coinciden con Hernández y Colaboradores (2014) que realizaron su investigación en Cartagena sobre las barreras de acceso a servicio odontológico , llegaron a la conclusión que entre las barreras más frecuentes es están el tiempo de asignación de citas, la percepción de calidad del servicio, horarios, infraestructura, dificultades para trasladarse hasta el sitio de atención, vivienda lejos, gastos para el traslado, creencias, miedo a las agujas, instrumentos rotatorio.

La relación de la frecuencia del edentulismo parcial bimaxilar y la disponibilidad de servicio se observó en los resultados que es indiferente al factor de disponibilidad de servicios , ya que los encuestados se ven afectados por la calidad insuficiente de los servicios, en cuanto las atenciones prestadas, ausencia de consultorios dentales en el pueblo, pero también la disponibilidad económica, en algunos de los casos encuestados no se ven afectados quiere decir que no es un factor predominante para que acudan a los servicios odontológicos y estos resultados no coinciden con Hernández (2014) cuya investigación fue realizada en México, afirmando que la frecuencia de edentulismo parcial se debía a un problema socio económico al igual que Fernández y colaboradores (2016) concluye que entre los individuos de mejor posición socioeconómica el estado de salud bucal en ellos es mejor, independientemente de la naturaleza, alcance y grado de eficiencia del sistema de salud.

También se considera como disponibilidad de servicio a la tenencia de un seguro, lo cual en esta investigación si se determinó que cuentan con un seguro sea particular o estatal sin embargo no garantiza la conservación de las piezas dentarias según Ttito(2015) sin embargo para Belaunde (2013) en su investigación afirma que la tenencia de seguro dental ha sido considerada como un importante predictor en la utilización de servicios dentales. Su estudio encontró que el 85,71% de adultos tienen un Seguro Integral de Salud, el cual es un seguro estatal y solo permite dos atenciones al mes, y durante el año solo se pueden realizar seis curaciones, tres extracciones y una limpieza dental.

Una de las preguntas por parte de esta investigación determinaba como era el medio de pago de los encuestados para el alcance de los servicios dentales y el resultado fue el 58,8% de los encuestados obtienen atención dental pagando en efectivo puesto que los mismos seguros no cubren todas los servicios odontológicos que ellos requieran.

La relación de la frecuencia del edentulismo parcial bimaxilar y la accesibilidad cultural en la investigación se muestra de una manera insignificante, ya que se elaboró una serie de preguntas de las cuales nos ayudaría a determinar si los encuestados tenían conocimientos culturales acerca de su salud oral, con los resultados obtenidos se pudo llegar a determinar que la accesibilidad cultural no afecta en la frecuencia de edentulismo parcial bimaxilar, estos resultados son completamente opuestos a la investigación de Ttito (2015) donde investigo la relación del edentulismo y la accesibilidad cultural en Puno , en sus resultados afirma que si existe una relación entre el edentulismo y la accesibilidad cultural , observó algunos de los principales factores condicionante a la accesibilidad cultural como, motivo principal por que no va al dentista, última visita al dentista. En esta investigación uno de los factores que nos ayudó a determinar la accesibilidad cultural fue determinado la actitud de los encuestados frente a un dolor dental, el 41,2% confirma que se tomaría algo o se colocaría algo casero para calmar el dolor.

CONCLUSIONES

-Luego de las investigaciones realizadas podemos afirmar que si existe relación entre el acceso a servicio odontológico y la frecuencia de edentulismo parcial bimaxilar en pobladores adultos.

-Si existe frecuencia de edentulismo en pobladores adultos del distrito de Huasta.

-Si existe relación entre la accesibilidad geográfica y la frecuencia de edentulismo en pobladores adultos del distrito de Huasta.

-El factor de disponibilidad de servicios es indiferente para acceder al servicio odontológico

-No existe relación entre la accesibilidad cultural y la frecuencia de edentulismo en pobladores adultos del distrito de Huasta.

RECOMENDACIONES

-Se deberían realizar estudios en niños para determinar la necesidad de la población.

-Realizar estudios en otras regiones de nuestro país para conocer la realidad, y así tomar medidas necesarias para mejorar nuestros servicios en salud para diferentes regiones.

-El Acondicionamiento para implementar un centro odontológico en la localidad.

-Los odontólogos de los Centros de Salud de nuestra región y nuestro país deben realizar de forma didáctica programas en los que se incluyan la prevención de la salud oral para la población.

-Con la ayuda de una ONG se podrá realizar tratamientos a mejores costos para un acceso efectivo de la población.

-Implementación de los fármacos elementales para una urgencia odontológica en la posta de la localidad.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hirmas A, Poffald L, Sepúlveda A, Aguilera X, Delgado I, Vega J. Rev. Panamá Salud Pública. (Panamá) 2013; 33(3):223–9.
2. Consejería de salud y bienestar social. Resultados y calidad del sistema sanitario público. Andalucía: Consejería de salud y bienestar social.2012.
3. Hernández M. Gutiérrez P. Barreras de acceso al servicio odontológico de los pacientes que se atienden en COPRESALUD IPS en la ciudad de Cartagena en el primer trimestre del 2014.Cartagena de Indias: Universidad de Cartagena, facultad de ciencias económicas; 2014.
4. Vanegas M. Prevalencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la clínica odontológica de la universidad de Cuenca. [Tesis de grado previa a la obtención de título de "Especialista en rehabilitación oral"].Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de odontología; 2016.
5. Fernández M, *et. al.* Rev. Clin Periodoncia Implantol Rehabilitación Oral. (México) 2016;9(1):59-65.
6. Ttito R. Relación entre el edentulismo y la accesibilidad cultural a la atención dental en pobladores de 18 a 64 años de edad de la capital del distrito de Acora-Puno.[Tesis de grado para obtener el título de cirujano dental].Acora. Universidad Nacional del Altiplano. Facultad de Ciencias de la salud; 2015.
7. Gutiérrez V, León M. Castillo D. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal .Rev. Estomatológica Herediana. 2015; 25(3):179-86.
8. Gramal M. Relación del acceso a la atención dental con el edentulismo en la comunidad de Peguche de la provincia de Imbabura. [tesis de grado para obtener el título de odontólogo] Quito: Universidad Central de Ecuador, Facultad de Odontología; 2014.

9. Alfaro A. Satisfacción del paciente con la atención odontológica en la clínica estomatológica de la Universidad de Trujillo 2013. [Tesis para optar el grado de bachiller en estomatología] Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo, Facultad de estomatología; 2013.
10. Navarrete J. Factores socio- demográficos y socioeconómicos asociados a los diferentes estados de pérdida de dientes en adultos mexicanos. [Tesis para optar el grado de maestro de ciencias de la salud]Hidalgo: Universidad Autónoma del estado de Hidalgo, área académica de Medicina; 2013.
11. Rodríguez M. Factores que influyen en la percepción de la calidad de los usuarios externos de la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos [tesis de grado para optar el grado académico de Magister en Estomatología] Lima: Universidad Mayor de San Marcos, Facultad de odontología; 2012.
12. Belaunde M. Relación entre el acceso a la atención dental y el edentulismo en pobladores de 18 a 65 años de edad del distrito de Cajabamba, departamento de Cajamarca, durante el periodo Febrero –Mayo de 2011 [tesis para obtener el grado de cirujano dentista] Lima: Universidad Cayetano Heredia, facultad de Estomatología; 2011.
13. Carr A; Glen P. Mc Givney; T. Brown D. Mc Cracken Prótesis removible.11va Ed. Madrid: Elsevier Mosvier; 2006.
14. Díaz P .Factores asociados al edentulismo en pacientes diagnosticados en la Clínica de la Facultad de Odontología UNMSM [tesis para optar el título profesional de cirujano dentista] Lima: Universidad Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología; 2009.
15. Sapp J, Eversole L, Wysocki G. Patología oral maxillofacialcontemporánea.3aed-3nd.Elsevier España. Génova; 2005.
16. Carranza F, Sznajder N. Compendio de Periodoncia .En: Marcelo T. De Alvear. Buenos Aires: Panamericana; 1996 p.37-40.

17. Mallat D, Mallat E. Prótesis parcial removible y sobre dentaduras .3 Ed. Elsevier Mosvier; 2011.

18. El derecho a la salud. Nueva York: Office de las Naciones Unidas Alto Comisionado para los Derechos Humanos.2008.

19. Garrocho C. Análisis de la accesibilidad a los servicios de salud y de los sistemas de información geográfica: teoría y aplicación en el contexto del estado de México. Just Health Care.1988; 427-31.

20. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de los afiliados al Seguro Popular.2014.

21. Escalona A; Accesibilidad geográfica de la población rural a los servicios básicos de salud: estudio en la provincia de Teruel. Revista de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo Rural. [En línea] 2003 setiembre [Fecha de acceso diciembre 2003]; 120. URL disponible en :

file:///C:/Users/Alumno/Desktop/Accesibilidad_geografica_de_la_poblacion.pdf

22. Disponibilidad del derecho a la salud. Observatorio de política social y derechos humanos. [En Línea]. URL disponible en:

<http://observatoriopoliticasocial.org/sidesc/>

23. Fajardo, Gutiérrez J, PhD, García S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. Salud Publica de México [en Línea] 7 de abril de 2014 [12de enero de 2015]; 57(2).

Disponible

en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014

24. Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2014. [en línea]

URL disponible en:

https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:GgFSQ6Wq6OEJ:https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1159/cuadros/ancash/ancash_2_3.xls+&cd=5&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe

25. Nieves M. Distritos de Bolognesi. Ancash. [En línea] 2016.URL Disponible en:

<https://bolognesino.wordpress.com/huasta/>

26. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 4ª.ed.Mexico, Mc Graw-Hill: 2006.

27.Graham J, Mount W, Hume R. Conservación y restauración de la estructura dental. España. Harcourt Brace. 199;10-1

28. Mcracken , Prótesis parcial removible. Argentina. Mundi.1985;14-5

29. Rendón Y. Prótesis Parcial Removible, conceptos actuales atlas de diseño. España.Panamericana.2006;6

30. Espinosa J. Rehabilitación oral con prótesis total y prótesis parcial removible en un paciente con síndrome combinado de Kelly.[Caso clínico previo a la obtención del título de odontólogo] Ecuador: Universidad internacional del Ecuador, área de ciencias médicas;2013.

ANEXOS



Encuesta

Buenos días estimado señor (a) soy Jaqueline Arévalo Alva y deseo realizarle algunas preguntas como parte de mi trabajo de investigación, con el cual pretendo obtener el título de cirujano dentista. Recuerde que no existen preguntas con respuestas correctas o incorrectas, así que por favor le solicito su colaboración en ese sentido y le garantizo a cambio la confidencia y anonimato.

I. Accesibilidad geográfica

1. Considera usted que ir de su casa al consultorio dental sea:

- a. Muy difícil de llegar
- b. Difícil de llegar
- c. No afecta para llegar
- d. Es fácil de llegar
- e. Es muy fácil de llegar

2. Con respecto a la ruta que toma para ir al consultorio dental es :

- a. Muy difícil de llegar
- b. Difícil de llegar
- c. No afecta para llegar
- d. Es fácil de llegar

e. Es muy fácil de llegar

3. ¿Cómo llega al centro de salud más cercano o consultorio dental particular ?

a. Caminando

b. Moto

c. Carro

d. Bus

e. Nunca he ido al dentista

4. ¿Cuánto tiempo le demora en llegar hasta el centro de salud o consultorio?

a. No recuerdo

b. 1 hora a mas

c. 30-59 minutos

d. 15 -30 minutos

e. menos de 15 minutos

5. Considera usted al centro odontológico que asiste se encuentra lejos de su vivienda

a. Totalmente de acuerdo

b. acuerdo

c. Ni tan de acuerdo

d. Desacuerdo

e. Totalmente en desacuerdo

6. Considera usted que el hecho de la distancia influye para que usted vaya a su cita odontológica:

- a. Totalmente de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Ni tan de acuerdo
- d. Desacuerdo
- e. Totalmente en desacuerdo

II. Disponibilidad de recursos

1. Si tiene que atenderse usted en un centro de salud por motivos dentales, usted lo haría:

- a. Utilizando el SIS.
- b. Utilizando un seguro privado.
- c. Pagando en efectivo por lo que tengan que hacerme.

2. Considera que los costos por los tratamientos que no cubre el seguro son:

- a. Muy adecuados
- b. adecuados
- c. Ni tan adecuado.
- d. Inadecuados
- e. Muy inadecuados

3. Considera usted que la cantidad de centros de atención dental en su localidad son:

- a. Cantidad excesiva
- b. Cantidad adecuada
- c. Cantidad no tan adecuada

d. Cantidad inadecuada

e. Cantidad escasa

4. Considera usted que el centro odontológico al que asiste le ofrece todos los servicios odontológicos:

a. Totalmente de acuerdo

b. De acuerdo

c. Ni tan de acuerdo

d. Desacuerdo

e. totalmente en desacuerdo

5. Considera tener disponibilidad económica para atenderse en un centro particular.

a. Totalmente de acuerdo

b. De acuerdo

c. Ni tan de acuerdo

d. Desacuerdo

e. Totalmente en desacuerdo

III. Accesibilidad cultural

1. ¿Para evitar la aparición de caries dental es importante disminuir el consumo de dulces?

a. Totalmente de acuerdo

b. De acuerdo

c. Ni tan acuerdo

d. Desacuerdo

e. Totalmente en desacuerdo

2. ¿el tiempo que dura mi cepillo de dientes depende del número de veces que lo use?

a. Totalmente de acuerdo

b. De acuerdo

c. Ni tan de acuerdo

d. Desacuerdo

e. Totalmente en desacuerdo

3. ¿El cepillo de dientes puede ser compartido por varios miembros de la familia?

a. Totalmente en desacuerdo

b. Desacuerdo

c. Ni tan de acuerdo

d. acuerdo

e. Totalmente de acuerdo

4. Cuán importante es cuidar el tipo de alimentación y la cantidad de dulces para evitar problemas dentales:

a. Es muy importante

b. Es importante

c. NI tan importante

d. No es importante

- e. No es muy importante
5. Si tuviese una emergencia tipo dolor dental qué haría
- a. Buscar un odontólogo que me pueda atender
 - b. Busco cualquier profesional de salud para que me dé algo para el doctor.
 - c. Me tomo o coloco algo casero para calmarlo
 - d. Voy a una farmacia cercana para que me den algo
 - e. Trato de aguantarme porque ya va a pasar.

Puntaje por preguntas:

Pregunta	Puntaje por preguntas				
I. Accesibilidad Geográfica	A	B	C	d	E
P # 1	1	2	3	4	5
P # 2	1	2	3	4	5
P # 4	0	1	2	3	4
P # 5	1	2	3	4	5
P # 6	1	2	3	4	5
II. Disponibilidad de recursos	a	B	C	d	E
P # 2	5	4	3	2	1
P # 3	5	4	3	2	1
P # 4	5	4	3	2	1
P # 5	5	4	3	2	1
III. Accesibilidad cultural	A	B	C	d	E
P # 1	5	4	3	2	1
P # 2	5	4	3	2	1
P # 3	5	4	3	2	1
P # 4	5	4	3	2	1

Disponibilidad Geográfica:

Preguntas para evaluación cuantitativa 05

Puntaje mínimo 05

Puntaje máximo 24

Intervalos a considerar

Puntaje	Interpretación	Observaciones
5 < 11	Afecta	Intervalo inferior que refleja que el factor geográfico es significativo para el acceso a servicio odontológico
12 < 17	Ni afecta ni no afecta	Intervalo medio que refleja que es indiferente al factor geográfico para acceder a los servicios.

18 ≤ 24	No afecta	Intervalo superior que denota que el factor geográfico no es un problema para acceder a servicios odontológicos.
---------	-----------	--

Disponibilidad de Recursos :

Preguntas para evaluación cuantitativa 04

Puntaje mínimo 04

Puntaje máximo 20

Intervalos a considerar

Puntaje	Interpretación	Observaciones
4 < 8	Afecta	Intervalo inferior que refleja que el factor de disponibilidad de recursos para el acceso a servicio odontológico
9 < 13	Ni afecta ni no afecta	Intervalo medio que refleja que es indiferente al factor de disponibilidad de recursos para acceder a los servicios odontológico
14 ≤ 20	No afecta	Intervalo superior que denota que el factor de disponibilidad de recursos no es un problema para acceder a servicios odontológico.

Disponibilidad Cultural:

Preguntas para evaluación cuantitativa 04

Puntaje mínimo 04

Puntaje máximo 20

Puntaje	Interpretación	Observaciones
4 < 8	Afecta	Intervalo inferior que refleja que el factor de accesibilidad cultural es significativo para el acceso a servicio odontológico
9 < 13	Ni afecta ni no afecta	Intervalo medio que refleja que es indiferente al factor de accesibilidad cultural para acceder al servicio odontológico.
14 ≤ 20	No afecta	Intervalo superior que denota que el factor de accesibilidad cultural no es un problema para acceder al servicio odontológico.



Ficha de Evaluación Clínica

Datos Generales

.Sexo: Femenino.....(0)

Masculino...(1)

Edad:

ODONTOGRAMA

ESPECIFICACIONES: _____

Diagnóstico del edentulismo	
Dentado Completo	
Edentulo parcial superior	
Edentulo parcial inferior	
Edentulo parcial bimaxilar	
Edentulo total superior y parcial inferior	
Edentulo parcial superior y total inferior	
Edentulo Total.	

Diagnóstico del Edentulismo

Dentado Completo	1
Edentulismo Parcial Superior.....	2
Edentulismo Parcial Inferior.....	3
Edentulismo Bimaxilar	4
Edentulismo Total Superior y Parcial Inferior.....	5
Edentulismo Parcial Superior y Total inferior.....	6
Edentulo total.....	7



Consentimiento informado

Investigador: Jaqueline Arévalo Alva

Yo _____ identificado, con DNI N°_____ Autorizo a la señorita Jaqueline Arévalo Alva , egresada de la Escuela profesional de Estomatología , que se encuentra realizando un estudio en las personas adultas del distrito de Huasta , titulado “ **Relación entre la accesibilidad odontológica y frecuencia de edentulismo parcial bimaxilar en pobladores adultos en el distrito de Huasta en la provincia de Bolognesi departamento de Ancash en el 2016** ” , con la finalidad que este conocimiento sirva para entidades encargadas de la planificación y programación de salud bucal para personas adultas.

Se requerirá que mi persona conteste las preguntas de una encuesta , que tomara 10 minutos y que tiene carácter anónimo , pues los datos obtenidos se mantendrán en total confidencialidad , y no se registrara mi nombre en la encuesta .

Todos los datos se utilizaran para fines de estudio y en el informe de estudio en ningún caso se mencionara mi nombre.

Mi participación en este estudio no significa riesgo ni incomodidad para mí y no me demandara ningún tipo de gasto.

.....

Firma

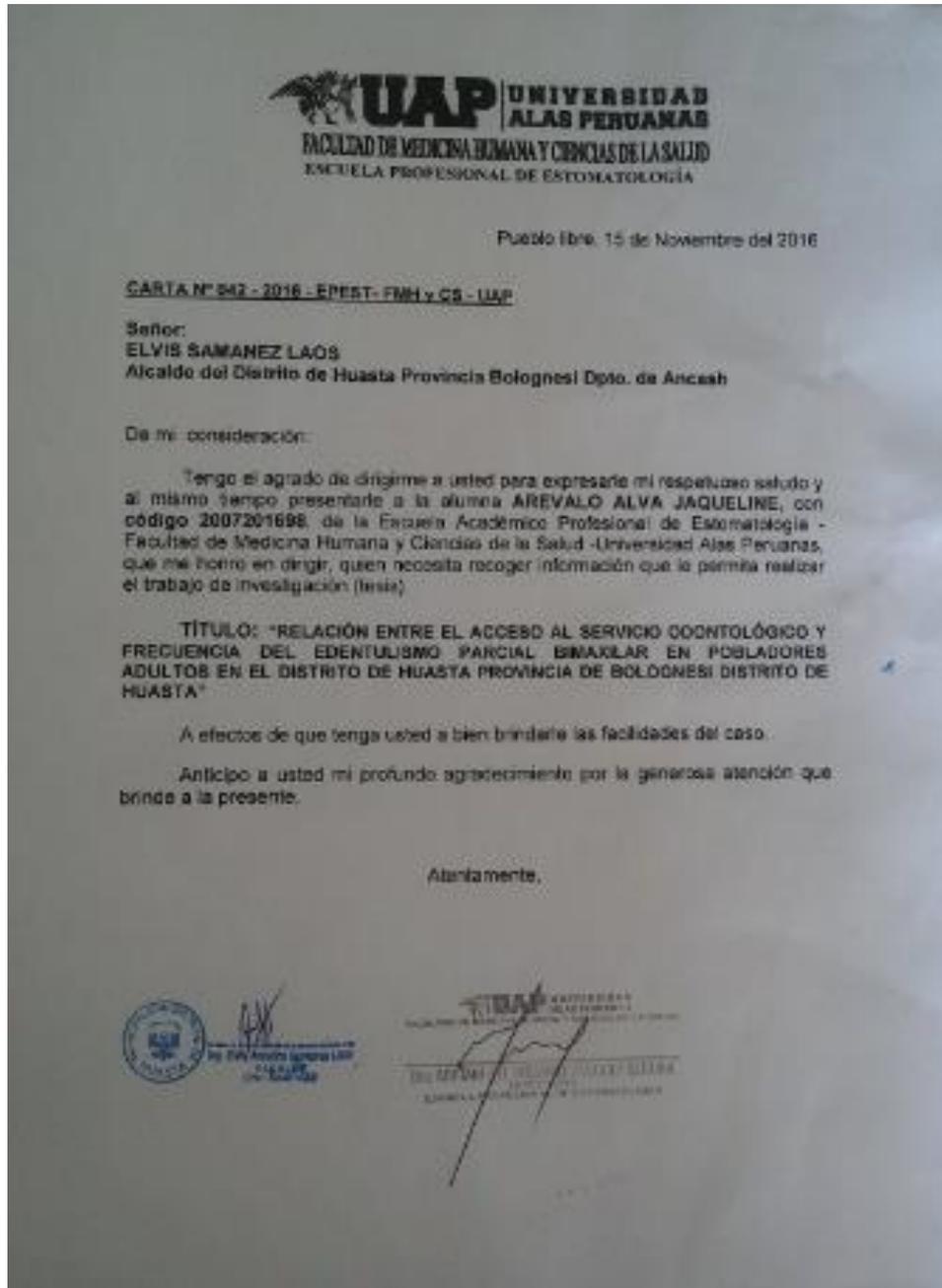
Anexo N° 4

Certificado de la Municipalidad de Huasta



Anexo N° 5

Carta de autorización



Anexo N°6

Fotografías



Imagen 1 elaborado por Josué Bendezu García



Imagen 2 elaborado por Josué Bendezu García



Imagen 3 elaborado por Josué Bendezu García



Imagen 4 elaborado por Josué Bendezu García



Imagen 5 elaborado por Fiorella Arévalo Alva



Imagen 6 elaborado por Josué Bendezu García



Imagen7 elaborado por Josué Bendezu García



Imagen8 elaborado por Josué Bendezu García



Imagen 9 elaborado por Josue Bendezu G.



Imagen 10 elaborado por Josué Bendezu García



Imagen 11 elaborado por Josué Bendezu García



Imagen 12 elaborado por Josué Bendezu García



Imagen 13 elaborado por Josué Bendezu García