



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE

ESTOMATOLOGÍA

TESIS

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA

CLASIFICACIÓN DE KENNEDY, EN ESTUDIANTES

DEL NOVENO Y DÉCIMO CICLO DE

ODONTOLOGÍA, USS. 2020

PARA OPTAR POR EL TITULO DE CIRUJANO DENTISTA

Autor:

Bach. Rodríguez Sánchez Mario Alexander

<https://orcid.org/0000-0001-7168-3863>

Bach. Yabe Villanueva Mauricio Mitsuro

<https://orcid.org/0000-0002-3153-1678>

Asesor:

Dra. CD. La Serna Solari Paola Beatriz

<https://orcid.org/0000-0002-4073-7387>

Línea de investigación:

Ciencias de la vida y cuidado de la salud Humana

Pimentel- Perú

2020

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY, EN
ESTUDIANTES DEL NOVENO Y DÉCIMO CICLO DE ODONTOLOGÍA, USS.
2020

Autor:
**RODRÍGUEZ SÁNCHEZ
MARIO ALEXANDER**

Autor:
**YABE VILLANUEVA
MAURICIO MITSURO**

Filiación institucional: Escuela Profesional Académica de Estomatología, Facultad de
Ciencia de la Salud, Universidad Señor de Sipán.

Asesor:
Dra. CD. La Serna Solari Paola Beatriz

Presidente
Dra. CD. La Serna Solari Paola Beatriz

Secretario:
MG.CD. ESPINOZA PLAZA JOSÉ JOSÉ

Vocal:
**MG. CD. VALENZUELA RAMOS MARISEL
ROXANA**

ÍNDICE

DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTO	5
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
I. INTRODUCCIÓN	8
1.1 Realidad problemática	9
1.2 Trabajos Previos	11
1.3 Teorías relacionadas al tema	16
1.4 Formulación del problema	25
1.5 Justificación e importancia del estudio.	25
1.6 Objetivos	26
II. MÉTODO	28
2.1 Tipo y diseño de la investigación	28
2.2 Población y muestra:	28
2.3 Variables- Operacionalización	29
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	29
2.5 Método y análisis de datos	30
2.6 Aspectos éticos	31
III. RESULTADOS	32
IV. DISCUSION	36
V. CONCLUSIONES	38
VI. RECOMENDACIONES	38
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	39
ANEXOS	41

DEDICATORIA

A Dios porque sin su bendita misericordia y amor nada de esto sería posible. Él es el responsable de la maravillosa vida que nos da, los conocimientos para mejorar nuestra formación, y guiarnos hacia un futuro más próspero.

A nuestros padres, los cuales son la base de nuestra educación, de nuestra formación general como buen ser humano, ellos nos dieron la seguridad para seguir adelante a pesar de las dificultades de la vida.

A nuestros hermanos y familiares en general, quienes siempre han confiado en mí y me han apoyado en las decisiones que hemos tomado mostrándonos el lado bueno de las cosas y pensando siempre en nuestro desarrollo

AGRADECIMIENTO

A nuestros docentes universitarios, que han guiado nuestros pasos todos estos años, mediante una formación correcta y nos inculcaron de la misma manera los valores necesarios.

A mi jurado de tesis, gracias a ellos empecare una nueva etapa en mi vida de manera profesional y demostrando a todos que su confianza brindada no fue en vano.

RESUMEN

El Dr. Edward Kennedy según la clasificación formulada describió los arcos edéntulos parciales en cuatro tipos principales: Clase I, Clase II, Clase III, Clase IV, además de ello se agregaron modificaciones a las zonas que no fueron consideradas en su clasificación general. **Objetivo:** Determinar el Nivel de conocimiento sobre la clasificación de Kennedy, en estudiantes del noveno y décimo ciclo de Odontología, USS. 2020. **Resultados:** la muestra está conformada por 80 estudiantes de la carrera de odontología de la Universidad Señor de Sipán del noveno y décimo ciclo, los datos obtenidos mostraron un nivel de conocimiento alto por parte de los encuestados. El 70,2% de los estudiantes respondieron correctamente, mientras que el 29.8% respondieron de manera incorrecta. Con respecto al sexo el 52,5% de los evaluados fueron Hombres, mientras que el 47,5 % fueron mujeres. Con respecto a la edad el 73,75% de los estudiantes se encuentran en el rango de 23-26 años de edad, el 16,25% se encuentran en rangos de 27-30 años y el 10% se encuentra en el rango de 18-22 años. Con respecto al ciclo académico el 53.75% pertenece al décimo ciclo mientras que el 46,25% de los alumnos pertenecen al Noveno ciclo. **Conclusiones:** La importancia de conocer sobre las clasificaciones de Kennedy es parte fundamental para la correcta planificación, diagnóstico y plan de tratamiento que realizara el odontólogo durante su práctica profesional. Esto dependerá de las necesidades que encontremos en los pacientes y del conocimiento que apliquemos a cada caso. Se concluye que los estudiantes de estomatología del noveno y décimo ciclo de odontología de la Universidad Señor de Sipán, tienen un nivel de conocimiento alto sobre la clasificación de Kennedy.

Palabras claves: Clasificación de Kennedy, Edentulismo, Prótesis Parcial Removible, nivel de conocimiento.

ABSTRACT

Dr. Edward Kennedy's classification described partially edentulous arches into four main types: Class I, Class II, Class III, Class IV, and edentulous areas other than those determined by the classes were named after modifications or modification spaces. Objective: To determine the level of knowledge about the Kennedy classification, in students of the ninth and tenth cycle of Dentistry, USS. 2020. Results: the sample is made up of 80 dental students from the Señor de Sipán University of the ninth and tenth cycles, the data obtained showed a high level of knowledge on the part of the respondents. 70.2% of the students answered correctly, while 29.8% answered incorrectly. Regarding sex, 52.5% of those evaluated were men, while 47.5% were women. Regarding age, 73.75% of the students are in the range of 23-26 years of age, 16.25% are in the range of 27-30 years and 10% are in the range of 18-22 years. Regarding the academic cycle, 53.75% belong to the tenth cycle while 46.25% of the students belong to the Ninth cycle. Conclusions: The importance of knowing about the Kennedy classifications is a fundamental part for the correct planning, diagnosis and treatment plan that the dentist will carry out during his professional practice. This will depend on the needs we find in the patients and the knowledge that we apply to each case. It is concluded that the stomatology students of the ninth and tenth cycle of dentistry at the Señor de Sipán University have a high level of knowledge about the Kennedy classification.

Keywords: Kennedy Classification, Edentulism, Removable Partial Prosthesis, level of knowledge.

I. INTRODUCCIÓN

La pérdida de dientes naturales en uno o dos arcos dentales generando un desajuste o la presencia de anomalías en las funciones habituales del sistema estomatognático es denominada como edentulismo.¹

Las causas que producen esta distorsión en la dentición pueden ser variadas, como, por ejemplo, problemas periodontales, retención de dientes supernumerarios, lesiones quísticas, lesiones neoplásicas, caries dental.¹

La caries dental y las enfermedades periodontales son las causas más evidentes de pérdida dental en el mundo. Las lesiones en el periodonto acaban siendo determinantes en la pérdida dental, llega a afectar a un 15%- 20% de la población, mientras que la caries dental afecta a un 60%- 90% de escolares en el mundo, generando así la pérdida prematura de dientes en pacientes jóvenes.²

Las consecuencias de la ausencia de dientes son variadas, alteraciones en las funciones masticatorias, alteraciones estéticas, migración y múltiples complicaciones con el desarrollo óseo y afecciones periodontales, entre otros.²

Durante muchos años se ha venido desarrollando la manera brindar una solución al edéntulismo parcial, esto en consecuencia a los múltiples casos reportados y la diferencia que existía entre ellos, se han clasificado el edéntulismo parcial de diferente manera para hacer más exacta su evaluación clínica, las cuales están en uso.³

La gran concurrencia de casos reportados ha dado lugar confusiones y desacuerdos con respecto a la cuál describe de manera más concreta la clasificación de todas las configuraciones evidentes y cuál debe ser usada de manera permanente y definitiva. La clasificación más común es la que propuso originalmente Kennedy adicional a esta clasificación, otros también tienen

clasificaciones propuestas.³

Actualmente la Clasificación de Kennedy es ampliamente aplicada y estudiada, si tienen en cuenta cuatro clasificaciones según el tipo de edéntulismo, Clase I, Clase II, Clase III, Clase IV. Las primeras tres de ellas con sus respectivas modificaciones.³

1.1 Realidad problemática

A través de los años y envejecimiento humano es un proceso natural, irreversible, continuo y dinámico, que nos lleva a los cambios psicológicos, biológicos, y sociales. Se inicia con el nacimiento, y se va modificando a través de los años, adaptándose a los años y evidenciando su crecimiento.⁴

Una parte fundamental del desarrollo humano, es el proceso de desarrollo y crecimiento dental. A través de los años se producen modificaciones importantes en la estructura dentaria y maxilar, algunos de estos procesos al tener consecuencias notorias, producen un desbalance importante en el sistema estomatognático, deteriorando la salud general del paciente y evidentemente la salud Oral.⁴

Hoy en día se ha venido incrementando el cuidado de la salud oral. La boca es definida como un área accesible para el desarrollo de enfermedades que, al tener una complejidad importante, pueden afectar sensiblemente otros órganos. Las enfermedades bucales presentan un incremento progresivo y crean complejidad a través del tiempo, afectando la funcionalidad, la estética y otros factores que alteran el desarrollo normal.⁵

Estudios a nivel mundial han identificado un gran índice de deficiencias de higiene bucal en pacientes adultos, así como la ausencia de piezas dentarias para problemas periodontales, caries dental y mal oclusiones dentales.⁶

El edéntulismo está definido como la falta de piezas dentales en una o varias **9**

zonas de las arcadas dentarias, en consecuencia, a los resultados de múltiples factores como la caries dental, los problemas periodontales, así como también problemas en la atención bucal pertinente, a los factores sociales o económicos. Más determinantes, en países en desarrollo, donde los pacientes deciden por elegir entre las necesidades básicas por falta de dinero.⁶

Se ha evidenciado que la ausencia de piezas dentales afecta tanto en la salud oral como en la salud en general, ocasionando la disminución de las capacidades masticatorias, alterando el estado nutricional y la mejora en el desarrollo del individuo. Así mismo determinaron que el uso de prótesis para disminuir la ausencia de piezas dentales, no tiene la misma efectividad con respecto a las funciones masticatorias.⁶

Según el Ministerio de Salud, las personas inician con la pérdida de dientes a temprana edad, en consecuencia, a múltiples factores, estas patologías ya mencionadas son las principales causas, en el Perú 90 de cada 100 personas tienen algunas de estas condiciones. A pesar de los esfuerzos por erradicar esta condición, poco se ha logrado. El 84% de los niños desde los 12 años evidencian caries dental, 3 piezas cariadas en promedio por cada niño, una cifra espeluznante que coloca al Perú en los rangos de incidencia de caries dental más alto en Latinoamérica.⁷

Estos datos y las condiciones en las que se dan, dan como resultado la ausencia de dientes progresivamente. Las necesidades básicas con respecto al nivel socio económico de las personas no hacen posible que se realicen tratamientos odontológicos adecuados, mejorar las funciones de la cavidad bucal.

El impacto estético y funcional del paciente más aun la ausencia dental sin ser dientes visibles, logra en el paciente una inseguridad importante en la vida diaria de la persona. Las modificaciones dentales comunes, la migración de dientes adyacentes, así como también la extrusión de estos, generan a disfunciones temporomandibulares. Pero también dificulta las funciones del habla y en el aspecto psicológico, produciendo la falta de confianza, depresión, pérdida de

peso, impactos negativos que mejoran su calidad de vida.⁷

En consecuencia, a la gran cantidad de casos registrados a través de estudios epidemiológicos, se producen distintos sistemas de clasificación, Edward Kennedy en 1925, creó una clasificación simple y efectiva de los rebordes edéntulos por pérdida de piezas dentarias, facilitando así al odontólogo el análisis y elaboración de un plan de tratamiento correcto para cada caso. Mediante un correcto diseño de un aparato protésico.⁸

1.2 Trabajos Previos

Veas H.⁹. Guayaquil, Ecuador, realizó un estudio para determinar el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy para pacientes tratados en una clínica de rehabilitación oral de posgrado entre 2013 y 2014. 2016. Para ello, realizó un estudio observacional retrospectivo en el que registró 63 historias clínicas de pacientes atendidos durante este período.

El objetivo de la investigación consistió en determinar las clasificaciones de las zonas edéntulas según Kennedy, así mismo evaluar los tratamientos más adecuados para cada una de las clasificaciones, y de la misma manera identificar los conocimientos de los evaluadores con respecto al tema. Encontró que el 67% de los pacientes unimaxilares parcialmente debilitantes y el 33% de los pacientes bimaxilares se distribuían de la siguiente manera: 42% parcialmente desdentado superior y 58% parcialmente inferior. Cuando resultó que la mandíbula superior en la Clase I de Kennedy era del 21%, II. 18%, III. 38%. La prevalencia fue del 23% en clase IV. Mientras que la mandíbula inferior es la clase I de Kennedy con un 76%, la clase II en un 10%, clase III por 12% y Clase IV se encontró al 2%. Concluyó que la clase Kennedy más común es la mandíbula inferior I y la mandíbula superior III.

Dau R. et al.¹⁰ “Prevalencia de la clasificación de Kennedy en pacientes parcialmente Edéntulos”, Cuenca-Ecuador 2016. El siguiente estudio fue de los tipos observacional, transversal y retrospectivo. El objetivo de la investigación consistió en determinar las clasificaciones de las zonas edéntulas según Kennedy,

así mismo evaluar los tratamientos más adecuados para cada uno de las clasificaciones, y de la misma manera identificar los conocimientos de los evaluadores con respecto al tema. Se recopilaron datos de las historias clínicas de los pacientes atendidos en la clínica, egresados de la Universidad de Guayaquil con especialización en rehabilitación oral, entre 2014 y 2016, con una muestra de 53 pacientes. Según la clasificación de Kennedy, del 41,5% al I, del 24,53% al II, del 20,75% al III y del 13,22% al IV. Se observó que en el maxilar superior la clase IV (20,75%), Clase I (13,20%), Clase II (9,43%) y Clase III una prevalencia de clase (5,66%); mientras que, para el maxilar inferior, la prevalencia fue en la clase I (28,3%), en la clase II 15,09% y Clase III (7,55%) fue mayor. En cuanto al sexo del paciente, el varón Clase I (15,09%) y la mujer es Clase I (28,3%). Se concluyó que la mayor incidencia de la clasificación de Kennedy es la clase I, seguida de la clase II.

Cargua J.¹¹ “Prevalencia del edentulismo parcial según Kennedy” Ecuador 2016. El estudio fue de tipo observacional y transversal, evaluando 384 pacientes mayores de 30 años. El objetivo de la investigación consistió en determinar las clasificaciones las zonas edéntulas según Kennedy, así mismo evaluar los tratamientos más adecuados para cada uno de las clasificaciones, y de la misma manera identificar los conocimientos de los evaluadores con respecto al tema. Los resultados obtenidos mostraron que se presentaron según la clasificación de Kennedy: Clase I (15,41%), Clase II (19,93%), III. Clase (53,27%) fue la dominante y IV (11,39%). En la mandíbula superior, el III (26,8%), IV. Clase (10,39%), Clase II (8,21%), la clase I (6,53%) fue la que dominó, mientras que la mandíbula inferior estuvo dominada por la clase III. Clase II (11,73%), Clase I (8,88%) y Clase IV (1,01%). En cuanto a la edad, el grupo dominante fue la clase I (40-49 años), con un 4,52%; II (50-59 años) en un 5,7%, clase III (30-39 años) en un 27,30% y clase IV (30-39 años) en un 8,10%. En cuanto al sexo, el 31,83% de las mujeres y el 21,44% de los hombres tenían Kennedy III. Se concluyó que Kennedy III. El edentulismo parcial de clase fue más común en el estudio.

Loja C. y Rodas B.¹² “Prevalencia de edentulismo parcial según la clase de Kennedy en pacientes que acudieron a la clínica de la Facultad de

Odontología de la Universidad de Cuenca durante los periodos 2012-2016”

Cuenca 2017. El estudio fue de tipo descriptivo y observacional. El objetivo de la investigación consistió en determinar las clasificaciones de las zonas edéntulas según Kennedy, así mismo evaluar los tratamientos más adecuados para cada uno de las clasificaciones, y de la misma manera identificar los conocimientos de los evaluadores con respecto al tema. Se evaluaron 206 historias clínicas de pacientes con edades de entre los 20 y 80 años. Los resultados obtenidos de la investigación determinaron: el 58% de pacientes con clase III, clase II 13.1%, clase I 8.3% y la clase IV 0.5%. Se evidenció así que la clase III fue determinante en ambas arcadas. Con respecto a las modificaciones predominó la modificación 1 con el 34,5% en la arcada superior y un 37,5 en la arcada inferior. Según la edad del paciente se determinaron por grupos, en la arcada superior, la clase II con el 52% (41-60 años), clase I con el 43% (20-40 años), clase IV con el 1.39% (41-60 años); en el maxilar inferior los datos fueron, clase III con el 65% (20-40 años), clase II con el 43% (20-40 años), Clase I con el 25% (41-60 años). Con respecto al sexo del paciente predominó la clase III, arcada superior (Masculino 76%, Femenino 63%); arcada inferior (Femenino 55%, Masculino 53%). Se concluyó así que tanto en la arcada superior como inferior existe y prevalece la Clase III de Kennedy.

Lazo R. et al.¹³ “Necesidad de Prótesis Estomatológica en un área de Salud”

Camagüey, Cuba 2018. El estudio fue de tipo descriptivo, transversal. El objetivo de la investigación consistió en determinar las clasificaciones de las zonas edéntulas según Kennedy, así mismo evaluar los tratamientos más adecuados para cada uno de las clasificaciones, y de la misma manera identificar los conocimientos de los evaluadores con respecto al tema. La población obtenida para el estudio fue de 574 personas que cumplieron con los criterios de evaluación. Los datos obtenidos mostraron que, según la necesidad de prótesis el 69,9% de los pacientes tenían una necesidad real del tratamiento; en relación a la causa de edentulismo, el 82,2% refirió que por pérdida de dientes; con respecto a las edades el 25,4% indica que tienen mayor necesidad los mayores de 60 años; con respecto al género, el 42,3% fue del sexo Femenino.

Gutiérrez V. et al¹⁴ **“Frecuencia de edentulismo y la necesidad de tratamiento protésico en pobladores adultos de 18 a 64 años de edad del ámbito urbano marginal del Asentamiento Humano El Golfo de Ventanilla, distrito de Ventanilla, Callao”.** Lima 2015. El estudio fue de naturaleza transversal, descriptiva y observacional. El objetivo de la investigación consistió en determinar las clasificaciones de las zonas edéntulas según Kennedy, así mismo evaluar los tratamientos más adecuados para cada uno de las clasificaciones, y de la misma manera identificar los conocimientos de los evaluadores con respecto al tema. La población resultante fue de 1350, y la muestra estuvo compuesta por 168 adultos que fueron evaluados mediante una hoja de recolección de datos. Se observó edentulismo en el 72% de la población. En cuanto a la ubicación desdentada según el arco del arco dentario, el II. En términos de edad de clase, un mayor número de estudiantes con clase III. Se encontró una clase de pacientes en la mandíbula superior (5,3%) y la mandíbula inferior (14,9%). más comúnmente entre las edades de 18 y 31 para la mandíbula superior (9,6%) y la mandíbula inferior (22%). Concluyeron que la mayoría de la población padecía de clase II de Kennedy y la necesidad de tratamiento protésico debe aparecer de inmediato.

Avendaño E.¹⁵ **“Prevalencia de edentulismo parcial y necesidad protésica en pacientes que acuden a la clínica de pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos del 2013 al 2014”** Lima 2016. El estudio fue observacional, transversal y prospectivo. El objetivo de la investigación consistió en determinar las clasificaciones de las zonas edéntulas según Kennedy, así mismo evaluar los tratamientos más adecuados para cada uno de las clasificaciones, y de la misma manera identificar los conocimientos de los evaluadores con respecto al tema. Fueron 243 pacientes evaluados en el consultorio odontológico y la información se registró en una hoja de entrada de datos. Según la clasificación de Kennedy, Clase I (41,3%), Clase II (32%), el III (25,1%) y Clase IV (1,7%) fue la menos común. Dependiendo de la ubicación, se demostró que el maxilar superior era 9,4% Clase I y 17,1% Clase II, 16,8% la clase III y 17% son clase IV, mientras que el maxilar superior es clase I (32%), clase II (14,9%) y III (8,3%). En cuanto a la edad de los pacientes, los resultados

fueron los siguientes: Clase I con 24,5% (60-79 años), Clase II 16,5% (60-79 años), clase III 40-59 años entre 12, 4% y clase IV entre 60 y 79 años, un 1,1% más. En términos de género, el porcentaje más alto se dio en la Clase I, 26% para hombres y 15,4% para mujeres. Llegaron a la conclusión de que la clase Kennedy I fue la más utilizada en la investigación.

Rodríguez C.¹⁶ “Prevalencia de edentulismo parcial en pacientes de 25 a 70 años de edad atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Privada Antenor Orrego del 2013 al 2016” Trujillo 2017 El estudio fue de tipo transversal, descriptivo y observacional. El objetivo de la investigación consistió en determinar las clasificaciones de las zonas edéntulas según Kennedy, así mismo evaluar los tratamientos más adecuados para cada uno de las clasificaciones, y de la misma manera identificar los conocimientos de los evaluadores con respecto al tema. Se evaluaron un total de 284 historias clínicas de pacientes con edades de entre 25 a 70 años, quienes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión dentro de la investigación. La información obtenida reveló que la prevalencia en general fue de clase III (40.27%), clase II (31.0%), clase I (24.89%), clase IV (3.4%) y clase VI (0.5%). Con respecto a la ubicación según los maxilares, en el maxilar superior prevaleció la clase III (44.2 %), maxilar inferior prevaleció la clase III (36.4%). Con respecto a la edad del paciente maxilar superior clase I (60 a 70 años) con 41.03%, la clase II (40-59 años) con 34.4%, la clase III (25-39) con 62.26%, clase IV (40-59) con 7.20%. En el maxilar inferior, la clase I (60-70 años) con 64.71%, clase II (40-59) con 33.83%, clase III (25-39) con 48.28%, y la clase IV (60-70 años) con 2.94%. En relación al sexo, se obtuvo que, en Hombres prevalece la clase III en el maxilar superior (43.48%) y la clase II en el maxilar inferior (34.92%). En Mujeres prevaleció la clase III en el maxilar superior (44.59%) y en el maxilar inferior (38.27%). Se concluye que la clase III de Kennedy prevalece en la investigación, existe una mayor incidencia en personas del sexo femenino y mayor incidencia en pacientes de edades de entre 40 y 60 años de edad.

Vega L.¹⁷ “Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en paciente adultos atendidos en la unidad de segunda

especialización en Estomatología de la Universidad Nacional de Trujillo durante los años 2011-2016” Trujillo 2017. El estudio fue de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal. El objetivo de la investigación consistió en determinar las clasificaciones las zonas edéntulas según Kennedy, así mismo evaluar los tratamientos más adecuados para cada uno de las clasificaciones, y de la misma manera identificar los conocimientos de los evaluadores con respecto al tema. Se evaluaron un total de 399 historias clínicas de pacientes adultos con edades de entre 25 y 70 años. La investigación registro los siguientes datos: la clase III fue la más prevalente (50,59%), clases II (16,81%), clase I (14,9%) y clase IV (1,62%). Con respecto a la ubicación según el arco dentario, maxilar superior clase III (66,9%), clases II (18,2%), clase I (11%) y IV (3,9%), maxilar inferior, clase III (53,8%), clase I (24,3%), clase II (21,92%), no se obtuvieron registro de la clase IV. Según las modificaciones, maxilar superior clase III con modificación 2 (26,7%) y modificación 1 (24,2%); y en el maxilar inferior la clase III modificación 1 (27,1%). Con respecto a la edad del paciente prevaleció la clase I (56-70 años) con 24,4%, la clase II (56-70) con 22,2%, la clase III (25-40) con 7,9% y la clase IV (56-70 años) con 3,1%. Con respecto al género, la clase III es la más frecuente en el género masculino (63,3%) y en el femenino (58,3%). La investigación concluye que existe una mayor prevalencia de la clase III de Kennedy en ambos maxilares, géneros y edad del paciente.

Peralta B.¹⁸ “Necesidad y Situación de Prótesis dentales en pacientes adultos que acuden a la clínica dental docente de la UPCH de Julio a Setiembre en el año 2015” Lima 2017. El objetivo de la investigación consistió en determinar las clasificaciones las zonas edéntulas según Kennedy, así mismo evaluar los tratamientos más adecuados para cada uno de las clasificaciones, y de la misma manera identificar los conocimientos de los evaluadores con respecto al tema. Se evaluaron a 151 personas de entre 18 a 60 años de edad, los cuales cumplieron con los requisitos de selección. Los resultados obtenidos revelaron que, con respecto al género, Masculino (39,1%), Femenino (60,9%), con respecto al grado de instrucción, Instrucción superior (69,5%), instrucción secundaria (28,5%), instrucción primaria (2%); con respecto a la necesidad de prótesis, ninguna prótesis en el maxilar superior (64,9%), ninguna prótesis en el maxilar inferior

(96%), prótesis superior para Mujeres (35,8%) y con respecto a la edad se evaluó la necesidad de prótesis para el grupo de 18 a 26 años (31.8%).

Anderson M.¹⁹ “Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Señor de Sipán durante marzo 2015-2016” Chiclayo 2016. El objetivo de la investigación consistió en determinar las clasificaciones de las zonas edéntulas según Kennedy, así mismo evaluar los tratamientos más adecuados para cada uno de las clasificaciones, y de la misma manera identificar los conocimientos de los evaluadores con respecto al tema. Se evaluaron 106 historias clínicas, los resultados obtenidos revelan una totalidad de hombres del 16.7% con clase I de Kennedy, el 26.7% clase II, el 46.6% clase III y 10% clase VI, en mujeres el 15.8% clase I, el 32.2% clase II, el 48.7% clase III y el 3.3% clase IV. De acuerdo a la posición según la arcada dentaria, en el maxilar superior un 8% clase I de Kennedy, 27% clase II, 57% clase III y 8% clase IV de Kennedy, maxilar inferior 25% clase I, 34% clase II, 40% clase III y 2% clase IV de Kennedy. La investigación concluye que la clase III de Kennedy es más frecuente con respecto al género y en relación a la ubicación con respecto maxilar.

1.3 Teorías relacionadas al tema

1.3.1 Edentulismo

El edentulismo, se puede definir como una patología correspondiente a la falta de dientes, que pueden ser uno o varias piezas. Se considera una patología crónica, invalidante y permanente. Esto afecta la salud de la boca y luego la salud general posterior del problema de salud pública, alterando así su aspecto psico-social. Se trata de la pérdida de dientes debido a un proceso biológico así como también inducido por factores no biológicos como también factores económicos y sociales.¹⁹

Las principales causas para la pérdida de dientes son la caries dental y las enfermedades periodontales, y muchos casos se registran con tratamientos de ortodoncia.²⁰

1.3.1.1 Edentulismo parcial

Es la ausencia de piezas dentales, por causas multifactoriales. La ausencia de dientes puede ser superior o inferior, unilateral o bilateral, es por ello que se crearon las clasificaciones, para poder identificar mejor el tipo de edentulismo. Y así empezar con la correcta planificación del tratamiento.²¹

1.3.1.2 Causas del edentulismo

Hay muchas causas y desencadenantes para la pérdida de piezas dentarias. Las principales enfermedades que provocan la pérdida de estas son la caries y la enfermedad periodontal. Así como hay una serie de enfermedades que provocan la pérdida de dientes. De las principales condiciones encontramos:

1.3.1.2.1 Caries

La caries dental es una enfermedad multifactorial. Uno de los factores determinantes para la aparición de caries dental está relacionada concretamente por el consumo de azúcares, que se ha demostrado que no actúa directamente sobre las piezas dentales produciendo lesiones, si no que actúa mediante procesos. El azúcar debe ser metabolizado por bacterias en la cavidad oral (principalmente *S. mutans*), cuya patogenicidad depende de cada propiedad o del tipo de interacción con otras bacterias (biofilm).

El producto metabólico (ácidos orgánicos) se encarga de eliminar el mineral del diente, pero esto depende de otros factores como la calidad de la saliva o la calidad de la estructura del diente. Cuando estos factores etiológicos trabajan juntos, el resultado final es una pérdida neta de minerales en el diente que desencadena el proceso de caries.

Las lesiones evolucionan de una simple pérdida mineral superficial a una cavidad abierta y evidente. La pérdida de minerales ocurre continuamente

a nivel microestructural de la superficie del diente, pero existe una dinámica de equilibrio que permite la reposición de los minerales perdidos (remineralización).

Cuando se altera el equilibrio, nos enfrentamos a un daño inicial, daño a la superficie del esmalte que es reversible en esta etapa (caries inicial, daño inicial, daño por caries no cavitada). Si este proceso continúa se crean cavidades que pueden penetrar de manera más profunda, lesionando la pulpa dental.²²

1.3.1.2.2 Enfermedad Periodontal

Es un trastorno sistémico multifactorial. Estas son enfermedades inflamatorias que afectan los huesos que sostienen las encías y los dientes.

La enfermedad periodontal comienza con la inflamación de las encías, inflamación crónica de las encías. En algunos casos, se puede desarrollar una enfermedad periodontal, la cual degenera los órganos de soporte que rodean al diente, y luego una enfermedad periodontal avanzada que causa una rápida pérdida de los dientes.

La enfermedad periodontal se asocia con una placa bacteriana o biopelícula multifactorial y compleja.

Afecta el tejido protector y / o de soporte de uno o más dientes y, si no se trata, puede provocar la pérdida de dientes, especialmente en adultos.

Siguiendo las clasificaciones de 1999, en 2017 se publicó una nueva clasificación de enfermedades y trastornos periodontales y periimplantarios.

Las enfermedades periodontales son clínicamente detectables, están muy extendidas y tienen diversas consecuencias. La enfermedad periodontal

invasiva es comúnmente la responsable de la pérdida de dientes mas común en la actualidad, ya que destruye las fibras gingivales del epitelio que recubre el surco y progresa hasta la raíz del diente, creando bolsas y rompiendo el hueso que se encuentra alrededor.

La enfermedad periodontal a menudo está relacionada específicamente con otras enfermedades sistémicas, diabetes y las ECV.²³

1.3.1.2.3 Traumatismos

Son lesiones generadas en las piezas dentales por una acción violenta generando repercusión directa en el diente sobre diente. Los traumatismos leves por lo general no tienen consecuencias, porque de ser así, las repercusiones pueden ser fatales.²⁴

1.3.1.2.4 Pérdida dentaria debido a exodoncias

Los índices de dientes perdidos debido a extracciones son muy comunes, no solo el hecho de extraerlos por caries o enfermedades periodontales, si no por diversas causas más, como, por ejemplo, tratamientos ortodónticos deficientes, tratamientos de endodoncia con fracaso, o un mal diagnóstico clínico y radiológico.²⁴

1.3.1.2.5 Limitaciones

Ya que los tratamientos dentales son en su gran mayoría costosos, no existe un acceso fluido de los pacientes a los servicios de salud, los pacientes eligen entre sus necesidades básicas, alimentación, educación y salud, y debido a la deficiencia económica con la que cuenta la sociedad la salud queda de lado cuando se refiere a satisfacer las necesidades básicas. A pesar de los programas que existen de salud, estos no cumplen con su fin indicado, ya que la falta de personal de salud, y el poco interés brindado, hacen que los índices de enfermedades bucales vayan en

aumento.²⁵

1.3.1.2.6 Servicios de salud

El acceso es variado en comparación a los niveles de pobreza, los cuales tienen un valor mínimo por parte de las entidades encargada de brindar servicios de salud. Los pobres y los extremadamente pobres son los que menos atención tienen en los hospitales o centros de salud. Los pacientes pobres y pobres extremos no acuden a alguna consulta en el transcurso de sus vidas, los motivos más comunes por los cuales no tienen atención bucal: No disponer servicios de salud, falta de dinero y falta de interés de recibir un servicio por no considerarlo importante.²⁶

1.3.1.2.7 Otras causas de Edentulismo

- Malos hábitos Orales
- Mala alimentación (alto consumo de bebidas azucaradas, carbohidratos y ácidos)
- Malos Hábitos (consumo de tabaco y drogas)
- Falta de educación sobre pérdida dental
- El miedo y la vergüenza (fobias para ir al dentista, ansiedad, vergüenza a ser juzgados)
- Traumas (golpes, caídas; siendo los bebés y los niños los más susceptibles por ser los más propensos a accidentes)
- Las condiciones sistémicas (enfermedades cardíacas, enfermedades respiratorias, diabetes, infecciones por VIH, inmunosupresión)

- Los tratamientos médicos (quimioterapia, radioterapia, medicamentos inmunosupresores)
- Raza u origen étnico y nivel socioeconómico.²⁷

1.3.1.3 Consecuencia del edéntulismo parcial²⁷

- a) Alteraciones estéticas
- b) Reducción de la masticación
- c) Modificación en la posición de los dientes restantes
- d) Extrusión de dientes
- e) Espacios inadecuados
- f) Alteraciones mandibulares
- g) Atrición dental
- h) Alteración de la dimensión vertical
- i) Deformidad de los rebordes óseos y pérdida de hueso

1.3.1.4 Tratamientos para el edentulismo parcial

Dentro de las opciones de tratamientos dentales, debemos de tener en cuenta la prioridad del tratamiento para el paciente y como debemos actuar de acuerdo a la correcta evaluación y planificación para corregir la funcionalidad y estética.²⁸

- Implantes dentales
- Prótesis fija (coronas o puentes dentosoportados, prótesis fija sobre implantes)
- PPR (prótesis parcial provisional “wiplas”, prótesis parcial removible esqueléticas con base metálica)
- Prótesis completa

1.3.2 Prostodoncia

Es la rama de la odontología la cual está encargada del reemplazo de las piezas

dentales y el tejido bucal faltantes con el objetivo de reconstruir la forma, función, apariencia y salud bucal, al tiempo que devuelve la estética a una parte del dispositivo estomatognático.²⁸

1. La prótesis fija consiste en el reemplazo de uno o más dientes y estructuras asociadas con dentaduras postizas diseñadas para que el paciente no pueda extraerlas. La reconstrucción se puede hacer, siendo sostenidos por dientes naturales, o en combinación con implantes osteointegrados, o no, esto se llama prótesis fija.
2. Las dentaduras postizas parciales removibles (PPR) están diseñadas para reemplazar los dientes faltantes y una parte significativa del tejido circundante con dentaduras postizas que se deben quitar al paciente. La PPR puede apoyarse en pilares anteriores y tratarse con un soporte dentario o una prótesis de extremo libre.

1.3.3 Indicaciones para el uso de las PRR

- Personas con edades entre los 25 en adelante.
- Espacios edéntulos que no generen una buena estabilidad.
- Excesiva pérdida de hueso de soporte
- Reemplazo de dientes luego de una exodoncia.
- Después de tratamientos de implantes.
- Soporte en dientes remanentes.
- Ausencia de pilares posteriores.
- Estabilización de arcos.
- Pacientes con alteraciones estéticas.

1.3.4 Bases de una clasificación

Se hicieron algunas clasificaciones para la posición del espacio entre dientes para los dientes restantes y luego con referencia a una clasificación topográfica.²⁸

En otros casos, se tiene en cuenta el aspecto del funcionamiento del maxilar superior; luego estamos hablando de clasificación de desempeño. Si los dos conceptos anteriores se consideran simultáneamente, se dice que la clasificación es funcional.

Según el problema mecánico en función de la pérdida de piezas dentales y su estrecha relación con aspectos biológicos, pueden estar determinadas por sus anomalías dentarias o maloclusiones propiamente dichas.

Para elegir un correcto método de evaluación:

- a) Una correcta visualización del campo a evaluar.
- b) Una correcta apreciación de la diferencia entre los soportes.
- c) Ser una guía correcta para la elección del diseño.
- d) Aceptación universal.

1.3.5 Clasificación de Kennedy

El Dr. Edward Kennedy identificó zonas edéntulas y las clasificó en cuatro tipos: Clase I, Clase II, Clase III, Clase IV, y las zonas edéntulas que no sean definidas concretamente fueron llamadas modificaciones.²⁹

1.3.5.1 Clase I: ausencia bilateral de piezas dentarias posteriores y permanencia de las anteriores.

La clase I y sus modificaciones I, II, III o IV. Dependerán del número de brechas libres en la cavidad oral.

1.3.5.2 Clase II: ausencia de piezas dentarias posteriores unilateralmente pueden estar o no los premolares.

1.3.5.3 Clase III: ausencia bilateral de piezas dentarias en el sector posterior, pero con presencia de pilares posteriores después de las brechas.

1.3.5.4 Clase IV: ausencia de piezas anteriores, se puede o no presentar los incisivos centrales y laterales, incluso se evidencia en algunos casos la pérdida de los caninos.

1.4 Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la clasificación de Kennedy, en estudiantes del noveno y décimo ciclo de Odontología, USS? 2020?

1.5 Justificación e importancia del estudio.

En nuestro país, las personas empiezan a perder los dientes a muy temprana edad, los problemas que la ocasionan son diversos, la edad, el sexo, costumbres, ocupación, malos hábitos, entre otros. Estos factores por lo general determinan la elección del tratamiento o el rechazo de esta, siendo más relevante la condición económica del paciente.

El resultado de la decisión final de la opción de un tratamiento, es la decisión compartida entre el odontólogo y paciente, la ausencia de dientes por mala elección del paciente por insuficientes posibilidades económicas genera una distorsión de la dentición y por ello, alteración de la masticación, la fonética, la deglución y la estética dental.³⁰

El edentulismo es considerado un problema de salud mundial, pero a pesar del trabajo en conjunto y de los esfuerzos realizados por distintas entidades, no se ha mejorado el tema de salud, en nuestro país se considera a la salud bucal insatisfactoria e insuficiente, ya que no cumple con las expectativas mínimas para cubrir las necesidades básicas de salud bucal en el paciente, sumado a ello que somos un país en desarrollo, el interés mínimo del estado, falta de información sobre medidas preventivas, tratamientos deficientes, inaccesibilidad a los servicios de salud.³⁰

El propósito de la investigación tiene como finalidad evaluar los conocimientos de los estudiantes sobre las Clasificaciones según Kennedy, dicha información nos permitirá elaborar estrategias de salud, dando a conocer la importancia del tratamiento dental, los cuidados básicos y la elección adecuada de un tratamiento que permita reemplazar su dentición perdida y recuperar las funciones básicas masticatorias y estéticas.

Logrando establecer políticas de salud adecuadas para disminuir los índices de edentulismo parcial en adolescentes y adultos, principalmente en población de bajos recursos económicos, poblaciones vulnerables.³¹

Debemos tener en cuenta que, al no haber información suficiente en nuestra región, nuestra investigación será importante, porque servirá como una base guía para otras investigaciones, así lograremos en conjunto disminuir los niveles de edentulismo mediante información clara y verdadera.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo General

- Determinar el Nivel de conocimiento sobre la clasificación de Kennedy, en estudiantes del noveno y décimo ciclo de Odontología, USS. 2020

1.6.2 Objetivos Específicos

- Determinar el Nivel de conocimiento sobre la clasificación de Kennedy, en estudiantes del noveno y décimo ciclo de Odontología, USS. 2020 según la edad.
- Determinar el Nivel de conocimiento sobre la clasificación de Kennedy, en estudiantes del noveno y décimo ciclo de Odontología, USS. 2020 según el sexo.
- Determinar el Nivel de conocimiento sobre la clasificación de

Kennedy, en estudiantes del noveno y décimo ciclo de Odontología, USS. 2020 según el ciclo académico.

II. MÉTODO

2.1 Tipo y diseño de la investigación

El tipo de investigación tiene un enfoque cuantitativo no experimental con un diseño descriptivo.

2.2 Población y muestra:

Población: La población comprenderá a todos los alumnos del noveno y décimo ciclo de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán.

Muestra: Las muestras estarán comprendidas los alumnos del noveno y décimo ciclo de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Alumnos que cursen el noveno y décimo ciclo de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán
- Alumnos que dispongan de tiempo para la encuesta.

Criterios de exclusión

- Alumnos de otros ciclos
- Alumnos que no deseen participar de esta investigación.

2.3 Variables- Operacionalización

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEM	INSTRUMENTOS
Nivel de conocimiento sobre clasificación de Kennedy	Clase I Clase II Clase III Clase IV Etiología Diagnostico Tratamiento	Puntuación total/ Preguntas e imágenes (correcto/incorrecto)	Ordinal Nominal	Encuesta/ cuestionario
CO-VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEM	
Edad	Edad cronológica en años	Años	Razón	
Sexo	Características antropométricas	Femenino Masculino	Nominal	
Ciclo Académico	Ciclo	Noveno Décimo	Ordinal	

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

2.4.1 Técnicas de recolección de datos

El estudio se realizó mediante una encuesta, que fue aplicada a los alumnos del noveno y décimo ciclo de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán.

2.4.2 Instrumentos de recolección de datos

Se utilizó la recolección de información y datos de distintas bases de datos virtuales sobre artículos de investigación y reporte de casos clínicos para la elaboración de la investigación.

Se utilizó una encuesta, tipo cuestionario para la recolección de datos de los evaluados.

También registraremos información relevante para la

investigación:

- Clasificación de Kennedy
- Necesidad de tratamiento rehabilitador en pacientes edéntulos
- Nivel de conocimiento de los estudiantes del noveno y décimo ciclo de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán.

2.4.3 Procedimiento para la recolección de datos.

- Se solicitó la autorización de la Escuela de Estomatología- USS
- Se realizó la revisión bibliográfica
- Se registró los datos obtenidos en la encuesta.
- Se evaluó el nivel de conocimiento de los alumnos del noveno y décimo ciclo de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán.

2.5 Método y análisis de datos

Los datos obtenidos de los reportes de los artículos y casos clínicos se trasladarán al software estadístico SPSS versión 26.0.

Se hará una revisión completa de la información obtenida en las encuestas, los resultados los interpretaremos de manera objetiva mediante el análisis de cuadros estadísticos simples y gráficos de barras.

2.6 Aspectos éticos

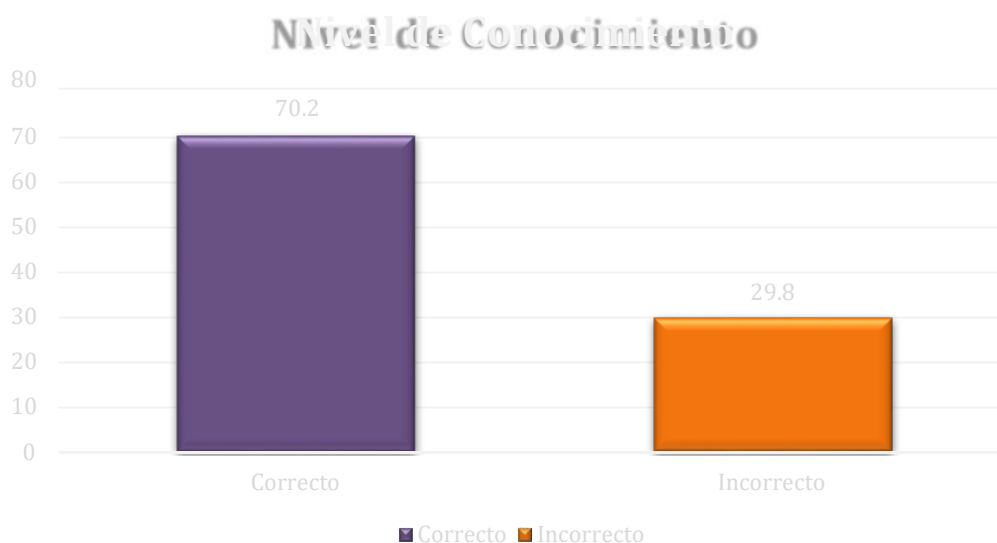
Este estudio es de naturaleza descriptiva y no experimental, ya que los datos se recopilan mediante una encuesta virtual (PIDAQ) en la que participan personas. En el estudio realizado se preservó la integridad de todos los evaluados. Tratamos la información de los estudiantes de manera confidencial. Además, se utilizó los Principios adoptados por la Declaración de Helsinki.³²

III. RESULTADOS

Cuadro 1: Nivel de Conocimiento sobre Clasificación de Kennedy

Resumen de Preguntas					
Válidos		Perdidos		Total	
N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
80	100,0%	0	0,0%	80	100,0%

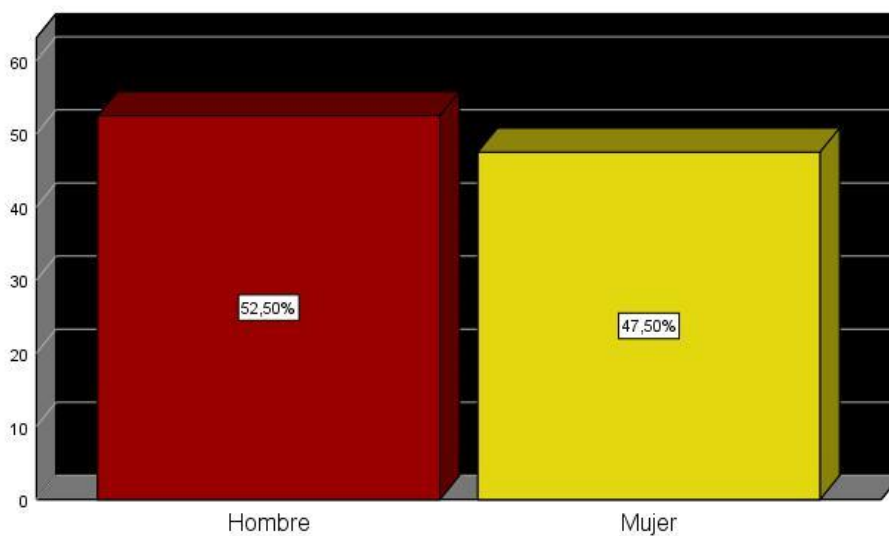
Resumen de casos		Respuestas	
		N	Porcentaje
Respuestas Correcta	Correcto	955	70,2%
	Incorrecto	405	29,8%
Total		1360	100,0%



Interpretación: la muestra está conformada por 80 estudiantes de la carrera de odontología de la Universidad Señor de Sipán del noveno y décimo ciclo, los datos obtenidos mostraron un nivel de conocimiento alto por parte de los encuestados. El 70,2% de los estudiantes respondieron correctamente, mientras que el 29.8% respondieron de manera incorrecta.

Cuadro 2: Sexo de los encuestados

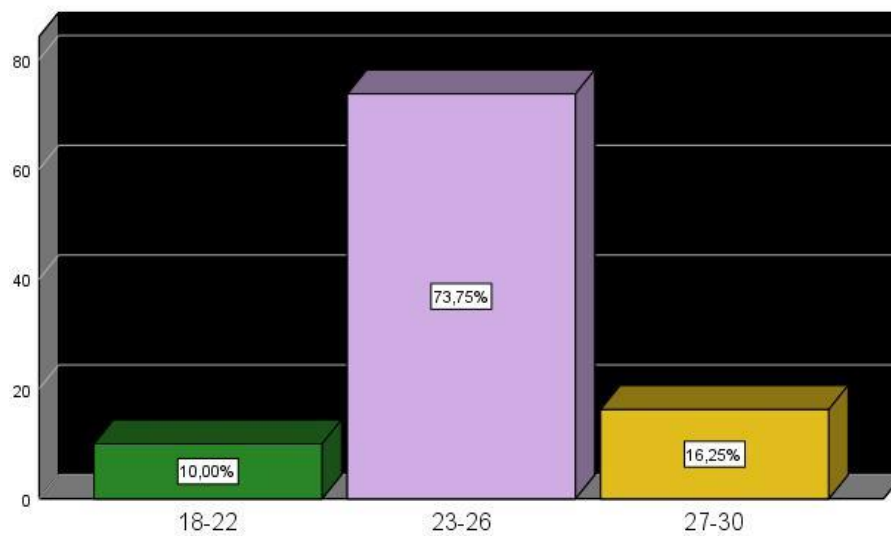
Sexo		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Hombre	42	52,5
	Mujer	38	47,5
	Total	80	100,0



Interpretación: la muestra está conformada por 80 estudiantes de la carrera de odontología de la Universidad Señor de Sipán, noveno y décimo ciclo, los datos obtenidos mostraron que el 52,5% de los evaluados fueron Hombres, mientras que el 47,5 % fueron mujeres.

Cuadro 3: Edad de los encuestados

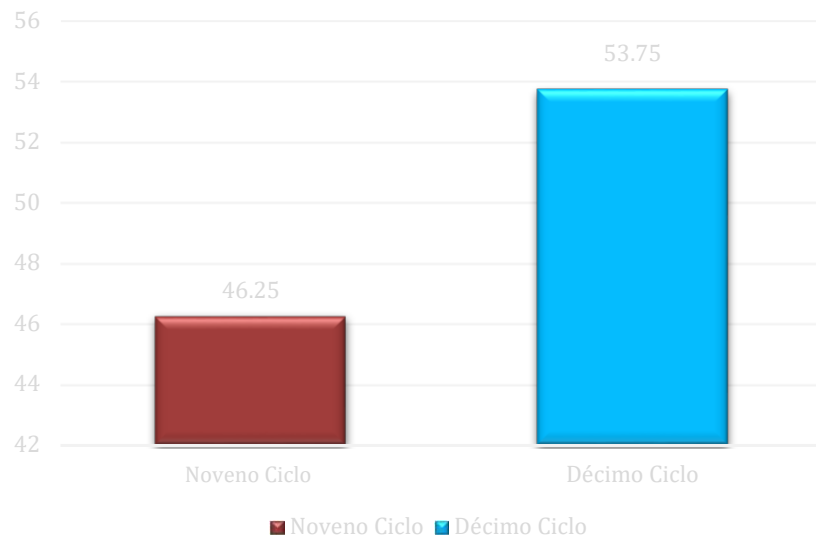
EDAD		Frecuencia	Porcentaje
Válido	18-22	8	10,0
	23-26	59	73,8
	27-30	13	16,3
	Total	80	100,0



Interpretación: la muestra está conformada por 80 estudiantes de la carrera de odontología de la Universidad Señor de Sipán, los datos obtenidos mostraron que el 73,75% de los estudiantes se encuentran en el rango de 23-26 años de edad, el 16,25% se encuentran en rangos de 27-30 años y el 10% se encuentra en el rango de 18-22 años.

Cuadro 4: Ciclo académico de los encuestados

CICLO ACADÉMICO		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Noveno	37	46,25
	Décimo	43	53,75
	Total	80	100,0



Interpretación: la muestra está conformada por 80 estudiantes de la carrera de odontología de la Universidad Señor de Sipán, los datos obtenidos mostraron que el 53.75% pertenece al décimo ciclo mientras que el 46,25% de los alumnos pertenecen al Noveno ciclo.

IV. DISCUSION

La importancia de conocer sobre las clasificaciones de Kennedy es parte fundamental para la correcta planificación, diagnóstico y plan de tratamiento que realizara el odontólogo durante su práctica profesional. Esto dependerá de las necesidades que encontremos en los pacientes y del conocimiento que apliquemos a cada caso.

Con respecto al sexo de los evaluados, los datos obtenidos mostraron que el **34**

52,5% de los evaluados fueron Hombre, mientras que el 47,5 % fueron mujeres. No existe una diferencia significativa en estos datos, ya que la población estudiada es mixta y dependerá de factores de control externo a nuestros criterios básicos. No existe investigación que muestre unas diferencias notables, y al ser un resultado variable no se comparará.

Con respecto a la edad de los evaluados, los datos obtenidos mostraron que el 73,75% de los estudiantes se encuentran en el rango de 23-26 años de edad, el 16,25% se encuentran en rangos de 27-30 años y el 10% se encuentra en el rango de 18-22 años. No existe una diferencia significativa en estos datos, ya que la población estudiada tiene rangos de edades variables, esto dependerá de factores de control externo a nuestros criterios básicos. No existe investigación que muestre unas diferencias notables, y al ser un resultado variable no se comparará.

Con respecto al ciclo académico, los datos obtenidos mostraron que el 53.75% pertenece al décimo ciclo mientras que el 46,25% de los alumnos pertenecen al Noveno ciclo. No existe una diferencia significativa en estos datos, ya que la población estudiada no es entregada por la universidad y se elige por criterios de elección al azar. No existe investigación que muestre unas diferencias notables, y al ser un resultado variable no se comparará.

Los resultados de esta investigación basada en el nivel de conocimiento, la muestra está conformada por 80 estudiantes de la carrera de odontología de la Universidad Señor de Sipán del noveno y décimo ciclo, los datos obtenidos mostraron un nivel de conocimiento alto por parte de los encuestados. El 70,2% de los estudiantes respondieron correctamente, mientras que el 29.8% respondieron de manera incorrecta. Estos datos no serán comparados debido a que no existe investigaciones que se asemejen a nuestro estudio.

Los datos demostraron un amplio conocimiento con respecto a diferentes casos, con respecto al sexo los hombres demostró mayor predisposición a realizar las encuestas, sin hacer interrogantes sobre el caso, con respecto a las mujeres de observo inquietudes y preguntas constantes a los investigadores para tratar de

eliminar algunas dudas adquiridas. Estos datos no serán comparados debido a que no existe investigaciones que se asemejen a nuestro estudio.

Con respecto al nivel de conocimiento en relación a las edades de los evaluados, observamos una variante común en muchas investigaciones de otro tipo, se demostró que los evaluados con mayor edad tienen un conocimiento más alto, esto a causa de los conocimientos adquiridos de acuerdo al ciclo académico. Es por ello que se demuestra una relación entre los 3 factores (edad, ciclo académico y nivel de conocimiento). Estos datos no serán comparados debido a que no existe investigaciones que se asemejen a nuestro estudio.

Con respecto al ciclo académico y su relación con el conocimiento, observamos una variante común en muchas investigaciones de otro tipo, se demostró que los evaluados con mayor edad tienen un conocimiento más alto, esto a causa de los conocimientos adquiridos de acuerdo al ciclo académico. Es por ello que se demuestra una relación entre los 3 factores (edad, ciclo académico y nivel de conocimiento). Estos datos no serán comparados debido a que no existe investigaciones que se asemejen a nuestro estudio.

La encuesta dividida en conocimientos por preguntas textuales de mostraron un nivel de conocimiento medio-alto, demostrando que la teoría es muy compleja de adquirir, pero que no demuestra una deficiencia en el conocimiento de los evaluados. Se demostró en la parte de la encuesta con preguntar basada en imágenes que el nivel de conocimiento de los estudiantes sobre clasificación de Kennedy es mayor debido a que las imágenes fueron claras y de estudio común. Estos datos no serán comparados debido a que no existe investigaciones que se asemejen a nuestro estudio.

V. CONCLUSIONES

En la presente investigación se concluye que los estudiantes de estomatología del noveno y décimo ciclo de odontología de la Universidad Señor de Sipán, tienen un nivel de conocimiento alto sobre la clasificación de Kennedy.

Se concluye con respecto a las edades de los encuetados que los resultados van a diferir y esto dependerá del área de estudio, de la población que elijan y del tipo de investigación que pretendan realizar, siendo importante elegir un tipo de estudio que tenga un modelo similar al nuestro.

Se concluye con respecto al sexo de los encuetados que los resultados van a diferir y esto dependerá del área de estudio, de la población que elijan y del tipo de investigación que pretendan realizar, siendo importante elegir un tipo de estudio que tenga un modelo similar al nuestro.

Se concluye con respecto al ciclo académico de los encuetados que los resultados van a diferir y esto dependerá del área de estudio, de la población que elijan y del tipo de investigación que pretendan realizar, siendo importante elegir un tipo de estudio que tenga un modelo similar al nuestro.

VI. RECOMENDACIONES

Se recomienda ampliar las investigaciones relacionadas con este tema, basándose en las evidencias recolectadas y la información adquirida de diferentes fuentes.

Realizar las investigaciones en grupos más variados, así como en poblaciones más amplias, así tendremos información más valiosa, la cual nos ayudara para medir las capacidades intelectuales y la preocupación por el tema antes mencionado.

Se recomienda a los profesionales de la salud bucal, conocer más sobre el edéntulismo y las clasificaciones de Kennedy, esta es la única manera correcta de realizar un correcto diagnóstico y planificación del tratamiento correcto para beneficio de la salud del paciente y de la mejora en sus funciones bucales y estéticas.

A las universidades aplicar conscientemente y de manera exhaustiva, los conocimientos necesarios para la preparación de sus estudiantes, de esta manera se logrará que los cirujanos dentistas que estén laborando, tengan las capacidades necesarias para brindarle al paciente un trato correcto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Villanueva Córdova Katty, Ríos Villasis Katty. Edentulismo Parcial Según La Clasificación De Kennedy. Revista Estomatológica Peruana. 2013; 16(3): 110.
2. OMS: Organización Mundial de la Salud [internet] Ginebra: who; 1948. Salud Bucodental. disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>
3. Yudice, R. (2004). Prótesis Parcial Removible, conceptos actuales, Atlas de diseño. Chapultepec: Panamericana.
4. Mac Entee MI. the prevalence of edentulism and deseases related to dentures. A literature. J Oral Rehabil 1985;12: 195-207.

5. Henostroza HG. Caries dental: Principios y Procedimientos para el Diagnóstico. Lima: Universidad Cayetano Heredia; 2007.
6. Loza D, Valverde HR. Diseño de Prótesis Parcial Removible. 1ª Ed. Madrid: Ripano; 2006.
7. Ritchie C, Joshipura K, Silliman R, Miller B, Douglas C. Oral health problems and significant weight loss among community-dwelling older adults. Washington D.C. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2000
8. Osterberg T, Carlsson G, Sundh V, Mellström D. Number of teeth, a predictor of mortality in 70-year-old subjects. Blackwell Munksgaard. Community Dent Oral Epidemiol.; 2008
9. Veas HV. Estudio del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica de postgrado de rehabilitación oral durante el periodo 2013-2014. Tesis para optar el título de especialista en rehabilitación oral. Universidad de Guayaquil; Guayaquil 2015.
10. Dau R, Ortiz E, Mazzini F, Egas JL, Rodriguez K. Análisis de la prevalencia de la clasificación de Kennedy en pacientes parcialmente edéntulos. Rev. Científica. Univ. Odontol. Dominic. 2016. Pag 19-27
11. Cargua JN. Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en la ciudad de Quito. Tesis para optar el título de cirujano dentista. Universidad de las Américas; Quito 2016.
12. Loja CC. y Rodas BM. Prevalencia de edentulismo parcial según la clase de Kennedy en pacientes que acudieron a la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca durante los periodos 2012-2016. Tesis para optar el título de odontólogo. Universidad de Cuenca; Cuenca 2017.
13. Lazo R. et all. Necesidad de Prótesis Estomatológica en un área de Salud” Camagüey. Universidad de Ciencias Médicas Camagüey. Cuba 2018
14. Gutierrez-Vargas V., León-Manco R., Castillo-Andamayo D. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Rev. Estomatológica Herediana. 2015
15. Avendaño EM. 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 para optar el título de cirujano dentista. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; Lima 2016.
16. Rodríguez CA. Prevalencia de edentulismo parcial en pacientes de 25 a 70 Años de edad atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Privada Antenor Orrego del 2013 al 2016, Tesis para optar el título de cirujano dentista. Universidad Privada Antenor Orrego; Trujillo 2017.
17. Vega LE. Prevalencia de edentulismo parcial en pacientes adultos atendidos en la Unidad de Segunda Especialización en estomatología de la Universidad Nacional de Trujillo. Tesis para obtener el grado de bachiller en Estomatología. Universidad Nacional de Trujillo; Trujillo 2017.
18. Peralta B. Necesidad y Situación de Prótesis dentales en pacientes adultos que acuden a la clínica dental docente de la UPCH de Julio a Setiembre en el año 2015. Tesis para optar el título de cirujano dentista. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima 2017.
19. Maxe A. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Señor de Sipán durante 2015 – 2016. Tesis para optar el título de cirujano dentista. Universidad Señor de Sipán; Chiclayo 2016.

20. Boucher L. Rehabilitación del Desdentado Parcial. Editorial Interamericana. 1ra Ed.; México D.F. 2004. p. 1-15.
21. Boucher L. Rehabilitación del Desdentado Parcial. Editorial Interamericana. 1ra Ed.; México D.F. 2004. p. 45.
22. Stewart K. Prosthodontia Parcial Removable. Editorial Actualidades. 2da Ed. Médico Odontológicas Latinoamericanas. Caracas- Venezuela. 2003. p. 21-23.
23. Medina F. Navarro B. Prótesis Bucal Removable. Editorial Trillas S.A. 1ra Ed. México. 2003. p. 37.
24. Mallat E. Prótesis Parcial Removable. Clínica y Laboratorio. Editorial Madrid. 3eraEd. - España. 2005. p. 3-6.
25. Carr A, McGivney G, Brown D. McCracken Prótesis Parcial Removable. Editorial EDIDE, S.L. 11va Ed. 2008. p. 19.
26. Dorothy D. Necesidad De Prótesis Dental En La Población Adulta Del Cercado De Tacna. . [Tesis para optar Título]. Lima-Perú. 2005.
27. Loza D. Prosthodontia Parcial Removable. Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, C.A; 3ra Ed. Perú 2005. p. 56.
28. Bortolotti L. Prótesis Removable Clásica E Innovaciones. Editorial D'vinni Ltda. 1ra Ed. Italia. 2006. p. 198.
29. Medina F. Navarro B. Prótesis Bucal Removable. Editorial Trillas S.A. 1ra Ed. México D.F. 2003. p. 42.
30. Carr A, McGivney G, Brown D. McCracken Prótesis Parcial Removable. Editorial EDIDE, S.L. 11va Ed. 2006. p. 22. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. Editorial QW Editores. S.A.C. 22va Ed. 2005.
31. Prichard J. Enfermedad periodontal avanzada. Editorial Labor S.A. 4ta Ed. Madrid-España. 2005. p. 1.
32. Lalinde E. Traumatismos Dentales. Instituto Lalinde. 2008. Disponible en: <http://www.drlalinde.com/odontologia/traumatismos.htm>
33. Escoda G, Tratado De Cirugía Bucal. Madrid- España. 2012. p. 281.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de Consistencia

PREGUNTA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	TIPO/DISEÑO	POBLACIÓN /MUESTRA	INSTRUMENTO
¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la clasificación de Kennedy, en estudiantes del noveno y décimo ciclo de Odontología, USS? 2020?	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar el Nivel de conocimiento sobre la clasificación de Kennedy, en estudiantes del noveno y décimo ciclo de Odontología, USS. 2020</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Determinar el Nivel de conocimiento sobre la clasificación de Kennedy, en estudiantes del noveno y décimo ciclo de Odontología, USS. 2020 según la edad.</p> <p>Determinar el Nivel de conocimiento sobre la clasificación de Kennedy, en estudiantes del noveno y décimo ciclo de Odontología, USS. 2020 según el sexo.</p> <p>Determinar el Nivel de conocimiento sobre la clasificación de Kennedy, en estudiantes del noveno y décimo ciclo de Odontología, USS. 2020 según el ciclo académico.</p>	Existe un nivel de conocimiento alto sobre la clasificación de Kennedy, en estudiantes del noveno y décimo ciclo de Odontología, USS. 2020	El tipo de investigación tiene un enfoque cuantitativo no experimental con un diseño descriptivo y de corte transversal.	<p>La población general son 100 estudiantes de estomatología del noveno y decimo ciclo.</p> <p>La muestra estuvo conformada por 80 estudiantes, aplicando los criterios de inclusión y exclusión.</p>	Cuestionario/ encuesta (Virtual)

Anexo 2: Encuesta

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CLASIFICACIÓN DE KENNEDY-PPR

TEMA: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY, EN ESTUDIANTES DEL NOVENO Y DÉCIMO CICLO DE ODONTOLOGÍA, USS. 2020.

*La presente encuesta forma parte de un estudio para desarrollo de tesis. Por lo tanto la información obtenida será utilizada para el estudio.

*Lea cuidadosamente cada pregunta y marque la respuesta que usted considera correcta.

*Se agradece su participación.

*Obligatorio

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hago constar que se me ha explicado las características y el objetivo del estudio, por lo tanto asumo la responsabilidad de participar en la investigación, cuya finalidad es determinar el: "NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY, EN ESTUDIANTES DEL NOVENO Y DÉCIMO CICLO DE ODONTOLOGÍA, USS. 2020". Dejo constancia que he participado de manera responsable en esta investigación, y que los datos obtenidos se utilicen de la manera que el investigador lo considere conveniente.

1. NOMBRE *

2. EDAD *

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CLASIFICACIÓN DE KENNEDY-PPR

3. LA CLASIFICACION DE KENNEDY ESTA DESCRITA PARA: * 0 puntos

Marca solo un óvalo.

- PACIENTES SIN AUSENCIAS DENTARIAS
- PACIENTES TOTALMENTE EDENTULOS
- PACIENTES PARCIALMENTE DESDENTADOS
- TODOS LOS ANTERIORES

4. SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDI EXISTEN: * 0 puntos

Marca solo un óvalo.

- 5 CLASIFICACIONES
- 2 CLASIFICACIONES
- 4 CLASIFICACIONES
- 3 CLASIFICACIONES

5. CUAL ES LA CLASIFICACIÓN MAS COMÚN * 0 puntos

Marca solo un óvalo.

- CLASE I
- CLASE II
- CLASE IV
- CLASE III

6. CUAL ES LA CLASIFICACIÓN MENOS COMÚN ⁵ 0 puntos

Marca solo un óvalo.

- CLASE IV
 CLASE III
 CLASE I
 CLASE II

7. Un área desdentada unilateral y posterior a los dientes naturales remanentes. ⁵ 0 puntos

Marca solo un óvalo.

- CLASE IV
 CLASE I
 CLASE III
 CLASE II

8. Áreas desdentadas bilaterales ubicadas posteriormente a los dientes naturales remanentes. ⁵ 0 puntos

Marca solo un óvalo.

- CLASE II
 CLASE III
 CLASE IV
 CLASE I

9. Un área desdentada única pero bilateral (por atravesar la línea media), ubicada en posición anterior con respecto a los dientes naturales remanentes. * 0 puntos

Marca solo un óvalo.

- CLASE I
 CLASE IV
 CLASE II
 CLASE III

10. Un área desdentada unilateral con dientes naturales remanentes anteriores y posteriores a ella. * 0 puntos

Marca solo un óvalo.

- CLASE III
 CLASE II
 CLASE I
 CLASE IV

11. SEGUN APPELGATE: Área edéntula limitada por dientes anteriores y posteriores capaces de asumir el soporte total de la prótesis. * 0 puntos

Marca solo un óvalo.

- CLASE I
 CLASE II
 CLASE V
 CLASE VI
 CLASE IV

12. SEGÚN APPELGATE: Área edéntula limitada por dientes anteriores y posteriores donde el diente anterior no es adecuado para ser usado como pilar. * 0 puntos

Marca sólo un óvalo.

- CLASE III
 CLASE IV
 CLASE V
 CLASE VI
 CLASE II

13. CUANTAS REGLAS FUERON AÑADIDAS A LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY POR PARTE DE APPELGATE * 0 puntos

Marca sólo un óvalo.

- 6
 9
 7
 8

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CLASIFICACIÓN DE KENNEDY-PPR

RESOLVER MEDIANTE IMAGENES

14. SELECCIONAR LA CLASIFICACIÓN SEGÚN LA IMAGEN *

0 puntos



Marca solo un óvalo.

CLASE III

CLASE IV

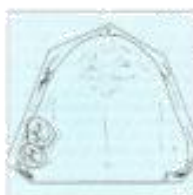
CLASE VI

CLASE V

CLASE II

15. SELECCIONAR LA CLASIFICACIÓN SEGÚN LA IMAGEN *

0 puntos



Marca solo un óvalo.

CLASE III

CLASE IV

CLASE VI

CLASE V

CLASE II

16. SELECCIONAR LA CLASIFICACIÓN SEGÚN LA IMAGEN *

0 puntos



Marca solo un óvalo.

- CLASE III
- CLASE IV
- CLASE V
- CLASE VI
- CLASE II

17. SELECCIONAR LA CLASIFICACIÓN SEGÚN LA IMAGEN *

0 puntos



Marca solo un óvalo.

- CLASE III
- CLASE IV
- CLASE V
- CLASE VI
- CLASE I

18. SELECCIONAR LA CLASIFICACIÓN SEGÚN LA IMAGEN *

0 puntos



Marca solo un óvalo.

- CLASE III
- CLASE IV
- CLASE V
- CLASE VI
- CLASE I

19. SELECCIONAR LA CLASIFICACIÓN SEGÚN LA IMAGEN *

0 puntos



Marca solo un óvalo.

- CLASE III
- CLASE IV
- CLASE II
- CLASE VI
- CLASE I

ANEXO 03 CARTA DE AUTORIZACIÓN



"Año de la lucha contra la corrupción e impunidad"

Chiclayo, 13 de noviembre del 2020

Quien suscribe:

Dra. Paola La Serna Solari

**Directora de la escuela de Estomatología
Universidad Señor de Sipán**

AUTORIZA: Permiso para recojo de información pertinente en función del proyecto investigación, denominado: **NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY, EN ESTUDIANTES DEL NOVENO Y DÉCIMO CICLO DE ODONTOLOGÍA, USS. 2020**

Por el presente, el que suscribe, Dra. Marisel Valenzuela Ramos; Directora de la Escuela de Estomatología de la USS, **AUTORIZO** al (los) alumno(s): **RODRIGUEZ SANCHEZ MARIO ALEXANDER** identificado con DNI 48876822 y **YABE VILLANUEVA MAURICIO MITSURO** identificada con DNI 71082525, estudiante de la Escuela Profesional de Estomatología y autor del trabajo de investigación denominado **NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY, EN ESTUDIANTES DEL NOVENO Y DÉCIMO CICLO DE ODONTOLOGÍA, USS. 202.**, la autorización para la aplicación de entrevistas a los alumnos del VIII Y IX ciclo como parte de la ejecución del proyecto enunciado líneas arriba de quien solicita se garantice la absoluta confidencialidad de la información solicitada.

Atentamente.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Paola La Serna Solari', written over a horizontal dashed line.

Dra. Paola La Serna Solari
Directora (e) de la Escuela de Estomatología
Universidad Señor de Sipán