



ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

TESIS

**EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE
KENNEDY EN PADRES DEL PROGRAMA VASO DE LECHE DEL
ASENTAMIENTO HUMANO LAS FLORES DE PAMPLONA BAJA
AÑO 2017**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO
DENTISTA**

PRESENTADO POR

BACHILLER: HUANCA QUISPE, JOSÉ LUIS

ASESOR:

DRA. RUÍZ PANDURO, CLAUDIA

LIMA – PERÚ

2018

A mis padres y hermanos, por su amor incondicional y ánimos constantes que a pesar de la distancia me dieron toda su fuerza para seguir adelante con los estudios, siempre diciendo “vamos tú puedes!, no te rindas!, sigue adelante!”, palabras que me animaron a continuar y persistir para alcanzar mis metas.

A mis asesores y jurado, por su apoyo incondicional y motivación que permitieron culminar con éxito la presente tesis.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Esp. Miriam Vásquez Segura y a los doctores, que contribuyeron en mi formación universitaria.

A la Dra. Mg. Esp. Claudia Ruíz Panduro, por haber sido una fuente de conocimientos para la realización de este trabajo, por ser un gran apoyo con su guía y confianza en mi trabajo, además de su invaluable consejo y dirección para el desarrollo de esta tesis.

A la Dra. CD. Mg. Rosa Quiroz de la Torre; por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación, gracias por su valiosa ayuda y dedicación en la realización de este estudio.

A los pobladores del Asentamiento Humano (AA.HH.) “las Flores de Pamplona Baja” del distrito San Juan de Miraflores en especial al Programa Vaso de Leche quienes me acogieron como si fuese un integrante más de su familia y aquellas personas, que me brindaron su amistad, consejos, comprensión, paciencia, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. A todos ellos muchas gracias.

RECONOCIMIENTO

A la Universidad Alas Peruanas por darme la oportunidad de estudiar y ser un profesional de la salud.

RESUMEN

La presente investigación es un estudio transversal-descriptivo, observacional, no experimental que tuvo como propósito determinar cuál es el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en padres de 20 a 60 años del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017. La clasificación de Kennedy ha sido de gran ayuda para el estudio de este tipo de pacientes. El instrumento que se utilizó en la presente investigación fue el odontograma para determinar el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y el cuestionario para determinar el nivel socioeconómico-cultural. Se encuestaron a 80 padres del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja de San Juan de Miraflores, siendo un 29 (36,3 %) del sexo masculino y un 51 (63,8 %) del sexo femenino respectivamente. En este estudio se encontró que la clase III de Kennedy mandibular es la más predominante con 27 (33,8%), la siguiente clase con mayor frecuencia fue la clase II de Kennedy mandibular, 5 (6,3%); mientras que en la clase I fue 1 (1,3%); y finalmente la clase IV de Kennedy siendo la menos frecuente con 0 (0,0%). De los 80 padres que se encuestaron (100%), se encontró que nivel socioeconómico-cultural bajo es de 59 (73,8%), un nivel socioeconómico-cultural medio 21 (26,3%). Además, no se encontró presente un nivel socioeconómico-cultural medio-alto, ni un nivel socioeconómico-cultural muy bajo.

PALABRAS CLAVE: edentulismo parcial, edad, género, nivel socioeconómico-cultural.

ABSTRACT

The present investigation is a cross-descriptive, observational, non-experimental study whose purpose was to determine what is the partial edentulism according to the Kennedy classification in parents of 20 to 60 years of the Milk Glass Program of the Las Flores Pamplona Baja district. San Juan de Miraflores - Lima 2017. The Kennedy classification has been of great help for the study of this type of patients. The instrument that was used in the present investigation was the odontogram to determine the partial edentulism according to the Kennedy classification and the questionnaire to determine the socioeconomic-cultural level. We surveyed 80 parents of the Milk Glass Program of the Flores Pamplona Baja settlement in San Juan de Miraflores, 29 (36.3%) of the male sex and 51 (63.8%) of the female sex respectively. In this study it was found that mandibular Kennedy class III is the most predominant with 27 (33.8%), the next most frequent class was mandibular Kennedy class II, 5 (6.3%); while in class I it was 1 (1.3%); and finally Kennedy's class IV being the least frequent with 0 (0.0%). Of the 80 parents who were surveyed (100%), it was found that low socio-economic level is 59 (73.8%), an average socioeconomic-cultural level 21 (26.3%). In addition, a medium-high socioeconomic-cultural level was not found, nor a very low socio-economic-cultural level.

KEYWORDS: Partial edentulism, age, gender, socioeconomic-cultural level.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTOS	
RECONOCIMIENTOS	
RESUMEN	
ABSTRACT	
ÍNDICE	
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE GRÁFICOS	
INTRODUCCIÓN	14
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.1 Descripción de la realidad problemática	15
1.2 Formulación del problema	18
1.3 Objetivos de la investigación	18
1.4 Justificación de la investigación	19
1.4.1 Importancia de la investigación	19
1.4.2 Viabilidad de la investigación	20
1.5 Limitaciones del estudio	20
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	21
2.1 Antecedentes de la investigación	21
2.2 Bases teóricas	28
2.2.1 Edentulismo parcial	28
2.2.2 Definición	29

2.2.3 Prevalencia	30
2.2.4 Consecuencias del edentulismo parcial	30
2.2.5 Perdida de los dientes y la edad	32
2.2.6 Clasificación de Kennedy	33
2.2.7 Reglas de Applegate	34
2.3 Definición de términos básicos	34
CAPÍTULO III: VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	36
3.1 Variables: definición conceptual y operacional	36
3.2 Operacionalización de variables	36
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	38
4.1 Diseño metodológico	38
4.2 Diseño muestral	38
4.3 Técnicas de recolección de datos	39
4.3.1 Las técnicas	39
4.3.2 El instrumento	39
4.3.3 Procedimiento de recolección de datos	39
4.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de información	42
4.5 Aspectos éticos	42
CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	43
5.1 Análisis descriptivo	43
5.2 Discusión	63
CONCLUSIONES	67
RECOMENDACIONES	68
FUENTES DE INFORMACIÓN	69

ANEXOS

Anexo 1: Carta de presentación

Anexo 2: Constancia desarrollo de la investigación

Anexo 3: Consentimiento informado

Anexo 4: Instrumento de recolección de datos (ficha clínica)

Anexo 5: Cuestionario para determinar el nivel socioeconómico- cultural

Anexo 6: Matriz de consistencia

Anexo 7: Fotografías

ÍNDICE DE TABLAS

	Pag.
Tabla N°1: Establecer el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en padres de 20 a 60 años del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017.	43
Tabla N°2: Clasificación Kennedy maxilar relacionados según el género en padres del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017.	45
Tabla N°3: Clasificación Kennedy mandibular relacionados según el género en padres del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017.	47
Tabla N°4: Clasificación Kennedy maxilar relacionados según los rangos de edad en padres del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017.	49
Tabla N°5: Clasificación Kennedy mandibular relacionados según los rangos de edad en padres del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017.	52

Tabla N°6: Clasificación Kennedy maxilar relacionados según el nivel socioeconómico-cultural en padres del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017.	55
Tabla N°7: Clasificación Kennedy mandibular relacionados según el nivel socioeconómico-cultural en padres del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017.	57
Tabla N°8: Características del nivel socioeconómico-cultural de padres del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017.	59
Tabla N°9: Características de edad y género en padres del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017.	61

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pag.
Gráfico N°1: Establecer el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en padres de 20 a 60 años del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017.	44
GráficoN°2: Clasificación Kennedy maxilar relacionados según el género en padres del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017.	46
Gráfico N° 3: Clasificación Kennedy mandibular relacionados según el género en padres del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017.	48
Gráfico N° 4: Clasificación Kennedy maxilar relacionados según los rangos de edad en padres del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017.	51
Gráfico N° 5: Clasificación Kennedy mandibular relacionados según los rangos de edad en padres del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017.	54

- Gráfico N°6:** Clasificación Kennedy maxilar relacionados según el nivel socioeconómico-cultural en padres del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017. 56
- Gráfico N° 7:** Clasificación Kennedy mandibular relacionados según el nivel socioeconómico-cultural en padres del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017. 58
- Gráfico N° 8:** Características del nivel socioeconómico-cultural de padres del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017. 60
- Gráfico N° 9:** Características de edad y género en padres del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017. 62

INTRODUCCIÓN

En las ciencias de la salud como lo es odontología los estudios estadísticos de poblaciones siempre son importantes e imprescindibles para el conocimiento y la enseñanza. Sin duda el edentulismo parcial desde hace muchos años es una condición común en los pacientes lo cual se trata de diferentes maneras entre ellas con prótesis parciales removibles.

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

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La población actual del distrito de San Juan de Miraflores según estadísticas, presentadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) por grupos quinquenales cada 30 Junio, es de 400,630 habitantes, el cual nos indica el aumento poblacional a diferencia del último censo realizado en el 2007, se encontró un aumento de 37,987 habitantes, además es importante destacar que se ha mantenido el constante crecimiento de la población entre edades 20-25 años de edad.

El asentamiento humano (AA.HH.) las Flores Pamplona Baja tiene un clima tropical donde se presentan ambientes desérticos, infértiles; su ubicación geográfica presenta una topografía irregular constituyéndose con quebradas, suelo arenoso y por la parte norte está comprendido por cerros de baja altura, accidentada y que en la actualidad el crecimiento de la población ha sido motivo de construcciones de viviendas precarias en los cerros, que constituyen un riesgo. La población en su mayoría no cuenta con un seguro integral de salud y la falta de conocimiento sobre el cuidado de la salud bucal por lo que no se acercan a dichos centros de salud.

En algunos casos la falta de agua en la población es un factor para la correcta higiene bucal, la falta de conocimiento sobre una alimentación saludable hacen que aparezca la caries dental y por falta de educación y correcto uso del cepillo dental terminan por destruir la mayor cantidad coronaria de las piezas dentarias y por factores económicos y conocimientos, no hacen una curación adecuada por ende deciden extraerse la pieza dental.

El edentulismo es el estado de la salud bucal de la persona que comprende la ausencia de piezas dentarias, se clasifica en edentulismo parcial y edentulismo total. La etiología que lo producen son diversas, teniendo como las principales: caries dental y enfermedad periodontal.

Antiguamente el edentulismo fue un problema notable para la población mundial, que inclusive se realizaban exodoncias como castigos severos, en la actualidad, los avances odontológicos clínicos en los tratamientos restaurativos, protésicos, preventivos como también el aspecto promocional mejoraron la salud bucal general y en consecuencia se logró disminuir la pérdida de las piezas dentarias y sus consecuencias que perjudican tanto el aspecto funcional como el estético de la persona, siendo la mayoría de veces el aspecto estético la fuerza motivadora que impulsa el tratamiento odontológico del paciente.

La pérdida de dientes modifica las funciones de sistema estomatognático, como también en la masticación, la fonética y la estética. En el caso de la función masticatoria puede con llevar a una variación en la alimentación del sujeto, forzándolo a una nueva práctica alimentaria elevado su consumo de alimentos blandos y fáciles de masticar, comprometiendo el estado nutricional de la persona.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el edentulismo parcial además de ser crónico, definitivo e incapacitante que afecta el estado de salud general y oral del individuo, además de su calidad de vida, consideró que es el resultado de los problemas de salud pública. La sola pérdida de los molares está asociada con la función oral deteriorada, la función masticatoria,

estabilidad oclusal y función de la articulación temporomandibular (ATM) estarían afectados.

Aunque las disfunciones temporomandibulares (DTM) pueden presentarse en algunos de éstos pacientes, la mayoría se adapta conforme se efectúan los cambios gradualmente. Dentro de las causas de los cambios abruptos, la primera causa es la extracción de uno o más dientes de un paciente que aunque parcial o sustancialmente edéntulo, mantiene cierto número de dientes residuales en oclusión, estos proveen puntos de referencia en virtud de la propiocepción periodontal y ayudan a mantener una relación mandibular asintomática y una dimensión vertical de oclusión.

El estado de salud bucal de la población peruana es insatisfactoria y corresponde al de una sociedad subdesarrollada en cuyo interior se da la marginación y la injusticia social, y esto es debido a diferentes situaciones sociales, culturales y principalmente económicas, también por la insuficiente y poca información que se da a la población sobre las medidas preventivas, rehabilitación adecuada de la salud bucal y la inaccesibilidad de los servicios de salud.

El Programa Vaso de Leche(PVL) de San Juan de Miraflores, tiene más de tres décadas desde su creación; es un programa social de asistencia alimentaria gestionado por la Municipalidad, que tiene como objetivo mejorar el nivel nutricional de los sectores más pobres y así mejorar la calidad de vida de la población por su precaria situación económica; y así prevenir la desnutrición y fomentar la participación de la comunidad organizada; el PVL consiste en el reparto de insumos lácteos a la población en situación de pobreza, como

primera prioridad específicamente: a niños de 0 a 6 años, madres gestantes y madres en periodo de lactancia, y como segunda prioridad: a niños de 7 a 13 años, adultos mayores y personas afectadas con tuberculosis.

1.2 Formulación del problema

Problema Principal

¿Cuál es el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en padres de 20 a 60 años del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017?

Problemas Secundarios

-¿Cuál es el edentulismo parcial según la edad en padres de 20 a 60 años del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017?

-¿Cuál es el edentulismo parcial según el género en padres de 20 a 60 años del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017?

-¿Cuál es el edentulismo parcial según el nivel socioeconómico-cultural en padres de 20 a 60 años del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017?

1.3 Objetivos de la investigación

Objetivo general

Establecer el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en padres de 20 a 60 años del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las flores pamplona baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017.

Objetivos específicos

- Establecer el edentulismo parcial según la edad en ambos maxilares en padres de 20 a 60 años del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las flores pamplona baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017.
- Identificar el edentulismo parcial según el género en ambos maxilares en padres de 20 a 60 años del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las flores pamplona baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017.
- Determinar el edentulismo parcial según el nivel socioeconómico-cultural en ambos maxilares en padres de 20 a 60 años del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las flores pamplona baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Importancia de la investigación

Estableciendo cual es el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en padres del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017, se identificó la clase de Kennedy más frecuentemente hallada y el nivel socioeconómico-cultural de los padres. Permittiéndonos tener una idea de cómo debemos prevenir esta patología frecuente en la población donde debemos de dirigir nuestra atención buscando concientizar a la población sobre el cuidado de las piezas dentarias y el mantenimiento en la cavidad bucal.

Mediante charlas educativas, fluorizaciones, técnica correcta de cepillado, alimentación saludable, concientización a los padres sobre el daño que causara la pérdida dentaria en sus menores hijos tanto en la calidad de vida como en su entorno social, la visita frecuente al odontólogo no solo cuando se manifieste dolor en las piezas dentarias.

Hasta el momento no existe un reporte de la cantidad de pobladores edéntulos parciales que pueda permitir futuras comparaciones y saber si hay mejoras en el área de prevención del estado de salud oral y por lo tanto el éxito o fracaso en la educación al paciente acerca del tema.

1.4.2 Viabilidad de la investigación

Para llevar a cabo la investigación se desarrollen padres de 20 a 60 años del programa vaso de leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017, se contará con los recursos humanos para realizar esta investigación en cuanto a los recursos económicos son de fácil financiamiento en su totalidad; también se tendrá materiales que permitirán un correcto registro y procesamiento de la información que se requiere para este presente trabajo de investigación.

1.5 Limitaciones del estudio

Esta investigación presentara limitaciones en la ejecución que es la cooperación de los padres a evaluar ya sea por factores de tiempo, o por temor a que revisen su cavidad bucal.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Antecedentes internacionales

Cortés Víctor, et al en el 2013, Determinaron la prevalencia de edentulismo y clasificación topográfica de Kennedy en población mayor de 20 años de islas Butachauques y Tac. En la cual se realizó un estudio observacional descriptivo, Las variables utilizadas fueron: edad, género, cantidad de piezas dentarias presentes en boca, portador de prótesis y por último el tipo de edentulismo según clasificación de Kennedy, para luego realizarse un análisis de estadística descriptiva mediante SPSS. Teniendo como resultado en la investigación de ochentaiocho pobladores, siendo un (39,7%) del sexo masculino y un (60,3%) del sexo femenino. Donde tuvieron como resultado (89,7%) de la población evaluada presentó edentulismo parcial y total, y el (29,4%)ya utilizaba prótesis dentales. La clasificación de Kennedy maxilar más prevalente fue Clase III y en la arcada Mandibular fueron similares resultados para Clase I y III. Concluyéndose la alta prevalencia de sujetos edéntulos en los distintos servicios de salud de las islas Butachauques y la necesidad de realizar programas de promoción y prevención para minimizar el daño en la salud de las personas de estas localidades.¹

Anum Muneeb, et al en el 2013, Establecieron el patrón de edentulismo parcial y su relación con la edad y el género entre los pacientes que asisten a Baqai Dental Hospital Karachi-Pakistan. Realizando un estudio descriptivo se llevó a cabo en pacientes que visitan el departamento de diagnóstico, Baqai Dental Hospital. El estudio tuvo una duración de seis(6) meses. Los

edentulismo parcial se registraron por examen visual con la Clasificación de Kennedy. Dando como resultado del estudio que consistió en 500 pacientes, 272 (54,4%) hombres y 228 (45,6%) mujeres respectivamente. El patrón más común de se encontró que el edentulismo parcial era Clase III en la mandíbula (40%) y en el maxilar (30,1%), Como en los casos en que tanto los arcos exhibieron edentulismo parcial (47,6%) Seguido por la Clase IV para ser el segundo más común en el maxilar, es decir, el (15,9%) y la clase I. siendo el menos común es decir (8,7%) en mandíbula. Concluyéndose que la clase III modificación 1 fue la modificación más frecuente en la mandíbula (26,7%), así como (25,7%) en maxilar superior. Los datos llegaron a la Principal causa de pérdida de dientes es la caries dental Seguido por las enfermedades periodontales.²

Sruthy Sreekumar Thakadiyel en el 2015, Determinó el tipo de prótesis removible solicitada por la población de la costa sur de la India por una encuesta epidemiológica. En la cual se realizó un estudio descriptivo en todos los pacientes que asistieron a la consulta externa de Prosthodontics, de A.B. Instituto Shetty Memorial de Ciencias Dentales. Los datos incluyeron datos demográficos del paciente: rango de edad (30-80 años), el número de sujetos, las razones para el reemplazo y el tipo de área edéntula (clasificación de Kennedy) restaurada y el tipo de prótesis que solicitaron. Los datos fueron recogidos con la ayuda de un cuestionario. Dando como resultado de la encuesta que incluyó a 150 pacientes en el grupo de edad de 30-80 años. Hubo 64 sujetos (42,66%) del sexo masculino y 86 (57,33%) del sexo femenino que participaron en la encuesta. El análisis de los resultados mostró que de la

población total incluida en el estudio, 65 (43,33%) eran pacientes completamente desdentados y 85 (57,33%) eran pacientes parcialmente dentados. 52 pacientes (34,67%) solicitaron prótesis completas convencionales, 8 (5,33%) solicitaron prótesis completa única, 4 (2,66%) para prótesis completa soportada por implantes, 1 (0,66%) para prótesis inmediata. En el grupo parcialmente dentado, 71 pacientes optaron por prótesis dentales parciales apoyadas y 12 optaron por prótesis parciales soportadas por dientes y tejidos. En el primero, 24 (16%) pacientes optaron por prótesis dentales parciales intracoronales, 20 (13,33%) para prótesis dentales extracoronales, 12 (8%) para prótesis intermedia y 15 (10%) para prótesis transicional. En esta última, 4 (2,6%) optaron por prótesis parcial intracoronaaria, 2 (1,33%) para prótesis parcial extracoronal, 2 (1,33%) para prótesis intermedia, 4 (2,6%) para prótesis transicional y 2 (1,33% Sobredentadura).

El área edentula más comúnmente restaurada fue la clase III de Kennedy y la clase III de Kennedy con modificaciones (70,58%), seguida de la clase I de Kennedy (23,52%) mientras que la clase II de Kennedy (4,7%) y la clase IV de Kennedy (1,17%). El objetivo principal de la sustitución de los dientes fue mantener la estética y la función del 62,7% y sólo funcionar para el 32% y sólo la estética del 5,33% de los pacientes.

Concluyéndose que la prótesis más solicitada por la población de la región costera del sur es dentadura completa convencional. Seguidas por prótesis dentales removibles dentales soportadas por dientes intracoronaales y las más comúnmente presentes parcialmente desdentadas el espacio en la región

costera del sur es la clase III de Kennedy. La estética y la función fueron la razón principal para el desdentado.³

Azad Ali Azad, et al en el 2015, Determinaron la frecuencia de diferentes clases de dientes parcialmente dentados los pacientes que informan a las Fuerzas Armadas del Instituto de Odontología de Pakistán en base a la clasificación prostodoncia índice de diagnóstico (PDI), realizando un estudio transversal de quinientos treinta y cuatro (534) pacientes parcialmente dentados de edad entre 35 a 65 años. La información se tomó a través de historia, examen clínico y radiográfico. Una proforma fue rellena por el investigador principal y la clasificación PDI del paciente determinado. Cuyos resultados de los quinientos treinta y cuatro (534) pacientes, 92 (17,2%) se clasificaron en la clase I de la PDI. 212 (39,7%) se les clasificaron en la clase II de la PDI. 146 (27,3%) se clasificaron en la clase III de PDI, mientras que 84 sujetos (15,7%) se clasificaron en la clase IV de PDI. Concluyéndose la inclusión de la clasificación PDI en la práctica diaria será útil para tratamiento de los pacientes que buscan rehabilitación protésica.⁴

Aamir Mehmood Butt, et al en el 2015, Evaluaron la incidencia de diversas clases de Kennedy en pacientes edéntulos que visitan OPD Hyderabad / Jamshoro. Donde se realizó un estudio descriptivo en el Departamento de Prótesis de la Universidad Liaquat de Ciencias médicas y de la salud Jamshoro / Hyderabad, Sindh desde enero de 2013 hasta junio de 2013. Trescientos los pacientes que cumplían los criterios de inclusión fueron incluidos en el estudio. Clínica detallada el examen de los pacientes se realizó y se registró en forma proforma. Dando como resultado de los 300 pacientes incluidos en este

estudio, 173 eran hombres (57,66%) y 127 pacientes eran mujeres(42,33%); Con relación de macho a hembra de 1,3: 1. Hubo una amplia variación de edad que va desde un mínimo de 15 años a 75 años. La edad media fue de $47 \pm 7,8$ años. Al examen clínico intraoral de los pacientes se observó en el arco mandibular dientes faltantes ciento ochenta (60%) pacientes, mientras que en el arco maxilar 120 (40%) pacientes. los sitio más común de los dientes faltantes en nuestro estudio fue el lado izquierdo con ciento veintiocho (42,66%) casos, seguido por el lado derecho con ciento cuarentaicuatro (38%) casos y localización anterior en 58 (19,33%) casos. Nuestro estudio reveló clase I en 97 (32,33%) casos, clase II en 47 (15,66%) casos, clase III en 99 (33%) casos y clase IV en 57 (19%). Concluyéndose la condición parcialmente edéntula existe incidencia común en el en la mandíbula en comparación con el arco maxilar. La Clase I y III de Kennedy sigue siendo la más común (33% &32,33%).⁵

Antecedentes nacionales

Rodríguez Carbonel Liliana Lizet en el 2013, Determinó la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica estomatológica de moche. En el cual se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal, evaluando un total de 324 historias clínicas de pacientes adultos, entre 20-70 años, que fueron atendidos en la clínica estomatológica de moche durante 2008-2012, dando como resultado de los cuales 218 pertenecieron al género femenino (67,28%) y 106 al género masculino (32,72%), las cuales cumplieron con los criterios de selección estipulados. Además se examinaron 544 maxilares edéntulos, de los cuales

284 fueron maxilares superiores (52,21%), y 260 fueron maxilares inferiores (47,79%). Concluyéndose la mayor prevalencia de clase III de Kennedy, clase III-1 tanto superior como inferior, en todos los decenios de vida prevalece la clase III de Kennedy no determinándose diferencia estadísticamente significativa según edad y género.⁶

Cisneros del Águila Melvin, et al en el 2014, Determinaron por medio del diagnóstico clínico la prevalencia de edentulismo parcial en pacientes adultos, considerando la cantidad de arcadas edéntulas, utilizando la clasificación de Kennedy. En la cual realizaron un estudio descriptivo en la clínica de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas. Donde se estudiaron 200 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, contabilizándose 359 maxilares edéntulos parciales. Se obtuvieron los datos mediante un examen clínico, registrándolo en una ficha clínica; los datos fueron cuantificados con el programa estadístico SPSS. Dando como resultado según la anamnesis, la caries dental fue la causa de mayor pérdida dentaria (77%), después de la enfermedad periodontal (20%); la relación de problemas gástricos representó (15%). En el examen clínico, el grupo etéreo de 31 a 50 años presentó mayor cantidad de arcadas edéntulas parciales fue (51,81%); en el sexo femenino se encontró mayor cantidad de casos (72,14%), en la mandíbula hubo más prevalencia (51,81%). La clase III fue la más frecuente (52,65%); y, con modificación uno maxilar y maxilar inferior concentró el (25,07%); siendo menos frecuente la clase IV con (3,06%); la clase III predominó en ambos sexos (36,21%) para el femenino y (16,44%) para el masculino. Concluyéndose que la mayor prevalencia de edentulismo parcial corresponde a la población

adulta joven de 31 a 50 años, a predominio del sexo femenino. La clasificación de Kennedy la clase III de fue la más sobresaliente, siendo la caries dental y las enfermedades periodontales la causa de mayor pérdida dentaria.⁷

Gutiérrez Vargas Vanessa Leila, et al en el 2014, Determinaron la frecuencia de edéntulismo y la necesidad de tratamiento protésico en pobladores adultos de 18 a 64 años de edad sector urbano marginal del AA.HH. El Golfo-Ventanilla. En la cual se realizó un estudio transversal, descriptivo, observacional, en cual la población estuvo formada por 1350 personas y la muestra calculada fue de 168 adultos, quienes fueron evaluados a través de una ficha de recolección de datos, a partir de un cuestionario de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para personas edéntulas. Dando como resultado una frecuencia de edentulismo en la población de 121 (72%) y la necesidad de tratamiento de prótesis parcial y protesis total presente para el maxilar superior fue de 100 (59,6%) y en el maxilar inferior de 113 (67,3%). Concluyéndose la mayoría de la población tenía edéntulismo y necesidad de tratamiento protésico.⁸

Avendaño Vera Edson Michelson en el 2016, Identificaron la prevalencia de edéntulismo parcial y necesidad protésica en pacientes que acuden a la clínica de pre-grado de la facultad de odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos del año 2013 al 2014.

En la cual se realizó un estudio de la población elegible fue: de 243 pacientes, 89 varones y 154 mujeres que se realizaron una PPR. Se registró la información que está en las historias de los pacientes edéntulos parciales en una ficha de cotejo. Dando como resultado que de los 363 maxilas que se

realizaron el tratamiento de PPR la Clase I de Kennedy es la más prevalente con 41,3 % (150 casos); la siguiente Clase de mayor frecuencia fue la Clase II con el 32 % (116 casos), luego tenemos a la Clase III con el 91 casos (25,1%) y finalmente la Clase IV con 6 casos (1,7%). Concluyéndose que los 243 pacientes que se realizaron el tratamiento de PPR la necesidad protésica de la clase I de Kennedy fue 132 (54,3 %) pacientes, de la clase II de Kennedy fue 91 (37,4 %) pacientes, de la clase III de Kennedy fue 82 (33,7 %) pacientes y de la clase IV de Kennedy fue 5 (2,1 %) pacientes.⁹

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Edentulismo parcial

Es uno de los mayores problemas de salud pública más frecuentes en la población peruana, debido a que afecta a todas las etapas de vida, especialmente en niños. La situación se agrava debido a que el Perú por sus características geográficas, económicas, sociales y culturales, presenta poblaciones aisladas y de gran vulnerabilidad, no tienen un acceso adecuado a los servicios de salud especialmente a la atención odontológica.¹⁰

La caries dental, es señalada como las más prevalentes, debido a que un niño presenta en promedio 6 piezas comprometidas por caries, siendo las 4 primeras molares permanentes las más afectadas y las molares inferiores presentan mayor incidencia, el tratamiento a esta patología ha sido en su mayoría de casos la exodoncia dental debido a lo costoso y complejo que sería trasladar los equipos odontológicos para ofrecer restauraciones dentales convencionales. Como toda actividad mutiladora las extracciones dentales producen pérdida prematura de las piezas dentarias alterando la función del

sistema estomatognático, disminución de la ingesta de alimentos y desmedro de la autoestima, por lo que se incorpora más de actividades preventivo promocionales.¹⁰

2.2.2 Definición

El edentulismo parcial se refiere a la pérdida parcial de los dientes deciduos y permanentes. Esto puede causar daño a la salud general y sustancialmente a la salud oral como también la calidad de vida del sujeto, incluyendo el gusto por las comidas y la nutrición. Particularmente el edentulismo, suele afectar la ingesta alimentaria. La pérdida de todos los dientes, aún con prótesis total, reduce la efectividad de la masticación y disminuye la percepción del sabor, las preferencias alimentarias y los patrones de consumo de las comidas. Todo ello, afecta en gran medida en el estado anímico de las personas edéntulas, por lo que su calidad de vida ya no sería más la misma de cuando tenían todas sus piezas dentarias presentes en la cavidad bucal.¹¹

La pérdida de piezas dentarias, afecta de manera adversa al sistema estomatognático, reflejándose en una modificación de la oclusión dentaria y muchas veces con repercusiones graves en la articulación témporomandibular. Así mismo las piezas dentarias remanentes sufren alteración en su contorno y posición e inclusive la formación de un componente anatómico nuevo, el reborde desdentado. Todas estas modificaciones traen secuelas funcionales y estéticas para el sujeto que disminuye la eficiencia masticatoria en comparación con los que tienen una dentición completa.⁷

2.2.3 Prevalencia

De acuerdo a lo que fue descrito por la OMS (2012) una gran cantidad de piezas dentales fueron perdidas por caries dental y la enfermedad periodontal. Entre el 60% - 90% de los niños en edad escolar y cerca del 100% de los adultos tienen caries dental en todo el mundo, a menudo acompañada con sensación de dolor, y un 15% a 20% de los adultos de 35 a 44 años son afectados con enfermedades periodontales graves que terminan en exodoncia.¹²

La caries y las enfermedades periodontales son las principales causantes de la pérdida de piezas dentarias, el 30% de la población mundial con edades entre los 65 y los 74 años no tiene dientes naturales.

A nivel mundial, entre el 16% y el 40% de los niños entre los 6 y 12 años de edad presentan traumatismos dentales por la falta de seguridad en los parques infantiles y escuelas, los accidentes de tránsito y los actos de violencia.¹²

2.2.4 Consecuencias del edentulismo parcial

Al perder un diente se produce una pérdida del volumen de la cresta tanto en altura como en ancho. Este hallazgo no es previsto en todos los individuos con ausencia de piezas dentarias, porque los cambios anatómicos son muy variables dentro de los diversos grupos de pacientes. En general, la pérdida de dientes es mayor en el maxilar inferior que en el maxilar superior, la zona posterior que anterior por lo que se produce una arcada mandibular más ancha con una arcada maxilar más constreñida.

Estos cambios anatómicos son un desafío para la construcción de las prótesis, tanto de las implantes soportadas como de las dentaduras parciales removibles.

Junto a la pérdida de los dientes aparece una transformación de la mucosa oral.

La encía adherida del hueso alveolar se reemplaza con una mucosa menos queratinizada y más fácilmente traumatizable.

El impacto estético que causa la pérdida de piezas dentarias puede alcanzar un gran significado en ocasiones más lesivo para el paciente que la propia pérdida de función. Actualmente la sociedad generalmente se da cuenta de la falta de dientes los anteriores principalmente los incisivos, como un estigma social. Con la pérdida de los dientes y la disminución del reborde residual aparecen cambios en la apariencia facial del sujeto, alterado el soporte labial y reduce la altura facial como resultado de la disminución de la dimensión vertical oclusal. La estética facial puede resultar muy problemática al momento de restaurar, si bien es un factor importantísimo a tener en cuenta en la restauración y toma de decisiones protésicas.¹¹

Se evidencia serios cuadros de edentulismo como consecuencia de los problemas periodontales y tejidos duros. Cuando el adulto mayor presenta edentulismo parcial se ve afectada no sólo la función masticatoria, también se ve afectado la fonación, el autoestima y la estética de la persona. Se puede inferir que el estado de salud bucal de la población geriátrica es el reflejo de los cuidados odontológicos que durante toda la vida se recibió; sumado a las posibles consideraciones sistémicas que condicionan su estado de salud. En líneas generales, un porcentaje bastante alto de la población de adultos mayores presenta la mayor cantidad de ausencia piezas dentales, y otro es desdentado total. Por otro lado, la totalidad de la población geriátrica sufre

algún grado de enfermedad periodontal que tienen pérdida de soporte dental, con llevando a severos cuadros de movilidad dentaria y finalmente, la pérdida de piezas dentarias.¹³

2.2.5 Pérdida de los dientes y la edad

Existe una pérdida de los dientes y la edad. Se ha demostrado una relación de la ausencia de piezas dentarias con el incremento de la edad, y la existencia de dientes que se retienen más tiempo que otros. Se planteó que la pérdida de las piezas dentaria varía según la arcada donde se pierden antes los dientes del maxilar superior que los mandibulares. También se ha insinuado que existe otra diferencia dentro de la misma arcada, perdiéndose los dientes posteriores más rápidamente que los anteriores. Con bastante frecuencia, los últimos dientes que permanecen en la boca son los mandibulares anteriores, especialmente los caninos y es frecuente encontrarse con un maxilar edentulo opuesto a una arcada mandibular con dientes anteriores.

Si se acepta que la pérdida de dientes está relacionada con la edad ¿Cómo puede afectar a la práctica actual y futura?. La reposición de los dientes ausentes es una necesidad común de los pacientes sobre todo en adultos mayores los estudios poblacionales actualmente registran un 13% de la población de estados unidos tiene 65 años o más. Para el año 2030 pronostican que esta cifra se duplique, con un incremento en el resto de mundo. Estas personas estarán en unas condiciones de salud muy buena y por tanto, los cuidados sanitarios se deberán dedicar a mantener sus vidas activas y productivas.¹¹

2.2.6 Clasificación de Kennedy

En la actualidad es la más aceptada para la clasificación de los arcos parcialmente desdentados. Presentado por primera vez en 1925 por el Doctor Edward Kennedy, donde dividió los arcos parcialmente desdentados en cuatro clases básicas: clase I, clase II, clase III, clase IV. Las áreas desdentadas distintas de las que determinan los tipos principales fueron denominadas espacios de modificación.

Kennedy las clasifico en:

- Clase-I: Áreas edéntulas bilaterales posteriores a los dientes naturales.
- Clase-II: Área edéntula unilateral posteriores a los dientes naturales.
- Clase-III: Áreas edéntulas laterales limitados hacia mesial y distal por dientes
- Clase-IV: Un área edéntula única pero bilateral ubicada en sector anterior (atravesando la línea media).¹²

El Doctor Applegate en 1960 sugirió aumentar la clasificación del Doctor Edward Kennedy; clase-V y VI pero la aprobación no ha sido universal.

- Clase-V: En esta clase solo posee un par de molares en un solo lado del arco dentario. Donde se plantea la exodoncia de los molares y la solución sería una prótesis total mucosoportada.
- Clase-VI: En esta clase solo existen dos incisivos centrales. Por lo que se plantea la exodoncia y la incorporación de una prótesis total.¹⁴

2.2.7 Reglas de Applegate

Reglas de Applegate para la aplicación en la clasificación de Kennedy:

La clasificación de Kennedy es difícilmente de aplicar a cualquier situación sin ciertas reglas para su empleo. El Doctor Applegate formuló las ocho reglas siguientes que son aplicables a la mencionada clasificación de Kennedy.¹¹

- Regla 1: La clasificación debe efectuarse después de cualquier exodoncia y no antes porque modificaría la clasificación original.
- Regla 2: la falta un tercer molar y no va a ser reemplazado, no se lo considera para la clasificación.
- Regla 3: Si se halla presente un tercer molar y será utilizado como pilar se deberá considerar en la clasificación.
- Regla 4: Si falta la segunda molar y esta no va a ser reemplazado por falta de antagonista, no se le puede considerar en la clasificación.
- Regla 5: El área desdentada posterior siempre es la determinante en la clasificación.
- Regla 6: Las zonas desdentadas distintas de las que determinan la clasificación se denominan modificaciones y son designadas por su número de espacios edentulos.
- Regla 7: Solo se considera número de zonas desdentadas, no su extensión
- Regla 8: En clase IV No puede haber modificación. Si habría una zona edentula posterior llevara consigo el cambio de clase.¹¹

2.3 Definición de términos básicos

Edentulismo.- Es un estado de la salud bucal que corresponde a la ausencia de piezas dentarias, se clasifica en edentulismo parcial y edentulismo total.⁸

Articulación temporomandibular (ATM).- Es la Articulación Temporomandibular situada a ambos lados del macizo cráneo facial, formada por los huesos temporales y la mandíbula, por un aparato muscular y ligamentoso, disco articular, membrana sinovial y líquido sinovial. Es una articulación compleja, sometida constantemente a violencia por el mismo acto masticatorio.¹⁵

Sistema estomatognático.- Conjunto de estructuras implicadas en la dicción, la recepción, masticación y deglución de alimentos, así como en las actividades parafuncionales.¹⁶

Edad.- Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.¹⁷

Género.-Características fisiológicas y anatómicas que diferencian al hombre y a la mujer.¹⁷

Nivel socioeconómico-cultural.-Se entiende la capacidad económica y social de un individuo, una familia o un país.¹⁸

CAPÍTULO III: VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Variables

Variable:

Edentulismo parcial.- Se refiere a la pérdida de todos los dientes deciduos y permanentes.¹²

Covariables:

Edad.- Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.¹⁷

Género.- Características fisiológicas y anatómicas que diferencian al hombre y a la mujer.¹⁷

Nivel socioeconómico-cultural.- Se entiende la capacidad socioeconómico-cultural de un individuo, una familia o un país.¹⁸

3.2 Operacionalización de variables

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES			
VARIABLE			
VARIABLE	Dimensiones	Indicador	Escala de medición
EDENTULISMO PARCIAL	-Clasificación del edentulismo parcial	<ul style="list-style-type: none"> - Clase I de Kennedy (Modificación 1,2 y 3) - Clase II de Kennedy (Modificación 1,2,3,4 y 5) - Clase III de Kennedy (Modificación 1,2,3, y 4) - Clase IV de Kennedy 	Nominal

COVARIABLES	Dimensiones	Indicador	Escala de medición
EDAD	Edad cronológica en años	Documento de identidad (Años Vividos)	intervalo 20-30, 31-40, 41-50, 51-60
GENERO	Genero	Femenino/ Masculino	Nominal
NIVEL SOCIO ECONÓMICO-CULTURAL	Estado socioeconómico-cultural	Medio alto Medio Bajo Muy bajo	ordinal

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

El estudio pretende establecer cuál es el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en padres del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017. Considerando la naturaleza de la investigación se utilizó el **diseño no experimental**.¹⁹

En este caso el diseño apropiado (bajo un enfoque no experimental) es el **transversal o transeccional – descriptivo, observacional** cuyo objetivo es indagar la incidencia de niveles de la población.¹⁹

4.2 Diseño muestral

Población

En el presente trabajo, la población estuvo conformada por 80 padres de familia registrados en el padrón de beneficiarios del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima.

Muestra

La muestra fue no probabilística basado en los criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión

- Padres de familia del programa vaso de leche.
- Padres: masculino y femenino.
- Padres establecidos en el rango de edades entre los 20-60 años.

Criterios de Exclusión

- Padres edéntulos totales.
- Padres que estén recibiendo tratamiento ortodóntico.
- Padres cuyas brechas edéntulas vayan a ser rehabilitadas con implantes dentales y prótesis sobre implantes.

4.3 Técnicas de recolección de datos

4.3.1 Las técnicas: Se utilizó la encuesta y la observación.

- **La encuesta estructurada** fue a través del instrumento que evidencia la formulación del problema, objetivos y diseño de la investigación.¹⁹

- **La observación** a través del examen clínico se observó los maxilares superior e inferior de los padres del Programa Vaso de Leche.¹⁹

4.3.2. El instrumento. Se creó una ficha a partir del análisis de las variables independientes para conocer los ámbitos de las actividades de los padres y los síntomas y/o alteraciones que presentan para determinar a la clasificación de Kennedy que pertenece. (Anexo 2, 3).

4.3.3 Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos de investigación se les pidió a los padres del Programa Vaso de Leche su colaboración para llenar una encuesta y hacerles un examen clínico intraoral.

Los padres que aceptaron procedieron a firmar un consentimiento informado (Anexo1), Se consideró a los padres entre los 20 a 60 años que están registrados en Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima. Inmediatamente se procedió al llenado de la encuesta (Anexo 3) y la observación como método

directo mediante el examen clínico intraoral, donde se registró en el odontograma utilizado como instrumento. (Anexo 2).

Se procedió a realizar un examen clínico intraoral, dicho procedimiento se efectuó entre el investigador quien revisó la dentadura de los padres y un asistente del área odontológica para el llenado del instrumento.

En el examen clínico dental se utilizó la técnica de observación en el que los cuadrantes fueron examinados mediante baja lenguas estériles, empleado guantes descartables, mascarillas. Se procedió a revisar la cavidad bucal por cuadrantes:

- Cuadrante I el cual fue desde la pieza dental 11 (incisivo central superior derecho) hasta la pieza dental 18 (tercer molar superior derecho).
- Cuadrante II el cual fue desde la pieza dental 21 (incisivo central superior izquierdo) hasta la pieza dental 28 (tercer molar superior izquierdo).
- Cuadrante III el cual fue desde la pieza dental 31 (incisivo central inferior izquierdo) hasta la pieza 38 (tercer molar inferior izquierdo).
- Cuadrante IV el cual fue desde la pieza dental 41 (incisivo central inferior derecho) hasta la pieza 48 (tercer molar inferior derecho).

Con este método de revisión nos permitirá la visualización exacta y el registro de los resultados en el odontograma (Anexo 2) luego con la información determinaremos a que clase pertenecerá mediante la clasificación de Kennedy:

- Clase-I: Áreas edéntulas bilaterales posteriores a los dientes naturales.
- Clase-II: Área edéntula unilateral posteriores a los dientes naturales.
- Clase-III: Áreas edéntulas laterales limitados hacia mesial y distal por dientes

- Clase-IV: Un área edéntula única pero bilateral ubicada en sector anterior (atravesando la línea media).

Y las Reglas de Applegate que se aplican en la clasificación de Kennedy:

- Regla 1: La clasificación debe efectuarse después de cualquier extracción dentaria y no antes porque alteraría la clasificación original.
- Regla 2: la falta un tercer molar y no va a ser reemplazado, no se lo considera para la clasificación.
- Regla 3: Si se halla presente un tercer molar y será utilizado como pilar se deberá considerar en la clasificación.
- Regla 4: Si falta la segunda molar y esta no va a ser reemplazado por falta de antagonista, no se le puede considerar en la clasificación.
- Regla 5: El área desdentada posterior siempre es la determinante en la clasificación.
- Regla 6: Las zonas desdentadas distintas de las que determinan la clasificación se denominan modificaciones y son designadas por su número de espacios edentulos.
- Regla 7: Solo se considera número de zonas desdentadas, no su extensión
- Regla 8: En clase IV No puede haber modificación. Si habría una zona edentula posterior llevara consigo el cambio de clase.

4.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

Se empleó el paquete estadístico SPSS. Versión N° 22.

Los datos obtenidos serán vaciados en una hoja de cálculo empleado para ellos el Microsoft Excel versión 2010 y después serán transferidos a paquete estadístico SPSS, para su análisis respectivo.

Se empleara análisis estadísticos descriptivos.

4.5 Aspectos Éticos

La investigación se realizó velando la salud de la persona, se limitó a una revisión dental en la cual no tiene fines de lucro, no se realizó tratamientos, ni tampoco producirá ningún riesgo, o alteración para la vida delos padres y para lo cual están las siguientes consideraciones éticas:

- La participación en la encuesta y examen clínico será voluntaria.
- La información que se obtendrá será netamente confidencial y solo se utilizara para fines de la investigación.
- Se requirió el consentimiento informado del participante en la investigación previa explicación de los procedimientos a seguir en el estudio.²⁰

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

5.1 Análisis descriptivo

Tabla 1 Establecer el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en padres de 20 a 60 años del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017

CLASIFICACIÓN	MAXILAR		MANDIBULAR	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
NR	32	40,0	16	20,0
CLASE I	1	1,3	0	0,0
CLASE I-1	1	1,3	0	0,0
CLASE II	3	3,8	5	6,3
CLASE II-1	0	0,0	2	2,5
CLASE II-2	0	0,0	1	1,3
CLASE III	25	31,3	27	33,8
CLASE III-1	15	18,8	19	23,8
CLASE III -2	3	3,8	10	12,5
Total	80	100,0	80	100,0

Fuente: Propia del investigador

De los 80 padres que se revisaron (100%), se estableció que 32 (40,0%) no registran la clasificación de Kennedy maxilar, y 16 (20,0%) no registran la clasificación de Kennedy mandibular; de la clase I Kennedy maxilar fue de 1(1,3%), la clase I Kennedy mandibular fue de 0 (0,0%); de la clase I-1 Kennedy maxilar fue 1 (1,3%), la clase I-1 Kennedy mandibular fue 0 (0,0%); de la clase II Kennedy maxilar fue 3 (3,8%), la clase II Kennedy mandibular fue 5 (6,3%); de la clase II-1 Kennedy maxilar fue 0 (0,0%), la clase II-1 Kennedy mandibular fue 2 (2,5%); de la clase II-2 Kennedy maxilar fue 0 (0,0%), la clase II-2 Kennedy mandibular fue 1 (1,3%); de la clase III Kennedy maxilar fue 25 (31,3%), la clase III Kennedy mandibular fue 27 (33,8%); de la clase III-1

Kennedy maxilar fue 15 (18,8%), la clase III-1 Kennedy mandibular fue 19 (23,8%); de la clase III-2 Kennedy maxilar fue 3 (3,8%), la clase III-2 Kennedy mandibular fue 10 (12,5%).

Gráfico 1 Establecer el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en padres de 20 a 60 años del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017

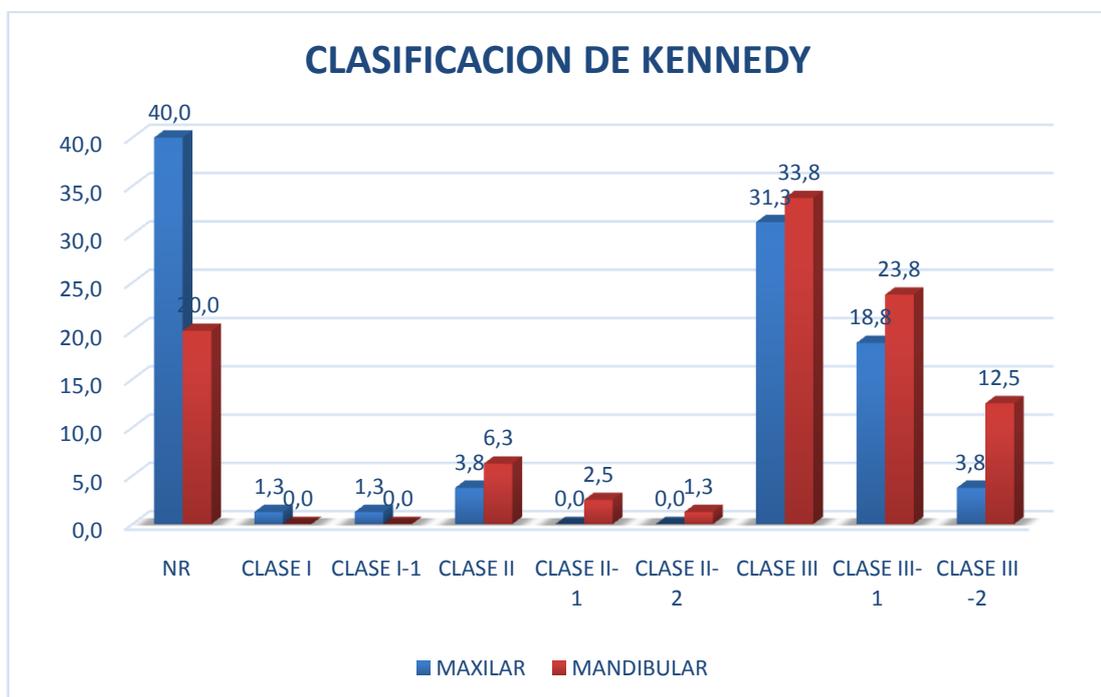


Tabla 2 Clasificación Kennedy maxilar relacionados según el género en padres del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017

		MAXILAR				
		GENERO				
		MASCULINO	FEMENINO	Total		
CLASIFICACION DE KENNEDY MAXILAR	NR	Recuento	13	19	32	
		% del total	16,3%	23,8%	40,0%	
	CLASE I	Recuento	0	1	1	
		% del total	0,0%	1,3%	1,3%	
	CLASE I-1	Recuento	0	1	1	
		% del total	0,0%	1,3%	1,3%	
	CLASE II	Recuento	2	1	3	
		% del total	2,5%	1,3%	3,8%	
	CLASE III	Recuento	8	17	25	
		% del total	10,0%	21,3%	31,3%	
	CLASE III-1	Recuento	6	9	15	
		% del total	7,5%	11,3%	18,8%	
	CLASE III -2	Recuento	0	3	3	
		% del total	0,0%	3,8%	3,8%	
	Total		Recuento	29	51	80
			% del total	36,3%	63,8%	100,0%

Fuente: Propia del investigador

Prueba de chi-cuadrado: $\chi^2=4,596$, $gl=6$, $p=,597$

Se identificó 13 (16,3%) del género masculino, 19 (23,8%) del género femenino no registran la clasificación de Kennedy maxilar siendo este último el más frecuente; 0 (0,0%) del género masculino, 1 (1,3%) del género femenino pertenecen a la clase I y clase I-1 Kennedy maxilar; 2 (2,5%) del género masculino y 1 (1,3%) del género femenino pertenecen a la clase II Kennedy maxilar; 8 (10,0%) del género masculino y 17 (21,3%) del género femenino pertenecen a la clase III Kennedy maxilar siendo este el segundo más

frecuente dentro de la clasificación de Kennedy; 6 (7,5%) del género masculino y 9 (11,3%) del género femenino pertenecen a la clase III-1 Kennedy maxilar; 0 (0,0%) del género masculino y 3 (3,8%) del género femenino pertenecen a la clase III-2 Kennedy maxilar.

Gráfico 2 Clasificación Kennedy maxilar relacionados según el género en padres del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017

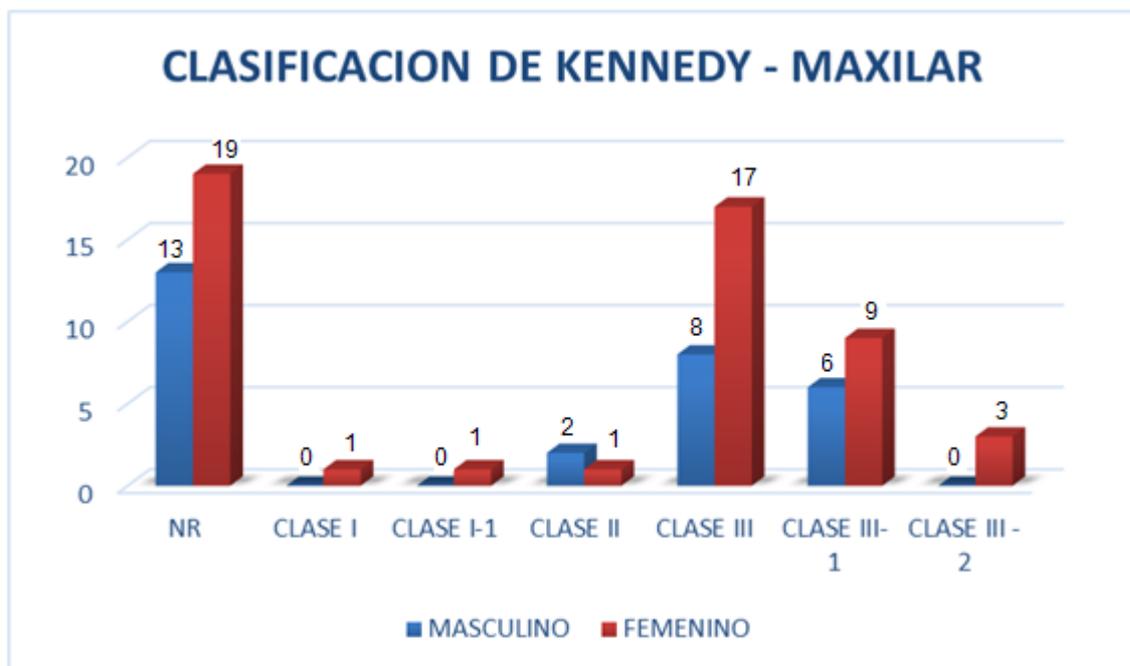


Tabla 3 Clasificación Kennedy mandibular relacionados según el género en padres del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017

			MANDIBULAR		Total
			GENERO		
CLASIFICACION DE KENNEDY MANDIBULAR	NR		MASCULINO	FEMENINO	
		Recuento	8	8	16
		% del total	10,0%	10,0%	20,0%
	CLASE II	Recuento	1	4	5
		% del total	1,3%	5,0%	6,3%
	CLASE II-1	Recuento	1	1	2
		% del total	1,3%	1,3%	2,5%
	CLASE II -2	Recuento	0	1	1
		% del total	0,0%	1,3%	1,3%
	CLASE III	Recuento	9	18	27
		% del total	11,3%	22,5%	33,8%
	CLASE III-1	Recuento	8	11	19
		% del total	10,0%	13,8%	23,8%
	CLASE III -2	Recuento	2	8	10
		% del total	2,5%	10,0%	12,5%
Total		Recuento	29	51	80
		% del total	36,3%	63,8%	100,0%

Fuente: Propia del investigador

Prueba de chi-cuadrado: $\chi^2=4,137$, $gl=6$, $p=,658$

Se identificó 8 (10,0%) del género masculino, 8 (10,0%) del género femenino no registran la clasificación de Kennedy mandibular; 1 (1,3%) del género masculino y 4 (5,0%) del género femenino pertenecen a la clase I Kennedy mandibular; 1 (1,3%) del género masculino y 1 (1,3%) del género femenino pertenecen a la clase II-1 Kennedy mandibular; 0 (0,0%) del género masculino y 1 (1,3%) del género femenino pertenecen a la clase II-2 Kennedy mandibular; 9 (11,3%) del género masculino y 18 (22,5%) del género femenino pertenecen

a la clase III Kennedy mandibular siendo este último el más frecuente dentro de la clasificación de Kennedy; 8 (10,0%) del género masculino y 11 (13,8%) del género femenino pertenecen a la clase III-1 Kennedy mandibular siendo el segundo más frecuente; 2 (2,5%) del género masculino y 8 (10,0%) del género femenino pertenecen a la clase III-2 Kennedy mandibular.

Gráfico 3 Clasificación Kennedy mandibular relacionados según el género en padres del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017

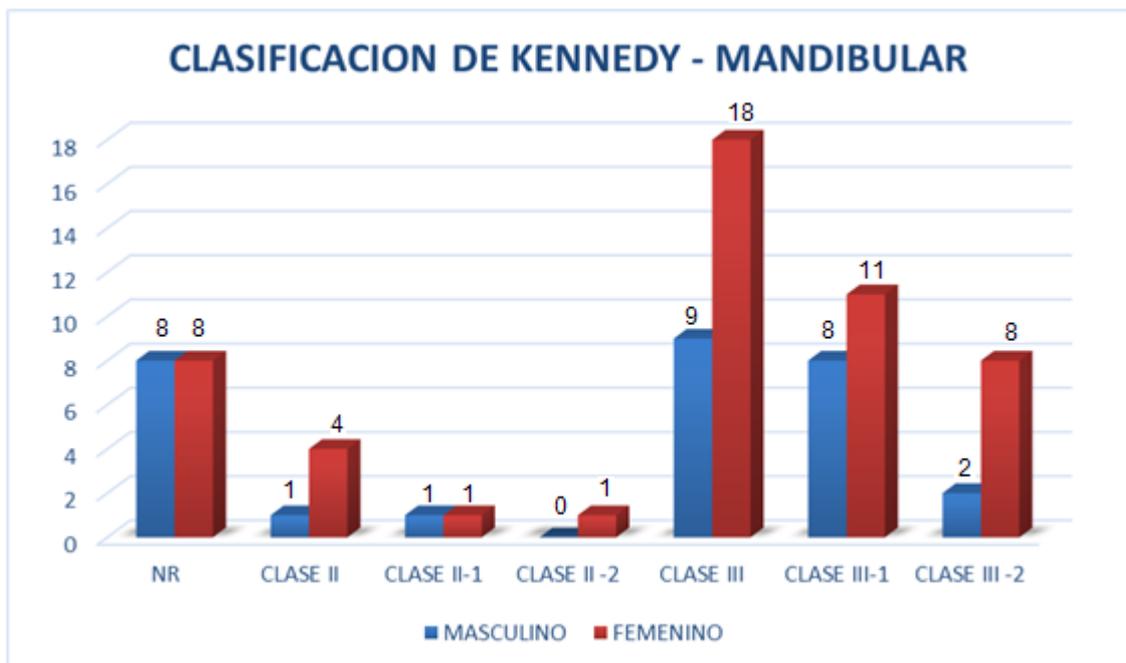


Tabla 4 Clasificación Kennedy maxilar relacionados según los rangos de edad en padres del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017

		MAXILAR					
		EDAD					
		20 – 30	31 – 40	41 – 50	51 – 60	Total	
CLASIFICACION DE KENNEDY MAXILAR	NR	Recuento	16	12	2	2	32
		% del total	20,0%	15,0%	2,5%	2,5%	40,0%
	CLASE I	Recuento	0	1	0	0	1
		% del total	0,0%	1,3%	0,0%	0,0%	1,3%
	CLASE I-1	Recuento	0	1	0	0	1
		% del total	0,0%	1,3%	0,0%	0,0%	1,3%
	CLASE II	Recuento	0	1	2	0	3
		% del total	0,0%	1,3%	2,5%	0,0%	3,8%
	CLASE III	Recuento	2	16	7	0	25
		% del total	2,5%	20,0%	8,8%	0,0%	31,3%
	CLASE III-1	Recuento	2	7	3	3	15
		% del total	2,5%	8,8%	3,8%	3,8%	18,8%
	CLASE III -2	Recuento	0	1	0	2	3
		% del total	0,0%	1,3%	0,0%	2,5%	3,8%
	Total	Recuento	20	39	14	7	80
		% del total	25,0%	48,8%	17,5%	8,8%	100,0%

Fuente: Propia del investigador

Prueba de chi-cuadrado: $\chi^2=42,599$, $gl=18$, $p=,001$

Se estableció que no registran la clasificación de Kennedy maxilar 16 (20,0%) que están en el rango de edad de 20 a 30 años, 12 (15,0%) que están en el rango de edad de 31 a 40 años, 2 (2,5%) que están en el rango de edad de 41 a 50 años, 2 (2,5%) que están en el rango de edad de 51 a 60 años; en la clase I y clase I-1 de Kennedy maxilar 0 (0,0%) que están en el rango de edad de 20 a 30 años, 1 (1,3%) que están en el rango de edad de 31 a 40 años, 0 (0,0%) que están en el rango de edad de 41 a 50 años, 0 (0,0%) que están en

el rango de edad de 51 a 60 años; en la clase I-1 Kennedy maxilar 0 (0,0%) que están en el rango de edad de 20 a 30 años, 1 (1,3%) que están en el rango de edad de 31 a 40 años, 0 (0,0%) que están en el rango de edad de 41 a 50 años, 0 (0,0%) que están en el rango de edad de 51 a 60 años; en la clase II Kennedy maxilar 0 (0,0%) que están en el rango de edad de 20 a 30 años, 1 (1,3%) que están en el rango de edad de 31 a 40 años, 2 (2,5%) que están en el rango de edad de 41 a 50 años, 0 (0,0%) que están en el rango de edad de 51 a 60 años; en la clase III Kennedy maxilar 2 (2,5%) que están en el rango de edad de 20 a 30 años, 16 (20,0%) que están en el rango de edad de 31 a 40 años siendo el grupo etario más frecuente, 7 (8,8%) que están en el rango de edad de 41 a 50 años, 0 (0,0%) que están en el rango de edad de 51 a 60 años; en la clase III-1 Kennedy maxilar 2 (2,5%) que están en el rango de edad de 20 a 30 años, 7 (8,8%) que están en el rango de edad de 31 a 40 años, 3 (3,8%) que están en el rango de edad de 41 a 50 años, 3 (3,8%) que están en el rango de edad de 51 a 60 años; en la clase III-2 Kennedy maxilar 0 (0,0%) que están en el rango de edad de 20 a 30 años, 1 (1,3%) que están en el rango de edad de 31 a 40 años, 0 (0,0%) que están en el rango de edad de 41 a 50 años, 2 (2,5%) que están en el rango de edad de 51 a 60 años.

Gráfico 4 Clasificación Kennedy maxilar relacionados según los rangos de edad en padres del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017

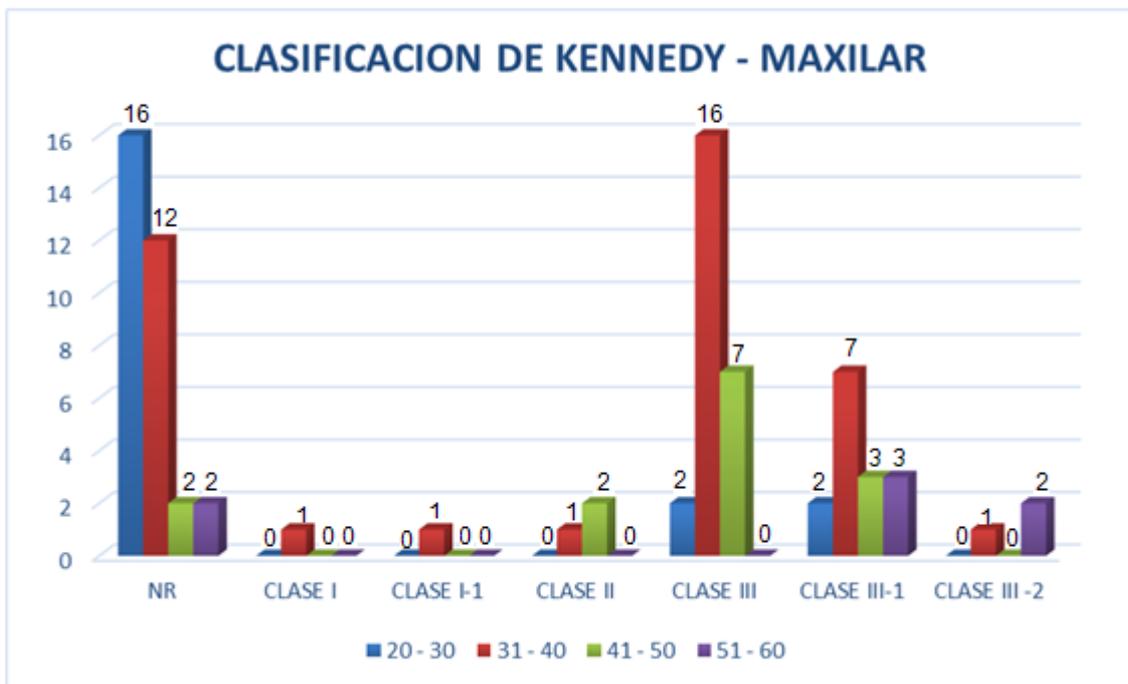


Tabla 5 Clasificación Kennedy mandibular relacionados según los rangos de edad en padres del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017

		MANDIBULAR					
		EDAD					
		20 – 30	31 – 40	41 – 50	51 - 60	Total	
CLASIFICACION DE KENNEDY MANDIBULAR	NR	Recuento	7	4	2	3	16
		% del total	8,8%	5,0%	2,5%	3,8%	20,0%
CLASE II		Recuento	1	0	2	2	5
		% del total	1,3%	0,0%	2,5%	2,5%	6,3%
CLASE II-1		Recuento	0	2	0	0	2
		% del total	0,0%	2,5%	0,0%	0,0%	2,5%
CLASE II -2		Recuento	0	1	0	0	1
		% del total	0,0%	1,3%	0,0%	0,0%	1,3%
CLASE III		Recuento	6	18	3	0	27
		% del total	7,5%	22,5%	3,8%	0,0%	33,8%
CLASE III-1		Recuento	3	12	2	2	19
		% del total	3,8%	15,0%	2,5%	2,5%	23,8%
CLASE III -2		Recuento	3	2	5	0	10
		% del total	3,8%	2,5%	6,3%	0,0%	12,5%
Total		Recuento	20	39	14	7	80
		% del total	25,0%	48,8%	17,5%	8,8%	100,0%

Fuente: Propia del investigador

Prueba de chi-cuadrado: $\chi^2=34,437$, $gl=18$, $p=,011$

Se estableció que no registran la clasificación de Kennedy mandibular 7 (8,8%) que están en el rango de edad de 20 a 30 años, 4 (5,0%) que están en el rango de edad de 31 a 40 años, 2 (2,5%) que están en el rango de edad de 41 a 50 años, 3 (3,8%) que están en el rango de edad de 51 a 60 años; en la clase II Kennedy mandibular 1 (1,3%) que están en el rango de edad de 20 a 30 años, 0 (0,0%) que están en el rango de edad de 31 a 40 años, 2 (2,5%) que están en el rango de edad de 41 a 50 años, 2 (2,5%) que están en el rango de edad de 51 a 60 años; en la clase II-1 Kennedy mandibular 0 (0,0%) que están en el

rango de edad de 20 a 30 años, 2 (2,5%) que están en el rango de edad de 31 a 40 años, 0 (0,0%) que están en el rango de edad de 41 a 50 años, 0 (0,0%) que están en el rango de edad de 51 a 60 años; en la clase II-2 Kennedy mandibular 0 (0,0%) que están en el rango de edad de 20 a 30 años, 1 (1,3%) que están en el rango de edad de 31 a 40 años, 0 (0,0%) que están en el rango de edad de 41 a 50 años, 0 (0,0%) que están en el rango de edad de 51 a 60 años; en la clase III Kennedy mandibular 6 (7,5%) que están en el rango de edad de 20 a 30 años, 18 (22,5%) que están en el rango de edad de 31 a 40 años siendo el grupo etario más frecuente, 3 (3,8%) que están en el rango de edad de 41 a 50 años, 0 (0,0%) que están en el rango de edad de 51 a 60 años; en la clase III-1 Kennedy mandibular 3 (3,8%) que están en el rango de edad de 20 a 30 años, 12 (15,0%) que están en el rango de edad de 31 a 40 años, 2 (2,5%) que están en el rango de edad de 41 a 50 años, 2 (2,5%) que están en el rango de edad de 51 a 60 años; en la clase III-2 Kennedy mandibular 3 (3,8%) que están en el rango de edad de 20 a 30 años, 2 (2,5%) que están en el rango de edad de 31 a 40 años, 5 (6,3%) que están en el rango de edad de 41 a 50 años, 0 (0,0%) que están en el rango de edad de 51 a 60 años.

Gráfico 5 Clasificación Kennedy mandibular relacionados según los rangos de edad en padres del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017

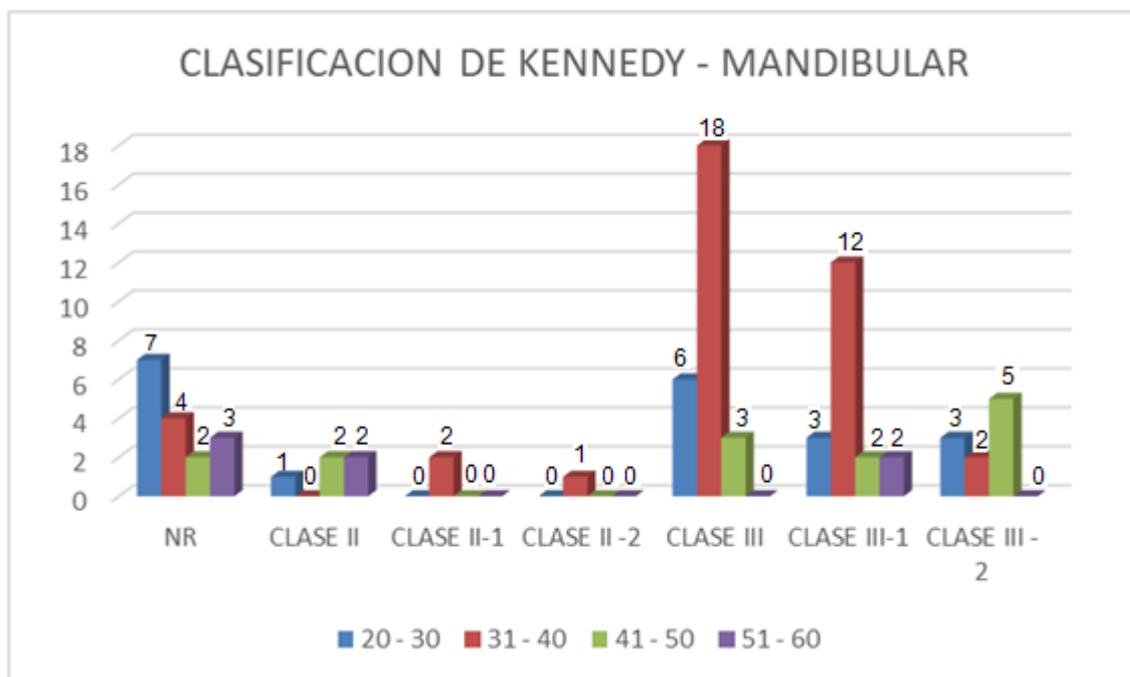


Tabla 6 Clasificación Kennedy maxilar relacionados según el nivel socioeconómico- cultural en padres del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017

		MAXILAR			
		NIVEL SOCIOECONOMICO-CULTURAL			
		MEDIO	BAJO	Total	
CLASIFICACION DE KENNEDY MAXILAR	NR	Recuento	8	24	32
		% del total	10,0%	30,0%	40,0%
	CLASE I	Recuento	0	1	1
		% del total	0,0%	1,3%	1,3%
	CLASE I-1	Recuento	0	1	1
		% del total	0,0%	1,3%	1,3%
	CLASE II	Recuento	1	2	3
		% del total	1,3%	2,5%	3,8%
	CLASE III	Recuento	6	19	25
		% del total	7,5%	23,8%	31,3%
	CLASE III-1	Recuento	6	9	15
		% del total	7,5%	11,3%	18,8%
	CLASE III -2	Recuento	0	3	3
		% del total	0,0%	3,8%	3,8%
Total		Recuento	21	59	80
		% del total	26,3%	73,8%	100,0%

Fuente: Propia del investigador

Prueba de chi-cuadrado: $\chi^2=3,414$, $gl=6$, $p=,755$

Se determinó el nivel socioeconómico-cultural medio no registran la clasificación de Kennedy maxilar 8 (10,0%); en la clase I y clase I-1 fue 0 (0,0%); en la clase II fue 1 (1,3%); en la clase III fue 6 (7,6%); en la clase III-1 fue 6 (7,6%); en la clase III-2 fue 0 (0,0%); mientras que el nivel socioeconómico-cultural bajo se encontró que no registran la clasificación de Kennedy maxilar 24 (30,0%) siendo el más frecuente; la clase I y clase I-1 fue 1

(1,3%); en la clase II fue 2 (2,5%); en la clase III fue 19 (11,3%) siendo el segundo más frecuente dentro de la clasificación de Kennedy maxilar; en la clase III-1 fue 9 (11,3%); en la clase III-2 fue 3 (3,8%).

Gráfico 6 Clasificación Kennedy maxilar relacionados según el nivel socioeconómico- cultural en padres del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017

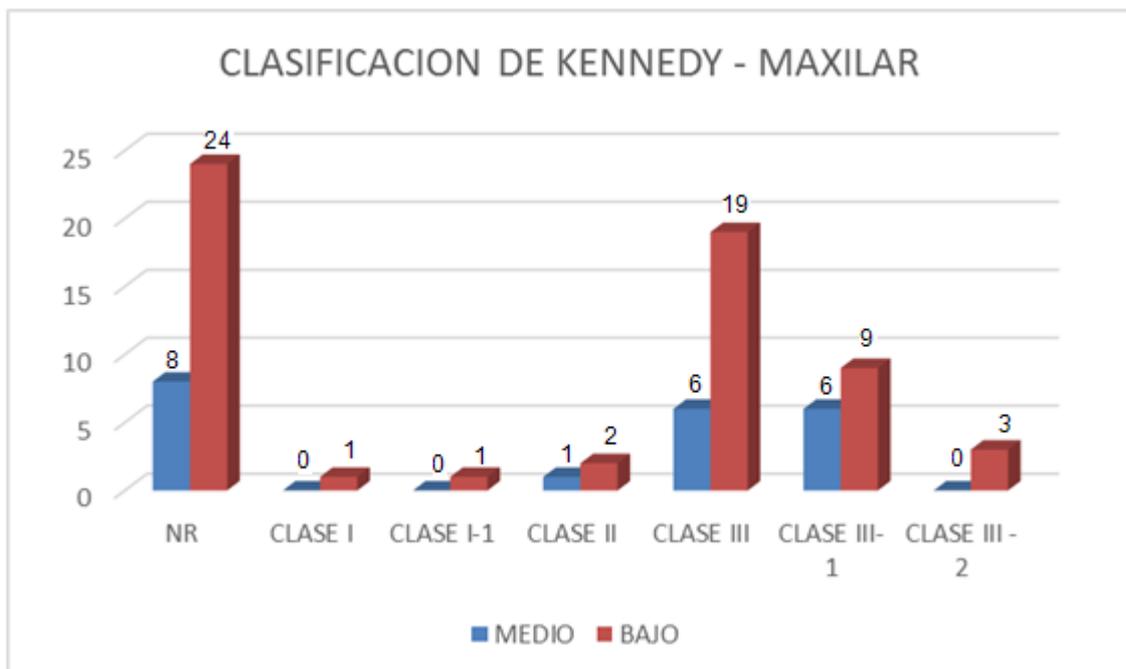


Tabla 7 Clasificación Kennedy mandibular relacionados según el nivel socioeconómico- cultural en padres del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017

		MANDIBULAR			
		NIVEL SOCIOECONOMICO-CULTURAL			
		MEDIO	BAJO	Total	
CLASIFICACION DE KENNEDY MANDIBULAR	NR	Recuento	5	11	16
		% del total	6,3%	13,8%	20,0%
	CLASE II	Recuento	1	4	5
		% del total	1,3%	5,0%	6,3%
	CLASE II-1	Recuento	0	2	2
		% del total	0,0%	2,5%	2,5%
	CLASE II -2	Recuento	0	1	1
		% del total	0,0%	1,3%	1,3%
	CLASE III	Recuento	6	21	27
		% del total	7,5%	26,3%	33,8%
	CLASE III-1	Recuento	7	12	19
		% del total	8,8%	15,0%	23,8%
	CLASE III -2	Recuento	2	8	10
		% del total	2,5%	10,0%	12,5%
Total		Recuento	21	59	80
		% del total	26,3%	73,8%	100,0%

Fuente: Propia del investigador

Prueba de chi-cuadrado: $\chi^2=2,904$, $gl=6$, $p=,821$

Se determinó el nivel socioeconómico-cultural medio no registran la clasificación de Kennedy mandibular 5 (6,3%); en la clase II fue 1 (1,3%); en la clase II-1 y clase II-2 fue 0 (0,0%); en la clase III fue 6 (7,6%); en la clase III-1 fue 7 (8,8%); en la clase III-2 fue 2 (2,5%); mientras que el nivel socioeconómico-cultural bajo se encontró que no registran la clasificación de Kennedy mandibular 11 (13,8%); en la clase II fue 4 (5,0%); en la clase II-1 fue

2 (2,5%); en la clase II-2 fue 1 (1,3%); en la clase III fue 21 (26,3%) siendo la más frecuente ;en la clase III-1 fue 12 (15,0%) siendo la segunda más frecuente dentro de la clasificación de Kennedy mandibular; en la clase III-2 fue 8 (10,0%).

Gráfico 7 Clasificación Kennedy mandibular relacionados según el nivel socioeconómico- cultural en padres del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017

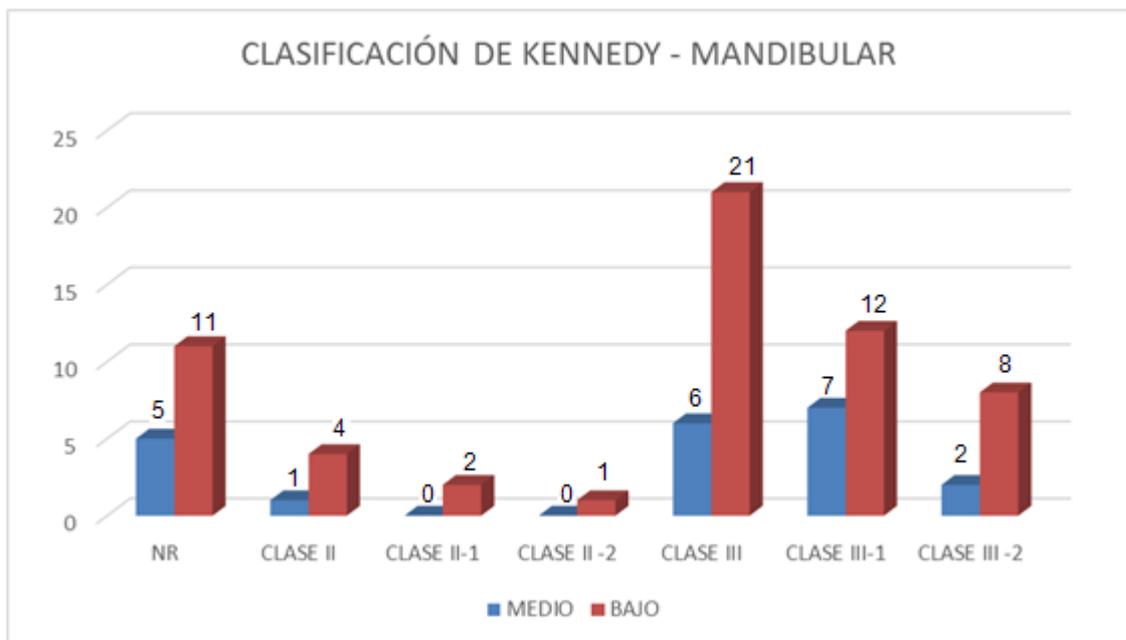


Tabla 8 Características del nivel socioeconómico-cultural de padres del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017

NIVEL SOCIOECONOMICO-CULTURAL			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MEDIO	21	26,3
	BAJO	59	73,8
	Total	80	100,0

Fuente: Propia del investigador

Los 80 padres (100%), se encontró que nivel socioeconómico-cultural bajo 59 (73,8%), un nivel socioeconómico-cultural medio 21 (26,3%).

Además no se encontró presente un nivel socioeconómico-cultural medio-alto; ni un nivel socioeconómico-cultural muy bajo.

Gráfico 8 Características del nivel socioeconómico-cultural de padres del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017

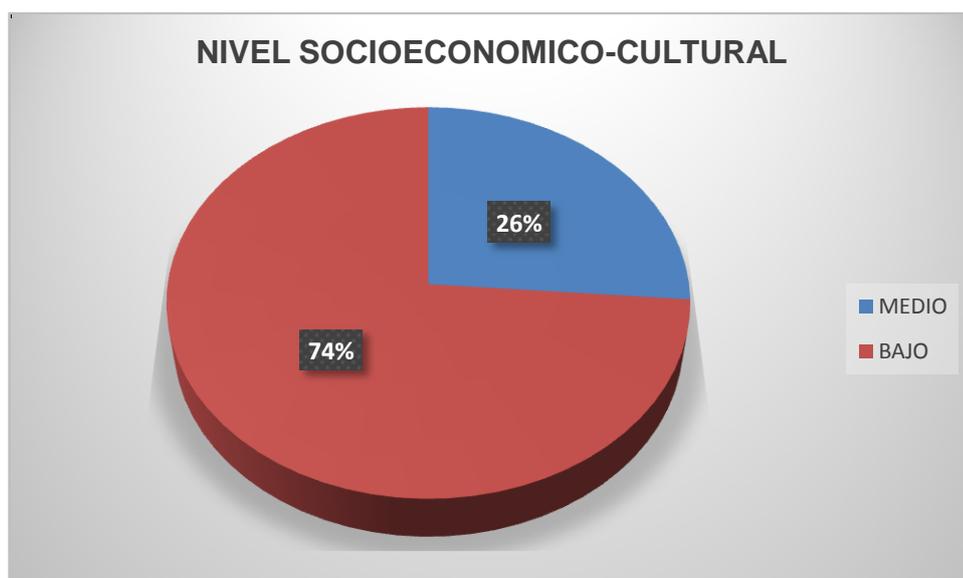


Tabla 9 Características de edad y género en padres del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017

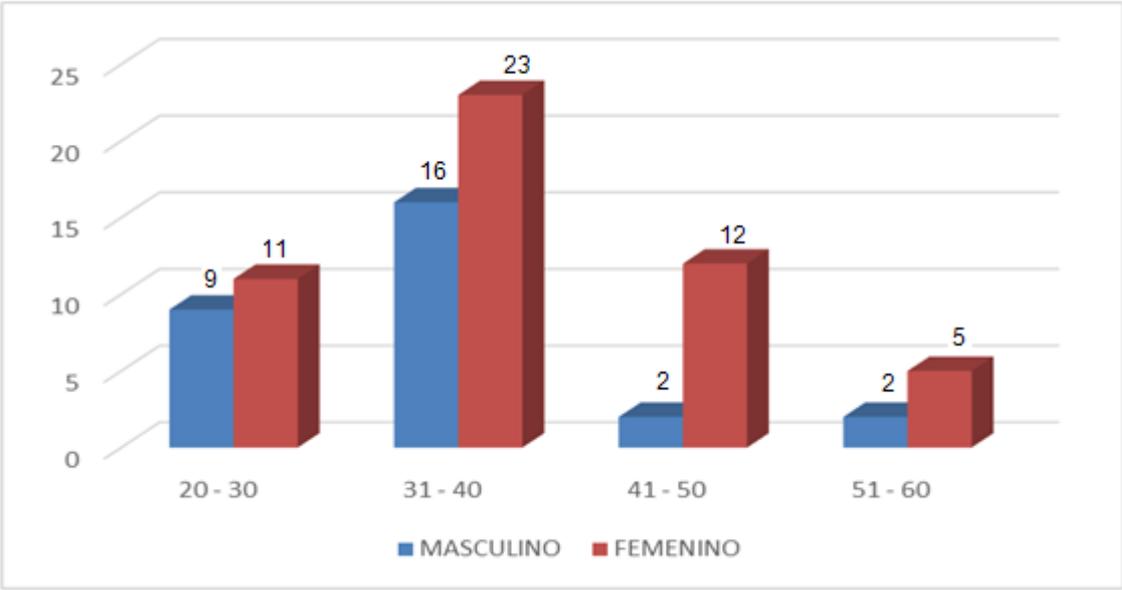
EDAD Y GENERO					
			GENERO		Total
EDAD			MASCULINO	FEMENINO	
20 – 30	Recuento		9	11	20
	% del total		11,3%	13,8%	25,0%
31 – 40	Recuento		16	23	39
	% del total		20,0%	28,8%	48,8%
41 – 50	Recuento		2	12	14
	% del total		2,5%	15,0%	17,5%
51 – 60	Recuento		2	5	7
	% del total		2,5%	6,3%	8,8%
Total	Recuento		29	51	80
	% del total		36,3%	63,8%	100,0%

Fuente: Propia del investigador

De los 80 padres que se encuestaron, se encontraron 20 padres (25,0%) de los cuales 9 (11,3%) son masculino y 11 (13,8%) femenino que están en el rango de edad de 20 a 30 años, 39 padres (48,8%) de los cuales 16 (20,0%) son masculino y 23 (28,8%) femenino que están en el rango de edad de 31 a 40 años siendo el más frecuente, 14 padres (17,5%) de los cuales 2 (2,5%) son masculino y 12 (15,0%) femenino que están en el rango de edad de 41 a 50 años, y 7 padres (8,8%) de los cuales 2 (2,5%) son masculino y 5 (6,3%) femenino que están en el rango de edad de 51 a 60 años.

Además se encontró mayor cantidad de género femenino con 51 (63,8%) y masculino con 29 (36,3%).

Gráfico 9 Características de edad y género en padres del Programa Vaso de Leche asentamiento humano las flores pamplona baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017



5.2 Discusión

En nuestro Perú, existen pocos estudios que nos permitan realizar este tipo de investigaciones, en especial que tomen poblaciones estratégicamente distribuidas en todo el litoral peruano como para poder tener una idea más clara sobre el Edentulismo Parcial. Esto quizás porque no existen muchos programas sociales propiciados por el gobierno orientado a la prevención y conservación de la salud oral de la población peruana.

A nivel internacional el edentulismo parcial, tomando como base la Clasificación de Kennedy es muy estudiada tanto en países de Latinoamérica como en Europa, Asia y Medio Oriente, principalmente porque es utilizado como un indicador del estado de conservación de la piezas dentarias; razón por la cual estas investigaciones se llevan a cabo periódicamente, y sus resultados permiten establecer si existe mejoría o no y así mismo determinar si los programas de prevención y conservación de la salud oral establecidos por los gobiernos están cumpliendo su cometido.

Al examinar a los padres del Programa Vaso de Leche se estableció que 32 (40,0%) no registran la clasificación de Kennedy maxilar y 27 (33,8%) registran la clase III de Kennedy mandibular.

En este estudio se encontró que la clase III de Kennedy mandibular es la más predominante con 27 (33,8%) y 25 (31,3%) maxilar, seguido de la clase III modificación 1 de Kennedy mandibular 19 (23,8%) y 15 (18,8%) maxilar; en la clase III modificación 2 de Kennedy mandibular 10 (12,5%) y 3 (3,8%) maxilar; la siguiente clase con mayor frecuencia fue la clase II de Kennedy mandibular 5 (6,3%) y 3 (3,8%) maxilar; en la clase II modificación 1 de Kennedy mandibular

2 (2,5%) y 0 (0,0%) maxilar; en la clase II modificación 2 de Kennedy mandibular 1 (1,3%) y 0 (0,0%) maxilar; mientras que en la clase I y clase I modificación 1 de Kennedy maxilar fue 1(1,3%) y 0 (0,0%) mandibular; y finalmente la clase IV de Kennedy bimaxilar siendo la menos frecuente con 0 (0,0%).

Esto coincide con Cisneros del Águila Melvin, Verástegui Sandoval Arturo, Fernández Lozano Henry en el 2014.⁷ al hallar que la clase III fue la más predominante (52,65%); y con modificación uno maxilar y maxilar inferior concentró el (25,07%); siendo menos frecuente la clase IV con (3,06%); así mismo Cortés Víctor, Carrasco Felipe, Vergara Carolina en el 2013.¹ Observo que la clasificación de Kennedy maxilar más prevalente fue Clase III y en la arcada Mandibular fueron similares resultados para Clase I y III. Igualmente coincidió Sruthy Sreekumar Thakadiyel en el 2015.³ Determinó que el área edentula más comúnmente restaurada fue la clase III de Kennedy y la clase III de Kennedy con modificaciones (70,58%).

Caso contrario fue lo que vio Avendaño Vera Edson Michelson en el 2016.⁹ Al observar que la Clase I de Kennedy es la más prevalente con 41,3 % (150 casos); la siguiente Clase de mayor frecuencia fue la Clase II con el 32 % (116 casos), luego tenemos a la Clase III con el 91 casos (25,1%) y finalmente la Clase IV con 6 casos (1,7%). Dando como resultado que de los 363 maxilas que se realizaron el tratamiento de PPR. Y Azad Ali Azad, et al en el 2015.⁴

Cuyos resultados de los quinientos treinta y cuatro (534) pacientes, 92 (17,2%) se clasificaron en la clase I de la PDI. 212 (39,7%) se les clasificaron en la

clase II de la PDI.146 (27,3%) se clasificaron en la clase III de PDI, mientras que 84 sujetos (15,7%) se clasificaron en la clase IV de PDI.

En lo que refiere a establecer la clasificación de Kennedy y el grupo etario, en la Clase III tanto maxilar como mandibular el pico se encuentra en el rango de 31 a 40 años de edad. Donde también tuvieron un resultado similar Cisneros del Águila Melvin, Verástegui Sandoval Arturo, Fernández Lozano Henry en el 2014.⁷ obtuvo que el grupo etario de 31 a 50 años presentó mayor cantidad de arcos edéntulos parciales 51,81%. Lo que contradice Gutiérrez-Vargas Vanessa Leila, León-Manco Roberto Antonio, Castillo-Andamayo Diana Esmeralda en el 2014.⁸ Se encontró mayor número de pacientes con edentulismo parcial Clase III para el maxilar superior con 5,3% y para el maxilar inferior con 14,9%, encontrándose el rango de edad más frecuente de 18 a 31 años (9,6%).

En lo que respecta a la identificación del edentulismo parcial y el género en este estudio se encontró que el edentulismo parcial tuvo una mayor presencia en el género femenino 51 (63,8 %) y que 18 (22,5 %) fue mandibular. Esto coincide con Cisneros del Águila Melvin, Verástegui Sandoval Arturo, Fernández Lozano Henry en el 2014.⁷ encontró en el género femenino una mayor cantidad de casos 72,14%, al igual que Cortés Víctor, Carrasco Felipe, Vergara Carolina en el 2013.¹ Donde el grupo evaluado fue mayor en mujeres 60.3% y que 42% fue mandibular.

En lo que respecta a la identificación del edentulismo parcial y el nivel socioeconómico-cultural en este estudio se obtuvo que nivel socioeconómico-cultural bajo 59 (73,8%), es predominante seguido de un nivel socioeconómico-

cultural medio 21 (26,3%). Esto concuerda con Bouby Pizan Annibar Braulio en el 2013.²² Observo que el edentulismo parcial bimaxilar presenta marcada prevalencia en los pobladores de nivel socioeconómico-cultural bajo (52.11%), y nivel socioeconómico-cultural medio presentan proporciones similares de edentulismo parcial superior o inferior (28.33%).

CONCLUSIONES

- En este estudio se encontró que la clase III de Kennedy mandibular es la más predominante, seguido del maxilar.
- El género de los padres del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano “las Flores Pamplona Baja” del distrito San Juan de Miraflores, se encontró al sexo femenino como la más predominante seguido del sexo masculino
- Dentro de los padres que se encuestaron, el rango de edad de 31 a 40 años es el más frecuente en el asentamiento humano las Flores Pamplona Baja de San Juan de Miraflores, el segundo más frecuente que están en el rango de edad de 20 a 30 años, seguido del rango de edad de 41 a 50 años y por ultimo en el rango de edad de 51 a 60 años.
- Dentro de los padres que se encuestaron, se encontró que nivel socioeconómico-cultural bajo predominante, seguido de un nivel socioeconómico-cultural medio. Además no se encontró presente un nivel socioeconómico-cultural medio-alto, ni un nivel socioeconómico-cultural muy bajo.

RECOMENDACIONES

- Realizar más investigaciones tomando como antecedente el presente estudio con la finalidad de determinar las causas o factores que hacen predominar la clase III de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy.
- Es necesario que se realicen este tipo de estudios con mayor frecuencia, no solo a nivel de Lima sino también a nivel provincial, ya que el nivel socioeconómico- cultural repercute en el cuidado de la salud oral.
- Ampliar el estudio en otros Programas, Instituciones o Centros, etc., a fin de determinar la prevalencia global cuyos resultados permitan implementar más programas de conservación de la salud oral de la población peruana.
- Crear módulos de salud o establecer convenios con consultorios o clínicas odontológicas, implementar programas de cuidado de la salud oral enfocadas con más hincapié en la prevención, que se ocupen de concientizar a la población en general sobre la necesidad de evitar la pérdida de piezas dentarias, que no solo se ocupen de los adultos, sino que se enfoque en niños y toda la población.
- Concientizar a los profesionales de salud bucal para que desarrollen y mejoren las técnicas que permitan prevenir y reducir los índices de edentulismo parcial en la población

FUENTES DE INFORMACION

1. Cortés Víctor, Carrasco Felipe, Vergara Carolina. Prevalencia de edentulismo parcial y total en islas butachauques y tac, quemchi. Rev. Chil Salud Pública. [En línea] 2014. [fecha de acceso 04/febrero/2017]; Vol 18 (3): 257-262. Disponible en: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/33956/35674>
2. Anum Muneeb, Batool Mohsin Khan, Beenish Jamil. Causes and pattern of partial edentulism/exodontia and its association with age and gender: semi rural population, Baqai dental college, Karachi, Pakistan. International dental journal of student's research [En línea] 2013. [fecha de acceso 04/febrero/2017]; Oct 2012-Jan 2013. Volumen 1| Issue 3.paginas 13-18. Disponible en: http://www.idjsr.com/abstract.php?article_id=1274
3. Sruthy Sreekumar Thakadiyel. An epidemiological survey to determine the type of removable prosthesis requested by the south coastal population of india. International journal of research in dentistry [En línea] 2015. [fecha de acceso 04/febrero/2017]; Volume 5 Issue 2 Mar-Apr. 2015. Páginas 56-60. Disponible en: <http://www.ordoneardentistrylibrary.org/Data/pdfs/IJRID/IJRID1174.pdf>
4. Azad Ali Azad, AwaisShabbir Malik, Amna Ahmed, Muzamal Maqsood Butt. Complexity of partial edentulism among patients seen at armed forces institute of dentistry, rawalpindi. Pakistan Oral & Dental Journal.

- [En línea] 2015. [fecha de acceso 05/febrero/2017]; Vol 35, No. 2 (June 2015) pagina 312-314. Disponible en: http://www.podj.com.pk/Jun_2015/PODJ-36.pdf
5. Aamir Mehmood Butt, Ali Rahoojo, Suneel Kumar Punjabi, Ramesh Lal. Incidence of various Kennedy's classes in partially edentulous patients visiting dental opd hyderabad/jamshoro [En línea] 2015. [fecha de acceso 05/febrero/2017]; Vol 35, No. 2 (June 2015) pagina 329-331. Disponible en: http://www.podj.com.pk/Jun_2015/PODJ-41.pdf
 6. Rodríguez Carbonel Liliana Lizet. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica estomatológica de moche. [tesis bachiller]. Universidad Nacional de Trujillo, Facultad de medicina escuela académico profesional de estomatología. Trujillo-Perú 2013.
 7. Cisneros Del Águila M, Verástegui Sandoval A, Fernández Lozano H. Prevalencia de edentulismo Parcial Según clasificación de Kennedy en pacientes adultos de una clínica docente universitaria. [En línea] 2014. [fecha de acceso 05/febrero/2017]; Volumen1, número 1, páginas 1 – 18. Disponible en : <http://revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/SD/article/view/426/330>
 8. Gutiérrez-Vargas Vanessa Leila, León-Manco Roberto Antonio, Castillo-Andamayo Diana Esmeralda. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Rev. Estomatol Herediana [En línea] 2015. [fecha de acceso 05/febrero/2017]; Jul-Set;volumen 25, numero3, pag.179-186. Disponible en:

<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/2608>

9. Avendaño Vera Edson Michelson. Prevalencia de edentulismo parcial y necesidad protésica en pacientes que acuden a la clínica de pre grado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos del 2013 al 2014. [Tesis Cirujano Dentista]. Universidad Nacional Mayor De San Marcos Facultad De Odontología. Lima- Peru.2016.
10. Ministerio de Salud. Guía de Practicas Clínicas Estomatológicas. Editorial Talleres gráficos SINCO. Lima. Perú. 2005. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1095_DGSP186.pdf. Revisado el: 15 febrero 2017
11. McCracken WL. Prótesis Parcial Removible. 11va edición. Madrid, España: Editorial: EdiDe.S.L. 2006.
12. OMS. Salud bucodental. Nota informática Numero318, Abril 2012 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
13. Beatriz Del Carmen Chávez-Reátegui, Jorge Enrique Manrique-Chávez, Jorge Adalberto Manrique Guzmán, Odontogeriatría y gerodontología: el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor: Revisión de literatura. Rev Estomatol Herediana [En línea] 2014. [fecha de acceso 12/febrero/2017]; Jul-Set 2014 volumen24, numero3. páginas 199-207. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/2096/2086>

14. Mallat Ernest. Prótesis parcial removible y sobre dentaduras. 3ra edición
Madrid, España: Editorial: EdiDe.S.L.2004
15. Xiomara C. Alfonso Adán, Liem Renda Valera. Factores de riesgo que actúan sobre la articulación temporomandibular. Universidad de ciencias medicas de la habana. Instituto de ciencias básicas y preclínicas victoria de giron facultad playa. Disponible en:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/protesis/factores_de_riesgo_que_actuan_sobre_la_articulacion_temporomandibular.pdf
16. Rodríguez Ortiz Fernando Manuel. Glosario. Facultada de odontología, coordinación de prótesis dental fija y removible. 2008 Disponible en :
www.odonto.unam.mx/pdfs/glosariofinalesp.pdf
17. Diccionario de la real academia de la lengua española 22ª ed. España: editorial QW, editores SAC; 2014
18. Definición ABC tu diccionario hecho fácil. Disponible en:
<http://www.definicionabc.com/economia/nivel-socioeconomico.php>
19. Hernández Sampieri R. Metodología de la investigación. 5ta edición.
Mexico: McGraw-Hill/ interamericana editores, S.A. de C.V. 2010
20. Declaración De Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Disponible en: <http://www.spo.com.pe/Publicaciones/HELSINKI2000.pdf>
21. Norma Técnica de Salud para el Uso del Odontograma. Disponible en:
<http://www.limaeste.gob.pe/limaeste/direcciones/desp/informaciontecnica/datainformaciontecnica/2016/documentos%20tecnicos%20normativos%20sectoriales%20dais%20y%20calidad/5%20no%20transmisibles/2.%20>

rm%20n%ba%20593-2006%20nts%20045%20-
%20uso%20del%20odontograma.pdf.

22. Bouby Pizan Annibar Braulio. Determinación de la asociación entre el edentulismo y el nivel socioeconómico- cultural en la población adulta del distrito de magdalena de cao, provincia de Ascope, departamento la libertad-2012. [Tesis Bachiller]. Universidad Nacional de Trujillo Facultad De Medicina, Escuela de estomatología. Trujillo - Peru.2013.

ANEXOS

ANEXO N° 1: CARTA DE PRESENTACIÓN



Pueblo Libre, 06 de Junio del 2017

Señora MILAGROS CORONADO SANDOVAL
Presidenta del Programa Vaso de Leche del AA.HH. Las Flores de Pamplona Baja

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle al egresado HUANCA QUISPE, JOSÉ LUIS, con código 2009150646, de la Escuela Profesional de Estomatología - Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud -Universidad Alas Peruanas, quien necesita recabar información en la el área que usted dirige para el desarrollo del trabajo de investigación (tesis).

TÍTULO: "EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACION DE KENNEDY EN PADRES DEL PROGRAMA VASO DE LECHE ASENTAMIENTO HUMANO LAS FLORES DE PAMPLONA BAJA EN EL AÑO 2017"

A efectos de que tenga usted a bien brindarle las facilidades del caso.

Anticipo a usted mi profundo agradecimiento por la generosa atención que brinde al presente.

Atentamente,



UAP UNIVERSIDAD
ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. MIRIAM DEL ROSARIO VÁSQUEZ SEGURA
DIRECTORA
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

**ANEXO N° 2: CONSTANCIA DESARROLLO DE LA
INVESTIGACIÓN**



CONSTANCIA
DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

Por medio de la presente dejamos constancia que el Sr. José Luis Huanca Quispe identificado con el DNI N°: 46519724 ha desarrollado su trabajo de investigación para optar el título profesional como Cirujano Dentista en el Programa Vaso de Leche AA.HH. Las Flores de Pamplona Baja del distrito de San Juan de Miraflores. Realizando la aplicación de encuestas y examen clínico odontológico a los padres de 20 a 60 años de edad, del programa vaso de leche de San Juan de Miraflores llevándose a cabo el día 16, 23 y 30 de junio del 2017.

Lima, 07 julio del 2017

Atentamente,



Milagros Coronado Sandoval
.....
PRESIDENTA DEL PROGRAMA VASO DE LECHE
MILAGROS CORONADO SANDOVAL

ANEXO N° 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO



A través de este documento, expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada; EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACION DE KENNEDY EN PADRES DEL PROGRAMA VASO DE LECHE ASENTAMIENTO HUMANO LAS FLORES DE PAMPLONA BAJA AÑO 2017.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso) y realizarle un examen clínico intraoral. Esto tomará aproximadamente 5 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito, fuera de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y el examen clínico intraoral serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto serán anónimas, además se registrará mediante fotos el recojo de dicha información previo consentimiento.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Agradecemos su participación.

Fecha:

.....

Nombre del participante

.....

Firma del participante

DNI:.....

ANEXO N° 4: FICHA CLÍNICA



I. DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO

N°...

NOMBRE:..... EDAD:.....
 GENERO:.....

II. EXAMEN CLÍNICO

NTS N° -MINS/DGSP-V.01
 Norma Técnica de Salud para el Uso del Odontograma

ODONTOGRAMA

CLASIFICACIÓN DE KENNEDY:

MAXILAR SUPERIOR	CLASE I	
	CLASE II	
	CLASE III	
	CLASE IV	
	MODIFICACION	
MAXILAR INFERIOR	CLASE I	
	CLASE II	
	CLASE III	
	CLASE IV	
	MODIFICACION	

The odontogram template consists of a central vertical line. Above and below the line are rows of boxes for tooth numbers. The top row contains boxes for teeth 18, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28. The bottom row contains boxes for teeth 48, 47, 46, 45, 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38. In the center, there are two rows of tooth icons. The first row of icons is labeled with numbers 55, 54, 53, 52, 51, 61, 62, 63, 64, 65. The second row of icons is labeled with numbers 85, 84, 83, 82, 81, 71, 72, 73, 74, 75.

FUENTE:

- NTS N° -MINS/DGSP-V.01
 Norma Técnica de Salud para el Uso del Odontograma.²¹
- McCracken WL. Prótesis Parcial Removable. Undécima edición. Madrid, España: Editorial: EdiDe.S.L. 2006.¹¹

ANEXO N° 5: CUESTIONARIO PARA DETERMINAR EL NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL



III. DATOS DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL

III.1. Nivel Social

1. La vivienda del encuestado se ubica en una zona: (solo una alternativa)
a) Rural () b) Urbano-marginal () c) Urbano ()
2. ¿Dónde realiza Ud. Su principal actividad laboral? (solo una alternativa)
a) En una institución pública o privada () b) En el campo ()
c) Ama de casa () d) Negociante () e) No trabaja ()
3. ¿A qué organizaciones Ud. pertenece? (varias alternativa)
a) Ninguno () b) Clubes () c) Sindicatos ()
d) Grupos () e) Asociaciones ()
4. ¿Qué actividad realiza Ud. Con más frecuencia en su tiempo libre? (solo una alternativa)
a) Pasea con amigos () b) Duerme () c) Deportes ()
d) Ve TV, lee, internet () e) Ninguno ()

III.2. Nivel Económico

1. Promedio de ingreso mensual: (solo una alternativa)
a) No recibe ingresos b) Menos de 465 soles c) 465-930 soles
d) 930- 1395 soles e) 1396 soles a mas
2. Principal material de la vivienda (solo una alternativa)
a) Estera () b) Piedra con barro () c) Adobe ()
d) Madera () e) Ladrillo-cemento ()
3. Pertenencia de la vivienda (solo una alternativa)
a) Familiar () b) Propia por invasión () c) Alquilada ()
d) Propia pagándose a plazos () e) Propia pagada ()
4. Servicios con los que cuenta su vivienda (varias alternativa)
a) Electricidad () b) Agua () c) Desagüe ()
d) Cable () e) Internet ()

III.3. Nivel Cultural

1. ¿Qué idiomas domina? (solo una alternativa)
a) Castellano () b) Quechua - Castellano () c) Castellano- Ingles()
d) Castellano – ingles y otros ()

2. ¿Cuál es el nivel máximo de estudios que usted culminó? (solo una alternativa)
 a) Ninguno () b) Primaria () c) Secundaria ()
 d) Superior técnico () e) Superior universitario ()
3. ¿A través de qué medio Ud. Se mantiene informado? (varias alternativa)
 a) Amigos, vecinos () b) TV, cable () c) Radio ()
 d) Internet () e) Periódico ()
4. ¿Qué tipo de programa prefiere en la TV? (solo una alternativa)
 a) Dibujos animados () b) Novelas () c) Películas ()
 d) Series () e) Noticias ()

ASIGNACIÓN DE PUNTAJES PARA INDICADORES NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL

NIVEL SOCIAL. Puntajes internos de cada indicador

UBICACIÓN DE LA VIVIENDA	PUNTAJE
Rural	0
Urbano marginal	1
Urbano	2

PRINCIPAL ACTIVIDAD LABORAL	PUNTAJE
No trabaja	0
En el campo	1
Ama de casa	1
Negociante	2
Institución pública o privada	3

ORGANIZACIONES SOCIALES A LAS QUE PERTENECE	PUNTAJE
Ninguna	0
Clubes	1
Sindicatos	1
Grupos	1
Asociaciones	1

ACTIVIDADES EN SU TIEMPO LIBRE	PUNTAJE
Ninguna	0
Duerme	0
Deportes	1
Ve TV, lee, internet	2
Pasea con amigos	3

NIVEL ECONOMICO. Puntajes internos de cada indicador

PROMEDIO DE INGRESO ECONOMICO MENSUAL	PUNTAJE
No recibe ingresos	0
Menos de 465 soles	1
466-930 soles	2
931- 1395 soles	3
1396 soles a mas	4

PRINCIPAL MATERIAL DE LA VIVIENDA	PUNTAJE
Estera	0
Piedra con barro	1
Adobe	2
Madera	3
Ladrillo- cemento	4

PERTENENCIA DE LA VIVIENDA	PUNTAJE
Familiar	0
Propia por invasión	1
Alquilada	2
Propia pagándose a plazos	3
Propia pagada	4

SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA LA VIVIENDA	PUNTAJE
Agua	1
Desagüe	2
Electricidad	3
Cable	4
Internet	4

NIVEL CULTURAL. Puntajes internos de cada indicador

IDIOMAS QUE DOMINA	PUNTAJE
Castellano	1
Quechua – castellano	2
Castellano- ingles	3
Castellano- ingles y otros	4

GRADO DE INSTRUCCIÓN	PUNTAJE
Ninguno	0
Primario	1
Secundario	2
Superior técnico	3
Superior universitario	4

MEDIOS DE INFORMACION	PUNTAJE
Amigos, vecinos	1
Tv, cable	2
Radio	2
Internet	3
Periódico	4

PREFERENCIA DE PROGRAMAS DE TV	PUNTAJE
Dibujos	1
Novelas	2
Películas	2
Series	3
Noticias	4

NIVEL SOCIECONOMICO-CULTURAL. Puntajes obtenidos de sumar los valores del nivel social, nivel económico y nivel cultural de cada individuo.

NIVEL SOCIECONOMICO-CULTURAL.					
CATEGORIA	NIVEL SOCIAL	NIVEL ECONOMICO	NIVEL CULTURAL	SUMA DE PUNTAJES	RANGO DE PUNTAJE
MEDIO ALTO	12-15 ptos	19-26 ptos	12-16 ptos	NS+NE+NC	42-57 puntos
MEDIO	8-11 ptos	13-18 ptos	9-11 ptos	NS+NE+NC	29-41 puntos
BAJO	4-7 ptos	7-12 ptos	6-8 ptos	NS+NE+NC	16-28 puntos
MUY BAJO	0-3 ptos	1-6 ptos	3-5 ptos	NS+NE+NC	04-15 puntos

FUENTE:

- Bouby Pizan Annibar Braulio. Determinación de la asociación entre el edentulismo y el nivel socioeconómico- cultural en la población adulta del distrito de magdalena de cao, provincia de Ascope, departamento la libertad-2012. [Tesis Bachiller]. Universidad Nacional de Trujillo Facultad De Medicina, Escuela de estomatología. Trujillo - Peru.2013. ²²

ANEXO N° 6: MATRIZ DE CONSISTENCIA

EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACION DE KENNEDY EN PADRES DEL PROGRAMA VASO DE LECHE DEL ASENTAMIENTO HUMANO LAS FLORES DE PAMPLONA BAJA AÑO 2017

Bachiller: Huanca Quispe, José Luis

Profesor Responsable: CD. MG. Lic. Rosa Gabriela Quiroz De La Torre

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	BASES TEÓRICAS	METODOLOGÍA
Problema principal	Objetivo general	Var. Independiente		
¿Cuál es el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en padres de 20 a 60 años del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017?	- Establecer el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en padres de 20 a 60 años del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017.	- Edentulismo parcial	-Edentulismo parcial -Generalidades -Definición -Prevalencia	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño de investigación: Diseño no experimental, • Tipo de investigación: Transversal-Descriptivo, Observacional.
Problema secundario	Objetivo específicos	Covariables		
¿Cuál es el edentulismo parcial según la edad en padres de 20 a 60 años del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017?	- Establecer el edentulismo parcial según la edad en ambos maxilares en padres de 20 a 60 años del Programa Vaso de Leche asentamiento humano las flores pamplona baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017.	- Edad	-Consecuencia del edentulismo parcial -Perdida de los dientes y edad	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de recolección: Observacional Encuesta
¿Cuál es el edentulismo parcial según el género en padres de 20 a 60 años del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017?	- Identificar el edentulismo parcial según el género en ambos maxilares en padres de 20 a 60 años del Programa Vaso de Leche asentamiento humano las flores pamplona baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017.	- Genero	- Clasificación de Kennedy -Reglas de Applegate	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño muestral: - Población: 80 padres <p>Muestra: La muestra fue no probabilística basado en los criterios de inclusión y exclusión.</p>

<p>¿Cuál es el edentulismo parcial según el nivel socioeconómico-cultural en padres de 20 a 60 años del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores Pamplona Baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017?</p>	<p>- Determinar el edentulismo parcial según el nivel socioeconómico-cultural en ambos maxilares en padres de 20 a 60 años del Programa Vaso de Leche asentamiento humano las flores pamplona baja del distrito San Juan de Miraflores – Lima 2017.</p>	<p>- Nivel socioeconómico-cultural</p>		
--	---	--	--	--

ANEXO N° 7: FOTOGRAFÍAS



Figura 1: Firma de consentimiento informado de madres del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores de Pamplona Baja



Figura 2: Fotografía intraoral
No registra la clasificación de Kennedy superior e inferior



Figura 3: Fotografía intraoral
No registra la clasificación de Kennedy superior e inferior



Figura 4: Firma de consentimiento informado de padres del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores de Pamplona Baja



Figura 5: Fotografía intraoral
Clasificación de Kennedy Maxilar
clase III-1 y Mandibular clase III



Figura 6: Fotografía intraoral
Clasificación de Kennedy Maxilar
clase III-1 y Mandibular clase III-1



Figura 7: Llenado de la encuestas a padres del Programa Vaso de Leche del asentamiento humano las Flores de Pamplona Baja



Figura 8: Fotografía intraoral
Clasificación de Kennedy Maxilar
No registra y Mandibular clase III-1



Figura 9: Fotografía intraoral
Clasificación de Kennedy Maxilar
No registra y Mandibular clase III-1



Figura 10: Examen clínico intraoral a padres del Programa Vaso de Leche de leche del asentamiento humano las Flores de Pamplona Baja



Figura 11: Fotografía intraoral

Clasificación de Kennedy Maxilar

No registra y Mandibular clase II