



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**“AUTOPERCEPCIÓN DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN
PERSONAS DE 18 A 44 AÑOS DE EDAD DE LA PARROQUIA
SAN JOAQUÍN CUENCA –ECUADOR, AGOSTO 2017 - ABRIL
2018”**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO**

AUTORA: Álvarez Araujo, Paola de los Ángeles

DIRECTOR: Toral Aguilera, Diego Xavier Dr. Esp.

CUENCA

2018

DECLARACIÓN

Yo, **PAOLA DE LOS ALGELES ALVAREZ ARAUJO**, con cédula de identidad 0706749611 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.

Paola de los Ángeles Álvarez Araujo

C.I.: 0706749611

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 ENFERMEDAD PERIODONTAL EN PERSONAS DE 18 A 44 AÑOS DE EDAD DE LA PARROQUIA SAN JOAQUÍN CUENCA –ECUADOR, AGOSTO 2017 - ABRIL 2018**” realizado por **PAOLA DE LOS ANGELES ALVAREZ ARAUJO**, 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 2018

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó

DPTO. DE INVESTIGACIÓN ODONTOLOGÍA

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Dra. Liliana Encalada Verdugo

COORDINADORA DEL DPTO. DE TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“AUTOPERCEPCIÓN DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN PERSONAS DE 18 A 44 AÑOS DE EDAD DE LA PARROQUIA SAN JOAQUÍN CUENCA –ECUADOR, AGOSTO 2017 - ABRIL 2108”**; realizado por **PAOLA DE LOS ANGELES ALVAREZ ARAUJO**, 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 2018

Toral Aguilera Diego Xavier Dr. Esp.

DEDICATORIA

Se lo dedico con mucho amor a Dios, por todas sus bendiciones a lo largo de toda mi vida, a mis padres Luis y Ángela que han sido mi mayor motivación e inspiración para que yo siga adelante, por darme ese voto de confianza para que yo esté en el lugar correcto sabiéndome guiar con mucho amor y paciencia.

A mis queridas hermanas Lisette, Luisa y Valeska por todo su cariño, su amor y darme esa motivación y fortaleza para que nunca me rinda.

A mí querida sobrina Noelia que me ha motivado, con su alegría y su amor para nunca darme por vencida.

Paola

EPÍGRAFE

“No importa cuántas veces te derriben, sigue levantándote. Dios ve tu determinación. Cuando hagas todo lo que puedes hacer, es cuando Dios intervendrá y hará lo que tú no puedes hacer”

Joel Osteen

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por la sabiduría que me ha dado a lo largo de mi vida y mi carrera para poder tomar las decisiones correctas.

A mis padres por el apoyo y la confianza que me han dado, por ser mi pilar y guiarme en cada paso que he dado, que cuando me he querido rendir, me han dado esa fuerza que me motiva para nunca derrumbarme.

A mis hermanas que me han apoyado en todo momento, que cuando he dicho que no puedo más, ellas han estado ahí para darme su mano y su hombro cuando más las he necesitado, nunca me han dejado sola.

A mi querida sobrina Noelia que me ha dado esa inspiración para que yo siga adelante, que con su llegada le dio más sentido a mi vida.

A mis amigos que me han ofrecido su amistad incondicional y me han brindado su apoyo en especial a mi amiga Jessica C. por todas sus palabras de alientos, que nunca me dejó sola en los momentos más difíciles de mi carrera, gracias AMIGA.

A mis queridos docentes por compartir todos sus conocimientos y estar siempre dispuestos a ayudarnos en todo momento.

A cada una de las personas que colaboraron con un granito de arena en toda mi carrera y me ayudaron a cumplir este sueño, mi eterno agradecimiento por su incondicional apoyo y ayuda.

La vida y Dios tiene designios importantes en nuestras vidas el mío ha sido llegar a esta linda ciudad que me ha acogido con hermosas personas en las cuales se han convertido en mi segunda familia y me han brindado su apoyo incondicional gracias de todo corazón.

Paola

LISTA DE ABREVIATURAS

E.G.B.: Educación General Básica.

LOEI: Ley Orgánica de Educación Intercultural.

DNS: Escala de Negligencia Dental.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

UCM: Universidad Complutense de Madrid.

EU-SILC: European Statistics on Income and Living Conditions.

EUROSTAT: Oficina Europea de Estadística.

ÍNDICE

RESUMEN.....	12
ABSTRACT	13
INTRODUCCIÓN.....	14

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
2. JUSTIFICACIÓN.....	17
3. OBJETIVOS.....	18
3.1. Objetivo general.....	18
3.2. Objetivo específico.....	18
4. MARCO TEÓRICO	19
4.1. Bases teóricas	19
4.1.a. Valoración de necesidades de una patología auto percibida.....	19
4.1.b. Historia de la periodoncia.....	20
4.1.b.1. Civilizaciones antiguas.....	20
4.1.b.2. Época del renacimiento.....	21
4.1.b.3. Siglo XIX y XX.....	21
4.1.c. Enfermedades periodontales.....	21
4.1.c.1. Etiología de las enfermedades periodontales.....	22
4.1.c.2. Epidemiología de la enfermedad periodontal	23
4.1.c.3. Clasificación de enfermedad periodontal.....	24
4.1.c.4. Valoración inflamatoria de los tejidos periodontales	25
4.1.d. Prevención de la enfermedad periodontal.....	25
4.1.d.1. La auto percepción de la enfermedad periodontal.....	26
4.1.e. Sistema educativo ecuatoriano	27
4.1.e.1. Estratificación del sistema educativo.....	28
4.2. Antecedentes de la investigación.....	30

CAPÍTULO II

PLANTAMIENTO OPERACIONAL

1. MARCO METODOLÓGICO	35
2. POBLACIÓN Y MUESTRA	35
2.1. Criterios de selección.....	35
2.1.a. Criterios de inclusión.....	35

2.1.b. Criterios de exclusión.....	35
3. Operacionalización de variables	36
4. INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	36
4.1. Instrumento documentales	36
4.2. Instrumentos mecánicos	36
4.3. Materiales	37
4.4. Recursos	37
5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.....	37
5.1. Ubicación especial	37
5.2. Ubicación Temporal	37
5.3. Descripción de la toma de datos	37
6. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS	38
7. ASPECTOS BIOÉTICOS	38

CAPÍTULO III

RESULTADOS, DISCUSIÓN, CONCLUSIÓN

1. RESULTADOS	40
2. DISCUSIÓN.....	45
3. CONCLUSIONES	47
 BIBLIOGRAFÍA.....	 48
 ANEXOS.....	 53
Anexo 1. Ficha de investigación	54
Anexo 2. Consentimiento informado	60

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la muestra por sexo y edad.....	40
Tabla 2. Prevalencia de autopercepción de enfermedad periodontal	41
Tabla 3. Frecuencia de autopercepción de enfermedad periodontal según el sexo	42
Tabla 4. Prevalencia de autopercepción de enfermedad periodontal según la edad...	43
Tabla 5. Frecuencia de autopercepción de enfermedad periodontal según el nivel de instrucción	44

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de autopercepción de enfermedad periodontal en personas de 18 a 44 años de edad de la parroquia San Joaquín Cuenca-Ecuador, Agosto 2017 - Abril 2018.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo con 521 personas entre 18 a 44 años de la parroquia San Joaquín. El instrumento aplicado es una encuesta de autopercepción. La investigación forma parte del estudio sobre factores asociados “Barreras para acceder a servicios odontológicos en la Ciudad de Cuenca.”

RESULTADOS: Existe una prevalencia de autopercepción negativa de enfermedad periodontal en el 62% de personas. La media de edad de la muestra fue de 31 años. La prevalencia de autopercepción de enfermedad periodontal fue mayor en mujeres con el 55% mientras los hombres registraron el 45%. Considerando el nivel de instrucción, se identificó que el 66% de personas que auto percibieron tener enfermedad periodontal, poseen estudios bajos.

CONCLUSIONES: La autopercepción de enfermedad periodontal es mayor en mujeres y en personas con niveles educativos bajos, pese a ello no se registran relaciones de significancia entre las variables.

PALABRAS CLAVES: autopercepción, enfermedad periodontal, nivel de instrucción, salud oral, periodontitis.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the prevalence of self-perception of periodontal disease in people from 18 to 44 years of age of the parish of San Joaquin Cuenca-Ecuador, August 2017 - April 2018.

MATERIALS AND METHODS: Descriptive, retrospective study with 521 people between 18 and 44 years of the San Joaquín parish. The applied instrument is a self-perception survey. The research is part of the study on associated factors "Barriers to access dental services in the City of Cuenca."

RESULTS: There is a prevalence of negative self-perception of periodontal disease in 62% of people. The mean age of the sample was 31 years. The prevalence of self-perception of periodontal disease was higher in women with 55% while men registered 45%. Considering the level of education, it was identified that 66% of people who perceived themselves to have periodontal disease, have low studies.

CONCLUSIONS: The self-perception of periodontal disease is higher in women and in people with low educational levels, despite this there are no significant relationships between the variables.

KEYWORDS: self-perception, periodontal disease, educational level, oral health, periodontitis.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), expone que las enfermedades relativas a la cavidad oral se han convertido en una problemática para la salud pública cuya afección se presenta en todas las edades sin distinguir género, por lo que a nivel mundial los indicadores, de caries, problemas periodontales, cáncer de boca o faríngeo, entre otras patologías, se ha incrementado, sobre todo en aquellas naciones con un mayor desarrollo debido a los procesos de industrialización que tienen su repercusión en los hábitos alimenticios, y también en aquellos países que se encuentran en crecimiento, siendo la población más vulnerable aquella con escasos recursos económicos⁽¹⁾.

También se conoce que los niños son los principales afectados por problemas gingivales y que los adultos son potenciales pacientes de enfermedades periodontales, estimándose que entre el 5% al 15% presentan dicha condición, pero en un nivel avanzado lo que deriva en pérdidas de dientes, a esto se suma el hallazgo relativo al consumo de tabaco, siendo éste uno de los factores de riesgo de mayor asociación con la enfermedad⁽¹⁾.

Además, la OMS indica que las patologías bucodentales como la periodontitis han afectado a más del 15% de la población adulta en edad media, cuyos factores detonantes fueron una deficiente higiene oral. La creciente frecuencia con la que se presenta esta enfermedad, aumentará considerablemente la población con problemas de caries, alteraciones oclusales y pérdida de piezas dentales⁽²⁾.

Ante lo expuesto, es claro que existe una afección a la calidad de vida de las personas, motivo por el cual revierte de interés que las personas sepan auto percibir las enfermedades bucodentales, y enfáticamente las de tipo periodontal, de manera que los individuos sean capaces de valorarse a sí mismos, permitiendo que conozcan cuales son los riesgos de su condición y puedan corregirla a tiempo, evitando complicaciones futuras.

Al respecto, existen estudios que describen que la enfermedad periodontal va a corresponder a una de las segundas causas más importantes de pérdida dentaria a nivel mundial. Por lo que es indispensable que la autopercepción se convierta en una estrategia cuyo impacto sea de prevención en para las personas, lo cual conllevará a la disminución de programas para las periodontopatías. Por tanto, es importante contar

con los datos suficientes que permitan valorar las condiciones periodontales de la población y los factores de riesgo que se encuentran asociados a la enfermedad⁽³⁾.

Así, las medidas más usadas en estudios epidemiológicos para periodontitis son el Nivel de Inserción (NIC) y la Profundidad del Sondaje (PS). El nivel de inserción considera que la carga pasada de la patología acumulada en un lugar periodontal por sobre las condiciones actuales, por lo que dicha medida ha sido empleada frecuentemente para valorar la periodontitis, en cuanto requiere del uso de un punto referencial establecido y no el margen gingival el cual se encuentra expuesto a cambios debido a la inflamación⁽⁴⁾.

En relación a ello la OMS, procura la promoción de materiales y metodologías que puedan permitir el balance de los datos para que así, mediante el transcurso del tiempo, los indicadores relativos a la necesidad de tratamiento se fundamenten solamente en las Profundidad de Sondaje⁽¹⁾.

Este sistema, pese a que ha sido empleado en investigaciones epidemiológicas para la estimación de la prevalencia a nivel mundial, ha sido sometido a cuestionamientos debido a que usa únicamente dientes índices, además no describe las características de la enfermedad, e identifica solamente la necesidad de un tratamiento periodontal y subestima o sobreestima la frecuencia de la patología. Es por todo ello que la OMS sugirió que se realicen modificaciones, siendo la principal que se valore el sangrado gingival y la profundidad de sondaje por medio del CPI en todas las piezas dentales, además de considerar el detrimento en la inserción en dientes índices⁽⁴⁾.

Entonces, considerando lo expuesto, se plantea el actual estudio de manera que sea un referente para el conocimiento de la autopercepción de la enfermedad periodontal en personas de 18 a 44 años de edad y a partir de ello se puedan plantear intervenciones oportunas con la población, procurando que ésta siempre mejore sus condiciones de vida a partir de su salud y bienestar integral.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

La auto percepción de enfermedad periodontal en personas de 18 a 44 años de edad, contribuye a las investigaciones periodontales y a la comunidad afectada ya que existen escasos datos epidemiológicos a nivel del Ecuador, acerca de las enfermedades periodontales auto percibidas, y es por tal motivo que se presenta la necesidad de estudio.

Ante lo cual se plantea como interrogante: ¿Cuál es la prevalencia de la enfermedad periodontal auto percibida en personas de 18 a 44 años de edad de la parroquia San Joaquín de la ciudad de Cuenca?

2. JUSTIFICACIÓN

La importancia humana de la presente investigación se enfoca en personas vulnerables de 18 a 44 años de edad de la parroquia San Joaquín ya que en la última década se ha incrementado la evidencia que considera las enfermedades periodontales como un problema de salud pública a nivel mundial.

En relación a la importancia científica, el presente estudio permitirá recolectar datos nuevos respecto al tema propuesto, ya que en la provincia del Azuay no existe suficientes muestras que ayuden a determinar la prevalencia de la autopercepción de enfermedad periodontal en la parroquia San Joaquín.

Considerando también la importancia social, mediante la presente investigación se tendrá un importante aporte a la comunidad de San Joaquín, de forma que se pueda determinar cuál es la prevalencia de la autopercepción de enfermedad periodontal y así se refuercen los programas existentes de salud pública para enfrentar el cuidado bucodental, haciendo énfasis en los determinantes sociales que promueven el inicio y la progresión de dicha patología tales como el consumo de cigarrillo.

Además, el estudio tiene una originalidad regional ya que no existen investigaciones acerca de la autopercepción de enfermedad periodontal en personas de 18 a 44 años de edad de la parroquia San Joaquín.

Finalmente, para garantizar la viabilidad del estudio se ha realizado coordinaciones con las autoridades de la Unidad Académica de Salud y Bienestar, con dirección de la

carrera de Odontología y con el departamento de investigación de la Universidad Católica de Cuenca.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Determinar cuál es la prevalencia de autopercepción de enfermedad periodontal en personas de 18 a 44 años de edad de la parroquia San Joaquín Cuenca-Ecuador, Agosto 2017 - Abril 2018.

3.2. Objetivo específico

- Analizar la prevalencia de enfermedad periodontal auto percibida según la edad en personas de 18 a 44 años de edad de la parroquia San Joaquín Cuenca-Ecuador, Agosto 2017 - Abril 2018.
- Estimar la prevalencia de enfermedad periodontal auto percibida según el sexo en personas de 18 a 44 años de edad de la parroquia San Joaquín Cuenca-Ecuador, Agosto 2017 - Abril 2018.
- Considerar la prevalencia de enfermedad periodontal auto percibida según el nivel de instrucción en personas de 18 a 44 años de edad de la parroquia San Joaquín Cuenca-Ecuador, Agosto 2017 - Abril 2018.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Bases teóricas

4.1.1. Valoración de necesidades de una patología auto percibida

La presente investigación tiene como fin el valorar la autopercepción que las personas tienen respecto al cuidado de su salud bucodental, tomando en consideración las necesidades que se encuentran insatisfechas a lo largo de un periodo de tiempo, de forma que se puedan obtener indicadores relevantes para proponer programas efectivos que contribuyan a mejorar la salud de la población ⁽⁵⁾.

Entonces para considerar lo que representa una necesidad, primero es indispensable que el Odontólogo proceda a efectuar una evaluación de las condiciones del paciente y que se lo registre en su historial clínico, lo cual ya representa un consumo de tiempo para la persona, además de un valor económico que puede repercutir en la decisión de acceder a un tratamiento ⁽⁵⁾.

Por lo tanto, la auto percepción de una patología, beneficia a los individuos en cuanto, los ayuda a disminuir el tiempo de diagnóstico y por tanto les otorga la capacidad de acceder oportunamente al servicio de salud para el debido diagnóstico por parte del profesional, pero en este punto es preciso considerar que se presentan nuevamente condicionantes o barreras que pueden afectar a la persona, estos son ⁽⁵⁾:

- La totalidad de individuos que presentan la misma condición de salud.
- La efectividad de los servicios sanitarios y su disponibilidad.

Es ante lo expuesto que se han evidenciado tres tipologías de necesidad, estas son ⁽⁵⁾:

- Necesidad normativa: esta se comprende porque el individuo requiere de la atención especializada de un profesional de la salud para el acceso a prótesis, tratamientos de ortodoncia, entre otros.
- Necesidad percibida: hace alusión a que la persona se auto evalúe y determine su condición de salud bucodental.
- Necesidad demandada: esta se refiere a los requerimientos que perciben las personas y que los hace acudir a consulta odontológica.

Ante lo expuesto, por medio de la presente investigación, se precisará la autovaloración de los individuos respecto a su salud oral, haciendo énfasis en las enfermedades periodontales, como principal indicador para la concientización de una adecuada higiene bucodental y oportuna atención odontológica.

4.1.2. Historia de la periodoncia

Para una mejor comprensión de la enfermedad periodontal es preciso remitirse a sus antecedentes a través del tiempo, pues ya existían registros de la misma en las civilizaciones antiguas y hasta la actualidad esta condición aún es considerada como un problema grave en la salud oral de la población, por cuanto prevenir su aparición y tratarla ha resultado un reto para los profesionales, quienes gracias a su persistencia y pese a no lograr erradicarla, si han podido disminuir su epidemiología ⁽⁶⁾.

A continuación, se realiza una revisión histórica en relación a la periodoncia a través de las distintas agrupaciones sociales.

4.1.2.1. Civilizaciones antiguas

Aproximadamente en el año 3000 antes de cristo, las civilizaciones sumerias, babilónicas y asirias, sufrieron problemas periodontales, para lo cual, en este periodo, se realizaban un tratamiento mediante el masaje gingival combinado con diversas hierbas medicinales. Su higiene dental se fundamentaba en el uso de un cepillo de dientes denominado varilla, cuyo sabor se caracterizaba por lo amargo, y es que éste debía ser masticado en su extremo como método de limpieza dental, proceso que se efectuaba mínimo dos veces en el día, procurando que no se lesione la encía ⁽⁷⁾.

Por su parte los egipcios describieron a la enfermedad periodontal como una de las más comunes que se pudieron identificar; a partir de ella pudieron reconocer la movilidad de las piezas dentales y la inflamación presente en las encías ⁽⁷⁾.

Otra civilización de gran relevancia fueron los habitantes de la India, pues fueron unos de los primeros en estudiar la patología periodontal y hacer hincapié en la higiene oral. También existen registros de la China antigua en donde también se estudió las afecciones periodontales, identificando que ante su presencia se presentaba una notoria inflamación de las encías y en algunos casos se registraron la aparición de abscesos periodontales ⁽⁷⁾.

4.1.2.2. Época del renacimiento

Esta sucede a finales de los años mil cuatrocientos y mediados de los mil quinientos, periodo en el cual se desarrolla la teoría de la enfermedad periodontal la cual se derivaba de los residuos de los alimentos ingeridos, los mismos que al no poder procesarse se derivaban en cálculos dentales, los cuales fueron asociados con el dolor de dientes⁽⁷⁾.

También se descubrió que, derivado de la ingesta de alimentos, se presentaban microorganismos, considerando que éstos se encontraban en la boca por problemas en el metabolismo de las personas, pues el cuerpo, durante el proceso de alimentación desechaba aquello que no fuese nutriente sin que fuese posible destruirlo, por lo que se quedaba en la boca ocasionando problemas periodontales⁽⁷⁾.

4.1.2.3. Siglo XIX y XX

En dicho periodo, se registra una investigación muy importante por parte de Leonardo Koecker, quien descubrió respecto a los cambios en la encía y la presencia de cálculos en los dientes, que conducían a su movilidad y su pérdida, además promulgó la extracción dental en casos severos como medida de prevención ante infecciones⁽⁷⁾.

Por otra parte, Miller expuso que las enfermedades periodontales no se derivaban de un microorganismo específico, sino de una gran variedad de ellos, los cuales normalmente habitan en la cavidad bucal⁽⁷⁾.

Pero no todo en la historia de la periodontitis han sido progresos, también existieron postulaciones polémicas como las de Hunter, quien expuso la importancia de la extracción de dientes que presentaban a enfermedad periodontal como medida para prevenir otro tipo de enfermedades. Su teoría fue muy criticada, sin embargo, durante su aceptación, se registraron innumerables casos de extracciones dentales, llegando incluso a extraerse las amígdalas. Sin embargo, se pudo evidenciar que no se podía evitar la presencia de la periodontitis con la extracción de dientes, siendo descartada dicha opción⁽⁷⁾.

4.1.3. Enfermedades periodontales

Las enfermedades periodontales son aquellas que ocasionan inflamación y ocasionan destrucción de las estructuras alrededor de los dientes (periodonto); incluyendo las encías, desmodonto, cemento y hueso alveolar. Cuando la enfermedad periodontal aparece, lo hace en primera instancia en la encía, lo que se conoce como gingivitis, extendiéndose luego hacia los demás tejidos, momento en el cual se habla ya de una periodontitis ^(8,9).

4.1.3.1. Etiología de las enfermedades periodontales

La etiología de las enfermedades periodontales es multifactorial, siendo los principales las bacterias, el hospedero y su interacción en el tiempo junto a factores medioambientales ⁽⁸⁾.

En relación a los factores microbianos, las bacterias que han sido consideradas como principales detonantes de la enfermedad son *A. actinomycetemcomitans* y *P.gingivalis*. En cuanto al factor relativo al huésped este puede derivarse de una herencia genética la cual ocasiona la destrucción temprana de los tejidos periodontales o por enfermedades sistémicas de tipo inflamatorio o inmunológicas ^(10,11).

Finalmente, al referirse a los factores ambientales, se hace referencia a las condiciones de higiene oral y el consumo de cigarrillo, también se considera la alimentación y la ingesta de medicamentos determinados ⁽¹¹⁾.

Así, de manera general, se exponen los principales factores que se asocian con la periodontitis ⁽¹²⁾:

- Cigarrillo: considerado el factor más grave, en cuanto los fumadores presentan seis veces más la probabilidad de desarrollar problemas periodontales en relación a una persona que no fuma, más aún cuando el individuo ha tenido este hábito por años.
- Diabetes: debido a que las personas con esta enfermedad presentan trastornos en su metabolismo glicémico tienen mayor probabilidad de un deterioro del tejido periodontal.
- Osteoporosis: esta enfermedad, sobre todo en el género femenino, condiciona a que se pierda la inserción.

- Edad: es conocido que, a mayor edad, más alta la probabilidad de desarrollar enfermedades periodontales, sobre todo por las condiciones de salud de las personas a medida que avanzan los años y por las consecuencias de una inadecuada higiene oral mantenida por un periodo de tiempo largo en la vida.
- Sexo: se sabe que los hombres son más tendientes a la patología periodontal que las mujeres.
- Situación socioeconómica: esta tiene que ver con el cuidado bucodental de las personas, pues las personas con menores ingresos se encuentran limitadas para acceder a cuidados adecuados, siendo quienes presentan más destrucción del tejido periodontal.
- VIH: los individuos que poseen esta enfermedad, sobre todo aquellos que no acceden al tratamiento y aquellos inmunocomprometidos, tienen un mayor riesgo de la periodontitis.

4.1.3.2. Epidemiología de la enfermedad periodontal

Frost destaca que la epidemiología es esencialmente una ciencia inductiva, que no únicamente se ocupa de la descripción de la distribución de las enfermedades, sino que también determina que esta tenga una relevancia coherente dentro de su estudio⁽¹³⁾.

Por lo que las enfermedades bucales son estudiadas actualmente como un problema de salud pública a nivel mundial. Reportándose que la inflamación derivada de la gingivitis caracteriza al 99% de la población adulta, mientras un 30% presenta periodontitis⁽¹¹⁾.

También se estima que la gingivitis ha afectado alrededor del 80% de niños menores de quince años y que el 70% de individuos adultos medios ha padecido de ésta o de periodontitis, e incluso de las dos. Por lo que se ha estimado que la enfermedad periodontal es la segunda causa relacionada con la pérdida de los dientes⁽⁷⁾.

Y es debido, a la importante frecuencia con la que se presenta la patología periodontal, que se ha debido recurrir a diversas opciones de agentes antimicrobianos,

para el tratamiento de las infecciones, recurriendo incluso a la medicina natural en busca de plantas que puedan actuar como un tratamiento alternativo debido al costo elevado que representa para las poblaciones vulnerables el acceso a servicios odontológicos⁽⁷⁾.

En este punto cabe mencionar que pese a ser un problema de salud pública, la afección periodontal no cuenta con suficientes datos epidemiológicos que refieran su prevalencia, esto se debe a la falta de lineamientos para su investigación, pues existen datos aislados que no pueden ser empleados en comparativos, por lo que los indicadores respecto a la misma no pueden ser generalizados y por el contrario se deben contextualizar al sitio de análisis⁽¹⁴⁾.

Al respecto en Ecuador, no existen registros sobre las enfermedades periodontales y su incidencia en la población, por lo que los referentes se remiten a investigaciones puntuales de estudiantes de grado, quienes realizan intervenciones en poblaciones específicas. Esto, en cierta forma se constituye en un gran aporte para el conocimiento de la patología, sin embargo, también refleja la falta de interés de los responsables de la salud pública, por realizar indagaciones al respecto y pese a ser una problemática vigente en el mundo.

4.1.3.3. Clasificación de enfermedad periodontal

La enfermedad periodontal se clasifica en⁽¹⁵⁾:

- Periodontitis crónica: esta es la de mayor frecuencia, sobre todo en personas con más de 35 años, aunque también se registra en niños, esto debido a su relación con la acumulación de la placa y cálculos. Esta se caracteriza por que su progreso va de lento a moderado, incluyendo etapas en las que la destrucción es rápida debido a la mayor acumulación de placa, por enfermedades sistémicas o debido a detonantes ambientales como el consumo de tabaco.
- Periodontitis agresiva: derivada de grandes acumulaciones de placa y cálculos, pudiéndose presentar en periodontitis de inicio temprano, las formas agresivas afectan a individuos entre los 10 a 30 años de edad.
- Periodontitis como manifestaciones de enfermedades sistémicas: esta tipología se debe al desorden hematológico que ocasiona una patología sistémica,

ocasionando que se desarrolle una menor resistencia al huésped.

4.1.3.4. Valoración inflamatoria de los tejidos periodontales

Cuando existe la presencia de inflamación en la parte marginal de la encía, suele registrarse mediante el sondaje, tratando de seguir los principios del índice gingival de Løe. Según este procedimiento, se dice que la ausencia de signos visibles de inflamación en la unidad gingival se califica con un 0, en cambio si existe un ligero cambio de color y de textura se califica con 1 ⁽¹⁶⁾.

La inflamación visible y la tendencia al sangrado del margen gingival inmediatamente después del pasaje bucal de una sonda gingival a lo largo del margen gingival se valoran con un 2, en tanto que la inflamación manifiesta con tendencia al sangrado espontáneo tiene puntaje 3 ⁽¹⁶⁾.

También existe otro índice para calificar los depósitos de placa, en una escala de 0 a 3; en éste la ausencia de depósitos de placa se valora con 0, la placa revelada después de pasar la sonda periodontal a lo largo del margen gingival con un 1, la placa visible con 2 y la placa abundante con 3 ⁽¹⁶⁾.

4.1.4. Prevención de la enfermedad periodontal

Cuando se habla acerca de prevención de la enfermedad periodontal se debe tener en cuenta que hasta la actualidad no se ha podido contar con un agente que sea idóneo para la prevención de ésta. Los logros al respecto, se orientan a la eliminación de los factores locales que se relacionan con la enfermedad. Para lo cual, el abordaje en salud oral ha sido direccionado por medio de charlas educativas y sobre todo indicaciones sobre las técnicas de higiene bucodental, además de la motivación para mantener una buena salud bucal ⁽¹⁷⁾.

El direccionamiento también se ha dado hacia la promoción del uso de agentes antibacterianos y dendríticos, sin embargo, no toda la población tiene acceso a ellos, motivo por el cual la nueva estrategia en salud, se orienta a la implementación de programas para el auto reporte de la enfermedad, de manera que se puedan identificar

cuáles son las medidas más eficaces para prevenir las enfermedades periodontales⁽¹⁷⁾.

4.1.4.1. La auto percepción de la enfermedad periodontal

Auto percibir se refiere a una acción del individuo, relativa a como deduce o se siente respecto a un suceso en particular. Esta definición contextualizada en el campo de la salud se comprende como la condición que se considera tener ante una enfermedad, por lo que se desconoce de su presencia y potencialmente se puede asumir que se la padezca, conforme indicadores que le permiten al individuo valorarla⁽⁷⁾.

Entonces, la autopercepción de la enfermedad periodontal se enmarca en como el sujeto se evalúa a si mismo⁽⁷⁾. Sin embargo, en este particular proceso de auto percibir la presencia de la patología periodontal, existen individuos que no logran identificarla pese a presentar los síntomas que la evidencian. Esta situación ocasiona que la enfermedad continúe avanzando, incrementando el riesgo de la pérdida de piezas dentales, la cual afecta no solo a la estética si no al proceso funcional inmerso en la masticación, habla, etc.⁽¹⁰⁾

Por lo expuesto, se ha considerado que la auto valoración periodontal, es una estrategia importante en el proceso para determinar la frecuencia con la que se presenta la enfermedad, ya que implica menor involucramiento de recursos humanos para realizar los exámenes, reduciendo también el costo en salud preventiva. Frente a ello, existen criterios que cuestionan la metodología inmersa en la autoevaluación periodontal, pues al plantearle preguntas al individuo existen limitaciones referidas a la comprensión de las mismas, por lo que se debe trabajar primero en el adiestramiento de la persona para que pueda proceder a auto valorarse⁽¹⁸⁾.

Es por lo mismo que a partir del año 2003, los organismos especializados en la prevención de enfermedades orales han recomendado la aplicación de herramientas que permitan el auto examen como una alternativa predictiva de la frecuencia con la que se presenta la enfermedad periodontal, esto como reemplazo a los exámenes efectuados por especialistas, pero siempre y cuando los términos de su aplicación sean de fácil manejo para los individuos⁽¹¹⁾.

Así, en la actualidad, las herramientas que permiten la autovaloración de la enfermedad periodontal, incluyen interrogantes acerca de tratamientos para la misma, presencia de problemas gingivales, alusiones a la higiene bucodental, entre otras, siendo consideradas las variables sociales como edad, presencia de enfermedades sistémicas, consumo de cigarrillo, hábitos alimenticios, etc.

4.1.5. Sistema educativo ecuatoriano

A nivel de Ecuador, el sistema de educación presenta características particulares, en cuanto se divide en niveles, además existe una clasificación de la tipología de entidades educativas de acuerdo a la forma de su administración. Así, considerando la condición administrativa, las unidades educativas pueden ser de tipo fiscal, siendo éstas las que dependen económicamente del Gobierno; por otra parte se encuentran las particulares que como se expone, tienen recursos propios obtenidos de su auto gestión; también están los fiscomisionales, los cuales actúan en dependencia gubernamental y también son capaces de realizar gestiones para el ingreso de recurso económico; y en una clasificación local se encuentran las entidades de educación municipal, las cuales son administradas por el Gobierno municipal de cada localidad (19,20).

En cuanto al régimen se identifican dos tipos, Costa y Sierra, cuyos periodos de estudio son diferentes por su temporalidad, además cabe mencionar que el sistema de educación en Ecuador se caracteriza por ser obligatorio en el nivel básico, el cual se subdivide en: inicial, general básico y bachiller, debidamente normado por el Ministerio de Educación y contemplado en la Constitución de la República que expresa: Art. 26. “La educación es un derecho de las personas a lo largo de su vida y un deber ineludible e inexcusable del Estado. Constituye un área prioritaria de la política pública y de la inversión estatal, garantía de la igualdad e inclusión social y condición indispensable para el buen vivir. Las personas, las familias y la sociedad tienen el derecho y la responsabilidad de participar en el proceso educativo” (19).

Sin embargo, pese a ser un mandato constitucional y un derecho de las personas, aún se registran casos de no acceso al sistema de educación básico, e incluso se ha evidenciado en ciertas zonas del país, altos índices de descensión escolar. Esta situación caracteriza a determinados grupos en el país, que los hace ser más vulnerables ante los problemas de tipo social entre los cuales figuran la salud oral,

entendido esto por sus menores posibilidades de acceso a información y atención oportuna⁽²¹⁾.

Esta condición, en la ciudad de Cuenca, de acuerdo a los estudios, es menos frecuente, que en otros lugares del país, principalmente en la zona urbana, pues en la áreas rurales aún persiste el inacceso a la educación, sobre todo por creencias y costumbres de las familias asociadas a sus hábitos de vida en los que priorizan el trabajo temprano como fuente de ingreso para el acceso a las condiciones mínimas de vida, es de esta manera que se pone en evidencia la inequidad económica en el Ecuador y la diferencia en la capacidad de accesos por parte de la población a formación académica, salud, empleo, etc.⁽²¹⁾

Es por tal contexto, que, en las investigaciones en salud, efectuadas a nivel nacional, uno de los factores a considerar es el nivel de instrucción, por ser considerado este como determinante en el condicionamiento de hábitos saludables de las personas, lográndose identificar en diversos estudios que a mayor instrucción menor presencia de patologías y a menor nivel educativo más se incrementa el riesgo de determinados padecimientos⁽²¹⁾.

4.1.5.1. Estratificación del sistema educativo

Los niveles de educación se regulan conforme lo establecido por la Ley Orgánica de Educación Intercultural (LOEI). En la cual se establece que la educación general básica estará conformada por⁽²²⁾:

- Inicial I: direccionado a niños menores de 3 años los cuales reciben atención domiciliaria y sus cuidadores son beneficiarios de talleres para un mejor control del desarrollo durante la infancia.
- Inicial II: incluye a menores entre los 3 a 5 años, generalmente hijos de padres que trabajan, por lo que son recibidos en instalaciones equipadas especialmente para darles los cuidados necesarios durante el día.
- Básico: este contempla el primer nivel de estudio dentro de la educación general básica (EGB).
- Básico elemental: va desde el 2do al 4to nivel.
- Básico medio: ocurre entre el 5to al 7mo nivel.
- Básico superior: entre 8vo a 10mo.

- Bachillerato: este nivel se caracteriza por una duración de 3 años y es la etapa final de educación previo a niveles universitarios.

Posterior a estos niveles se contempla la formación superior normada por la Ley Orgánica de Educación Superior (LOES), la cual reconoce los siguientes grados académicos⁽²³⁾:

- Nivel técnico: con una duración de 2 años cuya titulación es reconocida legalmente por la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT).
- Nivel tecnológico: que contempla 3 años de estudio y es la continuidad del nivel anterior, por lo que de igual manera la titulación es reconocida por el organismo pertinente.
- Tercer nivel: en el que se encuentran los estudios de ingeniería, licenciatura, y titulaciones específicas conforme la rama, pudiendo durar entre 4 a 5 años dependiendo el área.
- Cuarto nivel: en el cual se registran los estudios de especialización como máster, doctorado u otras designaciones equivalentes.

También se registra un nivel denominado de alfabetización, el cual inicio como un proyecto gubernamental para erradicar la analfabetización sobre todo en áreas rurales en personas adultas, éste continua vigente.

5. HIPÓTESIS

La investigación, al ser descriptiva no requirió de un planteamiento hipotético.

4.2. Antecedentes de la investigación

- En el artículo de revista: Validez de auto reporte de la enfermedad periodontal: una revisión sistemática y meta-análisis de Hadeel ⁽²⁴⁾ se identificó que, de los 933 documentos encontrados, 11 fueron seleccionados para la revisión. Todos los estudios, excepto dos, tenían una calidad aceptable. Se seleccionaron cuatro estudios comparables para el meta análisis. La razón de posibilidades de diagnóstico fue de 95% con un intervalo de confianza 0,9 - 2.2% para la pregunta sobre el sangrado de las encías y de 1-33,4% para la pregunta sobre la movilidad de los dientes. Se concluye por tanto que la auto percepción de la enfermedad periodontal tiene validez aceptable y se puede utilizar para la vigilancia de la enfermedad periodontal en grandes estudios epidemiológicos.
- Por otra parte, en el artículo de revista: auto percepción de caries y enfermedad periodontal en un grupo de adultos mayores del estado de Hidalgo de Taboada y Cortés ⁽²⁵⁾ la puntuación obtenida en el índice GOHAI de la auto percepción de los problemas de salud bucal de los adultos mayores fue de 42.3 (± 11.0), calificación que muestra una mala percepción en lo físico, en lo psicosocial, así como la presencia de malestar o dolor y una salud bucodental deficiente. Esta población se ubica en un nivel socioeconómico bajo, y esto podría explicar el por qué el 73.5% de ellos percibe su condición de salud bucal como mala, el 12.7% regular y el 13.7% como buena. En el análisis de las variables demográficas y GOHAI no se encontraron diferencias estadísticamente significativas; en los índices de salud bucodental y necesidades de atención se observó que los adultos mayores con una mala higiene bucal tienen tres veces más la percepción de que su salud bucal es deficiente.
- En el artículo de revista: Prevalencia de periodontitis crónica en Iberoamérica de Duque ⁽¹²⁾ la prevalencia de las enfermedades periodontales es alta y está relacionada con la biopelícula oral y otros factores de riesgo como la edad, el hábito de fumar, diabetes, factores hereditarios, etc. La evidencia sobre la prevalencia de periodontitis en Iberoamérica es limitada. Solo en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, España, República Dominicana y Guatemala poseen información.
- Por otra parte, en la investigación de autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis estomatológica de los autores Rodríguez, Arpajón y Herrera ⁽²⁶⁾ se encontró que la calidad de vida guarda relación con la

autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis. La autopercepción puede variar de acuerdo con el sexo, nivel de escolaridad, tipo de prótesis y experiencia anterior en su uso. Para medirla se utilizan el perfil de impacto de salud bucal y el índice de valoración de salud oral geriátrica, siendo este último el de más frecuencia.

- Otro artículo de revista importante es el referido a la autopercepción de la condición oral del paciente de Guayara, Jiménez, Novoa, Vanegas y Caycedo ⁽²⁷⁾ en cuanto la condición dental d 74% de pacientes se caracterizó por la presencia o ausencia de caries, 94% determinaron la presencia o ausencia dolor en la articulación temporo mandibular y 5% dijeron no saber si presentaban dolor. La correlación entre la autopercepción del paciente y el diagnóstico del odontólogo fue baja. La autopercepción de la condición dental se registró con un 70% de personas que precisaron presentar una mala condición y un 30% con buena, además de acuerdo a la valoración odontológica el 76% presento mala condición y el 24% una adecuada salud oral.
- Por su parte Patiño, Gutiérrez, Durán y Meza ⁽²⁸⁾ en el artículo de revista: Evaluación y autopercepción de salud periodontal en pacientes diabéticos y no diabéticos, identificaron que el 9.35% de los sujetos conoce que padece de enfermedad periodontal (EP), 41% auto percibieron un buen estado de salud periodontal a pesar de que clínicamente 98.1% presentaron EP. Los diabéticos percibieron 2.9 veces más la presencia de sangrado y 4.67 veces más la movilidad dental en comparación con los no diabéticos. Los pacientes diabéticos mostraron significativamente más sextantes con cálculo y de 6 milímetros ó más en comparación con los sujetos sanos. Se concluye que los pacientes evaluaron su condición bucal con criterios diferentes de lo profesional ya que reportaron niveles de autopercepción de salud más elevados que la percepción de enfermedad reflejando un bajo conocimiento sobre EP y salud bucal y que la población con diabetes mellitus 2 tiene mayor riesgo de desarrollar EP que la población de no diabéticos.
- En el artículo de revista: Conocimientos, actitudes, conductas y autopercepción de salud bucal en adultos mayores organizados, de 60 a 74 años de edad en la ciudad de Talca elaborado por Maureira ⁽²⁹⁾, la aplicación del GOHAI muestra que 81,5% de los entrevistados posee un estado de salud bucal bajo y 18,5% un estado de salud bucal alto. De un máximo de 12 puntos, la media de

conocimientos en salud bucal fue de $3,58 \pm 1,36$. En el cuestionario referente a actitudes y creencias frente a la salud bucal, de un total de 8 puntos, la media fue de $5,86 \pm 1,16$. El 65,7% de los adultos mayores cepilla sus dientes o prótesis 3 ó más veces al día y sólo 2% no lo hace. Concluyéndose que los conocimientos en salud bucal son pobres y en gran parte sustentados en creencias populares, aun así, su actitud frente a la salud bucal es positiva. Por otra parte, el estado de salud bucal según la autopercepción de los adultos mayores es bajo.

- En el artículo de revista: Enfoque salubrista de la enfermedad periodontal de Villa ⁽³⁰⁾ se considera que aproximadamente 48% de la población mundial adulta se encuentra afectada por esta patología; sin embargo, esta prevalencia varía según las condiciones culturales, sociales, económicas y políticas. En la última década se ha notado un aumento de las enfermedades periodontales y se atribuye este aumento a la población que cada vez está más envejecida, y a la relación bidireccional que tiene con las enfermedades más prevalentes de la actualidad.
- En la investigación sobre el nivel de conocimiento sobre enfermedad periodontal en una muestra de empleados en Medellín realizado por Duque, Cuartas, Muñoz, Salazar y Sánchez ⁽³¹⁾ el 5,3% de los trabajadores tuvieron alguna enfermedad general, de las cuales se destacó la hipertensión arterial, gastritis y rinitis. El 11% tomaba algún tipo de medicamento para el control de estas enfermedades. Ninguno de ellos conoce si el estado periodontal afecta el estado general. El nivel de conocimiento pasó de $2,38 \pm 0,78$ a $3,39 \pm 0,81$ con un aumento del 42,4%.
- Para Legido ⁽³²⁾ en su investigación sobre 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, la mayoría de la población estudiada considera que su estado bucodental es bueno o regular (un 45,7% y un 35,1%, respectivamente) y solo una minoría (1,1%) lo percibe como excelente. El incremento de la edad, el sexo masculino, el trabajo manual, el nivel de estudios y de ingresos menor, se relacionan con una peor percepción de salud bucodental. La mayoría de la población estudiada no refiere afectación de la calidad de vida por dolor o problemas bucodentales (el 76% y el 50%). Cuando lo refieren, se trata con más frecuencia de sujetos mayores, mujeres, trabajadores manuales y con menor nivel educativo y económico. La mayoría de la población del estudio (90,6%) refiere cepillarse los dientes una o más veces al día, mientras que solo el 20%, refiere utilizar habitualmente la seda o los cepillos interdentales, siendo los más

jóvenes los que menos usan estos métodos. El 82% de la población de estudio refiere haber recibido instrucciones de cepillado, frente al 18% que dice no haber recibido ninguna información. La mayoría de los trabajadores (62%) indican haber visitado al dentista entre los últimos 4 meses y 3 años y un 2,4% no había ido nunca al dentista. El motivo de visita al dentista más frecuente fue una revisión o limpieza bucal (> 50%). La mayoría de la población (69%) no evita ir al dentista por miedo, aunque un 16% lo hace de forma regular o siempre.

CAPÍTULO II
PLANTAMIENTO OPERACIONAL

1. MARCO METODOLÓGICO

- **Enfoque:** Cualitativo ⁽³³⁾.
- **Diseño de la investigación:** Descriptivo.
- **Nivel de investigación:** Descriptivo ⁽³⁴⁾.
- **Tipo de investigación:**
 - **Por ámbito:** De campo.
 - **Por la técnica:** Comunicacional.
 - **Por la temporalidad:** Retrospectivo.

2. POBLACIÓN Y MUESTRA

En la parroquia San Joaquín aproximadamente se encuentran 7.455 habitantes de los cuales 2.654 tienen edades comprendidas entre los 18 y 44 años ⁽³⁵⁾, la muestra fue calculada por conveniencia, según el cronograma de levantamiento, considerando por la investigadora, designando así un total de 521 personas para la realización de las encuestas. La respectiva investigación forma parte del estudio sobre factores asociados “Barreras para acceder a servicios odontológicos en la Ciudad de Cuenca” ⁽³⁶⁾.

2.1. Criterios de selección

Para la recolección de los datos de la población e tendrá en cuenta los siguientes criterios de selección.

2.1.a. Criterios de inclusión

- Personas de 18 a 44 años de edad correspondiente a la parroquia San Joaquín que no son profesionales de odontología o de la salud en general.
- Personas que firmen el consentimiento informado.

2.1.b. Criterios de exclusión

- Médicos y odontólogos
- Personas con discapacidad física (por problemas de movilidad), intelectual.
- Personas que vivan en otras parroquias anexas a la investigación.

3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla de operacionalización de variables

Variable	Descripción conceptual	Definición operativa	Indicador	Tipo	Escala
Nivel de instrucción	Refiere al grado académico que ha realizado.	Corresponde al grado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Primaria Secundaria Superior Técnico Superior universitario	Cualitativo	Nominal
Autopercepción de la enfermedad periodontal	Permitir al paciente auto valorar su salud bucodental para así darle a conocer los riesgos de padecer dicha patología.	Número de casos existentes con la autopercepción de la enfermedad periodontal.	Bajo Alto	Cualitativo	Nominal
Sexo	Características genotípicas de las personas.	Características externas que diferencian al varón de la mujer.	Hombre Mujer	Cualitativa	Nominal
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde el nacimiento.	Personas de 18 a 44 años.	Años cumplidos	Cuantitativo	Intervalo

Fuente: Elaboración propia.

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

4.1. Instrumento documentales

Fue necesario la utilización de una ficha para la recolección de datos, la cual consta de 6 partes: la primera que corresponda a los datos generales de la persona, la segunda se dirige a la indiferencia dental según la encuesta Nutall, la tercera acerca de la negligencia según Thompson, la cuarta sobre la automedicación según Andrea Cohni, la quinta incluye ansiedad según Corah y la sexta sobre la autopercepción de la persona (Ver anexo 1).

4.2. Instrumentos mecánicos

No se utilizó estos instrumentos mecánicos para la recolección de los datos, sin embargo, para el registro de los mismos se requirió de computadora y software

estadístico.

4.3. Materiales

- Materiales de escritorio
- Institucionales: Universidad Católica de Cuenca

4.4. Recursos

- Autofinanciados

5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS

5.1. Ubicación especial

La parroquia San Joaquín se encuentra ubicado en la parte Norte del cantón Cuenca, perteneciente a la Provincia del Azuay. Dentro del Cantón Cuenca, la parroquia San Joaquín se encuentra ubicado en la parte central, limita al Norte con la Parroquia Sayausí (Río Tomebamba), al Sur con la Parroquia Baños (Río Yanuncay); al Oeste la Parroquia de Chaucha y Molleturo y al Este con la Ciudad de Cuenca. San Joaquín se encuentra situada al Oeste de la ciudad de Cuenca, a una distancia de 5.2km, del centro histórico de la ciudad ⁽³⁷⁾.

5.2. Ubicación Temporal

Esta investigación se la realizo en los meses de agosto 2017 hasta abril 2018, de tal forma las encuestas recolectaron datos que reflejan la autopercepción de la enfermedad periodontal en la población de la parroquia San Joaquín.

5.3. Descripción de la toma de datos

Una vez ya designadas las fichas para cada estudiante, estas fueron calibradas y familiarizadas para su correcta aplicación. Los datos fueron obtenidos de puerta a puerta, respectivamente se informó a cada persona en qué consistía la encuesta y acerca del consentimiento informado.

La aplicación y correcto llenado de la ficha constaba de los datos personales como son: edad, nivel de instrucción, ocupación, ingreso económico y de cuantas personas

depende de ese ingreso, posteriormente se aplicó la encuesta de indiferencia, negligencia, automedicación, ansiedad, y autopercepción. Esta toma de datos fue realizada dos días a la semana.

6. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

Los datos se registraron en el software estadístico Epi Info, luego éstos fueron validados para la verificación de errores, posterior a ello se procedió a trabajar con Excel mediante tablas dinámicas para efectuar el cruce entre variables. El proceso para elaborar las tablas finales se fundamentó en el conteo de casos respecto a cada variable y el cálculo del valor porcentual respecto a la totalidad de resultados.

Así, la prevalencia de la autopercepción de la enfermedad periodontal fue calculada con la siguiente fórmula:

$$\text{Prevalencia} = \text{N}^\circ \text{ enfermos} / \text{N}^\circ \text{ examinados}$$

Posterior a ello, se procedió a realizar el cálculo del Chi cuadrado de Pearson mediante la siguiente fórmula:

$$\chi^2 = \sum \left[\frac{(f_o - f_e)^2}{f_e} \right].$$

7. ASPECTOS BIOÉTICOS

El presente estudio no implicó ningún tipo de conflicto bioético, ya que al momento de realizar la encuestas las personas fueron informadas sobre que se trataba, también se les explicó que por parte de los encuestadores iba a existir un compromiso de privacidad en la toma de sus datos y se le solicitó a cada informante que firme un consentimiento informado en el cual indican que ellos estuvieron de acuerdo con la toma de sus datos.

CAPÍTULO III
RESULTADOS, DISCUSIÓN, CONCLUSIÓN

1. RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de la muestra por sexo y edad

Rango de edad	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
De 18 a 24	98	19%	70	13%	168	32%
De 25 a 29	53	10%	60	12%	113	22%
De 30 a 34	44	8%	46	9%	90	17%
De 35 a 39	45	9%	28	5%	73	14%
De 40 a 44	46	9%	31	6%	77	15%
Total	286	55%	235	45%	521	100%

Con respecto a la distribución de la muestra según edad y sexo, existe un mayor registro de mujeres en relación a los hombres, además entre los 18 a 24 años se evidenció un mayor número de casos, de igual manera existe una participación considerable entre los 25 a 29 años tanto en el género masculino como femenino.

Tabla 2. Prevalencia de autopercepción de enfermedad periodontal

Autopercepción	N°	%
Enfermo	324	62%
Sano	197	38%
Total	521	100%

La frecuencia de la autopercepción de la enfermedad periodontal en adultos jóvenes de 18 a 44 años, de la parroquia San Joaquín fue en más de la mitad de los casos como enfermos, sin embargo, existió también un grupo considerable que se auto percibió como sano.

Tabla

3.

Prevalencia	Enfermo		Sano		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Femenino	176	61%	110	39%	286	55%
Masculino	148	63%	87	37%	235	45%
Total	324	62%	197	38%	521	100%

Frecuencia de autopercepción de enfermedad periodontal según el sexo

Chi cuadrado 0,735

Respecto a la autopercepción de la enfermedad periodontal según el sexo, se obtuvo un mayor registro de mujeres que de hombres, sin embargo, fue prevalente en ambos sexos. No se presenta una relación entre variables.

Tabla 4. Prevalencia de autopercepción de enfermedad periodontal según la edad

Rango de edad	Enfermo		Sano		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
De 18 a 24	88	17%	80	15%	168	32%
De 25 a 29	63	12%	50	10%	113	22%
De 30 a 34	66	13%	24	5%	90	17%
De 35 a 39	51	10%	22	4%	73	14%
De 40 a 44	56	11%	21	4%	77	15%
Total	324	62%	197	38%	521	100%

Chi cuadrado 0,009

El rango etario con mayor registro de personas que se consideran enfermas está entre los 18 a 24 años y a mayor edad se evidenció una disminución de casos que perciben tener la enfermedad.

De manera general, la media de edad de personas que se auto perciben como enfermas es de 31 años y la de aquellos que se consideran sanos es de 28 años, además se determinó que entre edad y autopercepción hubo relación de significancia.

Tabla 5. Frecuencia de autopercepción de enfermedad periodontal según el nivel de instrucción

Nivel instrucción	Enfermo		Sano		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Alto	78	15%	99	19%	177	34%
Bajo	246	47%	98	19%	344	66%
Total	324	62%	197	38%	521	100%

Chi cuadrado 0,251

Respecto a la frecuencia de autopercepción de enfermedad periodontal según el nivel de instrucción se identificó que la mayoría posee formación académica baja, de igual forma sucede con aquellos que se consideraron sanos, por lo que las personas con educación alta solo representan un tercio de la muestra.

En este caso, no se registra una relación significativa entre la autopercepción e instrucción académica.

2. DISCUSIÓN

Considerando que la autopercepción de la enfermedad periodontal se fundamenta en como una persona se valora a si misma respecto a su condición de salud oral ⁽⁷⁾, la presente investigación se ha propuesto identificar la prevalencia de la misma (enfermedad periodontal) en individuos de 18 a 44. Por lo tanto, por medio de la investigación descriptiva y transversal, se ha determinado que en la parroquia San Joaquín, en una muestra de 521 personas entre 18 a 44 años el 55% son mujeres y el 44% hombres, cuya media de edad fue de 30 años, existen 62% de sujetos que se consideran enfermos.

Siendo estos resultados concordantes con los de Taboada y Cortés ⁽²⁵⁾ los cuales lograron determinar que el 73,5% de adultos percibió su salud oral como mala, además los investigadores registraron un nivel de regular con el 12,7% de registros, y el 13,7% de individuos auto valoró su condición como buena. De igual manera, los datos de la actual investigación concuerdan con los registros de Guayara, Jiménez, Novoa, Vanegas y Caycedo ⁽²⁷⁾ los cuales indican una prevalencia de autopercepción de la enfermedad periodontal del 70% que percibe tenerla y un 30% de considera tener una buena salud bucal.

De la misma forma, los hallazgos se pueden comparar con los de Patiño, Gutiérrez, Durán y Meza ⁽²⁸⁾ que exponen a un 41% de la población cuya autopercepción es de una correcta salud periodontal, siendo más prevalentes aquellos casos en los que los individuos se auto valoran con una salud deficiente. Esto se comprueba también con Maureira ⁽²⁹⁾ en cuya muestra pudo determinar que el 81,5% de personas plantea tener una salud oral baja y el 18,5% considera que es alta, por tanto, se encuentran libres de enfermedad periodontal.

Sin embargo, los datos expuestos en el estudio actual se oponen a los de Legido ⁽³²⁾ pues su informe refiere que las personas auto perciben su salud bucodental como buena en un 61,3% de casos, siendo la autopercepción de la presencia de índice periodontal del 38,7%.

También se destaca en la presente investigación que el predominio de personas con autopercepción de enfermedad periodontal se registra en las mujeres con el 55% en relación al 45% que presentan los hombres, lo que para Duque, Cuartas, Muñoz,

Salazar y Sánchez ⁽³¹⁾ no concuerda en cuanto en su trabajo investigativo existió un predominio del género masculino con el 53%, lo cual para Duque ⁽¹²⁾ es cierto pues éste indica que son los hombres quienes son más propensos al desarrollo de problemas periodontales, sobre todo en edades adultas e incluso de acuerdo con la OMS ⁽¹⁾ entre el 5% al 15% de adultos presenta esta patología. Al respecto Martínez, Llerena y Peñaherrera ⁽²⁾ identificaron que el 15% de personas adultas medias han desarrollado periodontitis, por lo que la indagación realizada con este estudio adquiere importancia en cuanto considera a personas entre 18 a 44 años, las cuales potencialmente presentan condiciones favorables para la enfermedad.

Por otra parte, en relación al nivel de instrucción la prevalencia de enfermedad periodontal auto percibida en personas de 18 a 44 años de edad de la parroquia San Joaquín se caracteriza por un 76% de individuos con educación baja y el 24% alta, siendo similar a los hallazgos de Legido ⁽³²⁾ que obtuvo el 67,9% de sujetos con educación básica y el 32,2% con formación universitaria, es decir de nivel alto.

Suceso que para Villa ⁽³⁰⁾ se enmarca en las concepciones sociales de la salud que atribuyen la presencia de enfermedades periodontales en personas cuyas condiciones educativas son limitadas debido a la falta de conocimiento sobre los cuidados y prevención para una buena salud oral, por lo que estima que el 48% de adultos en el mundo presenta esta patología, lo mismo alude Maureira ⁽²⁹⁾ quien identificó que el desconocimiento relativo al bienestar bucodental se asociaba con las tradiciones y costumbres de los pueblos.

En la misma línea de postulaciones, se enmarca Rodríguez, Arpajón y Herrera ⁽²⁶⁾ al indicar que la autopercepción puede presentar variaciones conforme las variables sexo y nivel educativo, recalcando que la manera en la que una persona considera su estado de salud oral repercute en la calidad de vida de la misma, concordando con Taboada y Cortés ⁽²⁵⁾.

Por lo que, de acuerdo con Castellanos, Cueto, Marisel, Méndez, Méndez y Castillo ⁽¹⁸⁾ la autopercepción de enfermedad periodontal debe ser considerada una estrategia interventora para prevenir dicha patología, considerando previamente que el individuo debe ser informado de como efectuarla a fin de que el resultado sea lo más sincero y ajustado a su realidad.

3. CONCLUSIONES

El proyecto de autopercepción de enfermedad periodontal en personas de 18 a 44 años de edad de la parroquia San Joaquín Cuenca-Ecuador, Agosto 2017 - Abril 2108, ha permitido concluir lo siguiente:

- Se determinó una prevalencia del 62% de autopercepción de enfermedad periodontal en personas de 18 a 44 años.
- El grupo etario con predominio de autopercepción de enfermedad periodontal se registran entre los 18 a los 24 años con el 17%.
- El análisis de enfermedad periodontal auto percibida según el sexo dio como resultado una prevalencia del 61% en mujeres y 63% en hombres.
- En relación a la prevalencia de enfermedad periodontal auto percibida según el nivel de instrucción se determinó un 66% de personas con estudios bajos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre enfermedades bucodentales. Ginebra. 2012. Nota Informativa N°318. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
2. Martínez A, Llerena M, Peñaherrera S. Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados. Rev. Dominio de las Ciencias 2017; 3(1), 99-108. ISSN-e 2477-8818. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5802912>
3. Macín S, Sanz M, Castrillón L, Palma A, Noguez N, Quirino C, Rubio A. Tratamiento periodontal no quirúrgico en pacientes con gingivitis y periodontitis moderada. Respuesta bioquímica y microbiológica. Rev. Odontológica Mexicana. 2015; 19(3), 155-164. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1870199X15000191>
4. Carvajal P. Enfermedades periodontales como un problema de salud pública: el desafío del nivel primario de atención en salud. Rev. Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral. 2016; 9(2), 177-183. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0718539116300337>
5. Baiju M, Elbe P, Varghese N, Remadevi S. Salud bucal y calidad de vida: conceptos actuales. Rev. Journal of clinical & Diagnostic Research. 2017; 11(6), 21-26. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5535498/>
6. Afanador C, Duque C, Gómez C. Historia de la periodoncia: primeros rasgos de definición de un espacio social y conceptual y proceso de institucionalización en Colombia. parte I. una imagen de la periodoncia... Rev. Colombiana de Filosofía de la Ciencia. 2004; 3(11), 77-103, Universidad El Bosque, Colombia. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/237034530_Historia_de_la_periodoncia_primeros_rasgos_de_definicion_de_un_espacio_social_y_conceptual_y_proceso_de_institucionalizacion_en_Colombia_parte_I_una_imagen_de_la_periodoncia
7. Carranza F, Shklar G. Antecedentes históricos de la Periodoncia. 10ma ed. Ripano

editorial médica.; 2010. ISBN: 9788493723811.

8. Patil S, Patil P, Kashetty M. Effectiveness of different tooth brushing techniques on the removal of dental plaque in 6–8-year-old children of Gulbarga. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2014;4(2):113-116. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25254196>
9. Rizzo RM. Torres CA. Martínez DC. Comparación de diferentes técnicas de cepillado para la higiene bucal. *CES Odontol. Medellín.* 2016; 29(2). Julio-diciembre. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/4100>
10. Aguilar F. Periodontitis una enfermedad multifactorial: Diabetes Mellitus. *Rev. Iberoamericana de las Ciencias de la Salud.* 2017; 6(11). ISSN: 2395-8057. Disponible en: <http://rics.org.mx/index.php/RICS/article/view/51/233>
11. Morales A, Bravo J, Baeza M, Werlinger F, Gamonal J. Las enfermedades periodontales como enfermedades crónicas no transmisibles: Cambios en los paradigmas. *Rev. Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral.* 2016; 9(2), 203-207. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0718539116300362>
12. Duque A. Prevalencia de la periodontitis en Iberoamérica. 2016; 9(2), 208-215. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0718539116300374>
13. Lindhe J. Panos N. Epidemiología de las enfermedades periodontales. En: Jan Lindhe. *Periodontología Clínica e Implantología Odontológica.* 4ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2009. Cap.2
14. Fuentes F. Prevalencia de gingivitis y determinación de necesidad de tratamiento periodontal en individuos adultos de la comuna de Santiago de Chile. *Rev. Universidad de Chile.* 2015; 5(1), 15-19. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/131914/Prevalencia-de-gingivitis-y-determinaci%C3%B3n-de-necesidad-de-tratamiento-periodontal-en-individuos-adultos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

15. Reyes C, Gutiérrez R, Luna J, Romero J, Lazalde B, Méndez R. Enfermedad periodontal: actividad de *Rosmarinus officinalis* sobre su microbiota bacteriana. Rev. De la Alta Tecnología y la Sociedad. 2017; 9(4), 21-27. ISSN 1940-2171. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/ruben_mendez8/publication/320161305_enfermedad_periodontal_actividad_de_rosmarinus_officinalis_sobre_su_microbiota_bacteriana/links/59d147664585150177f3d1aa/enfermedad-periodontal-actividad-de-rosmarinus-officinalis-sobre-su-microbiota-bacteriana.pdf
16. Loredó, Y, Cruz R, Casamayor Z, Puerto M, Montero M, Espino D. Necesidad de tratamiento en pacientes con enfermedad periodontal inmunoinflamatoria crónica. Jovellanos 2012. Rev. Médica Electrónica. 2014;36(2). ISSN 1684-1824. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000200002
17. Instituto de la Salud Pública de Madrid. La salud bucodental en los mayores: prevención y cuidados para una atención integral. Nueva Imprenta S.A. Ed. 2003; 118. ISBN: 84-451-2528-1. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM009099.pdf>
18. Castellanos M, Cueto M, Marisel M, Méndez C, Méndez L, Castillo C. Efectos fisiopatológicos del tabaquismo como factor de riesgo en la enfermedad periodontal. Rev. Finlay. 2016;6(2). ISSN 2221-2434. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000200006
19. Asamblea Nacional. Constitución de la República del Ecuador. Sección Quinta, Artículo 26. Quito, 2008. Disponible en: https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
20. Cabeza G, González F, Paredes C. Estado de salud oral en el Ecuador. Revista OACTIVA UC. Cuenca. 2016;3(1) 65-70, septiembre-diciembre. ISSN 24778915. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/215/301>
21. Palacios M, Villavicencio F, Mora C. Evaluación de los estilos educativos familiares en la ciudad de Cuenca. Facultad de Psicología, Universidad de Cuenca. Rev. Maskana. 2015; 6(2), 31-45. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23995/1/6203.pdf>

22. Ministerio de Educación. Ecuador: Indicadores Educativos 2011-2012. Quito. 2013. Disponible en: https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/10/Indicadores_Educativos_10-2013_DNAIE.pdf
23. Asamblea Nacional. Ley Orgánica de Educación Superior (LOES). Quito, Registro Oficial Suplemento 298 de 12-oct.-2010. Disponible en: <https://procuraduria.utpl.edu.ec/sitios/documentos/NormativasPublicas/Ley%20Org%C3%A1nica%20de%20Educaci%C3%B3n%20Superior%20Codificada.pdf>
24. Hadeel M. Validity of Self-Reported Periodontal Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Periodontology Online* [Internet].2016; 13(1), 1-14. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27523519>
25. Taboada O, Cortés X. Auto percepción de caries y enfermedad periodontal en un grupo de adultos mayores del estado de Hidalgo. *Rev. ADM.* 2014; 71(6), 273-279. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2014/od146c.pdf>
26. Rodríguez M, Arpajón Y, Herrera B. Autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis estomatológica. *Rev. Habanera de Ciencias Médicas.* 2016; 15(1). ISSN 1729-519X. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100007
27. Guayara L, Jiménez M, Novoa D, Vanegas G, Caycedo M. Autopercepción de la condición oral del paciente. *Journal Odontológico Colegial.* 2011; 7, 69-74. Disponible en: <http://www.journalodontologicocolegial.com/index.php/joc/article/viewFile/126/126>
28. Patiño M, Gutiérrez A, Durán R, Meza A. Evaluación y autopercepción de salud periodontal en pacientes diabéticos y no diabéticos. *Rev. Difusión de la ciencia.* 2016; 15(3), 102-106. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:fzi2z6JDUR4J:revista.saludchiapas.gob.mx/api/v1/recursos/articulos/149+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=ec>
29. Maureira E. Conocimientos, actitudes, conductas y autopercepción de salud bucal en adultos mayores organizados, de 60 a 74 años de edad en la ciudad de Talca. *Rev. Univ. Talca.* 2006; 4(1). Disponible en: http://dspace.utralca.cl/bitstream/1950/3195/1/maureira_penaloza.pdf

30. Villa P. Enfoque salubrista de la enfermedad periodontal. Rev. Iberoamericana de Ciencias. 2015; 2(4), 179-189. ISSN 2334-2501. Disponible en: <http://www.reibci.org/publicados/2015/julio/0800108.pdf>
31. Duque A, Cuartas C, Muñoz C, Salazar C, Sánchez Y. Nivel de conocimiento sobre enfermedad periodontal en una muestra de empleados en Medellín. Rev. CES Odontología. 2011; 24(2). ISSN 2215-9185. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/1974>
32. 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). Disponible en: <http://eprints.ucm.es/38413/1/T37511.pdf>
33. Villavicencio E. Cuenca K. Vélez E. Sayango J. Cabrera A. Pasos para la planificación de una investigación clínica. Rev. Odontología Activa. 2016; 1(1): 75-78. Disponible en: <http://dspace.ucacue.edu.ec/handle/reducacue/7107>
34. Villavicencio E. Alvear MC. Cuenca K. Calderón M. Zhunio O. Webster F. El tamaño muestral para la tesis. ¿Cuántas personas debo encuestar? Rev. Odontología Activa. 2017; 2(1). Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/175>
35. Instituto Nacional de Estadística y Censos. VII Censo de Población y VI de Vivienda. Quito. 2010. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/censo-de-poblacion-y-vivienda/>
36. Villavicencio E. Barreras para el acceso a servicios de salud bucal. Rev. Odontología Activa. 2018; 2(2): 5-6. ISSN 2588-0624. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/184>
37. Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial San Joaquín. Plan de Ordenamiento y Desarrollo Territorial (PDOT) de San Joaquín. Disponible en: http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/PORTAL_SNI/data_sigad_plus/sigadplusdiagnostico/0160026070001_Diagnostico_San_Joaquin_14-05-2015_10-33-30.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Ficha de investigación

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

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

Edad: _____ AÑOS Ocupación: _____ PARROQUIA: _____

1. 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?: _____

Pregunta	Marcar uno a más respuestas	Puntuación
1. Usualmente usa Ud.:	<ul style="list-style-type: none"> a. Un cepillo de dientes para limpiar sus dientes b. La seda o un cepillo especial para limpiar sus dientes c. Tabletas reveladoras para comprobar que sus dientes están limpios 	Valor: 1 si ninguno o si solo el literal a está marcado
2. En la actualidad:	<ul style="list-style-type: none"> a. Cree que hay algo mal con sus dientes, pero no es lo suficientemente malo como para ir a un dentista b. Cree que hay algo mal con sus dientes y tiene la intención de ver a un dentista pronto c. Va a realizarse un chequeo en el próximo año d. No cree que necesite ningún tratamiento por lo que no esta planeando ir a un dentista ahora e. Ira pronto al dentista 	Valor: 1 si el literal a o d están marcados
3. Si pierde una calza en un diente posterior y no le dolió:	<ul style="list-style-type: none"> a. De inmediato va a un dentista b. Esperaría si siente dolor o algún síntoma antes de ir a un dentista c. No sería un problema que no vería a un dentista por esta razón 	Valor: 1 si el literal b o c están marcados
4. Por lo general, hace una cita para visitar a un dentista:	<ul style="list-style-type: none"> a. Cuando el dentista le recuerda b. Al final de la última cita c. Cuando piensa que es tiempo de ir a otro chequeo d. Únicamente cuando piensa que esta algo malo en sus dientes 	Valor: 1 si el literal d está marcado
5. Si sus encías sangran pero estas no le duelen:	<ul style="list-style-type: none"> a. No es un problema, no vería a un dentista por este problema b. Iría inmediatamente a una cita con el dentista c. Esperaría a ver si se presenta dolor o algún síntoma para ir al dentista 	Valor: 1 si los literales a o c están marcados
6. Acerca de todas sus citas dentales en los últimos 5 años marque la más cercana:	<ul style="list-style-type: none"> a. No ha tenido una cita dentaria en los últimos 5 años b. Durante los 5 años ha olvidado de asistir a sus citas dentales c. Durante los 5 años solo ha perdido una sola cita d. Durante los 5 últimos años ha cancelado una cita dental debido a que el problema desapareció 	Valor: 1 si los literales a , b o d están marcados
7. Si tuviera un diente muy doloroso:	<ul style="list-style-type: none"> a. Preferiría que le saquen b. Preferiría dejarlo sin tratamiento c. Preferiría realizar una restauración 	Valor: 1 si los literales a o b están marcados
8. Ud diría que la razón principal para no ir a un dentista sería:	<ul style="list-style-type: none"> a. Porque piensa que el tratamiento es doloroso b. Porque toma demasiado tiempo ir al dentista c. Porque siente preocupación o ansiedad cuando va al dentista d. Porque su dentista le hace sentir culpable acerca del estado de sus dientes e. Porque cuesta mucho f. Porque no tiene tiempo para ir al dentista g. Pospone las citas, asiste al dentista regularmente 	Valor: 1 si los literales b , d o f están marcados Si el literal c está marcado no es un puntaje de indiferencia dental

Yo _____ con mi firma doy mi consentimiento informado para la realización de esta encuesta.

Firma: _____

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

NEGLIGENCIA DENTAL					
Califique del 1 al 5 si está de acuerdo con esta frase :	Definitivamente no			Definitivamente si	
9. Mantiene su cuidado dental en el hogar, considera que su salud dental es importante	1	2	3	4	5
10. Recibe el cuidado dental que debe	1	2	3	4	5
11. Necesita atención dental, pero la ignora	1	2	3	4	5
12. Se cepillo tan bien como debería	1	2	3	4	5
13. Controla los alimentos entre las comidas, tan bien como puede	1	2	3	4	5
14. Considera que su salud dental es importante	1	2	3	4	5

AUTOMEDICACIÓN	ANSIEDAD
15. ¿Usted se auto médica? Si () NO ()	24. Comenzá a ponerse nervioso/a cuando el Odontólogo le invita a sentarme en la silla Si () NO ()
16. ¿Cuándo tiene una dolencia quién le recomienda la medicación? a) Médico e) Familiar b) Odontólogo f) Amistades c) Farmacéutico g) Por iniciativa propia d) Técnico en farmacia	25. Comienza a ponerse nervioso/a cuando el Odontólogo va a extraerle un diente, se siente realmente asustado en la sala de espera. Si () NO ()
17. ¿En qué tipo de dolencias Usted se automedica? (tomar medicamento sin prescripción médica) a) Fiebre d) Dolor de cabeza b) Dolor de estomago e) Gripe c) Dolor de diente f) Otros	26. Cuando va en camino al consultorio piensa que el odontologo no le va a explicar lo que hay en sus dientes Si () NO ()
18. ¿Cuándo tiene dolor de diente por qué motivos se auto medica (tomar medicamento sin prescripción médica) y no recurre al Odontólogo? a) Por indicación del técnico d) Por hábito de farmacia b) Porque es muy cara la consulta e) Otros c) Porque la clínica u Hospital está muy lejos de su casa	27. Quiere irse del consultorio cuando piensa que el Odontólogo no le va a explicar lo que hay en sus dientes Si () NO ()
19. ¿Por cuánto tiempo Usted se auto medica? (tomar medicamento sin prescripción médica) a) 1 día c) 3 días b) 2 días d) O más	28. En el momento en que el Odontólogo alista la jeringa con la inyección de anestesia, cierra los ojos fuertemente. Si () NO ()
20. Dónde adquirió el medicamento: a) Farmacia c) Bodega b) Botica d) Establecimiento de salud	29. En la sala de espera suda y tiembla cuando piensa que es su turno de pasar a la consulta Si () NO ()
21. ¿Qué tipos de medicamentos consume mayormente sin prescripción médica? a) Antiinflamatorios d) Ansiolíticos b) Antibiótico e) Otros c) Analgésicos	30. Cuando va hacia el consultorio del odontólogo, se pone ansioso/a solo de pensar si tendrá que usar el taladro dental con Ud. Si () NO ()
22. ¿En qué forma farmacéutica consume los medicamentos sin prescripción médica? a) Pastillas d) Intramuscular b) Jarabe e) Endovenosa c) Suspensión	31. Cuando esta sentada en la silla de tratamiento y no sabe lo que el odontólogo esta haciendo en su boca, se pone nerviosa/o y suda Si () NO ()
23. ¿Cuál es el medio de comunicación que influye en su automedicación? a) Televisión d) Afiches b) Slogan e) Radio c) Paneles	32. En su camino hacia el consultorio del odontólogo, la idea de estar sentada en la silla de tratamiento le pone nervioso/a. Si () NO ()

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

33. Autopercepción de oclusión IONT ICON									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

AUTOPERCEPCIÓN PERIODONTAL	
34. ¿Piensa usted que tal vez sufra de la enfermedad de las encías? Si () NO()	
35. ¿Alguna vez le han hecho cirugía de encías para limpiar por debajo de las mismas? Si () NO()	
36. ¿Alguna vez le han hecho un raspado o un alisado de las raíces de los dientes, que a veces se conoce como limpieza "profunda"? Si () NO()	
37. ¿Alguna vez se le ha aflojado un diente por sí solo, sin tener una lesión? Sin contar los dientes de leche? Si () NO()	
38. ¿Alguna vez le ha dicho a un dentista que Ud. Ha perdido hueso alrededor de los dientes? Si () NO()	
39. ¿Le sangran las encías? Si () NO()	
40. ¿Siente Ud. O le han dicho que tienen mal aliento? Si () NO()	
41. Durante los últimos 3 meses ¿Ha notado que alguno de sus dientes no parece verse bien? Si () NO()	
42. En general, ¿Cómo diría que es el estado de salud de sus dientes y encías? a. Excelente d. Malo b. Muy Bueno e. No se c. Bueno	
43. En la última semana ¿Cuántas veces al día se cepillo los dientes? a. 1 al día b. 2 al día c. 3 al día d. O más	
44. En las últimas semanas ¿Cuántas veces uso hilo dental? a. 1 al día b. 2 a la semana c. 3 a la semana d. O más	

RELACION PROFESIONAL/PACIENTE	
Poco =1 Lo justo = 2 Bueno=3 Muy Bueno =4 Excelente =5	
45. Le hace sentir cómodo:	1 2 3 4 5
46. Le trata con respeto:	1 2 3 4 5
47. Muestra interés en sus ideas acerca de mi salud dental:	1 2 3 4 5
48. Entiende sus preocupaciones principales	1 2 3 4 5
49. Le presta atención (escucha con cuidado)	1 2 3 4 5
50. Le deja hablar sin interrupciones	1 2 3 4 5
51. Le da toda la información que necesita	1 2 3 4 5
52. Le habla en términos que Ud entiende	1 2 3 4 5
53. Le enseña los procedimientos de higiene oral	1 2 3 4 5
54. Le demuestra el procedimiento de higiene oral	1 2 3 4 5
55. Se asegura de que entiende todo	1 2 3 4 5
54. Le alienta a hacer preguntas	1 2 3 4 5
56. Le involucra en las decisiones que toma	1 2 3 4 5
57. Discute los pasos a seguir incluyendo planes por hacer	1 2 3 4 5
58. Muestra cuidado y preocupación	1 2 3 4 5
59. Se toma el tiempo necesario con ud	1 2 3 4 5

Aspectos generales	Si	No
60. ¿Tiene cepillo dental en su casa?		
61. ¿Comparte su cepillo dental con alguien?		
62. ¿Tiene cepillo dental en el trabajo?		
63. ¿Alguna vez a asistido al dentista?		
64. ¿En este año ha ido al dentista?		
65. ¿En este año faltado a sus actividades por dolor de muela?		
66. ¿Usa pasta dental?		
67. ¿Si usa pasta...¿También la usa en la noche?		
68. Si usa pasta dental ¿Qué marca es?		

AUTOPERCEPCIÓN			
En los últimos 6 meses. Los dientes cariados te han causado dificultad para:			
Nº		Afectados Si/No	Severidad
69	Comer alimentos (comidas, helados)	Si → No	1 2 3
70	Hablar claramente	Si → No	1 2 3
71	Lavarse los dientes	Si → No	1 2 3
72	Descansar (Incluyendo dormir)	Si → No	1 2 3
73	Mantener un buen estado de ánimo (sin molestarte enojarte y/o irritarte)	Si → No	1 2 3
74	Sonreír, reír y mostrar tus dientes (sin sentir vergüenza)	Si → No	1 2 3
75	Realizar tus labores (trabajar, estudiar)	Si → No	1 2 3
76	Contactarte con otras personas	Si → No	1 2 3

		poco seguro/ muy seguro
77. Que tan seguro está de que usted puede llenar una encuesta medica correctamente o necesita de otra persona		1 2 3 4 5
78. Que tan seguro está de que pueda seguir las instrucciones escritas en el finalin y aspirina		1 2 3 4 5
		poco seguido/ muy seguido
79. Que tan seguido alguien le ayuda a leer las recetas médicas que le proveen		1 2 3 4 5
80. Que tan seguido tiene problemas aprendiendo acerca de un tema de salud o de dificultad en el entendimiento de la información escrita		1 2 3 4 5

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
ÍNDICE ICON



PASTAS DENTALES





26



27



28



29



30



31



32



33



34



35



36



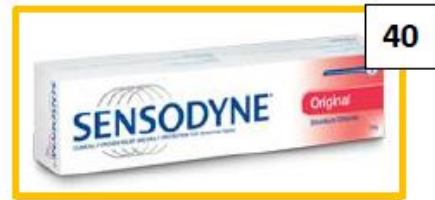
37



38



39



40



41

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: