



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD EDUCATIVA DE SALUD Y BIENESTAR
“CARRERA DE ODONTOLOGÍA”

“Autopercepción de la enfermedad periodontal en personas de 18 a
44 años de edad en la parroquia Cañaribamba Cuenca-Ecuador
2018”

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGO

AUTOR: Astudillo Sigcha, Esteban Patricio
DIRECTORA: Pérez Mora, Andrea Paola, Od. Esp.

CUENCA
2019

DECLARACIÓN:

Yo, **ESTEBAN PATRICIO ASTUDILLO SIGCHA** declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado la totalidad de las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento; y eximo expresamente a la UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

La UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su reglamento y normatividad institucional vigente.

.....

Autor: Astudillo Sigcha, Esteban Patricio

C.I.: 0104565536

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

Sra. Dra. Liliana Encalada Verdugo

COORDINADORA DEL DPTO. DE TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“AUTOPERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN PERSONAS DE 18 A 44 AÑOS DE EDAD EN LA PARROQUIA DE CAÑARIBAMBA CUENCA-ECUADOR 2018.”**, realizado por **ASTUDILLO SIGCHA, ESTEBAN PATRICIO**, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que está expedito para su presentación.

Cuenca, Julio 2019

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó

DPTO. DE INVESTIGACIÓN ODONTOLOGÍA

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Sra. Dra. Liliana Encalada Verdugo

COORDINADORA DEL DPTO. DE TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“AUTOPERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN PERSONAS DE 18 A 44 AÑOS DE EDAD EN LA PARROQUIA DE CAÑARIBAMBA CUENCA-ECUADOR 2018.”**, realizado por **ASTUDILLO SIGCHA, ESTEBAN PATRICIO**, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que está expedito para su sustentación.

Cuenca, Julio 2019

.....

Tutora: Pérez Mora, Andrea Paola, Od. Esp.

DEDICATORIA

A mis padres Patricio y Lucrecia, por su apoyo incondicional siendo pilares fundamentales durante toda mi carrera de formación profesional.

A mis hermanos David y Damián, motivación de esfuerzo y lucha continua siendo su ejemplo a mejorar cada día más.

A mis abuelos Julia y Efraín, ejemplos de amor, cariño y dedicación, a mi abuelo en el momento de tu partida cada palabra quedó grabada en mi corazón, y ahí estará por siempre el recuerdo de lo grande que fue tu amor.

EPÍGRAFE

Lo que importa verdaderamente en la vida no son los objetivos que nos marcamos, sino los caminos que seguimos para lograrlo.

Peter Bamm

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi familia, en especial a mis padres por apoyarme a lo largo de mi vida, a cumplir mis metas y objetivos, enseñándome la importancia del esfuerzo y dedicación para salir adelante.

A la Universidad Católica de Cuenca, por abrirme sus puertas para mi formación académica profesional en el ámbito odontológico.

A mi Tutora Od. Esp. Andrea Pérez, quien me oriento mediante sus conocimientos durante todo el proceso de trabajo y poder llevar a cabo esta investigación.

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud

GBD: Carga Mundial de Morbilidad

ÍNDICE

RESUMEN	12
ABSTRACT	13
INTRODUCCIÓN.	14
CAPÍTULO I	15
PLANTEAMIENTO TEÓRICO.	15
1.-PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.	16
2.- JUSTIFICACIÓN	16
3.-OBJETIVOS	17
3.1.-Objetivo General	17
3.2.-Objetivos Específicos.....	17
4.- MARCO TEÓRICO	18
4.1 BASES TEÓRICAS	18
4.1.1 PERIODONTO SANO.....	18
4.1.2 ENCÍA.....	18
• 4.1.2.a Encía marginal.....	18
• 4.1.2.b Encía insertada	18
• 4.1.2.c Encía Interdental	18
4.1.3 SURCO GINGIVAL.....	19
4.1.4 TEJIDO DEL LIGAMENTO PERIODONTAL	19
4.1.5 HUESO ALVEOLAR MAXILAR	19
4.1.6 CEMENTO RADICULAR.....	19
4.1.7 ENFERMEDADES PERIODONTALES	20
4.7.1.a Prevalencia de las enfermedades Periodontales a nivel mundial	21
4.1.8 CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES Y CONDICIONES PERIODONTALES (CLASIFICACION DEL 2017)	21
4.1.8.a Salud periodontal y gingival.....	21
4.1.8.b Gingivitis inducida por biofilm	22
4.1.8.c Enfermedades gingivales no inducidas por placa bacteriana.....	22
4.1.8.d Periodontitis	23
4.1.8.e Estadios	23
4.1.8.f Grados	24
4.1.8.g Periodontitis Necrosante	24
4.1.8.h Periodontitis por manifestaciones sistémicas	24
4.1.8.i Enfermedades por inmunodeficiencia adquirida.....	24
4.1.8.j Otras afecciones que influyen en las enfermedades periodontales	25

4.1.9 AUTOPERCEPCIÓN	25
4.1.10 AUTOPERCEPCION DE ENFERMEDAD PERIODONTAL	25
4.1.11 MÉTODOS PARA EL DIAGNÓSTICO PERIODONTAL	26
4.1.12 HIGIENE ORAL.....	26
4.1.12.a Índice de Higiene oral	26
4.1.12.b Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S).....	27
4.1.12.c Índice de O'Leary	27
4.1.13 TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL	27
4.1.14 PREVENCIÓN Y MOTIVACIÓN	28
4.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	28
5.-HIPÓTESIS	32
CAPÍTULO II	33
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	33
1.- MARCO METODOLÓGICO	34
2.- POBLACIÓN Y MUESTRA.....	34
2.1. Criterios de selección.	34
2.1.a. Criterios de inclusión:	34
2.1.b. Criterios de exclusión	34
2.1.c. Tamaño de la muestra	34
3.- OPERACIONALIZACION DE VARIABLE	36
4.- INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.	37
4.1.- Instrumentos documentales	37
4.2.- Instrumentos mecánicos	37
4.3.- Materiales	37
4.4.- Recursos.....	37
5.- PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.	37
5.1.- Ubicación espacial.....	37
5.2.- Ubicación temporal.....	38
5.3.- Procedimiento de la toma de datos.	38
6.- PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.....	38
7.- ANALISIS BIOÉTICOS	38
CAPÍTULO III.....	39
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	39
1. RESULTADOS	40
1.1 Tabla Nº 1.....	40
1.2 Tabla Nº 2.....	41

1.3 Tabla N° 3.....	42
1.4 Tabla N° 4.....	43
1.5 Tabla N° 5.....	44
1.6 Tabla N° 6.....	45
2. DISCUSIÓN.....	46
3. CONCLUSIONES	48
III.- BIBLIOGRAFÍA.....	49
ANEXOS.....	52
Anexo 1.	53
FICHA DE ENCUESTA EPIDEMIOLOGICA PROYECTO BARRERAS-AUTOPERCEPCION PERIODONTAL	53
Anexo 2.	54
CONSENTIMIENTO INFORMADO	54

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la autopercepción de la enfermedad periodontal en personas de 18 a 44 años de edad, en la parroquia Cañaribamba Cuenca Ecuador 2018.

MATERIALES Y METODOS: Se requirió de una ficha denominada "Encuesta de salud bucal" y se utilizó el programa de libre acceso EPI INFO. La metodología utilizada en la investigación tuvo un enfoque de tipo cuantitativo, con diseño descriptivo y de ámbito de campo comunicacional retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 544 fichas epidemiológicas en personas de 18 a 44 años de edad de la parroquia Cañaribamba. Los datos fueron obtenidos de la base de datos de la Universidad Católica de Cuenca, mediante el programa EPIINFO. **RESULTADOS:** La distribución de la muestra de acuerdo al número de personas estudiadas fue de 274 individuos de sexo femenino y de 270 masculino entre los 18 y 44 años de edad; las personas que autoperciben la enfermedad periodontal corresponde al 25%, los que no autoperciben son un 75%; el 27% del sexo femenino y el 22% masculino autoperciben la enfermedad periodontal, a diferencia del 73% del sexo femenino y 78% masculino no la autoperciben; según el rango etario las personas de 18 a 20 años de edad representan un 12%, de 21 a 30 años un 48%, en las personas de 31 a 44 un 31% y mientras que de 41 a 44 representan un 9%. El nivel de instrucción es de 58% del nivel alto y 42% bajo, con un 0.7624 de diferencia estadística. Con respecto al nivel de ingreso económico el 43% corresponde al nivel económico alto y el 47% bajo, con un 0.8331 de diferencia estadística.

PALABRAS CLAVE: Autopercepción, enfermedad periodontal, edad, sexo, nivel de instrucción, ingreso económico.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the self-perception of periodontal disease in people between 18 and 44 years of age, in the Cañaribamba Cuenca Ecuador 2018 parish. **MATERIALS AND METHODS:** A form called "Oral Health Survey" was required and the EPI INFO open access program was used. The methodology used in the research had a quantitative approach, with descriptive design and scope of retrospective communication field. The sample consisted of 544 epidemiological records in people 18 to 44 years of age from the Cañaribamba parish. The data were obtained from the database of the Catholic University of Cuenca, through the EPIINFO program. **RESULTS:** The distribution of the sample according to the number of people studied was 274 female and 270 male individuals between 18 and 44 years of age; people who perceive periodontal disease correspond to 25%, those who do not perceive are 75%; 27% of the female sex and 22% male self-perceive periodontal disease, unlike 73% of the female sex and 78% male do not perceive it; according to the age range, people from 18 to 20 years old represent 12%, from 21 to 30 years old 48%, in people from 31 to 44 31% and while from 41 to 44 they represent 9%. Instruction level is 58% of the high level and 42% low, with a 0.7624 statistical difference. With respect to the level of economic income 43% corresponds to the high economic level and 47% low, with a 0.8331 statistical difference.

KEY WORDS: Self-perception, periodontal disease, age, sex, level of education, economic income.

INTRODUCCIÓN.

Las enfermedades periodontales comprenden un grupo de patologías de carácter inflamatorio del periodonto con finalidad infecciosa, inducida por la acumulación de microorganismos principalmente bacterias, afectando a los tejidos de soporte del diente, que a su vez provocan la activación del sistema inmunológico, para combatir dicha enfermedad ⁽¹⁾.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), son las enfermedades más frecuentes a nivel de la población mundial, afectando en un 50% la salud oral, se destaca un 15 a 20% de los adultos de edad media de 35 a 44 años que presentan estas enfermedades ⁽¹⁾.

La autopercepción de enfermedad periodontal, se basa en el implemento de cuestionarios que simplifica el procedimiento de vigilancia periodontal de la población para predecir resultados futuros, siendo un instrumento de agrado y de bajo costo, limita al estudio que se va a realizar dando lugar a una subestimación de la enfermedad periodontal, brinda niveles de prevalencia válidos y certeros, donde se destacan preguntas epidemiológicas que brindan distintos datos sobre la persona, enfatizando el monitoreo de la salud oral en un rango más amplio ⁽²⁾.

Es de suma importancia, en la actualidad llevar a cabo estudios que nos permitan conocer acerca de la enfermedad periodontal, ya que se la considera una de las enfermedades que más afectan a la salud oral, siendo importante evitar el progreso de la misma y lograr una regeneración de la salud periodontal; una correcta educación de los hábitos de higiene y alimenticios son esenciales para la prevención de enfermedad periodontal ⁽³⁾.

Por ello, el objetivo de esta investigación fue realizar un análisis de la autopercepción de la enfermedad periodontal en personas de 18 a 44 años de edad de la parroquia Cañaribamba Cuenca Ecuador 2018, para determinar su incidencia con el fin de difundir los resultados y que sean los entes reguladores como el ministerio de salud pública, universidades quienes tomen carta en el asunto y hagan la prevención de dicha enfermedad; mediante una investigación

de campo y un cuestionario que contuvo diversas preguntas que nos permite determinar si los habitantes conocen y si padecen de esta enfermedad.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO.

1.-PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.

La enfermedad periodontal es un patología que tiene mayor incidencia a partir de los 18 años de edad a consecuencia principalmente de la falta de motivación de higiene oral, además se da el comienzo a distintos hábitos y factores que pueden desencadenar dicha enfermedad como es: el tabaquismo, estrés, cambios hormonales, factores socioeconómicos, dieta y estilo de vida que puede estar sometido un adolescente donde a partir de ahí se desencadenara distintas alteraciones periodontales. Las principales manifestaciones clínicas aparecen en edades tempranas que se conforman durante la adolescencia y partir de los 18 años en adelante las personas tiende ya a autopercebir ciertos cambios o alteraciones en su cavidad oral.

El problema de investigación que se plantea en este trabajo de titulación, está encaminado a responder la interrogante ¿Cuánto es la frecuencia de personas que autoperceben la enfermedad periodontal de 18 a 44 años de edad en la parroquia Cañaribamba, Cuenca Ecuador 2018?

2.- JUSTIFICACIÓN

Mediante esta investigación, se pretende conocer la autopercepción y sus determinantes en la Parroquia Cañaribamba, Cuenca Ecuador en el año 2018, sobre la enfermedad periodontal en personas de 18 a 44 años que presentan esta patología y se podrá hacer una inferencia estadística a dicha población, lo cual denota la relevancia científica del presente estudio.

La relevancia social se destaca, ya que con los resultados de la investigación se beneficiara la comunidad de este estudio, siendo importante y de interés para otras comunidades del Ecuador debido a la apariencia en sus características epidemiológicas. La relevancia humana se encuentra presente, ya que el estudio va dirigido a una población considerada como prioridad en el sistema de salud.

Este estudio fue viable debido a que los individuos colaboraron, firmando su consentimiento informado y conseguimos la muestra, permitiéndonos acceder a ellos, los encuestados fueron personas de 18 a 44 años de edad, mis recursos económicos fueron parcialmente autofinanciados, al igual que los recursos tecnológicos estuvieron a mi alcance; no fue necesario sacar permisos por parte de las autoridades de la Universidad Católica de Cuenca ya que el interrogatorio se hizo por voluntad propia de la población estudiada.

El interés personal de este estudio es la acreditación de mi título universitario como Odontólogo.

3.-OBJETIVOS

3.1.-Objetivo General:

- Determinar la frecuencia de personas que autoperciben la enfermedad periodontal de 18 a 44 años de edad en la parroquia Cañaribamba Cuenca Ecuador 2018.

3.2.-Objetivos Específicos:

- Conocer la frecuencia de personas que autoperciben la enfermedad periodontal de 18 a 44 años de edad en la parroquia Cañaribamba Cuenca Ecuador 2018 según la edad.
- Conocer la cantidad de personas que autoperciben la enfermedad periodontal de 18 a 44 años de edad en la parroquia Cañaribamba Cuenca Ecuador 2018 según el sexo.
- Asociar el nivel de instrucción con la frecuencia de personas que autoperciben la enfermedad periodontal de 18 a 44 años de edad en la parroquia Cañaribamba Cuenca Ecuador 2018.
- Asociar el nivel económico con la cantidad de personas que autoperciben la enfermedad periodontal de 18 a 44 años de edad en la parroquia Cañaribamba Cuenca Ecuador 2018.

4.- MARCO TEÓRICO

4.1 BASES TEÓRICAS

4.1.1 PERIODONTO SANO

El periodonto hace referencia a todos los tejidos que rodean al diente, el cual se encuentra adherido a la estructura ósea del alveolo; revestida por la mucosa masticatoria, especializada y bucal presentes en toda la cavidad oral. Debemos tener en cuenta, que el periodonto no solamente cumple con la función de soporte del diente por medio de las fibras del ligamento periodontal, ya que además de ello tiene la función sensitiva ante cualquier estímulo, soporta las fuerzas masticatorias, resguardar los tejidos subyacentes y del periodonto de inserción compuesta por ligamento periodontal, cemento radicular y hueso alveolar ⁽³⁾.

4.1.2 ENCÍA

Es una fibromucosa revestida por una capa superficial de queratina, compuesta por un tejido conectivo denso, de color rosa coral, firme y resistente, es un tejido grueso formado por un epitelio plano pluriestratificado, es una base de protección y sostén de los dientes en el hueso de los maxilares, cubre los procesos alveolares y además protege a las raíces de bacterias ⁽⁴⁾.

Está constituida de tres tipos de encía:

- **4.1.2.a Encía marginal:** Es la encía no insertada, de superficie lobulada, de aspecto punteado, rodea a los dientes de manera de collar y se encuentra separada de la encía insertada adyacente por el surco marginal.
- **4.1.2.b Encía insertada:** Es la continuación de la encía marginal, se encuentra fuertemente adherida al cemento y hueso alveolar. Tiene una consistencia firme y resistente, formado por un epitelio escamoso estratificado y lamina propia.
- **4.1.2.c Encía Interdental:** Consiste en dos papilas, una vestibular y otra lingual, ocupando el espacio interproximal, por debajo del contacto de los dientes ⁽⁴⁾.

4.1.3 SURCO GINGIVAL

Rodea el cuello del diente a manera de anillo, tiene una forma en “V”, siendo el límite cervical de la corona de las piezas dentales. Tiene 1 o 2 mm de profundidad, con un ph ligeramente alcalino y baja oxigenación. Forma un microecosistema que contiene diversas bacterias debido a su gran cantidad de nutrientes. El líquido gingival es la sangre filtrada por el epitelio de inserción lo cual comprende diversos factores antimicrobianos ⁽⁵⁾.

4.1.4 TEJIDO DEL LIGAMENTO PERIODONTAL

Este ligamento se encuentra formado por una delgada capa de tejido conectivo fibroso, lo cual cumple la función de unir al diente con el hueso alveolar y de sostén en el alveolo el cual se encuentra suspendido por medio de sus fibras que se insertan en el cemento y la lámina cribosa, tiende a disminuir con la edad, se lo considera como un conjunto funcional y estructural, ya que engloba tejido pulpar y conectivo de la encía, actúa como receptor sensorial propioceptivo, resiste las fuerzas masticatorias, ayuda en los movimientos dentales presenta mayor grosor en el extremo cervical y menor grosor en la parte central ⁽⁶⁾.

4.1.5 HUESO ALVEOLAR MAXILAR

Es la parte superior e inferior de los huesos maxilares, que sostiene y forma los alveolos como aparato de inserción de las piezas dentales. La función principal es de absorber y distribuir las fuerzas producidas por la masticación o cualquier otro tipo de contacto de los dientes. Los alveolos se encuentran cubiertos por hueso cortical, y el espacio entre los alveolos y las paredes de hueso compacto se encuentra revestida por hueso esponjoso ⁽⁷⁾.

4.1.6 CEMENTO RADICULAR

El cemento es un tejido mineralizado especializado que cubre las superficies radiculares de las piezas dentales, carece de inervación, por lo que no realiza remodelación y se va depositando a lo largo de la vida, presenta fibras colágenas en una matriz orgánica, contiene hidroxipatita en un 65% de toda su estructura. Las funciones que cumple el

cemento es la reparación de la superficie radicular cuando es dañada y en ella se insertan las fibras del ligamento periodontal. Se describen tres tipos de formas de cementos que son: cemento acelular de fibras extrínsecas, cemento celular mixto estratificado y cemento celular con fibras extrínsecas ⁽⁸⁾.

4.1.7 ENFERMEDADES PERIODONTALES

Las enfermedades periodontales son considerados procesos patógenos inflamatorios gingivales crónicos el cual afectan a los tejidos de soporte y al hueso alrededor de las raíces de los dientes, lo que lleva a la exfoliación eventual del diente ⁽⁹⁾, siendo una respuesta del huésped ante el daño tisular ocasionada por las bacterias anaerobias, es muy prevalente ya que tienden a afectar de forma negativa al bienestar general y a la calidad de vida de las personas. Estas alteraciones son de etiología multifactorial, que al no ser tratadas a tiempo, tiene a ocasionar graves consecuencias ⁽¹⁰⁾.

El organismo produce unas enzimas que tiende a destruir los tejidos de soporte dentales que les permiten distanciarse de la lesión inicial. Desde una perspectiva biológica la enfermedad periodontal está asociada al biofilm, que es una matriz de microorganismos adheridos a las superficies de las piezas dentales, ya que en condiciones normales se encuentra en armonía con el huésped sano ⁽¹¹⁾.

Existen factores genéticos y ambientales que ayudan al desarrollo de la enfermedad. Los signos más significativos con esta patología es el sangrado gingival, calculo, bolsas periodontales, pérdida de inserción de los tejidos de soporte, movilidad dentaria y pérdida ósea. La vejez se relaciona de manera fundamental con la enfermedad periodontal, ya que se atribuye al deterioro periodontal con el paso de los años, más que a deficiencias extrínsecas que tengan que ver con la edad, que contribuyen a una mayor adquisición a la enfermedad periodontal ⁽¹²⁾.

Se encuentra dividida en dos grandes grupos que son: la gingivitis y la periodontitis. Siendo la gingivitis el proceso inflamatorio inicial de la enfermedad periodontal asociada a placa bacteriana sin pérdida de inserción, a diferencia de la periodontitis que se da una pérdida ósea o de inserción ⁽¹³⁾.

4.7.1.a Prevalencia de las enfermedades Periodontales a nivel mundial

Las enfermedades periodontales son un problema de salud, las cuales se encuentran en las enfermedades más comunes, afectando un 50% de población mundial, por lo tanto es necesario fomentar la prevención, tratamiento y el control de sus fases iniciales ⁽¹⁰⁾. Recientes revisiones sistemáticas del estudio Carga Mundial de Morbilidad (GBD), revela que la periodontitis avanzada es la sexta enfermedad más prevalente que afecta al 11,2% de la población mundial y un 20,4% en el sur de Latinoamérica ⁽¹⁴⁾. En un estudio realizado en México se reportó una prevalencia de un 49.9 % de gingivitis entre los 20 a 34 años de edad ⁽¹⁵⁾. En Chile existe una prevalencia de gingivitis del 50,4% a los 35 y 44 años y un 55,6% entre los 65 y 74 años de edad ⁽¹⁶⁾. En Cuba se presentó una prevalencia del 61.3% de gingivitis en un rango de edad de los 15 a 18 años; A diferencia de la periodontitis se presentó en un 90,3% con predominio en los 35 a 59 años de edad a causa de la mala higiene oral, caries, maloclusión y dientes no restaurados. En Estados Unidos la gingivitis afecta en un 75% a la población adulta, a diferencia de la periodontitis en un 10 a 30% de dicha población ⁽¹⁷⁾. Según lo antes mencionado, se puede indicar que la gingivitis tiene una alta prevalencia a nivel mundial a diferencia del resto de enfermedades periodontales, con un promedio superior al 50-75% en un rango de edad entre 15 a 74 años.

4.1.8 CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES Y CONDICIONES PERIODONTALES (CLASIFICACION DEL 2017)

4.1.8.a Salud periodontal y gingival

La salud periodontal nos permite conocer el pronóstico y plan de tratamiento de la enfermedad, consiste en la vigilancia cuando aparece un infiltrado inflamatorio. En el caso que una persona presente gingivitis esta patología se puede revertir y transformarse en un paciente sano, en cambio en la periodontitis se da una pérdida de inserción irreversible, lo cual se lo considera un paciente periodontal de por vida y si se llegara a resolver por medio de un trato exitoso se lo consideraría como un caso periodontal estable, con signos de inflamación gingival en una reducción del periodonto, caso contrario si no se resuelve sería un caso de periodontitis inestable, por lo tanto el estado periodontal se realizara en un periodonto reducido ⁽¹⁸⁾.

4.1.8.b Gingivitis inducida por biofilm

La acumulación de biofilm no específico es considerado un factor de riesgo clave, que se aloja alrededor del margen gingival, generando una respuesta inflamatoria lo que ocasionaría una gingivitis, para que posteriormente según su progresión se pueda crear una periodontitis. La regeneración periodontal se establecerá por la respuesta individual al tratamiento y control del biofilm para prevenir dichas enfermedades ⁽¹⁹⁾.

Factores modificadores-sistémicos

- Hormonas sexuales
- Tabaquismo
- Hiperglicemia
- Leucemia
- Factores nutricionales
- Estados Hematológicos
- Endocrinopatías

Factores predisponentes-locales

- Factores retentivos del biofilm
- Hiposalivación
- Agrandamiento gingival ⁽¹⁹⁾.

4.1.8.c Enfermedades gingivales no inducidas por placa bacteriana

Se manifiestan distintos signos en los tejidos gingivales alrededor de las piezas dentales, ocasionadas por diversas condiciones sistémicas, cabe recalcar que la acumulación de placa bacteriana puede aumentar la inflamación y agravar este tipo de casos ⁽²⁰⁾.

Se clasifican en:

- Trastornos genéticos y del desarrollo
- Infecciones específicas
- Condiciones inmuno-inflamatorias
- Procesos reactivos
- Neoplasias
- Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- Lesiones traumáticas
- Pigmentaciones gingivales ⁽²⁰⁾.

4.1.8.d Periodontitis

Es una enfermedad de origen multifactorial que presenta una inflamación crónica relacionada por un desequilibrio de la flora bacteriana, se caracteriza por el aumento de pérdida y destrucción del aparato de inserción dental ⁽²¹⁾.

Clínicamente se puede observar:

- Pérdida de inserción en dos o más zonas interproximales no adyacentes.
- Pérdida de inserción con 3 mm o más, presente en las caras vestibulares o palatina/lingual mínimo en dos dientes pero estas no deben ser de origen traumático, caries con extensión cervical, pérdida de inserción en segundo molar en la cara distal por mal posición o extracción de tercer molar, fractura radicular vertical y lesiones endo-periodontales ⁽²¹⁾.

4.1.8.e Estadios

Hace referencia a la severidad de la enfermedad, se define como la pérdida clínica de inserción, se clasifican en localizada (hasta el 30%) y generalizada (30% o más).

- Estadio I: Pérdida de inserción interproximal de 1 a 2 mm, pérdida ósea del tercio coronal menor al 15%, profundidad de sondaje hasta 4mm.
- Estadio II: Pérdida de inserción interproximal de 3 a 4 mm, pérdida ósea del tercio coronal de un 15 al 33%, profundidad de sondaje hasta 5mm.
- Estadio III: Pérdida de inserción interproximal de 5 mm o más, pérdida ósea hasta el tercio medio o apical radicular, profundidad de sondaje de 6mm, pérdida de 4 piezas dentales, lesión de furca grado II y III con una alteración del reborde alveolar.
- Estadio IV: Pérdida de inserción interproximal de 5mm o más, pérdida ósea hasta el tercio medio o apical radicular, pérdida de 5 piezas dentales en adelante, movilidad grado 2 y 3, alteración del reborde alveolar, dificultades masticatorias, menos de 20 dientes remanentes ⁽²²⁾.

4.1.8.f Grados

Muestra la evidencia o riesgo con respecto a la progresión de la enfermedad y sus efectos sistémicos en la salud.

- Grado A: Progresión lenta, no existe pérdida de inserción en 5 años, acumulación de placa bacteriana, leve destrucción periodontal y sin factores de riesgo.
- Grado B: Progresión moderada, menor de 2mm en 5 años, destrucción periodontal por gran acumulación de placa bacteriana, fumadores menor a 10 cigarrillos al día o diabéticos con HbA1c menor al 7%.
- Grado C: Progresión rápida, 2 mm o más en 5 años, gran acumulo de placa bacteriana, fumadores mayor a 10 cigarrillos en el día, o pacientes diabéticos con HbA1c igual o mayor al 7% ⁽²³⁾.

4.1.8.g Periodontitis Necrosante

Es una ulceración de la papila interdental procedente de un proceso inflamatorio del periodonto, se produce un sangrado de las encías, rápida pérdida ósea, halitosis y dolor. Además puede presentar formación de pseudomembranas, linfadenopatía y fiebre ⁽²⁴⁾.

4.1.8.h Periodontitis por manifestaciones sistémicas

Desórdenes genéticos:

- Enfermedades con relación a trastornos inmunitarios: Síndrome de Down, Síndrome de Cohen, incapacidad de adhesión de leucocitos, neutropenia severa e inmunodeficiencia primaria.
- Enfermedades de la mucosa oral y tejidos gingivales: Epidermolisis bullosa y deficiencia de plasminogeno.
- Enfermedades del tejido conectivo: Síndrome de Ehlers-Danlos, angiodema y lupus eritematoso.
- Trastornos metabólicos y endocrinos: Alteración por almacenamiento de glucógeno, hipofosfatasa y enfermedad de Gaucher ⁽²⁵⁾.

4.1.8.i Enfermedades por inmunodeficiencia adquirida

- Neutropenia Adquirida
- VIH

4.1.8.j Otras afecciones que influyen en las enfermedades periodontales

Obesidad, diabetes mellitus, osteoporosis, artritis, estrés, tabaquismo, depresión y el uso de medicamentos ⁽²⁶⁾.

4.1.9 AUTOPERCEPCIÓN

La autopercepción es la imagen de uno mismo, deducir como nos sentimos, la capacidad de percibirnos a nosotros mismos, tener una autoimagen y autoconcepto propio en relación con el entorno; es decir como cada individuo interpreta su forma de ser, su personalidad, aspecto y acciones. Podemos reconocer virtudes, defectos y percibir nuestro estado efectivo. El producto de la autopercepción es subjetivo, porque puede existir discrepancia con la realidad, ya que podemos tener un concepto falso de uno mismo a lo que realmente somos ⁽²⁷⁾.

4.1.10 AUTOPERCEPCION DE ENFERMEDAD PERIODONTAL

El uso de cuestionarios de autopercepción, lo convierte en un instrumento de trabajo agradable, de bajo costo, simplificando el procedimiento de vigilancia periodontal de la población para predecir resultados futuros. En la actualidad es exigente la realización de estudios mediante exámenes que requieren altos costos y talleres intensivos, por lo que se limita la capacidad de vigilancia de la enfermedad a nivel local y estatal. Las preguntas fueron validadas mediante un análisis sistemático y pruebas de campo, para que los datos obtenidos de las encuestas brinden niveles de prevalencia válidas y certeras, las preguntas deben ser claras para que pueda ser comprendida por el encuestado y de la misma forma puedan contestar ⁽²⁸⁾.

Existe una mayor preferencia al uso de encuestas epidemiológicas donde se destacan preguntas de autopercepción a diferencia de los estudios clínicos, para poder producir mayor información, no requiere de examinadores especializados y nos brinda distintos datos sobre la persona, en una sola documentación, enfatizar el monitoreo de la salud oral en un rango más amplio, es de suma importancia evaluar la validez de los cuestionarios aplicados por los entrevistadores. La autopercepción puede dar una limitación al estudio que se quiera realizar, dando lugar a una subestimación de la enfermedad periodontal. Los valores predictivos de los estudios positivos y negativos están basados por la prevalencia de enfermedad periodontal en los habitantes que realizaron el estudio, de modo que, si la prevalencia es menor, el valor predictivo de una prueba positiva será menor ⁽²⁹⁾.

4.1.11 MÉTODOS PARA EL DIAGNÓSTICO PERIODONTAL

El diagnóstico periodontal, nos permite establecer de manera rápida en qué situación se encuentra el periodonto del paciente y se procede a realizar una evaluación completa. La exploración debe ser incluida en el historial del paciente y debe contener los siguientes aspectos ⁽³⁰⁾.

- Antecedentes médicos y factores de riesgo (Hipertensión, diabetes, embarazo, consumo de fármacos, drogas, tabaquismo, VIH/Sida, etc.)
- Historial bucodental y manifestaciones de dolor.
- Examen extraoral
- Examen intraoral
- Examen dental (Aspectos oclusales y pulpares)
- Exámenes radiográficos
- Examen periodontal ejemplo: Placa, calculo, profundidad de sondaje, recesiones gingivales, sangrado al sondaje, lesiones de furca, aspectos mucogingivales, evaluación de los tejidos periodontales y periimplatarios ⁽³⁰⁾.

4.1.12 HIGIENE ORAL

La higiene oral se la debe realizar de manera personal, a partir de cada uno de los hogares de forma diaria mediante el uso de cepillados dentales manuales o eléctricos con dentífricos fluorados, reduciendo de manera significativa los niveles de placa en los dientes, mejorando el estado periodontal y reduciendo la inflamación gingival, evitando su proliferación y por consiguiente la presencia de alguna enfermedad periodontal o dental. No obstante, el control mecánico de la higiene oral no es suficiente para lograr una correcta limpieza dental, ya que existen zonas interdetales de difícil acceso donde se acumula placa, lo cual se requiere un uso adicional de hilo dental, enjuagues bucales y cepillos interdetales siendo beneficiosos como complementos en la eliminación mecánica de la placa dental, en la prevención y tratamiento de las enfermedades periodontales ⁽³¹⁾.

4.1.12.a Índice de Higiene oral

Green y Vermillom: Consta en examinar 6 piezas dentales, los 2 primeros molares permanentes superiores en sus caras vestibulares, incisivo central permanente derecho

superior e inferior izquierdo permanente en sus caras vestibulares y los dos primeros molares permanentes inferiores en sus caras linguales ⁽³²⁾.

4.1.12.b Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S)

- 0-Sin residuos o manchas
- 1-Residuos o placa no cubren más de 1/3 de la superficie dental.
- 2- Residuos o placa cubren más de 1/3 pero menos de 2/3 de la superficie dental.
- 3- Residuos o placa cubren más de 2/3 de la superficie dental.

El grado con respecto al índice se lo obtiene mediante la suma de la puntuación de cada pieza dental señalado y dividirla entre el número de superficies analizadas ⁽³²⁾.

- Excelente: 0
- Bueno: 0.1-1.2
- Regular: 1.3-3
- Malo: 3.1-6

4.1.12.c Índice de O'Leary: Se lo realiza mediante revelador para teñir las superficies, se observan las superficies pigmentadas, el diente se divide 4 caras (mesial, distal, vestibular, lingual/palatina). Para obtener el puntaje final se realiza la suma de las superficies pigmentada, se divide para el número de caras de los dientes presentes en boca y se multiplica por 100 ⁽³³⁾.

4.1.13 TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

El tratamiento se debe enfocar en el control de la infección, el cual dependerá la cantidad y los tipos de tratamiento según la extensión de la enfermedad, además será de manera indispensable que el individuo continúe con un correcto cuidado de los dientes en su hogar, tener un mejor estilo de vida ayudara a mejorar el estado de salud de su boca, dejando hábitos como el tabaco para mejorar los resultados del tratamiento. El raspado remueve la placa bacteriana y las bolsas periodontales por medio de un método de limpieza profunda, eliminando sarro acumulado a nivel supra y subgingival, mientras que el alisado elimina las áreas ásperas de la raíz donde se acumulan bacterias que favorecen la enfermedad. Se puede utilizar medicamentos en conjunto con el tratamiento para un mejor resultado como es el uso de enjuagues bucales antimicrobianos de clorhexidina y antibióticos orales ⁽³⁴⁾.

4.1.14 PREVENCIÓN Y MOTIVACIÓN

Se debe realizar un control del biofilm, teniendo en cuenta un correcto sistema de prevención con el fin de educar al paciente, brindando un diagnóstico oportuno de las enfermedades periodontales a jóvenes y adultos con la finalidad de evitar todas estas afecciones que afectan la salud bucodental. Existen diversas técnicas para el control de la placa bacteriana siendo un factor fundamental de motivación, que se las debe realizar a temprana edad, mediante la implementación de técnicas adecuadas de cepillado, uso de hilo dental y enjuagues bucales, es fundamental para el éxito del tratamiento periodontal. Usar cepillos de cerdas suaves sin mucha presión para no lastimar las encías, ya que no se limpiara mejor por la fuerza sino por la técnica adecuada ⁽³⁵⁾.

Una correcta planificación de salud oral, se debe establecer el problema de la condición periodontal prevalente, lo cual ayudara a promover programas basados en las intervenciones evidenciadas de enfermedad periodontal. Un instrumento valioso es el examen oral, en el cual se evidencia la enfermedad periodontal para la evaluación de políticas sanitarias y planificaciones estratégicas para campañas de implementación de la salud oral. Es de suma importancia no descuidar la salud periodontal en los jóvenes y adultos, tratar de prevenir y resolver en etapas tempranas de la enfermedad, mediante tratamientos profilácticos para la remoción del biofilm bacteriano, una correcta educación de la higiene oral y alimenticia fomentara el cuidado y buen estado de la salud bucodental ⁽³⁵⁾.

4.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

- En el artículo de revista Diagnóstico y tratamiento de la periodontitis agresiva de Bedoya R. y Vásquez M, se encontró que la periodontitis agresiva se la considera una enfermedad multifactorial, de rápido avance y de poca prevalencia; no está comprometida sistémicamente, pero tiene bastante influencia genética y agregación familiar de corta instalación. Se presenta de dos tipos: localizada y generalizada. No se tiene aún claro, si nos referimos a una enfermedad periodontal distinta a otras, o una demostración fenotípica de la periodontitis crónica en pacientes susceptibles. El protocolo de diagnóstico se basa en una historia clínica dental, estudio clínico periodontal y radiografías de estudio. Con respecto al tratamiento de la periodontitis

agresiva se debe realizar controles de higiene oral, raspado y alisado radicular, potenciando con terapia antibiótica. El tratamiento quirúrgico dependerá según sea el caso, siendo el tratamiento de mantenimiento indispensable para lograr grandes resultados. El objetivo de este estudio fue buscar protocolos de diagnóstico y motivar la realización de un flujograma de tratamiento de acuerdo a las evidencias científicas ⁽²⁾.

- En el artículo de revista Enfermedades periodontales como un problema de salud pública el desafío del nivel primario de atención en salud de Carvajal P, se encontró que el abordaje de enfermedades periodontales en estos últimos años, debe ir respaldado hacia un enfoque en la salud pública, ya que la gingivitis como la periodontitis son enfermedades que tienen un alto nivel de prevalencia como importancia en el problema de la salud pública, ocasionando daños en las personas en la cavidad oral, ya que repercute tratamientos de altos costos y pudiendo ser prevenidas. En Chile los niños presentan una frecuencia bastante alta que aumenta con la edad, además la población presenta un gran potencial inflamatorio en las encías. En los adolescentes se presenta una destrucción de los tejidos periodontales, pérdida de inserción clínica, aumentando de manera considerable en la población adulta, ocasionando la pérdida de las piezas dentales. El nivel de riesgo va enfocado a la edad, género, nivel de educación, nivel socioeconómico, acceso a la salud y el consumo de tabaco. El abordaje debe centrarse en el mejoramiento del nivel primario en salud, en los trabajos interdisciplinarios, promover estilos saludables de vida, correctos hábitos de higiene oral, reducir el consumo de tabaco y detectar de manera oportuna la enfermedad ⁽⁶⁾.
- En el artículo de revista Enfermedad periodontal en niños y adolescentes. A propósito de un caso clínico de Rodríguez Y, se encontró que la gingivitis asociada a placa bacteriana, es la enfermedad periodontal más prevalente en niños y adolescentes. Existe una serie de factores que contribuyen al progreso de la gingivitis a periodontitis generando la pérdida de inserción periodontal. En el presente artículo, tiene como objetivo dar a conocer las características principales de la enfermedad periodontal localizada en un paciente niño, el tratamiento periodontal básico que se realizó en los periodontos de inserción y soporte. El resultado fue la disminución del índice de sangrado, placa bacteriana y un aumento de la higiene oral. En conclusión, es fundamental la evaluación periodontal en el

examen odontológico en niños y adolescentes, para prevenir cualquier enfermedad periodontal y la realización de tratamientos conservadores que nos ayudan a revertir los efectos de la misma ⁽⁷⁾.

- En el artículo de revista Enfermedad periodontal en la población joven y adulta uruguaya del interior del país. Relevamiento nacional 2010-2011 ⁽⁸⁾ de Lorenzo S, Piccardo V, Álvarez F, Massa F y Álvarez R, se encontró que en el presente estudio se realizó el primer relevamiento nacional de la salud oral en la población uruguaya en jóvenes y adultos en el periodo 2010 y 2011, el muestreo abarcó las ciudades con más de 20 mil habitantes, con rangos de edades de 15-24, 35-44 y 65-74. Las muestras fueron departamentos del interior (n=922) y Montevideo (n=563). En el examen clínico se recopiló información sobre caries dental, patologías orales, lesiones de la mucosa y maloclusiones. Se implementó un cuestionario de factores socio-culturales. En el diagnóstico se utilizó el Índice Periodontal Comunitario (CPI). Los resultados fueron en la población adulta de 35-44 y 65-74 sanos un 12% y 1.3% y con bolsas periodontales mayores a 4mm en un 17% y 6% y sextantes excluidos un 49,7% y 89,5% respectivamente.
- En el artículo de revista Determinantes del Diagnóstico Periodontal de Botero J. y Bedoya E, se encontró que en este artículo, se destacan los determinantes más importantes en el diagnóstico periodontal que se realizan en la práctica clínica diaria. Para que una terapia periodontal sea exitosa, se requiere de un correcto diagnóstico por parte del odontólogo, para brindar un trabajo de calidad hacia el paciente, teniendo en cuenta que la enfermedad periodontal es un proceso inflamatorio, causada por el acumulo de placa bacteriana y que puede llevar a un proceso infeccioso si no se realiza los cuidados requeridos. En el diagnóstico se debe analizar de forma clínica diferentes variables para determinar el factor causante, siendo el diagnóstico un análisis escrupuloso de las manifestaciones clínicas de la gingivitis y periodontitis ⁽¹²⁾.
- En el artículo de revista Prevalencia de gingivitis y factores asociados en estudiantes de la Universidad Autónoma de Guerrero, México de Romero N, Paredes S, Legorreta J, Reyes S, Flores M y Andersson N, se encontró que la higiene bucal es la medida profiláctica y económica más efectiva ante la presencia

de gingivitis; El objetivo del estudio se centra en la prevalencia y factores de riesgo de la gingivitis en relación a universitarios de primer ingreso, se realizó un estudio transversal encuestando a 1387 estudiantes inscritos, se recolectó la información mediante la implementación de un cuestionario autoadministrado, formatos de inspección bucal, índice de Green y Vermillon simplificado, e índices de Leo y Silness simplificados. Los puntajes de diagnóstico del índice gingival fueron de 0 a 0.9 considerados como sano; las variables fueron la gingivitis y sus causas, obteniendo como resultados la prevalencia de gingivitis 74,5%, un 16% tuvo mala higiene oral, el 87,3% tuvo placa. Cuatro factores fueron asociados a la presencia de gingivitis: mala higiene oral, diastemas, detritos y desgaste cervical ⁽¹³⁾.

- En el artículo de revista *Gingivitis. Característica y Prevención de Tur E*, nos hace referencia a la importancia de la higiene bucodental, mediante el control mecánico y químico de placa bacteriana, nos menciona las características en la que se presenta la gingivitis y la prevención de enfermedades periodontales. Se debe conocer de las patologías gingivales que afectan la cavidad oral al igual que los métodos y técnicas de eliminación de placa, para mantener una correcta salud dental; el odontólogo debe estar capacitado para cumplir el papel tanto en el diagnóstico, control, tratamiento y prevención, adaptándose a la anatomía bucodental de cada persona ⁽¹⁵⁾.
- En el artículo de revista *Detección y Diagnóstico de afecciones periodontales susceptibles de prevención de Preshaw P*, nos hace referencia a la prevalencia de gingivitis y periodontitis en un 5-15% de los adultos. El diagnóstico es fundamental en la atención de salud oral, ante estas enfermedades ya que todos los pacientes deben someterse a un examen oral para la evaluación periodontal, utilizando un índice periodontal de forma regular. Ante la presencia de periodontitis se debe realizar una evaluación completa, registrando datos como: índice de sangrado, índice gingival, índice de placa, lesión de furca, movilidad dental y recesiones. Mediante el examen radiográfico podemos observar los niveles de hueso alveolar para evaluar presencia o ausencia de destrucción ósea en pacientes con periodontitis, la evaluación y gestión de riesgo son elementos fundamentales en la terapia periodontal. El propósito de este artículo es proporcionar los métodos, exámenes clínicos y radiográficos correctos para la evaluación del estado periodontal ⁽¹⁸⁾.

- **En el artículo de revista** Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú de Espinoza E. y Pachas F, nos hace referencia a los programas de prevención de salud oral, partiendo desde el problema mediante conceptos de la salud, prevención y promoción. El programa nos explica los objetivos, finalidad, métodos, planificación, actividades, recursos, pasos y se estudia la propuesta de la OMS. Las estrategias más utilizadas en la prevención fueron con flúor vía sistémica y tópica, aplicación de sellantes en fosas y fisuras, los programas con mayor importancia e impacto en la salud oral, fueron la fluorización de sal en los alimentos y del agua potable en diversos países. El programa de sal fluorada realizada en Perú, pretende incorporar políticas saludables en escuelas, servicios preventivos de salud, modificar las conductas de riesgo, reducir el consumo de carbohidratos, uso de pastas dentales fluoradas y las visitas regulares al odontólogo. Se da mejores resultados mediante la implementación de componentes preventivos y promocionales ⁽²²⁾.
- **En el artículo de revista** Diagnostico y manejo de enfermedad periodontal en niños y adolescentes: una breve reseña de Kini V, Umaji R, Pathak T. Prakash A y Gupta B, se encontró que se produce la perdida prematura de las piezas dentales cuando la enfermedad periodontal se presenta en los niños desde temprana edad, por ende es de suma importancia la detección y manejo temprano de la enfermedad para un mejor pronóstico. La periodontitis crónica tiene una progresión lenta, a diferencia de la periodontitis agresiva tiene una progresión rápida afectando a niños y jóvenes, las bacterias presentes son el *Aggregatibacter Actinomycetemcomitans* y *Porphyromonas Gingivalis* que generan una rápida adhesión de la placa, ocasionando pérdida ósea alrededor de las piezas dentales afectadas. En el tratamiento se debe realizar una terapia periodontal antimicrobiana y la corrección quirúrgica si es necesario para disminuir la enfermedad ⁽¹¹⁾.

5.-HIPÓTESIS

El presente estudio no presenta hipótesis por ser un estudio de tipo descriptivo.

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1.- MARCO METODOLÓGICO

Enfoque: El enfoque de la investigación fue cuantitativo.

Diseño de la Investigación: Descriptivo.

Nivel de Investigación: Descriptivo.

Tipo de investigación:

Por el Ámbito: Campo

Por la técnica: Comunicacional (Encuesta).

Por la temporalidad: Retrospectivo.

2.- POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio está conformada por 1104 habitantes de la parroquia Cañaribamba de la ciudad de Cuenca-Ecuador, comprendidos en edades de 18 a 44 años.

2.1. Criterios de selección.

2.1.a. Criterios de inclusión:

- En el presente estudio, se incluyeron a los habitantes que tenga un rango específico de edad entre 18 a 44 años, en la parroquia Cañaribamba de la ciudad de Cuenca.
- Los habitantes de 18 a 44 años de edad de la parroquia Cañaribamba que accedieron con el consentimiento informado para realizar el estudio.

2.1.b. Criterios de exclusión:

- Se excluyeron del estudio a personan de 18 a 44 años de edad de la parroquia Cañaribamba de profesión médicos y odontólogos.
- Se excluyeron a personas que tienen discapacidades mentales

2.1.c. Tamaño de la muestra: El cálculo se lo realizo mediante la fórmula de muestreo para proporciones, con un nivel de confiabilidad del 95% y un margen de error del 5%. Se aplicó el programa EPI INFO de acceso libre ⁽³⁶⁾.

$$n = \frac{Z^2 * P(1 - P) * N}{Z^2 * P * (1 - P) + E^2 * (N - 1)}$$

Reemplazo de datos:

- N: Total de la población 5116.
- Z²: 1.96², 95% de confiabilidad.
- P: 0.5 Probabilidad del fenómeno 50%.
- E²: 0.05 margen de error del 5%

$$n = \frac{1.96^2 \cdot 0.5 (1 - 0.5) \cdot 5116}{1.96^2 \cdot 0.5 \cdot (1 - 0.5) + (0.05)^2 \cdot (5116 - 1)}$$

$$n = 358$$

El tamaño de la muestra del estudio fue de 358 encuestas, se amplió un margen de 544 encuestas.

3.- OPERACIONALIZACION DE VARIABLE ⁽⁴²⁾.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	DIMENSIONES	TIPO ESTADISTICO	ESCALA	DATO	INSTRUMENTO
Autopercepción de Enfermedad Periodontal	Deducción de la persona, lo cual le permite identificar alteraciones que afecta los tejidos del periodonto y diente.	Característica autopercebida por el paciente, en cuanto a su estado de salud dental.	Conocimiento sobre la enfermedad periodontal	Cualitativa	Nominal	Autopercibe No Autopercibe	Encuesta de barreras para el servicio de salud bucal.
Sexo	Conjunto de características genotípicas de la persona.	Características físicas exteriores entre ambos sexos.	Fenotipo	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino	Encuesta de barreras para el servicio de salud bucal.
Edad	Tiempo de vida de una persona desde su nacimiento hasta la fecha actual	Años de vida transcurridos.	Edad Actual	Cuantitativa	Discreta	18-20 años 21-30 años 31-40 años 41-44 años	Encuesta de barreras para el servicio de salud bucal.
Instrucción Educativa	Conocimiento adquirido mediante enseñanza y estudio	Nivel de estudio señalado en la ficha por los colaboradores.	Nivel de Instrucción	Cualitativa	Nominal	Sin estudios Primaria Secundaria Superior	Encuesta de barreras para el servicio de salud bucal.
Ingreso Económico	Cantidad de dinero que puede obtener cada familia.	Total de ingresos económico que obtienen los hogares para vivir.	Nivel de ingreso económico	Cualitativa	Ordinal	Alto Medio Bajo	Encuesta de barreras para el servicio de salud bucal.

4.- INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

4.1.- Instrumentos documentales: Se requirió de una ficha denominada “Encuesta de salud bucal” de la Universidad Católica de Cuenca perteneciente del proyecto de “Barreras para el acceso a los servicios odontológicos-Cuenca”. Para la recolección de información digital, se utilizó el programa de libre acceso EPI INFO.

4.2.- Instrumentos mecánicos: Para la recolección de datos se necesitó una computadora de escritorio, con procesador Core5.

4.3.- Materiales: Para el presente estudio se utilizaron solo materiales de escritorio.

4.4.- Recursos: Recursos humanos por parte del tesista y tutor, recursos institucionales que son permisos del departamento de investigación y titulación, para llevar a cabo la realización del estudio se necesitaron de recursos parcialmente financiados por el departamento de investigación institucional de la Universidad Católica de Cuenca y recursos parcialmente autofinanciados.

5.- PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.

5.1.- Ubicación espacial

La parroquia de Cañaribamba es una organización política administrativa, está delimitada por el cruce de la calle Guapondélig y la Av. Gonzales Suarez, y su intersección la calle Max Uhle, al sur por el Rio Cuenca, al norte por la unión de los ríos Tomebamba y Yanuncay, tiene una población menor a los 10 mil habitantes. Es una parroquia urbana que se encuentra dentro de la ciudad Santa Ana de los Cuatro Ríos de Cuenca, capital de la provincia del Azuay, ubicada en el austro del país de la República del Ecuador, consta de 615 mil habitantes, con una temperatura que va de los 7 a 15 grados Celsius en invierno y de 12 a 25 grados C^o en verano. La superficie del área es de 72 km² aproximadamente, es la tercera ciudad más importante e influyente del país por su riqueza cultural, gastronómica e histórica; Está a 2500 metros sobre el nivel del mar.

5.2.- Ubicación temporal.

La investigación se realizó en los meses de Agosto 2017 y Abril 2018, recolectando datos de encuestas que reflejan la situación de salud bucal del año en curso.

5.3.- Procedimiento de la toma de datos.

Las encuestas fueron aplicadas en las fechas de Marzo y Abril del 2018, a los habitantes de la parroquia de Cañaribamba que cumplan los criterios de inclusión, para esto los investigadores fueron calibrados en todos los parámetros de la ficha, la recolección de datos se realizó en los horarios de 8 de la mañana a 4 de la tarde en dos momentos: uno fue puerta a puerta, se golpeó la puerta y se preguntó si quería participar en el estudio, se hizo firmar el consentimiento y se aplicó la encuesta misma que tuvo una durabilidad de 8 a 10 minutos, en los transeúntes que estaban en la localidad primero se les abordo, se les pregunto si pertenecían a esa zona, se les explico el estudio, se preguntó si que querían participar, se les hizo firmar el consentimiento y se aplicó la encuesta, misma que tenía una durabilidad de 5 a 8 minutos. Al terminar la jornada se reunían las fichas, se observaban que no tengan incoherencias, que estén con todos los datos que se requería y se archivaba dichas encuestas, una vez cumplido el periodo y recolectada toda la muestra, se vuelve a revisar las fichas que no tengan errores, que estén llenados todos los parámetros y se procede a ingresar en el programa EPI INFO, una vez ingresada todas la fichas se procedió a realizar un control de calidad interno, que consiste en forma aleatoria revisar que los datos hayan sido ingresados correctamente, posterior a esto se pasó al control de calidad por el departamento de investigación, el mismo que nos da una certificación de que todos los datos están correctamente llenados de acuerdo con los físicos. Una vez con la base de datos se procedió a la tabulación.

6.- PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizará la prueba de Chi-cuadrado para el análisis de datos en el estudio.

7.- ANALISIS BIOÉTICOS

En el presente estudio tuvo la aprobación del comité institucional de bioética de la unidad de salud y bienestar carrera odontología.

CAPÍTULO III

RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

1. RESULTADOS:

1.1 Tabla N° 1. Distribución de la muestra de autopercepción de la enfermedad periodontal en personas de 18 a 44 años en la parroquia de Cañaribamba Cuenca-Ecuador 2018, según la edad y sexo.

Edades	Femenino		Masculino		Total general	
	N	%	N	%	N	%
DE 18 A 20	31	48%	33	52%	64	12%
DE 21 A 30	133	51%	129	49%	262	48%
DE 31 A 40	88	51%	83	49%	171	31%
DE 41 A 44	22	47%	25	53%	47	9%
TOTAL	274	50%	270	50%	544	100%

En la tabla N° 1. Se presenta la cantidad de autopercepción de enfermedad periodontal según la edad y el sexo. El número de personas estudiadas de sexo femenino es de 274, mientras que el número de personas estudiadas de sexo masculino es de 270.

1.2 Tabla N° 2. Prevalencia de autopercepción de la enfermedad periodontal en personas de 18 a 44 años en la parroquia de Cañaribamba Cuenca-Ecuador 2018.

	n	%
Autoperciben	135	25%
No autoperciben	409	75%
Total	544	100%

En la tabla N° 2 se puede observar el porcentaje de autopercepción de la enfermedad periodontal de personas de 18 a 44 años en la parroquia Cañaribamba. El 25%, es decir 135 personas autoperciben la enfermedad periodontal y el 75% de personas no lo hace siendo un total de 409.

1.3 Tabla N° 3. Prevalencia de autopercepción de la enfermedad periodontal en personas de 18 a 44 años en la Parroquia de Cañaribamba Cuenca-Ecuador 2018, según el sexo.

	Autoperciben		No Autoperciben		Total General	
	n	%	n	%	N	%
Femenino	75	27%	199	73%	274	50%
Masculino	60	22%	210	78%	270	50%
Total	135	25%	409	75%	544	100%

En la tabla N°3, podemos observar la prevalencia de autopercepción según el sexo, obteniendo un porcentaje en personas que autoperciben del 27% en el sexo femenino y 22% en el sexo masculino; por el contrario en personas que no autoperciben se obtuvo un 73% en el sexo femenino y 78% en sexo masculino.

1.4 Tabla N° 4. Prevalencia de autopercepción de la enfermedad periodontal en personas de la parroquia de Cañaribamba Cuenca-Ecuador 2018, según rango etario.

	Autopercepción		No Autopercepción		Total General	
	n	%	n	%	N	%
DE 18 A 20	21	33%	43	67%	64	12%
DE 21 A 30	70	27%	192	73%	262	48%
DE 31 A 40	35	20%	136	80%	171	31%
DE 41 A 44	9	19%	38	81%	47	9%
Total	135	25%	409	75%	544	100%

En la tabla N°4 se muestran los valores de autopercepción de enfermedad periodontal según la edad. En el rango de 18 a 20 años se observa un total del 12%, entre los 21 a 30 años se presenta un 48% (siendo éste el porcentaje más elevado), en las edades de 31 a 40 años se obtuvo un 31%, el menor porcentaje obtenido fue del 9% en el rango de edad de 41 a 44 años.

1.5 Tabla N° 5. Prevalencia de autopercepción de la enfermedad periodontal en personas de 18 a 44 años en la parroquia de Cañaribamba Cuenca-Ecuador 2018, según la instrucción educativa.

	Autopercibe				Total Autopercepción		No Autopercibe				Total No Autopercepción		Total General	
	Femenino		Masculino		n	%	Femenino		Masculino		n	%	n	%
	n	%	n	%			n	%	n	%				
Alto	46	59%	32	41%	78	58%	117	50%	118	50%	235	57%	313	58%
Bajo	29	51%	28	49%	57	42%	82	47%	92	53%	174	43%	231	42%
Total	75	56%	60	44%	135	100%	199	49%	210	51%	409	100%	544	100%

Chi² P=0.7624

En la tabla N° 5, se presenta los porcentajes de prevalencia de autopercepción según la instrucción educativa. En las personas con instrucción educativa alta existe un porcentaje total de 58% correspondiente a 313 personas, a diferencia de 231 personas con instrucción educativa baja equivalente a un 42%. Podemos observar que no hay una diferencia estadística significativa en cuanto a la autopercepción de la enfermedad periodontal y el nivel de instrucción educativa al aplicar el Chi² que nos da como resultado un 0.7624.

1.6 Tabla N° 6. Prevalencia de autopercepción de la enfermedad periodontal en personas de 18 a 44 años en la parroquia de Cañaribamba Cuenca-Ecuador 2018, según el ingreso económico.

	Autopercibe				Total Autopercepción		No Autopercibe				Total No Autopercepción		Total General	
	Femenino		Masculino		n	%	Femenino		Masculino		n	%	n	%
	N	%	n	%			n	%	n	%				
Alto	37	55%	30	45%	67	50%	108	48%	115	52%	223	55%	290	53%
Bajo	38	56%	30	44%	68	50%	91	49%	95	51%	186	45%	254	47%
Total	75	56%	60	44%	135	100%	199	49%	210	51%	409	100%	544	100%

Chi² P= 0.8331

En la tabla N° 6 observamos los porcentajes de prevalencia de autopercepción según el ingreso económico. En las personas con ingreso económico alto existe un porcentaje del 53% correspondiente a 290 personas, a diferencia de 254 personas con ingreso económico bajo equivalente a un 47%. Podemos observar que no hay una diferencia estadística significativa en cuanto a la autopercepción de la enfermedad periodontal y el nivel de ingreso económico al aplicar el Chi² que nos da como resultado un 0.8331.

2. DISCUSIÓN

A partir de la muestra obtenida existió un mayor número de personas que no autoperciben la enfermedad periodontal en un 75%, siendo relevante al estudio de Patiño M⁽³⁷⁾, y col, nos muestra que hay un 98.1%, que no autoperciben la enfermedad periodontal, lo cual nos muestra un alto nivel de desconocimiento, ya que las personas no son capaces de detectar si se ven afectadas por estas enfermedades a nivel periodontal.

Con respecto al sexo, se obtuvo que un 78% de la población masculina no autopercibe la enfermedad periodontal, correspondiente al porcentaje más alto, a diferencia del grupo femenino y a los que si autoperciben en ambos sexos, por lo tanto no corresponde al estudio de Rodríguez M⁽³⁸⁾, y col, que nos muestra una cantidad mayor en el grupo que no autopercibe con un 56% pertenecientes al sexo femenino, al contrario del grupo masculino que presentaron una autopercepción buena en personas adultas mayores. Esto nos indica que no hay una predisposición por el sexo con respecto a la enfermedad periodontal, sino más por el cuidado oral que invierta cada individuo, ya que también puede estar influenciado en gran parte por la edad.

Un factor importante estuvo ligado a la edad, a los distintos grupos de los rangos etarios en cual cabe destacar que existió una mayor autopercepción entre las edades de 21 a 30 años con un 48%, seguido por el grupo de 31 a 40 años con un 32%, como los porcentajes más altos, a diferencia del 9% en las edades de 41 a 44 años son el porcentaje más bajo, existe una relación altamente parecida al estudio de Taboada O, y Cortes X⁽³⁹⁾, nos indica que mientras más se avanza en edad existe mayor predisposición a adquirir enfermedades periodontales, pero no se conoce al respecto de esta enfermedad por parte de la población, porque no hay interés por los adultos mayores a pesar que los signos y síntomas están más presentes en boca, debido a que relacionan a la edad como un estadio normal de desencadenar enfermedades periodontales, dando una mala percepción en la salud periodontal.

En relación a la instrucción educativa, con respecto a la autopercepción en personas de 18 a 44 años de edad en la parroquia de Cañaribamba se evidencia que existe un 58% correspondiente al nivel alto de educación y un 42% del nivel bajo, no se destaca una diferencia estadística significativa al momento de aplicar χ^2 , pero es muy débil comparado a los datos encontrados en el estudio de Legido B⁽⁴⁰⁾, que obtuvo un 68% de individuos con una educación básica y un 32% con un nivel alto de instrucción.

Según el nivel de ingreso económico nos señala que existe una mayor relación de autopercepción de enfermedad periodontal correspondiente a un 53% del nivel alto, con un 47% del nivel económico bajo, no se considerada una diferencia estadística significativa al aplicar χ^2 ; Díaz C⁽⁴¹⁾, y col, en su estudio nos mencionan que el nivel económico bajo siempre tiende con mayor incidencia a desencadenar enfermedades periodontales en las zonas más vulnerables, donde existe mayor nivel de pobreza, por lo que no cuentan con las medidas respectivas, falta de conocimientos de higiene oral y de prevención ante cualquier tipo de enfermedad periodontal, debido a su situación económica no autoperciben la presencia de enfermedad periodontal, impidiendo mejorar su salud oral.

Se recomienda hacer más estudios sobre el tema, debido a que existe un mayor porcentaje de personas que no autoperciben la enfermedad periodontal, por lo que es indispensable que se sigan haciendo más investigaciones, para que ayuden a mejorar la salud oral de la población.

3. CONCLUSIONES

- Se presentó un mayor porcentaje de personas que no autoperciben la enfermedad entre 18 a 44 años de edad, en la parroquia de Cañaribamba Cuenca-Ecuador.
- En relación al sexo, se pudo evidenciar que existe mayor porcentaje en ambos sexos que no autoperciben la enfermedad periodontal siendo el sexo masculino más alto.
- En cuanto a la edad, según el rango etario se pudo determinar que existe una mayor autopercepción de la enfermedad periodontal en el rango de 21 a 30 años.
- En la variable sobre el nivel de instrucción educativa, se pudo observar que no hay una diferencia estadística significativa en relación a la autopercepción de la enfermedad periodontal.
- Al igual en relación con el ingreso económico no se demostró un porcentaje significativo estadístico, por el cual no se pudo considerar como un factor de riesgo en la autopercepción de la enfermedad periodontal.

III.- BIBLIOGRAFÍA

1. Zabalegui I. Periodoncia Clínica. Revista de la Sociedad Española de Periodoncia SEPA. 2018; 4(11): 1-24.
2. Bedoya R, Vazquez M. Diagnóstico y tratamiento de la periodontitis. Odontoestomatología. 2017; 19(30): 29-39.
3. Shklar G. Antecedentes históricos de la periodontología. En: Femin A. Carranza. Periodontología clínica. 10ma ed. Mc Graw-Hill Interamericana Editors S.A; 2010.p. 16
4. Cartagena A, Ruiz L, Dos Santos F, Pilatti G. Que es más importante en la salud periodontal, el ancho o el volumen de la encía. Revista ADM. 2013; 70(5): 233-238.
5. Matta E, Alarcon P, Matta C. Espacio biológico y prótesis fija: Del concepto clásico a la aplicación tecnológica. Rev. Estomatol Herediana. 2014; 22(2): 116-120.
6. Cosso F, Nacucchio M, Zabala W. Ligamento periodontal Humano: comportamiento de sus células en cultivo in-vitro frente a un andamio tisular utilizado para reparar defectos óseos. ResearchGate. 2012; 36(1): 30-47.
7. Lindhe J, Karring T, Araujo M. Anatomía de los tejidos periodontales. Vol 1. 5ta ed. Buenos Aires: Medica Panamericana; 2009.
8. Kohli A, Pezzotto S, Poletto L. Raíces dentales humanas normales y con perlas de cemento comparación histológica de estructuras. Int J Morphol. 2013; 31(3): 1020-1025.
9. Flores L, Zerón A. Las enfermedades periodontales y su relación con enfermedades sistémicas. Rev Mex Periodontal. 2015; 6(2):77-87.
10. Carvajal P. Enfermedades periodontales como un problema de salud pública: el desafío del nivel primario de atención en salud. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral. 2016; 9(2): 177-183.
11. Rodríguez Y. Enfermedad periodontal en niños y adolescentes. A propósito de un caso clínico. Rev Clin.Periodoncia Implantol.Rehabil.Oral. 2018; 11(1): 36-38.
12. Lorenzo S, Piccardo V, Massa F, Alvarez R. Enfermedad periodontal en la población joven y adulta uruguaya del interior del país. Relevamiento Nacional 2010-2011. Odontoestomatología. 2013; 15(1): 35-46.
13. Olubukola B, Bosede E, Ucheonye J. Periodontal status and treatment need among adolescents in Ibadan Southwestern Nigeria. Brez J Oral Sci. 2015; 14(2): 117-121.
14. Herrera D. et. Al. White on Prevention and Management of Periodontal Diseases for Oral Health and General Health. Ginebra. Switzerland: FDI. World Dental Federation; 2018.p. 1-21.

15. Romero N, paredes S, Legorreta S, Reyes S, Flores M, Andersson N. Prevalencia de gingivitis y factores asociados en estudiantes de la Universidad Autónoma de Guerrero, Mexico. *Rev Cubana Estomatol.* 2016; 53(2): 9-16
16. Duque A. Prevalencia de periodontitis crónica en Iberoamérica. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral.* 2016; 9(2): 208-215.
17. Gonzalez Y, Tamayo B, Batista A, Garcia Y, Guerrero I. Factores de periodontopatías en pacientes adultos. *CCM.* 2015; 19(2): 269-281.
18. Kini V, Patil R, Pathak T, Prakash A, Grupta B. Diagnosis and management of periodontal disease in children and adolescents: A brief review. *J Dent Allied Sci.* 2016; 5(1): 78-83.
19. Botero J, Bedoya E. Determinantes del Diagnóstico Periodontal. *Rev. Clin. Periodoncia. Implantol. Rehabil. Oral.* 2010; 3(2): 94-99.
20. Tur E. Gingivitis características y prevención. *Enfermería dermatológica.* 2011; 12(1): 13-17.
21. Zeron A. La nueva Clasificación de enfermedades Periodontales. *Revista ADM.* 2018; 75(3): 122-124.
22. Sanchez J, Garcia G, Spin J. Nueva clasificación sobre las enfermedades y condiciones periodontales y Peri.implantares: Una breve reseña. *Odontología.* 2018; 20(2): 69-90.
23. Herrera D, Figuero E, Shapira L, Jin L, Sanz M. La nueva clasificación de las enfermedades periodontales y periimplantarias. *SEPA.* 2018; 4(11): 94-110.
24. Mollinedo P, Rojas B, VIH y enfermedad periodontal. *Revista de actualización clínica.* 2013; 31(1): 1576-1580.
25. Flores L, Zeron A. Las enfermedades periodontales y su relación con enfermedades sistémicas. *Revista mexicana de periodontología.* 2015; 6(2): 77-87.
26. Rojas J, Rojas L, Hidalgo R. Tabaquismo y su efecto en los tejidos periodontales. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol Rehabil Oral.* 2014; 7(2): 108-113.
27. Zubieta E, Rovira D, Lopes S. Identidad: autoconcepto, autoestima, autoeficacia y locus de control. Pearson Education; 2004.
28. Preshaw P. Detection and diagnosis of periodontal conditions amenable to prevention. *BMC Oral Health.* 2015; 1(5): 2-11.
29. Ramos R, Bastos J, Peres M. Diagnostic validity of self-reported oral health outcomes in population surveys: literature review. *Rev Bras Epidemiol.* 2013; 16(3): 716-728.
30. Martinez A. Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgo. *Dom Cien.* 2017; 3(1): 99-108.

31. Hurtado C, Potes D, Vazquez M, Posada A, Alvarez L, Aguedo A. Higiene bucal, caries dental y necesidades de tratamientos en escolares de 5, 7 y 12 años, municipio de Istmina, Chocó, Colombia. *Universitarias odontológica*. 2017; 36(77): 1-14.
32. Gomez N, Morales M. Determinacion de los índices CPOD e IHOS en estudiantes de la universidad de Veracruzana Mexico. *Rev Chil Salud Pública*. 2013; 16(1): 26-31.
33. Quiñonez L, Barajas A. Control de la placa dentobacteriana con el índice de O'Leary, instruyendo la técnica de cepillado de Bass en pacientes infantiles de posgrado en Odontopediatria de la UAN. 2015: 5(6): 106-119.
34. Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial. Enfermedades de las encías o enfermedades periodontales. Causas, Síntomas y tratamientos. Bethesda: 2018.p. 1-12.
35. Espinoza E, Pachas F. Programas preventivos promocionales de la salud bucal en el Perú. *Rev. Estomatol Herediana*. 2013; 23(2): 101-108.
36. Villavicencio E, Alvear M, Cuenca K, Calderon M, Zhunio K, Webster F. El tamaño muestral para la tesis. ¿Cuántas personas debo encuestar?. *Odontología Activa*. 2017; 2(1): 59-62.
37. Patiño M, Zavala G, Duran R, Meza A. Evaluacion y autopercepción de salud periodontal en pacientes diabéticos y no diabéticos Estudio de casos y controles. *Salud en Chapas*. 2016; 4(3): 102-106.
38. Rodríguez M, Arpajon Y, Herrera I, Justo M, Jimenez Z. Autopercepcion de la salud bucal en adultos mayores portadores de protesis parcial removible acrílica. *Revista cubana de estomatología*. 2016; 53(4): 210-221.
39. Taboada O, Cortés X. Autopercepción de caries y enfermedad periodontal en grupo de adultos mayores del estado de Hidalgo. *Revista ADM*. 2014; 71(6): 273-279.
40. Legido B. Percepción de salud oral y hábitos de higiene bucodental de una muestra de la población española trabajadora y su relación con el estado de salud periodontal. *Rev. Univ. Complutense de Madrid*. 2016; 5(12).
41. Díaz C, Casas I, Roldan J. Calidad de vida relacionada con la salud oral: impacto de diversas situaciones clínicas odontológicas y factores socio-demográficos. Revisión de la literatura. *Int J. Odontostomat*. 2017; 11(1): 31-39.
42. Villavicencio E, Torracchi E, Pariona M, Alvear M. ¿Cómo plantear las variables de una investigación?: operacionalización de las variables. *Odontología Activa*. 2019; 4(1): 9-14.

ANEXOS

Anexo 2.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

CI _____ Sexo: Masculino () Femenino () TIEMPO: ____Min

Edad: ____AÑOS Ocupación: _____ PARROQUIA:

Grado de instrucción	
a) Sin estudios	f) Superior técnica incompleta
b) Primaria incompleta	g) Superior técnica completa
c) Primaria completa	h) Superior universitario incompleta
d) Secundaria incompleta	i) Superior universitario completa
e) Secundaria completa	

OPCIONAL

Ingreso mensual familiar aproximado:

_____ ¿Cuántas personas dependen de este

ingreso? _____

Yo..... con mi firma doy mi consentimiento informado para realizar esta encuesta.


Firma:

PERMISO DEL AUTOR DE TESIS PARA SUBIR AL REPOSITORIO
INSTITUCIONAL

Yo, Esteban Patricio Astudillo Sigcha En calidad de
autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación
"Auto percepción de la enfermedad periodontal en
personas de 18 a 44 años de edad en la parroquia
Cañaribamba Cuenca - Ecuador 2018....."

....." de conformidad a lo
establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de Los
Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad
Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el
uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos, Así mismo;
autorizo a la Universidad para que realice la publicación de éste trabajo de
titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el
artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 02/10/2019

F: 
de cédula 0104565536

autopercepcion de enfermedad periodontal

by Esteban Astudillo

Submission date: 24-Jul-2019 10:21AM (UTC-0500)

Submission ID: 1154639444

File name: PLAGIO-ESTEBAN_ASTUDILLO.docx (31.63K)

Word count: 4385

Character count: 23813



Od. Andrea Pérez M.
ESP. EN PERIODONCIA
Ct. 1007-11-1001917
Esp. CL-14-9814

autopercepcion de enfermedad periodontal

ORIGINALITY REPORT

6%

SIMILARITY INDEX

2%

INTERNET SOURCES

0%

PUBLICATIONS

6%

STUDENT PAPERS

MATCH ALL SOURCES (ONLY SELECTED SOURCE PRINTED)

1%

★ Submitted to Escuela Politecnica Nacional

Student Paper

Exclude quotes On

Exclude bibliography On

Exclude matches < 15 words

Od. Andrés Pérez M.
ESP. EN REHABILITACION
Od. 1007-11-1091917
Esp. CL-14-9814