



## Estado protésico y necesidades de tratamiento rehabilitador estomatológico en adultos mayores

Prosthetic status and stomatological rehabilitation treatment needs in older adults

Yaruxa de los Ángeles Saavedra Huamán<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5576-0205>

Daniel Álvaro Coronado Tamariz<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3825-1190>

Manuel Fernando Guillén Galarza<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-9684-9898>

Cesar Augusto Jiménez Prado<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-9444-9188>

Heber Isac Arbildo Vega<sup>3</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3689-7502>

Hector Martin Vargas Cornejo<sup>2\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-1815-9605>

<sup>1</sup>Universidad César Vallejo. Facultad de Ciencias de la Salud. Departamento de Estomatología. Piura, Perú.

<sup>2</sup>Universidad Nacional de Trujillo. Facultad de Estomatología. Departamento de Ciencias Estomatológicas. Trujillo, Perú.

<sup>3</sup>Universidad San Martín de Porres. Facultad de Estomatología. Departamento de Ciencias Estomatológicas. Chiclayo, Perú.

\*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: [hmvc18@gmail.com](mailto:hmvc18@gmail.com)

### RESUMEN

**Introducción:** La pérdida dentaria en adultos mayores constituye un problema de salud bucal que afecta funciones básicas y repercute en la calidad de vida, sobre todo en entornos con acceso limitado a servicios odontológicos.

**Objetivo:** Determinar el estado protésico y las necesidades de tratamiento rehabilitador estomatológico en adultos mayores atendidos en un establecimiento de salud de Piura.



**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y transversal. La población estuvo conformada por 269 adultos mayores de 60 años atendidos en el Centro de Salud I-3 La Arena, Piura, durante el año 2023. La muestra fue de 159 participantes seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se evaluaron las variables estado protésico dental y necesidad de tratamiento protésico, así como las variables edad, sexo y nivel educativo. Se aplicó estadística descriptiva y la prueba de *ji cuadrado* de Pearson, con un nivel de significación de 0,05.

**Resultados:** El 97,5 % no presentó prótesis en el maxilar superior y el 99,4 % en el inferior. La necesidad de prótesis completa fue alta, con 88,1 % en el maxilar superior y 62,9 % en el inferior. Se halló asociación significativa entre la edad y la necesidad protésica ( $p= 0,024$  y  $p= 0,000$ ), el sexo con la prótesis inferior ( $p= 0,026$ ) y el nivel educativo con la prótesis superior ( $p= 0,000$ ).

**Conclusiones:** La mayoría de adultos mayores carece de rehabilitación protésica y presenta alta necesidad de tratamiento, lo que evidencia la urgencia de fortalecer programas que mejoren el acceso a la atención protésica en personas con menor nivel educativo.

**Palabras clave:** anciano; pérdida de diente; prótesis dental; prostodoncia.

## ABSTRACT

**Introduction:** Tooth loss in older adults is an oral health problem that affects basic functions and impacts quality of life, especially in environments with limited access to dental services.

**Objectives:** To determine the prosthetic status and the needs for stomatological rehabilitation treatment in older adults treated at a health facility in Piura.

**Methods:** An observational, descriptive, and cross-sectional study was conducted. The population consisted of 269 adults aged 60 years and older who attended the I-3 La Arena Health Center, Piura, during 2023. The sample included 159 participants selected through non-probabilistic convenience sampling. The variables assessed were dental prosthetic status and need for prosthetic treatment, as well as age, sex, and educational level. Descriptive statistics and Pearson's chi-square test were applied, with a significance level of 0.05.

**Results:** A total of 97.5% of participants had no prosthesis in the maxillary arch and 99.4% in the mandibular arch. The need for complete dentures was high, reaching 88.1% in the maxillary arch



and 62.9% in the mandibular arch. A significant association was found between age and prosthetic need ( $p = 0.024$  and  $p = 0.000$ ), between sex and prosthetic need in the lower arch ( $p = 0.026$ ), and between educational level and prosthetic need in the upper arch ( $p = 0.000$ ).

**Conclusions:** Most older adults lacked prosthetic rehabilitation and showed a high need for treatment, highlighting the urgency of strengthening public programs to improve access to prosthetic care, especially among individuals with lower educational levels.

**Keywords:** aged; dental prosthesis; prosthodontics; tooth loss.

Recibido: 20/10/2025

Aprobado: 14/01/2026

## INTRODUCCIÓN

La pérdida dentaria en adultos mayores es un problema de salud bucal que afecta funciones esenciales como la alimentación, el habla y la interacción social, con repercusiones directas en la calidad de vida.<sup>(1,2)</sup> Esta condición refleja inequidades acumuladas a lo largo del curso de vida, sobre todo en entornos con acceso limitado a servicios odontológicos.<sup>(3)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe que la caries avanzada y la enfermedad periodontal no tratada se encuentran entre las principales causas de edentulismo, una condición irreversible que afecta a una proporción creciente de adultos mayores en todo el mundo.<sup>(4)</sup> Esta etapa refleja no solo la progresión de enfermedades bucales prevenibles, sino también la falta de atención adecuada por parte de los sistemas de salud, a pesar de la creciente carga de caries, enfermedad periodontal y pérdida dentaria en los adultos mayores.<sup>(5)</sup>

En el Perú, la situación no muestra diferencias relevantes. Más del 20 % de los adultos mayores no recibió atención odontológica durante el período 2018–2022, con una mayor afectación en áreas rurales y en personas con menores ingresos.<sup>(6)</sup> Esta limitada cobertura refleja inequidades persistentes en el acceso a los servicios de salud bucal, en especial a los tratamientos de



rehabilitación protésica. A pesar de los beneficios de las prótesis dentales para restaurar funciones básicas como la masticación y la fonación, su uso se mantiene en niveles bajos por barreras económicas, falta de cobertura pública y escaso reconocimiento de su valor clínico. Esta deficiencia se ve aún más agravada por la ausencia de sistemas de registro que permitan evaluar con precisión el estado protésico y las necesidades reales de tratamiento en esta población.<sup>(7,8,9)</sup> A nivel regional, informes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y encuestas nacionales de salud señalan que el edentulismo continúa como un problema prevalente en el continente americano. Las tasas más elevadas se registran en países de ingresos medios y en grupos con acceso limitado a servicios odontológicos, lo que refleja un patrón sostenido de desigualdad en salud bucal.<sup>(8)</sup>

En otros países, los niveles de rehabilitación protésica en adultos mayores superan los reportados a nivel local y alcanzan valores entre el 40 % y el 50 %.<sup>(10,11)</sup> Esta situación evidencia brechas en el acceso a los servicios y una formación clínica insuficiente en odontología restauradora, además de una escasa aplicación de herramientas estandarizadas para evaluar el estado protésico. En este contexto, la OMS recomienda el uso del formulario de evaluación de salud bucal (OHAf), un instrumento que permite una valoración sistemática del estado protésico y de las necesidades de tratamiento en diferentes poblaciones. Sin embargo, su aplicación en áreas rurales o en regiones con recursos humanos limitados aún no se integra de manera formal en los sistemas locales, lo que genera vacíos relevantes en la vigilancia epidemiológica.<sup>(12)</sup>

A diferencia de otros estudios centrados en entornos urbanos o instituciones geriátricas, esta propuesta enfatiza la realidad de los adultos mayores en una zona rural, donde la atención bucal rehabilitadora suele ocupar un lugar secundario. La rehabilitación busca restaurar funciones esenciales, entre ellas la masticación y la fonación, por lo que la información recopilada puede ser valiosa para los equipos de atención primaria y las autoridades de gestión sanitaria al diseñar estrategias orientadas a mejorar la calidad de los servicios odontológicos.

El presente estudio tiene como objetivo determinar el estado protésico y las necesidades de tratamiento rehabilitador estomatológico en adultos mayores atendidos en un establecimiento de salud de Piura.



## MÉTODOS

### **Tipo de estudio**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal entre mayo y julio de 2023 en el establecimiento de salud I-3 “La Arena”, ubicado en el distrito de La Arena, Piura, Perú.

### **Población y muestra**

La población estuvo conformada por 269 adultos mayores atendidos en el área de enfermedades no transmisibles durante el año 2023. Se seleccionó una muestra no probabilística por conveniencia, conformada por 159 participantes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Se incluyeron personas de 60 años o más, residentes en el distrito de La Arena, que acudieron al establecimiento durante el periodo de estudio y firmaron el consentimiento informado. Se excluyeron aquellos que rechazaron participar, quienes presentaban enfermedades sistémicas graves (como demencia senil, enfermedad de Alzheimer o enfermedades terminales), pacientes postrados o con secuelas neurológicas, así como quienes conservaban toda la dentición natural, ya que no requerían evaluación ni rehabilitación protésica.

### **Variables**

Las variables dependientes fueron el estado protésico dental y la necesidad de tratamiento protésico, ambas determinadas según el Formulario de Evaluación de la Salud Bucal de la OMS (1997).<sup>(13)</sup> El estado protésico dental se clasificó como: 0 = ninguna prótesis, 1 = puente, 2 = más de un puente, 3 = dentadura postiza parcial, 4 = 2 puentes y dentadura postiza parcial, 5 = dentadura completa removible y 9 = no registrable. La necesidad de tratamiento protésico se clasificó como: 0 = ninguna prótesis necesaria, 1 = necesidad de prótesis unitaria, 2 = necesidad de prótesis multiunitaria, 3 = necesidad de una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria, 4 = necesidad de prótesis completa y 9 = no registrable.

Las variables independientes fueron la edad (60–70 y más de 70 años), el sexo (femenino o masculino) y el nivel educativo (sin estudios, primaria, secundaria o superior).



## Procedimientos

El Formulario de Evaluación de la Salud Bucal de la OMS (FESB-OMS, 1997)<sup>(13)</sup> es un recurso validado en estudios previos y utilizado en investigaciones que evalúan el estado y la necesidad de prótesis en poblaciones adultas mayores. La validez y confiabilidad del instrumento fueron reforzadas mediante una prueba piloto aplicada a 30 participantes en el establecimiento de salud I-2 Las Malvinas, lo que permitió alcanzar un índice de concordancia intraexaminador (Kappa de Fleiss) de 1,00, indicador de una confiabilidad óptima.

Posteriormente, la Universidad emitió una carta de presentación al jefe del Establecimiento de Salud I-3 La Arena, donde se ejecutó la investigación principal. Previo a la aplicación, los participantes recibieron información sobre los objetivos y alcances del estudio; además, se aseguró la confidencialidad de los datos y se recabó el consentimiento informado firmado.

La evaluación clínica se realizó en el área de enfermedades no transmisibles del establecimiento, en condiciones controladas, con el paciente sentado en una silla y bajo medidas de bioseguridad (guantes, mascarilla, luz frontal, espejo bucal y equipo de diagnóstico). El registro se efectuó de manera directa en las fichas del FESB-OMS, con la valoración del estado protésico y la necesidad de tratamiento en ambos maxilares.

## Análisis estadístico

Los datos fueron digitalizados en Microsoft Excel y procesados en IBM-SPSS v.28.1. Se aplicó estadística descriptiva (frecuencias absolutas y relativas) y la prueba de *ji* cuadrado de Pearson ( $\chi^2$ ), con el criterio de que al menos el 80 % de los valores esperados fuese mayor de 5. Se estableció un nivel de significación de  $\alpha= 0,05$ .

## Aspectos bioéticos

El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Estomatología de la Universidad “César Vallejo” mediante Oficio N.º 037-2023/UCV/P. Se respetaron los principios de la Declaración de Helsinki y se obtuvo autorización institucional y consentimiento informado escrito de todos los participantes. Se garantizó la confidencialidad de los datos y su uso exclusivo para fines académicos.



## RESULTADOS

El estado protésico dental mostró baja presencia de rehabilitaciones; el 97,5 % de los adultos mayores no presentaba prótesis en el maxilar superior y el 99,4 % en el maxilar inferior, lo que evidencia una alta prevalencia de edentulismo sin tratamiento. Solo un 1,9 % contaba con dentadura completa removible superior y 0,6 % con inferior. En cuanto a la necesidad de tratamiento protésico, el 88,1 % de los participantes requería una prótesis completa en el maxilar superior y el 62,9 % en el inferior. Asimismo, un 32,1 % necesitaba una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria en el maxilar inferior, lo que refleja una alta demanda de rehabilitación total o parcial en la población evaluada (tabla 1).

**Tabla 1** - Estado protésico y necesidad de tratamiento

<b>Estado de prótesis dental</b>	<b>Maxilar superior</b>		<b>Maxilar inferior</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ninguna prótesis	155	97,5	158	99,4
Puente	0	0,0	0	0,0
Mas de un puente	0	0,0	0	0,0
Dentadura postiza parcial	1	0,6	0	0,0
Dos puentes y dentadura postiza parcial	0	0,0	0	0,0
Dentadura completa removible	3	1,9	1	0,6
No registrable	0	0,0	0	0,0
Total	159	100,0	159	100,00
<b>Necesidad de prótesis dental</b>	<b>Maxilar superior</b>		<b>Maxilar inferior</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ninguna prótesis necesaria	4	2,5	2	1,3
Necesidad de prótesis unitaria	1	0,6	0,0	0,0
Necesidad de prótesis multiunitaria	3	1,9	6	3,8
Necesidad de una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria	11	6,9	51	32,1
Necesidad de prótesis completa	140	88,1	100	62,9
No registrable	0	0,0	0	0,0
Total	159	100	159	100



Al analizar la relación entre la edad y las variables de estado protésico y necesidad de tratamiento protésico, no se encontró asociación estadísticamente significativa con el estado protésico dental en el maxilar superior ( $p= 0,507$ ), ni en el inferior ( $p= 0,349$ ). En cambio, se evidenció una asociación significativa entre la edad y la necesidad de tratamiento protésico en el maxilar superior ( $p= 0,024$ ) como en el inferior ( $p= 0,000$ ). Los adultos mayores de más de 70 años presentaron con mayor frecuencia necesidad de prótesis completa, lo que refleja una mayor pérdida dentaria funcional en comparación con los de 60 a 70 años (tabla 2).

**Tabla 2** - Estado protésico y necesidad de tratamiento según la edad

<b>Estado protésico (maxilar superior)</b>			
Edad	60-70 años (%)	> 70 años (%)	p*
Ninguna prótesis	97,3	97,6	0,507
Puente	0,0	0,0	
Mas de un puente	0,0	0,0	
Dentadura postiza parcial	1,4	0,0	
Dos puentes y dentadura postiza parcial	0,0	0,0	
Dentadura completa removible	1,4	2,4	
No registrable	0,0	0,0	
<b>Estado protésico (maxilar inferior)</b>			
Ninguna prótesis	100,00	98,8	0,349
Dentadura completa removible	0,0	1,2	
<b>Necesidad de prótesis (maxilar superior)</b>			
Ninguna protésica necesaria	2,7	2,4	0,024
Necesidad de prótesis unitaria	1,4	0,0	
Necesidad de prótesis multiunitaria	4,1	0,0	
Necesidad de una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria	12,2	2,4	
Necesidad de prótesis completa	79,7	95,3	
<b>Necesidad de prótesis (maxilar inferior)</b>			
Ninguna protésica necesaria	1,4	1,2	0,000
Necesidad de prótesis multiunitaria	5,4	2,4	
Necesidad de una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria	59,5	8,2	
Necesidad de prótesis completa	33,8	88,2	

\*Prueba de  $Ji$  cuadrado de Pearson.



Al analizar la relación entre el sexo y las variables de estado protésico y necesidad de tratamiento protésico, no se encontró asociación estadísticamente significativa con el estado protésico dental en el maxilar superior ( $p= 0,216$ ) ni en el inferior ( $p= 0,386$ ). De igual manera, la necesidad de tratamiento protésico en el maxilar superior no mostró asociación significativa ( $p= 0,405$ ). En cambio, se evidenció una asociación significativa entre el sexo y la necesidad de tratamiento protésico en el maxilar inferior ( $p= 0,026$ ). Las mujeres presentaron con mayor frecuencia necesidad de prótesis completa en comparación con los hombres, lo que sugiere una mayor pérdida dentaria funcional o menor acceso a rehabilitación protésica en este grupo (tabla 3).

Al analizar la relación entre el nivel educativo y las variables de estado protésico, y necesidad de tratamiento protésico, no se encontró asociación estadísticamente significativa con el estado protésico dental en el maxilar superior ( $p= 0,400$ ), ni en el inferior ( $p= 0,764$ ). En cuanto a la necesidad de tratamiento protésico, se observó una asociación significativa en el maxilar superior ( $p= 0,000$ ), mientras que en el inferior no se halló significancia estadística ( $p= 0,073$ ). Los adultos mayores sin instrucción presentaron con mayor frecuencia necesidad de prótesis completa, en comparación con quienes contaban con educación primaria, secundaria o superior, lo que evidencia la influencia del nivel educativo sobre la pérdida dentaria y el acceso a la rehabilitación protésica (tabla 4).

**Tabla 3** - Estado protésico y necesidad de tratamiento según sexo

<b>Estado protésico (Maxilar superior)</b>			
<b>Sexo</b>	<b>Femenino (%)</b>	<b>Masculino (%)</b>	<b>p*</b>
Ninguna prótesis	95,6	100,0	0,216
Puente	0,0	0,0	
Más de un puente	0,0	0,0	
Dentadura postiza parcial	1,1	0,0	
Dos puentes y dentadura postiza parcial	0,0	0,0	
Dentadura completa removible	3,3	0,0	
No registrable	0,0	0,0	
<b>Estado protésico (maxilar inferior)</b>			
Ninguna prótesis	98,9	100,00	0,386
Dentadura completa removible	1,1	0,0	
<b>Necesidad de prótesis (maxilar superior)</b>			
Ninguna protésica necesaria	4,4	0,0	0,405
Necesidad de prótesis unitaria	1,1	0,0	
Necesidad de prótesis multiunitaria	2,2	1,5	
Necesidad de una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria	6,6	7,4	
Necesidad de prótesis completa	85,7	91,2	
<b>Necesidad de prótesis (maxilar inferior)</b>			
Ninguna protésica necesaria	2,2	0,0	0,026
Necesidad de prótesis multiunitaria	6,6	0,0	
Necesidad de una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria	36,3	26,5	
Necesidad de prótesis completa	54,9	73,5	

\*Prueba *Ji* cuadrado de Pearson.

**Tabla 4** - Estado protésico y necesidad de tratamiento según nivel educativo

Estado protésico (maxilar superior) (%)					
Grado de instrucción	Sin instrucción	Primaria	Secundaria	Superior	p*
Ninguna prótesis	97,3	100,00	86,7	100,00	0,040
Más de un puente	0,0	0,0	0,0	0,0	
Dentadura postiza parcial	0,0	0,0	0,0	0,0	
Dentadura completa removible	2,7	0,0	6,7	0,0	
No registrable	0,0	0,0	0,0	0,0	
Estado protésico (maxilar inferior) (%)					
Ninguna prótesis	98,6	100,00	100,00	100,00	0,764
Dentadura completa removible	1,4	0,0	0,0	0,0	
Necesidad de prótesis (maxilar superior) (%)					
Ninguna protésica necesaria	2,7	0,0	13,3	0,0	0,000
Necesidad de prótesis unitaria	1,4	0,0	0,0	0,0	
Necesidad de prótesis multiunitaria	0,0	2,9	0,0	50,0	
Necesidad de una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria	2,7	8,8	13,3	50,0	
Necesidad de prótesis completa	93,2	88,2	73,3	0,0	
Necesidad de prótesis (maxilar inferior) (%)					
Ninguna protésica necesaria	2,7	0,0	0,0	0,0	0,073
Necesidad de prótesis multiunitaria	4,1	2,9	6,7	0,0	
Necesidad de una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria.	20,3	38,2	53,3	100,0	
Necesidad de prótesis completa	73,0	58,8	40,0	0,0	

\*Prueba de  $Ji$  cuadrado de Pearson.

## DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio evidencian una marcada brecha en la rehabilitación protésica de adultos mayores en zonas rurales, lo que coincide con lo reportado por *Peeran S* y otros,<sup>(14)</sup> quienes describen ausencia de prótesis en más del 80 % de los participantes, y por *Kumara B*,<sup>(15)</sup> que señala proporciones elevadas de edentulismo sin tratamiento. Al comparar con investigaciones en otros países se observa que *Nikolovska J* y otros<sup>(16)</sup> informan mayor prevalencia de prótesis parciales o



combinadas, mientras que *Yadav N* y otros<sup>(17)</sup> destacan un uso más frecuente de prótesis completas superiores y puentes inferiores. Estas diferencias muestran que, aunque el problema es global, sus dimensiones varían según el contexto socioeconómico, la disponibilidad de servicios y las percepciones culturales sobre la salud bucal, factores que también explican las barreras persistentes para acceder a tratamientos rehabilitadores en poblaciones vulnerables.

En relación con la necesidad de tratamiento protésico, los hallazgos fueron similares a los de *Alzarea B*,<sup>(18)</sup> quien identificó una alta proporción de adultos mayores que requerían rehabilitación. Esta necesidad aumenta con la edad, en relación con el envejecimiento de los tejidos bucales, la disminución del flujo salival, la presencia de enfermedades sistémicas como la diabetes y factores psicosociales como la soledad o la falta de apoyo familiar.

En contraste, estudios de *Hegde V* y otros<sup>(19)</sup> y *Chhabra G* y otros<sup>(20)</sup> reportaron porcentajes menores de necesidad protésica, lo cual se muestra por diferencias en la estructura del sistema de salud, el nivel educativo y el acceso a los servicios odontológicos, factores que influyen de forma directa en la prevención del edentulismo.

El análisis por sexo mostró una mayor necesidad de prótesis completas en los hombres. Estudios en Arabia Saudita e India reportan un bajo uso de prótesis en ambos sexos, con ligeras diferencias a favor de las mujeres.<sup>(18,19)</sup> Aunque los hombres pueden tener mayor independencia económica, esto no se traduce en un mejor acceso a los servicios odontológicos.

Otro hallazgo relevante fue la asociación entre el nivel educativo y la necesidad protésica. Los adultos mayores sin educación formal requirieron con mayor frecuencia prótesis completas, mientras que quienes cursaron educación superior presentaron necesidad sobre todo de prótesis parciales o combinadas. Este resultado concuerda con estudios que relacionan el nivel educativo con el estado protésico dental,<sup>(21,22)</sup> por lo que un mayor conocimiento facilita el autocuidado y promueve actitudes positivas hacia la salud bucal.

Una de las principales fortalezas de esta investigación fue el uso del WHO-OHAF (1997), instrumento estandarizado y validado a nivel internacional, que permitió una evaluación objetiva del estado protésico y de la necesidad de tratamiento en adultos mayores. La calibración intraexaminador con acuerdo perfecto ( $Kappa = 1,00$ ) aseguró una alta confiabilidad en los



registros. Otra fortaleza fue la ejecución del estudio en una población rural poco estudiada, lo que aporta evidencia local valiosa para la planificación de intervenciones en salud bucal geriátrica. Sin embargo, el estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse. El diseño transversal permite identificar asociaciones, pero no establecer causalidad. Las evaluaciones se realizaron en un centro de salud rural sin instrumental odontológico especializado, lo que podría afectar la precisión de algunos registros. La población procedió de un único establecimiento, lo que limita la generalización de los resultados a toda la región, aunque aporta información valiosa para contextos similares. Algunos adultos mayores presentaron dificultades para comprender o recordar ciertos datos, situación que se manejó con apoyo de los entrevistadores. Además, no se incluyeron variables relacionadas con el estado socioeconómico, el acceso a los servicios, la autopercepción de la salud bucal, ni aspectos funcionales como la masticación, el habla o la calidad de vida, los cuales podrían haber enriquecido el análisis.

A pesar de estas limitaciones, los hallazgos de este estudio revelan una brecha sustancial en la atención protésica de los adultos mayores en zonas rurales, lo que resalta la necesidad de fortalecer las políticas públicas orientadas a mejorar el acceso a la rehabilitación bucal mediante estrategias accesibles, sostenibles y adecuadas a los rasgos culturales de la población.

En conclusión, esta investigación aporta evidencia sobre la insuficiente rehabilitación protésica en adultos mayores de un contexto rural y expone desigualdades asociadas a la edad, el sexo y el nivel educativo. El uso de un instrumento validado a nivel internacional permitió identificar con precisión la magnitud del problema y sus determinantes, lo que refuerza la necesidad de fortalecer programas de salud pública orientados a garantizar acceso equitativo a la rehabilitación bucal. Estos hallazgos contribuyen a visibilizar una realidad poco estudiada en el país y ofrecen bases para el diseño de políticas y futuras investigaciones que integren la perspectiva social y funcional de la salud bucal en la vejez.



## Agradecimientos

Los autores agradecen al personal del Centro de Salud I-3 “La Arena” de Piura por el apoyo brindado durante la recolección de datos. También expresan su agradecimiento a los adultos mayores participantes por su disposición y cooperación. Este estudio fue autofinanciado y no recibió apoyo financiero externo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chisini L, Lessa B, Ramalho H, Demarco F, Collares K, Britto M. Determinants of dental prosthetic treatment need: A birth cohort study [Internet]. Community Dent Oral Epidemiol. 2020;49(5):394-400. DOI: <https://doi.org/10.1111/cdoe.12608>
2. Kaurani P, Kakodkar P, Bhowmick A, Samra RK, Bansal V. Association between tooth loss and nutritional status in older adults: a systematic review and meta-analysis [Internet]. BMC Oral Health. 2024; 24(1):838. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12903-024-04602-1>
3. Santos I, De la Torre Canales G, Lopes D, Mendes J, Polido M, Manso AC, et al. Socio economic inequalities in oral health among Portuguese older adults: a cross sectional study [Internet]. BMC Public Health. 2024; 24(1):3505. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-21049-9>
4. Gil-Montoya JA, de Mello AL, Barrios R, Gonzalez-Moles MA, Bravo M. Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review [Internet]. Clin Interv Aging. 2015; 10:461-7. DOI: <https://doi.org/10.2147/cia.s54630>
5. Huang X, Kang L, Bi J. Epidemiology of oral health in older adults aged 65 or over: prevalence, risk factors and prevention [Internet]. Aging Clin Exp Res. 2025; 37(1):193-202. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40520-025-03110-8>
6. Huacasi G, Durand D, Quispe-Cruz H, Rodríguez J, Arocotipa W. Factores asociados a edentulismo en pacientes que acuden a una clínica odontológica universitaria [Internet]. Rev Acciones Méd. 2022;1(4):59-66. DOI: <https://doi.org/10.35622/j.ram.2022.04.006>



7. Rojas-Senador CD, León-Manco RA, Garcés-Elías MC. Time Elapsed Since the Last Dental Care Visit in Peruvian Older Adults: A Three-Year Analysis of a National Population Survey [Internet]. Gerontology and Geriatric Medicine. 2024; 10:1-10. DOI: <https://doi.org/10.1177/23337214241302722>
8. Cossio-Alva BA, Rojas RE, Ruiz-Barrueto MA, Atoche GB, Mejía CR, Corrales-Reyes IE. Factores asociados con el uso de servicios odontológicos en adultos mayores en Perú [Internet]. PLoS ONE. 2025; 20(2): e0316651. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0316651>
9. Ruiz JAH, Pisfil-Benites N, Azañedo D, Hernández-Vásquez A. Impact of health insurance on the use of oral health services in the Peruvian population 2015–2019 [Internet]. BMC Oral Health. 2024;24(1):684. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12903-024-04441-0>
10. Nevalainen MJ, Närhi TO, Siukosaari P, Schmidt-Kaunisaho K, Ainamo A. Prosthetic rehabilitation in the elderly inhabitants of Helsinki, Finland [Internet]. J Oral Rehabil. 1996;23(11):722-8. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2842.1996.00420.x>
11. Iosif L, Preoteasa CT, Preoteasa E, Ispas A, Ilinca R, Murariu Măgureanu C, et al. Oral health related quality of life and prosthetic status among institutionalized elderly from the Bucharest area: a pilot study [Internet]. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(12):6663. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18126663>
12. Luan Y, Sardana D, Jivraj A, Liu D, Abeyweera N, Zhao Y, et al. Universal coverage for oral health care in 27 low income countries: a scoping review [Internet]. Glob Health Res Policy. 2024; 9(1):34. DOI: <https://doi.org/10.1186/s41256-024-00376-9>
13. World Health Organization. Oral health survey. basic methods. 4ta ed. Geneva: World Health Organization; 1997. [acceso: 14/07/2025]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/1997/9243544934\\_sp](http://whqlibdoc.who.int/publications/1997/9243544934_sp)
14. Peeran SA, Kumar S. Prosthetic status and treatment need of the general population of Arcot (Vellore, Tamil Nadu) In Relation to Sociodemographic Characteristics: A Cross-Sectional Study [Internet]. Int J Dentistry Oral Sci. 2021; 8(7): 3538-42. DOI: <https://doi.org/10.19070/2377-8075-21000723>



15. Kumara B. Prosthetic status and treatment needs among elders in old-age homes of Bengaluru city, India: A cross-sectional survey [Internet]. Int J Appl Dent Sci. 2017 [acceso: 14/07/2025];3(3):27-30. Disponible en: <https://www.oraljournal.com/archives/2017/vol3issue3/PartA/3-2-35-349.pdf>
16. Nikolovska J, Korunoska-Stevkovska V, Mijoska A, Popovska L. Prosthodontics status and treatment needs among the elderly in the 33 Republic of Macedonia [Internet]. Open Access Maced J Med Sci. 2018; 6(5): 874-78. DOI: <https://doi.org/10.3889/oamjms.2018.190>
17. Yadav N, Yadav R, Pahuja M, Pardhan S, Miglani S, Malik T. An evaluation of prosthetic status and treatment needs among institutionalized elderly individuals of Delhi, India [Internet]. Indian J Dent Sci. 2017;9(1): 22-5. DOI: <https://doi.org/10.4103/0976-4003.201635>
18. Alzarea B. Dental prosthetic status and prosthetic needs of geriatric patients attending the College of Dentistry, Al Jouf University, Kingdom of Saudi Arabia [Internet]. Eur J Dent. 2017; 11(4): 526-30. DOI: [https://doi.org/10.4103%2Fejd.ejd\\_69\\_17](https://doi.org/10.4103%2Fejd.ejd_69_17)
19. Hegde V, Sajankumar RP. Dental prosthetic status and prosthetic needs of institutionalized elderly population in Mangalore, Karnataka, India [Internet]. J Oral Res Rev. 2017;9(1): 8-11. DOI: <https://doi.org/10.4103/2249-4987.201400>
20. Chhabra G, Belkhode V, Nimonkar S, Rao Y, Raghotham K, Khandagale T. To evaluate the status and need for dental prosthesis among the geriatric population of Central India reporting to the dental colleges [Internet]. J Family Med Prim Care. 2020; 9(7): 3429-32. DOI: [https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc\\_316\\_20](https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_316_20)
21. Yu NH, Shin AR, Ahn SV, Song KB, Choi YH. Estimation and change of edentulism among the Korean population: Korea National Health and Nutrition Examination Survey 2007-2018 [Internet]. Epidemiol Health. 2021; 43: e2021020. DOI: <https://doi.org/10.4178%2Fepih.e2021020>
22. Al-Rafee MA. The epidemiology of edentulism and the associated factors: A literature Review [Internet]. J Family Med Prim Care. 2020;9(4):1841-43. DOI: [https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc\\_1181\\_19](https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1181_19)



## Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

## Información financiera

Los autores declaran que la investigación fue autofinanciada.

## Contribuciones de los autores

Conceptualización: *Yaruxa de los Ángeles Saavedra – Huamán.*

Curación de datos: *Yaruxa de los Ángeles Saavedra – Huamán, Daniel Coronado – Tamariz.*

Análisis formal: *Yaruxa de los Ángeles Saavedra – Huamán, Daniel Coronado – Tamariz.*

Investigación: *Yaruxa de los Ángeles Saavedra – Huamán.*

Metodología: *Yaruxa de los Ángeles Saavedra – Huamán, Daniel Coronado – Tamariz, Hector Vargas – Cornejo, Heber Arbildo – Vega.*

Administración del proyecto: *Yaruxa de los Ángeles Saavedra – Huamán.*

Recursos materiales: *Yaruxa de los Ángeles Saavedra – Huamán.*

Supervisión: *Daniel Coronado – Tamariz.*

Visualización: *Yaruxa de los Ángeles Saavedra – Huamán, Daniel Coronado – Tamariz, Hector Vargas – Cornejo, Manuel Guillen – Galarza, Cesar Jiménez – Prado.*

Redacción–borrador original: *Daniel Coronado – Tamariz, Hector Vargas – Cornejo.*

Redacción–revisión y edición: *Daniel Coronado – Tamariz, Hector Vargas – Cornejo, Manuel Guillen – Galarza, Cesar Jiménez – Prado, Heber Arbildo – Vega.*

## Disponibilidad de datos

Los datos del estudio son confidenciales, por lo que no pueden ser expuestos al público ni compartidos. Están almacenados en el repositorio de la Universidad “César Vallejo” y, para acceder a ellos, se requiere autorización expresa de dicha universidad.