



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES UNIDAD
LEÓN**

**TEMA: RECESIONES GINGIVALES RELACIONADAS A ESTRÉS
PERCIBIDO EN PACIENTES REGISTRADOS EN LA ESCUELA
NACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES, UNIDAD LEÓN,
UNAM**

FORMA DE TITULACIÓN: TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ODONTOLOGÍA**

P R E S E N T A:

SONORA DUARTE RAMÍREZ

TUTOR: M.E.E.P. JAIME ALEJANDRO NIETO RAMÍREZ

**ASESORA: DRA. MARÍA DEL CARMEN VILLANUEVA
VILCHIS**

LEÓN GTO.

2018





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A las personas a las que les debo mi vida entera, lo mejor que me pudo haber pasado, agradezco que siempre me han apoyado, me aman, han estado en cada paso que doy alentándome a llegar cada vez más lejos, que han sido mi pilar de vida y sin ellos jamás podría haber llegado hasta aquí, estoy dichosa de tenerlos en mi corazón por siempre, son mi más grande felicidad y les dedico cada esfuerzo de este trabajo mamá, Víctor y especialmente a mi papito el mejor ejemplo de vida, los amo.

Christian gracias por acompañarme en mis años más difíciles de universidad, sin tu ayuda esto no sería lo mismo te agradezco desde mi corazón todos los sacrificios que hiciste por mí.

A mis amigas que siempre han estado conmigo en las buenas y en las malas, la familia que yo escogí Paola, Anette, Kenda, Gaby, Michel y especialmente Ale por que la universidad nunca hubiera sido lo mismo sin ti donde jamás pensé encontrar una amiga como tú.

A mi tutor el Doctor Jaime Alejandro Nieto Ramírez que no solo fue un maestro más sino una inspiración gracias por su dedicación sin el cual esto no se hubiera podido realizar.

A mi asesora la Dra. María del Carmen Vilchis Villanueva por su paciencia, apoyo y sabiduría para poder lograr esto.

Gracias al lugar que me vio crecer como persona y profesionalmente la Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León UNAM a cada uno de los catedráticos que me instruyeron en este camino tan bonito de la odontología, siempre estaré eternamente agradecida por la oportunidad de pertenecer a la máxima casa de estudios.

RESUMEN

Introducción: Las recesiones gingivales (RG) resultan en la migración apical del margen gingival y tienen un origen multifactorial. Estas son problemáticas para el individuo que las presenta por la disconformidad estética e hipersensibilidad. Algunas investigaciones coincidían en que los factores psicológicos y sociales como el estrés juegan un papel importante por que afectan la integridad del periodonto, alterando las conductas como hábitos, además de una afectación orgánica al verse comprometido el sistema nervioso central.

Objetivos: Identificar si existe una relación entre los niveles de estrés percibido por el paciente y la presencia de recesiones gingivales en los individuos que acuden a las clínicas odontológicas de la Escuela Nacional de Estudios Superiores (ENES), Unidad León, UNAM.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de tipo transversal con la finalidad de determinar la relación entre RG, periodontitis, sangrado al sondeo, índice de higiene oral simplificado y estrés percibido con una muestra de 219 pacientes provenientes de la clínica odontológica de admisión de la ENES, Unidad León, UNAM.

A través de un cuestionario se obtuvo información sociodemográfica, hábitos orales, hábitos perniciosos, estado de salud general y bucal, información de cuidado de salud oral y estrés percibido. El examen clínico se llevó a cabo para determinar la presencia de recesiones gingivales, periodontitis, sangrado al sondeo y calificación del índice de higiene oral simplificado (IHOS), apiñamiento dental, presencia de prótesis.

Resultados: Se encontró que el 69.9% de la muestra presentaba RG, El 86.3% de los individuos mostraban estar estresados de vez en cuando o a menudo, las personas mayores a 30 años muestran 2.53 veces el riesgo a tener RG comparados con aquellos menores a este rango de edad, de igual importancia los pacientes que se encuentran empleados tienen 20.0% menos probabilidad de tener una RG que aquellos que no están empleados, los sujetos con una escolaridad menor a secundaria presentaban 1.3 veces el riesgo de tener una calificación regular y mala en el IHOS.

Palabras Clave: Recesión gingival, escala de estrés percibido, psicosocial, factor desencadenante, hábitos.

1. INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO 1	7
2. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Recesiones gingivales	8
2.2 Fisiopatología de las recesiones gingivales	8
2.3 Etiología de las recesiones	9
2.4 Clasificaciones de recesiones gingivales	9
2.5 Factores Modificables de las recesiones gingivales	10
2.6 Clasificación en función a la asociación de factores que la originan.....	12
2.7 Clasificación de las recesiones en función a las características clínicas que presentan	12
2.8 Clasificación con base a defectos en las superficies expuestas	16
3 EL ESTRÉS ASOCIADO A LAS RECESIONES GINGIVALES	17
3.1 El estrés como un factor desencadenante nocivo para la salud	17
3.2 Fisiopatología del estrés	17
3.3 Vías del estrés	18
4. ANTECEDENTES	20
CAPÍTULO 2	23
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
6. JUSTIFICACIÓN	24
7. OBJETIVOS	25
7.1 Objetivo general.....	25
7.2 Objetivos específicos	25
8 HIPÓTESIS	25

CAPÍTULO 3	26
9 MATERIALES Y MÉTODOS	27
9.1 Tipo de estudio	27
9.2 Universo de estudio	27
9.3 Tipo y tamaño de muestra	27
9.4 Criterios de selección	27
9.4 Criterios de selección	27
9.4 Criterios de selección	27
9.4 Criterios de selección	28
10. DEFINICIÓN DE VARIABLES	28
11. METODOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	39
12. MÉTODOS DE REGISTRO Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN ...	40
13. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	40
14. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES	40
15. CONSIDERACIONES ÉTICAS	41
CAPÍTULO 4	42
16. RESULTADOS	43
17. DISCUSIÓN	85
18. CONCLUSIONES	89
19. BIBLIOGRAFÍA	90
20. ANEXOS	95
20.1 Anexo 1.....	95
20.2 Anexo 2.....	97
20.3 Anexo 3.....	98
20.4 Anexo 4.....	99
20.5 Anexo 5.....	105

RECESIONES GINGIVALES RELACIONADAS A ESTRÉS PERCIBIDO EN PACIENTES REGISTRADOS EN LA ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES, UNIDAD LEÓN, UNAM

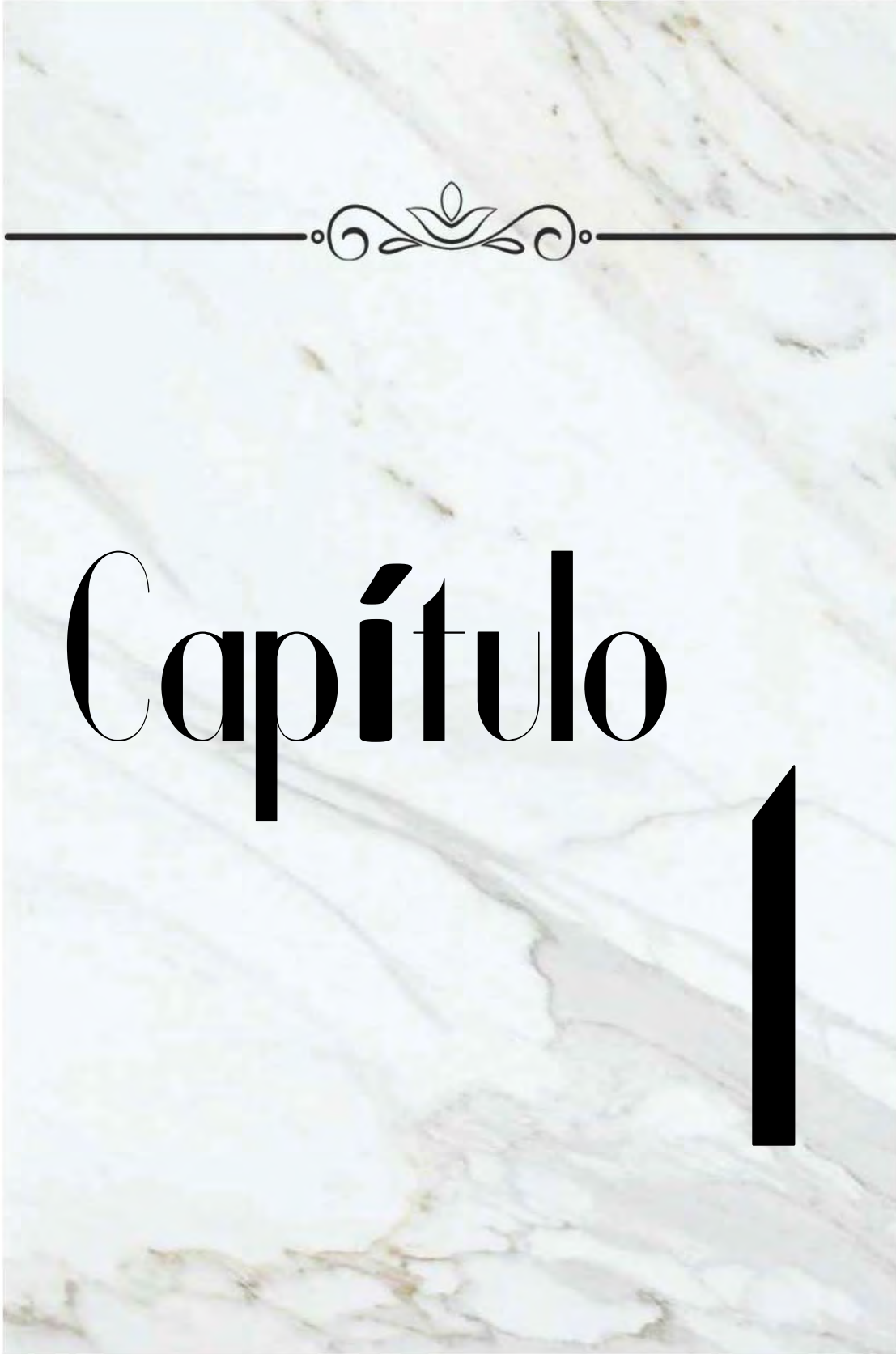
1. 1. INTRODUCCIÓN

La recesión gingival es una condición en la cual el tejido gingival marginal se encuentra desplazado en dirección apical, sobrepasando la unión cemento esmalte^{1,2,3,4,5}. Los dos principales problemas que presentan los pacientes una vez que desarrollan esta condición son: disconformidad estética e hipersensibilidad en la zona expuesta, la cual incluso llega a ser limitante por el dolor que refieren⁶. Las recesiones gingivales tienen un origen multifactorial, es decir existen factores que aumentan el riesgo a desarrollar la condición como los malos hábitos de higiene, la presencia de placa dental, las enfermedades sistémicas no controladas, la inflamación crónica en encía y los factores que predisponen al paciente a desarrollarla como la ausencia de banda queratinizada o el biotipo gingival delgado^{6,7}.

Diversas investigaciones han reportado que niveles de estrés alto tienen un papel determinante en el desarrollo de la enfermedad periodontal, así como el desarrollo de hábitos perjudiciales que comprometen la integridad del periodonto^{8,9}.

Se han propuesto algunos modelos mediante los cuales se pretende explicar la manera en que el estrés afecta o influye en la aparición de recesiones gingivales asociando cómo la actividad del sistema nervioso central traduce el estrés como un estímulo negativo el cual afecta el comportamiento de las glándulas endocrinas además, las últimas investigaciones toman en cuenta no solo el factor que produce el estrés sino también los factores que tienen mediación ante la situación por medio de una reacción ante el estrés^{10,11,12,13}.

El presente estudio tiene como objetivo identificar si existe una relación entre los niveles de estrés percibido por el paciente y la presencia de recesiones gingivales en los individuos que acuden a las clínicas odontológicas de la Escuela Nacional de Estudios Superiores (ENES), Unidad León, UNAM.



2. MARCO TEÓRICO

2.1 Recesiones gingivales

Las recesiones gingivales son una condición en la cual el margen gingival se desplaza en dirección apical a la unión cemento esmalte dejando al descubierto la superficie radicular que en un estado normal no debería estar expuesta, además puede llegar a generar una disconformidad estética e hipersensibilidad dentinaria^{6,7,14,15}. Se caracterizan por una pérdida de inserción de la encía de su posición original, estas puede estar localizada en un solo diente o puede estar presente en múltiples dientes, el origen de esta condición está asociada a diversos factores^{16,17}. Del mismo modo se desarrollaron, múltiples métodos para clasificar y tratar a la misma^{15,18,19}.

2.2 Fisiopatología de las recesiones gingivales

Se ha sugerido que la formación de recesiones gingivales depende de dos factores importantes, la inflamación como factor inicial primario^{12,21} y todos los factores anatómicos, a pesar de ser distintas las causas se debe mencionar que están relacionados los factores de remodelación de los tejidos; tanto conectivo como epitelial; una respuesta inmune puede desencadenar la reabsorción del tejido colágeno el cual está mediado por enzimas hidrolíticas. Conforme los tejidos son destruidos, son cubiertos por epitelio proliferativo, epitelio migratorio de bolsa para que; posteriormente ocurra una combinación entre el epitelio de mucosa que se mantiene íntegro y el tejido conectivo restante, generalmente este proceso es lento y progresivo²². Los factores anatómicos predisponen al tejido a desarrollar defectos, el más importante es en la porción donde se localiza la unión cemento esmalte y el borde mucogingival, estos generalmente son muy delgados^{19,21}. Mientras la encía marginal está limitada por epitelio de unión y surcular esto produce un tejido uniforme, pero delgado entre más delgado menor es la densidad que presenta y por lo tanto el colágeno no puede estar organizado de buena manera ya que se encuentra mezclado con tejido conectivo, epitelio de unión y epitelio externo²³. Entonces entre más delgado es el tejido más susceptible es a presentar una retracción y esto afecta de manera directa la estabilidad de tejido en boca ya que se aumenta la profundidad del surco en la encía adherida permitiendo el aumento de placa subgingival, así como organismos patógenos^{21,22}. Porciones cercanas a

raíces prominentes a menudo presentan una mucosa oral muy delgada, esta limitación tiene como efecto una menor producción de fibras colágenas y con disposición irregular²². El adelgazamiento progresivo del tejido gingival y mucosa está bajo la influencia de enzimas reabsorbentes como las metaloproteasas que son derivadas de distintas células (fibroblastos, neutrófilos, monocitos, macrófagos etc.). Si bien esto apunta de que aquellos linfocitos activados en el área de inflamación actúen sobre otras células como osteoclastos, macrófagos etc. Y por lo tanto desencadenan la liberación de más enzimas hidrolíticas como la colagenasa.²²

2.3 Etiología de las recesiones

La etiología de las recesiones suele ser multifactorial es decir, no suelen ser asociadas a un solo agente causal, por lo tanto es conveniente mencionar la relación causal: relación entre la exposición del agente etiológico y su efecto^{24,25}.

Un factor de riesgo se puede definir como hábitos de vida, comportamientos, exposición ambiental o características heredadas y al presentarse un factor de riesgo aumenta la probabilidad de mostrar una manifestación o condición de la enfermedad, pero estos factores no necesariamente tienen efecto causal, por lo tanto dichos agentes pueden ser modificados con la finalidad de evitar o disminuir las posibilidades de que existan las manifestaciones de la enfermedad. Si se investiga una relación causal, lo que se intenta vincular es la relación entre la exposición al agente etiológico y sus efectos, es decir, la presencia del agente para la manifestación de la condición²⁶.

2.4 Clasificaciones de recesiones gingivales

Con relación al agente etiológico.

Factores desencadenantes: Todos los factores que pueden tener como consecuencia un cambio a las condiciones normales del periodonto y factores predisponentes (anatómicos)⁷.

Factores anatómicos: Falta de hueso alveolar, fenestraciones, dehiscencias, mal posición dental, erupción alterada, escasa o nula encía adherida, mala inserción de frenillo¹⁶.

Factores predisponentes : Factores psicológicos que predisponen al paciente a tener una pérdida de hueso alveolar o que le expongan a un traumatismo constante y de exposición prolongada^{26,27,28}. Malos hábitos de higiene ya sean traumáticos, por ejemplo los pacientes diestros que tienden a presentar dicha condición en dientes de lado derecho de la boca ya que estos son cepillados con mayor fuerza²⁹; o desencadenantes de inflamación por mala práctica o nula práctica de higiene que llevan a una acumulación de placa dentobacteriana, que afectan el estado de salud del periodonto²⁶.

1.5 Factores modificables de las recesiones gingivales

Se expone a las condiciones mucogingivales modificables (ej. uso de tabaco, fuerza del cepillado, placa dentobacteriana) como aquellas donde la exposición a dichos factores hacen particularmente vulnerable y susceptible al individuo a desarrollar recesiones o que se interpreta como componentes contribuyentes a la formación de ésta y por otro están las que no son modificables (ej. edad, género, historia de progresión de recesión gingival)⁷.

Los factores que si son modificables y que influyen en el desarrollo de una recesión gingival y aumentan el riesgo de que el paciente desarrolle la condición son: placa dental visiblemente detectable, sangrado al sondeo, problemas de poca superficie vestibular, problema de inserción de frenillo, cuestiones sobre restauraciones subgingivales, técnica dañina de higiene bucal, asuntos de malos hábitos alimenticios, condiciones de aparatología oral, tratamientos dentales que producen inflamación o traumatismo, tratamiento de ortodoncia o movimientos dentales, además de un mal control de diabetes, consumo de tabaco, y el fenotipo gingival delgado^{16,24,30,31,32}.

Sarfati, y cols en el 2010³⁰ concluyeron que los factores de riesgo tradicionales de la periodontitis (tabaquismo, mal nutrición, uso de medicamentos, etc.) son igual de importantes que los factores de riesgo que predisponen al paciente a desarrollar una recesión gingival, por otro lado, autores como Merijohn en el 2016⁷ clasifica los factores que hacen a un paciente susceptible a desarrollar esta condición los cuales son: grosor del tejido gingival, existencia de banda de tejido queratinizado <2 mm, profundidades de sondeo que se extienden por debajo de la unión mucogingival y un historial previo de inflamación o presencia de recesiones.

Otros autores como Brandini y cols en el 2012⁴ describieron una correlación significativa entre las fuerzas oclusales excesivas y la presencia de lesiones cervicales no cariosas (LCNC) donde en la gran mayoría de los casos se encuentran a la par con las recesiones gingivales, así teniendo una clara relación entre presencia de recesiones gingivales en las LCNC.

La Academia Americana de Periodontología (AAP) identifica la reducción de tejido queratinizado como una de las condiciones mucogingivales que comprometen la salud del periodonto y le hacen más susceptible, pero no específica con un criterio numérico que cantidad pérdida se considera una pérdida clínica importante⁷. Lang & Löe en 1972³¹ demostraron que, a pesar de superficies de los dientes se pueden mantener libres de placa clínicamente detectable, áreas con <2 mm de encía queratinizada tendían a permanecer inflamadas. Otros médicos han evaluado los sitios con <2 mm de tejido queratinizado y llegado a la conclusión de que estos sitios no necesariamente desarrollan la recesión gingival únicamente como resultado de una anchura estrecha o banda de tejido queratinizado^{7,12}. Haciendo referencia a lo anteriormente mencionado estas variaciones en la encía son cuantificables por medio de instrumentos graduados milimétricamente conocidas como sondas periodontales, donde se puede determinar la consistencia de los tejidos, medir la profundidad del surco, al igual que la anchura de la encía queratinizada entre otras funciones²⁰.

Estrés.

Minneman y cols. en 1995³³ en su estudio analizaron la relación entre los rasgos de personalidad y estrés con la patología de los tejidos blandos además de el estado gingival, estos sugieren que los individuos introvertidos y altamente neuróticos responden al estrés con un aumento en la patología de los tejidos blandos además de inflamación gingival.

Fuerzas.

Brandini y cols. en 2012⁴ en un estudio realizado en 130 sujetos encontraron una fuerte relación entre fuerzas oclusales excesivas y LCNC donde en el 89% de estas lesiones se presentaron recesiones.

Por lo que refiere Jepsen y cols. en el 2017³² manifiestan que existe evidencia de estudios observacionales de que las fuerzas oclusales traumáticas no causan

recesiones gingivales.

Placa y cálculo dental.

La presencia de placa dental, así como cálculo en las superficies dentales tiene como consecuencia una inflamación en los tejidos periodontales esto predispone al paciente a desarrollar una inflamación crónica y como consecuencia una destrucción de tejido periodontal⁶.

Albandar J. y Kingman A. en 1999⁶ Establecieron que aproximadamente 23.8 millones de personas tienen por lo menos una exposición radicular con una extensión mayor o igual a 3 milímetros, 53.2 millones sufren sangrando en sus encías, 97.1 millones presentan cálculo dental lo cual corresponde a un 22% de la población de Estados Unidos.

2.6 Clasificación en función a la asociación de factores que la originan

Recesiones asociadas a factores mecánicos traumáticos: En especial producidas por técnicas de cepillado incorrectas y traumáticas. Recesiones asociadas a lesiones inflamatorias en especial por placa: cuando se origina una lesión inflamatoria, la cual ocupa el espacio del epitelio conectivo³⁴.

Recesiones asociadas a formas generales de enfermedad periodontal destructiva: se origina por la pérdida de tejido de soporte en las superficies vestibular o lingual⁷.

2.7 Clasificación de las recesiones en función a las características clínicas que presentan

Con la necesidad de estudiar las recesiones gingivales (RG) se presentaron distintas opciones y puntos de vista para su análisis sistemático.

De las primeras clasificaciones realizadas fue la de Sullivan y Atkins en 1968 donde clasifican la recesión gingival en cuatro aspectos morfológicos que se representan en la Fig. 1:

- Superficial: amplio y estrecho
- Profundo: poco profundo o superficial y amplio o profundo³⁵.

Smith en 1997²³ introdujo el índice de recesión (IR) que se registraba por medio de dos cifras separadas por un guion ejemplo (L3-4) la primer letra describe la cara del diente en la que se presenta la condición L (lingual), F (facial) y los números representan las medidas de la recesión de manera horizontal descrito en la Fig.2a y vertical descrito en la Fig.2b, se podía colocar un asterisco si la pérdida involucraba hasta la unión mucogingival.

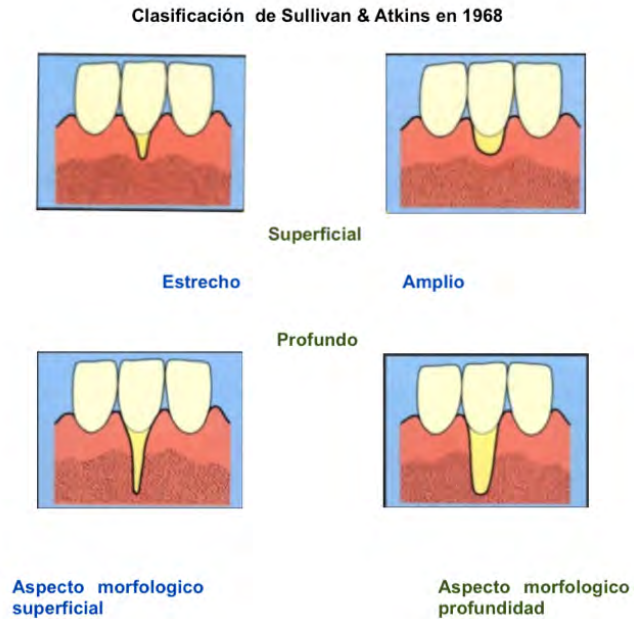


Fig. 1 Representación de la clasificación Sullivan y Atkins de 1968.

Fig. 2a Componente horizontal RG Smith

Puntuación para la extensión horizontal de recesión gingival según Smith en 1997	
Puntuación	Criterio
0	Sin evidencia clínica de exposición de la raíz
1	No se observa exposición clínica de la raíz pero se tiene un conocimiento subjetivo de hipersensibilidad dentinaria respuesta a una explosión de aire de 1s, no hay exposición clínica detectable de la unión cemento esmalte (UCE) hasta en un 10% de la distancia de punto medio a mesial, punto medio a distal
2	Exposición horizontal de la UCE superior al 10% pero no superior al 25% de punto medio a mesial y punto medio a distal
3	Exposición de la UCE superior al 25% de punto medio a mesial y punto medio a distal pero no superior al 50%
4	Exposición de la UCE superior al 50% de punto medio a mesial y punto medio a distal pero sin exceder el 75%
5	Exposición de la UCE superior al 75% de punto medio a mesial y punto medio a distal hasta el 100%

Fig. 2b Componente vertical RG Smith

Puntuación para la extensión vertical de la recesión gingival según Smith en 1997	
Puntuación	Criterio
0	No hay evidencia clínica de exposición de la raíz
1	No se observa exposición clínica de la raíz pero se tiene un conocimiento subjetivo de hipersensibilidad dentinaria y existe una exposición clínica detectable de UCE pero no excede 1mm verticalmente del margen
2	Exposición de la raíz de 2 a 8 mm que se extiende verticalmente desde la UCE a la base del defecto del tejido blando
3	Exposición de la raíz mayor a 8 mm desde la UCE hasta la base del defecto del tejido blando

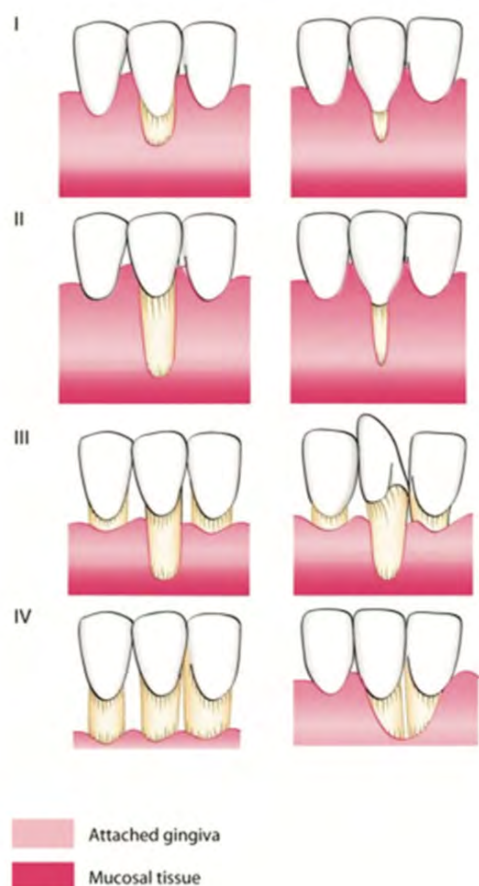


Fig. 3 Representación de la clasificación de Miller

Miller y cols. en 1985:

Clase I. Recesión de tejido marginal que no se extiende hasta la unión mucogingival, no hay pérdida de hueso ni de tejido blando en el área interdental.

Clase II. Consiste en una recesión de tejido marginal que se extiende apical a la línea mucogingival; no hay pérdida de tejido interdental.

Clase III. Existe una retracción de tejido marginal gingival que se extiende apical a la unión mucogingival, en dientes con pérdida de altura del periodonto proximal.

Clase IV. Es una recesión de tejido marginal que se extiende apical a la línea mucogingival con pérdida ósea grave y de tejido blando a nivel interdental.

Es el sistema de clasificación más recurrido por los clínicos, más resulta excluyente de un factor muy importante a tomar en cuenta; la unión cemento esmalte y la condición de la superficie radicular, aún así es útil para la toma de decisiones al momento de seleccionar que técnica es la óptima para realizar un recubrimiento y se encuentra representada en la Fig. 3³⁶.

Cairo y cols en el 2011³⁷ propusieron una nueva clasificación de acuerdo a la inserción clínica interdental, como criterio de identificación donde:

- Recesión tipo 1 (RT1): RG sin pérdida de inserción interproximal. Donde la unión cemento esmalte (UCE) interproximal no fue clínicamente detectable en las caras mesial y distal del diente (Fig.4a)

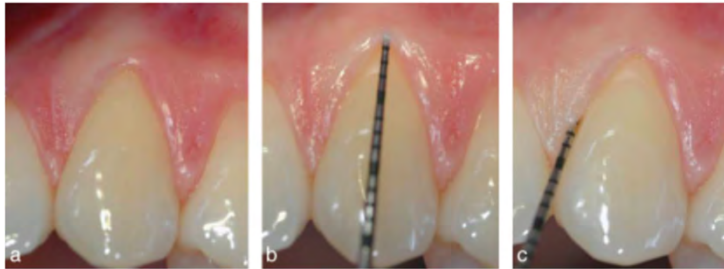


Fig. 4a Donde se observa una RG en un canino superior izquierdo, clasificado como RT1

- Recesión tipo 2 (RT2): RG asociada a pérdida de inserción interproximal. Donde la cantidad de pérdida de inserción interproximal (medida desde la UCE interproximal hasta la profundidad de sondeo interproximal) fue menor o igual a la pérdida de inserción bucal (medida desde el UCE bucal hasta la profundidad de sondeo bucal) (Fig. 4b)

Fig. 4b Donde se observa una RG en un canino superior izquierdo, clasificado como como RT2



- Recesión tipo 3 (RT3): RG asociada a pérdida de inserción interproximal. Donde la cantidad de pérdida de inserción interproximal (medida desde el UCE interproximal hasta la profundidad de sondeo) fue mayor que la pérdida de inserción bucal (medida desde el UCE bucal a la profundidad de sondeo bucal) (Fig. 4c)



Fig. 4c Donde se observa una RG en un canino superior izquierdo, clasificado como como RT3

2.8 Clasificación con base a defectos en las superficies expuestas

Pini-Prato y cols en el 2010¹⁴ proponen una clasificación de variables que presentan las superficies de los dientes con recesión gingival tomando como principales factores la unión cemento esmalte y las discrepancias a nivel cervical (DC). Esto explicado en la Fig. 5 y Fig. 6a – 6d.

Fig.5 Sistema de clasificación respecto a discrepancia en las superficie

UCE	Defecto cervical (DC)	Descripción
Clase A	-	UCE visible sin DC (Fig6a)
Clase A	+	UCE visible con DC (Fig6b)
Clase B	-	UCE no identificable sin DC (Fig6c)
Clase B	+	UCE no identificable con DC (Fig6d)

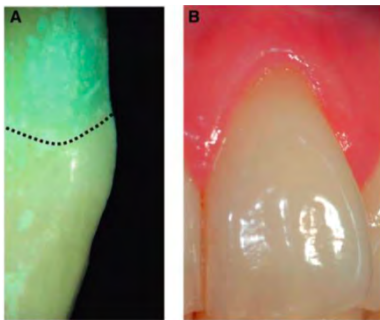


Fig. 6a

Se identifican dos clases respecto a la identificación de la unión cemento esmalte:

- Unión cemento esmalte completamente identificable (A).
- Unión cemento esmalte identificable total o parcialmente (B).

Dos clases identificadas a partir de la medición de las discrepancias en la superficie del diente partir del eje longitudinal del diente hasta el punto más profundo del defecto:

- Defecto a nivel cervical +0.5mm involucrando corona o corona y raíz (+).
- Ausencia de defecto cervical (-)¹⁴.

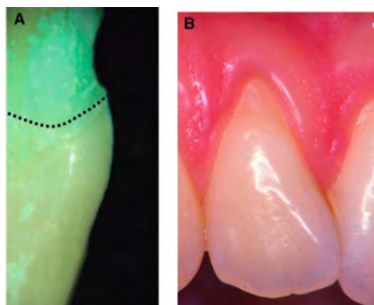


Fig. 6b

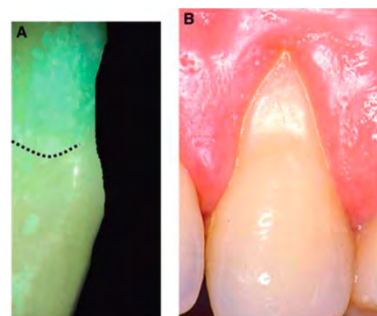


Fig. 6c

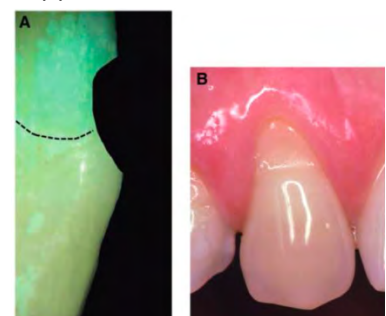


Fig. 6d

2. EL ESTRÉS ASOCIADO A LAS RECESIONES GINGIVALES

El estrés es definido como una serie de estímulos donde el sujeto se encuentra expuesto a circunstancias, acontecimientos entre el individuo y el entorno, los cuales son denominados estresores y son capaces de alterar el equilibrio además de generar una sensación desagradable para el receptor del estímulo³⁸.

3.1 El estrés como un factor desencadenante nocivo para la salud

No fue considerado como un factor de riesgo hasta hace algunos cuantos años atrás, los estudios realizados por distintos investigadores evidenciaban la relación entre altos niveles de estrés y la existencia de enfermedades crónico degenerativas^{17,39,40}. Estudios como el realizado por Freeman y cols. 1993²⁷, Marcenes y cols. en 1992¹², estos autores concordaban en que los factores psicológicos y sociales juegan un papel determinante en el desarrollo de las recesiones gingivales alterando no sólo los hábitos de higiene que presentaban, sino también la fuerza con la que realizaban el cepillado dental. En estos artículos se hace referencia a los distintos niveles de estrés que los individuos pueden presentar así como su multidimensionalidad, esto quiere decir que los pacientes no sólo pueden experimentar estrés en un ámbito laboral, se puede desarrollar estrés en ámbitos familiares o escolares, por esto existen diversos tipos de escalas y de mediciones. Por ejemplo; la escala propuesta por Karasek y cols. en 1979⁴¹ se encarga de medir el estrés en función de la demanda y toma de decisiones. De este modo también se ha demostrado la relación entre la demanda monetaria en relación a satisfacer las necesidades de una familia a pesar de que no se ha establecido una clara relación entre los factores psicológicos con alteraciones de la salud. Con base a los estudios realizados se sugiere que los altos niveles de estrés aumentan significativamente el riesgo de que un paciente desarrolle enfermedades^{13,28}.

3.2 Fisiopatología del estrés

Se ha demostrado una asociación entre el estrés y diversas enfermedades sistémicas por ejemplo; la diabetes, no obstante al enfocarnos en la boca, el estrés ha estado relacionado en mayor medida a enfermedades de carácter necrosante como la gingivitis necrosante y la periodontitis necrosante donde el estrés interviene en la respuesta celular^{10,11,41,42,43,44}. Por lo tanto la alteración ocurre cuando los estímulos estresantes fueron de tal frecuencia y tal intensidad que el cuerpo no pudo restablecer la homeostasis⁴⁵. También se debe de tomar en cuenta que existen diferentes modelos de estudio con los cuales se pretende analizar el estrés, básicamente se han propuesto dos, a través de los cuales se puede explicar su efecto y cómo afecta o influye en la aparición de recesiones gingivales.

1.-El estrés de manera principal afecta al sistema inmune, esto ocurre ya que el sistema nervioso central traduce el estrés como un estímulo negativo el cual afecta el comportamiento de la glándula pituitaria, lo que produce la liberación de la

hormona corticotrópica, está tiene como consecuencia la activación de la hipófisis a la glándula pituitaria, liberando a la hormona adreno corticoide, la cual a su vez produce una liberación de corticoesteroides. Este proceso aumenta los niveles de glucocorticoides por ejemplo; el cortisol, el cual es el más abundante y disminuye los linfocitos, monocitos, eosinófilos; produciendo un cambio del sistema inmunológico. Molecularmente esto implica un fallo en la cascada inmunológica impidiendo que los antígenos sean presentados a los macrófagos^{9,10,39,46,47}. En resumen, el estrés fisiológico y emocional desata una estimulación que tiene como consecuencia una afectación orgánica¹⁰.

2.-El estrés como un factor psicosocial tiene un efecto negativo en las conductas del sujeto aumentando de manera considerable el riesgo que tiene el individuo para desarrollar recesiones gingivales, hábitos como; el consumo de tabaco, el cual aumenta cuando el paciente tiene periodos de estrés, malos hábitos de higiene, dieta alta en carbohidratos, aumento de conductas compulsivas en el cepillado, por mencionar algunos^{9,46}. Los estímulos estresantes pueden inducir un conjunto de reacciones que tienen efectos sobre prácticamente todos los sistemas corporales. Las respuestas fisiológicas a los factores de estrés emocional pueden resultar en la desregulación del sistema inmunológico a través de los sistemas nervioso y endocrino¹⁰.

3.3 Vías del estrés

Está bien establecida la existencia de una comunicación bidireccional entre el sistema nervioso central (SNC) y el sistema inmune que modula tanto las respuestas inmunitarias celulares como humorales contra patógenos^{47,48}.

En respuesta a una variedad de estímulos estresantes, se inicia una elegante secuencia de eventos, que tiene dos vías principales el eje hipotálmico-hipofisiario-adrenal (HPA) y el sistema nervioso autónomo (simpático-adrenal-medular)⁴⁹.

La activación del eje HPA es parte de la respuesta fisiológica normal tanto a la carga física y emocional (estrés), que está diseñada para proteger al huésped y por tanto, para restablecer la homeóstasis, pero el aumento de los niveles de cortisol y epinefrina puede interrumpir la homeóstasis y aumentar la susceptibilidad a la enfermedad⁴⁹.

La activación del eje hipotálmico-hipofisiario-adrenal por estrés resulta en la liberación de una concentración aumentada de hormona liberadora de corticotropina (CRH) del hipotálamo⁴⁸. La hormona liberadora de corticotropina, a su vez, actúa en la glándula pituitaria en su zona anterior, dando lugar a la liberación de la hormona adrenocorticotrópica (ACTH). La hormona ACTH actúa entonces sobre la corteza suprarrenal y provoca la producción y liberación de hormonas glucocorticoides (predominantemente cortisol) mineralocorticoides y andrógenos suprarrenales en la circulación.

La ACTH, junto con CRH, juega un papel importante en la orquestación de la respuesta del cuerpo al desafío homeostático.

Los glucocorticoides producen una gran cantidad de efectos en todo el cuerpo, como la supresión de la respuesta inflamatoria, entre sus efectos inmunosupresores está la alteración de ciertos factores de crecimiento y la elevación de los niveles de glucosa en la sangre, esto proporciona al tejido corporal el combustible necesario para el aumento de las demandas metabólicas en una situación de emergencia^{47,49}. A su vez, suprimen la respuesta inmune, en este contexto, se puede observar que el estrés tiene un efecto significativo sobre los aspectos celulares del sistema inmune.

Las células T-helper se dividen en dos grupos T helper 1 (Th1) y T helper 2 (Th2), los niveles altos de glucocorticoides pueden regular la inmunidad celular mediada por Th1 y aumentar la producción de anticuerpos mediados por células Th2⁵⁰.

De hecho, las respuestas de células Th1 pueden ser efectivamente protectoras contra la periodontitis, mientras que una respuesta de células Th2 puede incrementar la degradación periodontal⁴⁹. Por lo tanto, el aumento de la producción de glucocorticoides inducido por estrés, conduce a una respuesta dominante de las células Th2, que podría dar lugar a la progresión de la destrucción de tejidos periodontales, así como la progresión de la enfermedad periodontal⁵⁰.

La segunda vía principal a ser activada es el sistema nervioso simpático. Un ejemplo bien conocido de esto es la llamada respuesta de "lucha o huida" a estímulos potencialmente dañinos, esto produce una descarga de hormonas resultando en la secreción de catecolaminas⁴⁹.

Cuando la adrenalina tiene sólo un efecto vasopresor cutáneo, la noradrenalina es un vasoconstrictor global, por lo tanto la circulación gingival se ve reducida después de la inyección sistémica de adrenalina¹⁰. El estrés emocional que estimula la liberación de adrenalina debe mostrar una disminución de la circulación gingival con una reducción en el flujo sanguíneo de los efectos de estos vasopresores. Los glucocorticoides, además, ayudan a mantener esta respuesta vascular⁵¹.

En general, el estrés puede resultar en una depresión de las principales células de defensa, esto puede promover el cambio a una lesión dominada por Th2 y por tanto, un vínculo con una lesión periodontal más progresiva, al estar alterado el flujo sanguíneo puede afectar importantes mecanismos de cicatrización o curación, como la angiogénesis, la síntesis de colágeno y la epitelización; a la par la vasoconstricción en los tejidos gingivales, conduce a la necrosis isquémica⁵¹. De lo expuesto anteriormente es evidente que la respuesta del cuerpo humano a los estímulos estresantes es a la vez útil y potencialmente terapéutica, aunque un desequilibrio potencialmente perjudicial ocurre cuando los estímulos estresantes o estímulos percibidos son prolongados⁴⁷.

4. ANTECEDENTES

Algunos estudios se han enfocado a relacionar el estrés con el desarrollo de recesiones gingivales, las cuales han sido asociadas a distintos factores que predisponen al paciente a su desarrollo o que pueden ser modificados para disminuir el riesgo a padecerlo^{2,11,24,39,51}.

El estrés es considerado uno de los factores que aumentan el riesgo a desarrollar una recesión gingival, para comprender como las recesiones gingivales se relacionan al estrés es necesario describir cual es el mecanismo biológico mediante el cual se desarrolla una recesión gingival^{2,17,27,38,39}. Se ha establecido que son dos factores los que intervienen en el desarrollo de las recesiones gingivales ambas a nivel tisular; la presencia de inflamación: se comprobó que una inflamación constante interviene en un mecanismo de reparación celular; el infiltrado inflamatorio destruye el tejido conectivo y este es sustituido de manera prematura con epitelio, todo esto mediado por enzimas proteolíticas. Existen algunos factores anatómicos que comprometen a la estructura, generando una pobre asociación de fibras colágenas y por tanto una mala unión del tejido conectivo al epitelio de unión y surco^{21,22}.

Si bien se tenía una visión general del mecanismo mediante el cual una recesión gingival afecta al periodonto, no se constituía aún una relación clara entre las recesiones gingivales, esto por que la mayoría de los estudios se enfocaban al estado de salud mental del individuo y no ha como este podía ser afectado ante una situación determinada, por lo que se comenzaron a utilizar mecanismos más específicos que permitieran relacionar ambos incluyendo las medidas de eventos cotidianos, esto debido a que una cantidad significativa de eventos estresantes pueden terminar por convertirse en problemas psicosociales⁵².

Green y cols. en 1986⁵³ encontraron una clara relación entre estos eventos de vida cotidiana con el aumento de enfermedades periodontales, investigaciones posteriores se enfocaron no sólo a factores que generaban estrés también intentaron relacionar con otras situaciones de la vida cotidiana como: el estrés laboral que sufren los trabajadores respecto al nivel de concentración, necesario para realizar una actividad, la calidad de matrimonio y el estatus socioeconómico. Se demostró que individuos con trabajos de mayor demanda poseen una salud bucal menor¹². Teniendo en cuenta esto, posteriores estudios no sólo se enfocaron en la medida de situaciones estresantes; sino que también intentaron indagar y relacionar otros factores, a pesar de que los resultados fueron mermados debido a las limitaciones del estudio, es importante tomar en cuenta que la personalidad del paciente también juega un papel importante²⁷.

Se demostró la relación de la aparición de recesiones gingivales, con el estrés y factores desencadenantes del estrés en distintos pacientes con enfermedades mentales o de carácter psicológico⁵³.

Investigaciones más recientes retoman el modelo de estudio de estrés tomando en cuenta no sólo el factor que lo produce, sino también los factores que tienen mediación ante la situación por medio de una tríada: el factor causal, factores mediadores del estrés, reacción ante el estrés¹¹.

El estrés es una respuesta adaptativa del organismo humano, donde es proclive a presentarlo ante la necesidad de adaptarse a una situación o entorno nuevo. El desarrollo de este término se ha ido transformado y modificando, pasando de entenderlo como un esquema estímulo-respuesta a un esquema dinámico y persona-entorno, por ello se ha visto la necesidad de estudiar el estrés en el individuo a partir de su interrelación con su entorno más próximo^{38,54}.

Existen diversos enfoques y formulaciones del término estrés. Puede entenderse como un acontecimiento del entorno externo como una estimulación dolorosa, ruido, discusión, entre otros, en cuyo caso, el estrés se encuentra como una variable independiente. Puede considerarse una respuesta del individuo a una estimulación simpática, liberación de catecolaminas o cortisol, ansiedad, ira, entre otras cosas, cuyo caso, el estrés procede como una variable dependiente. Y puede ser visto como una interacción (transacción) entre el individuo y el entorno siendo así un proceso⁵⁵.

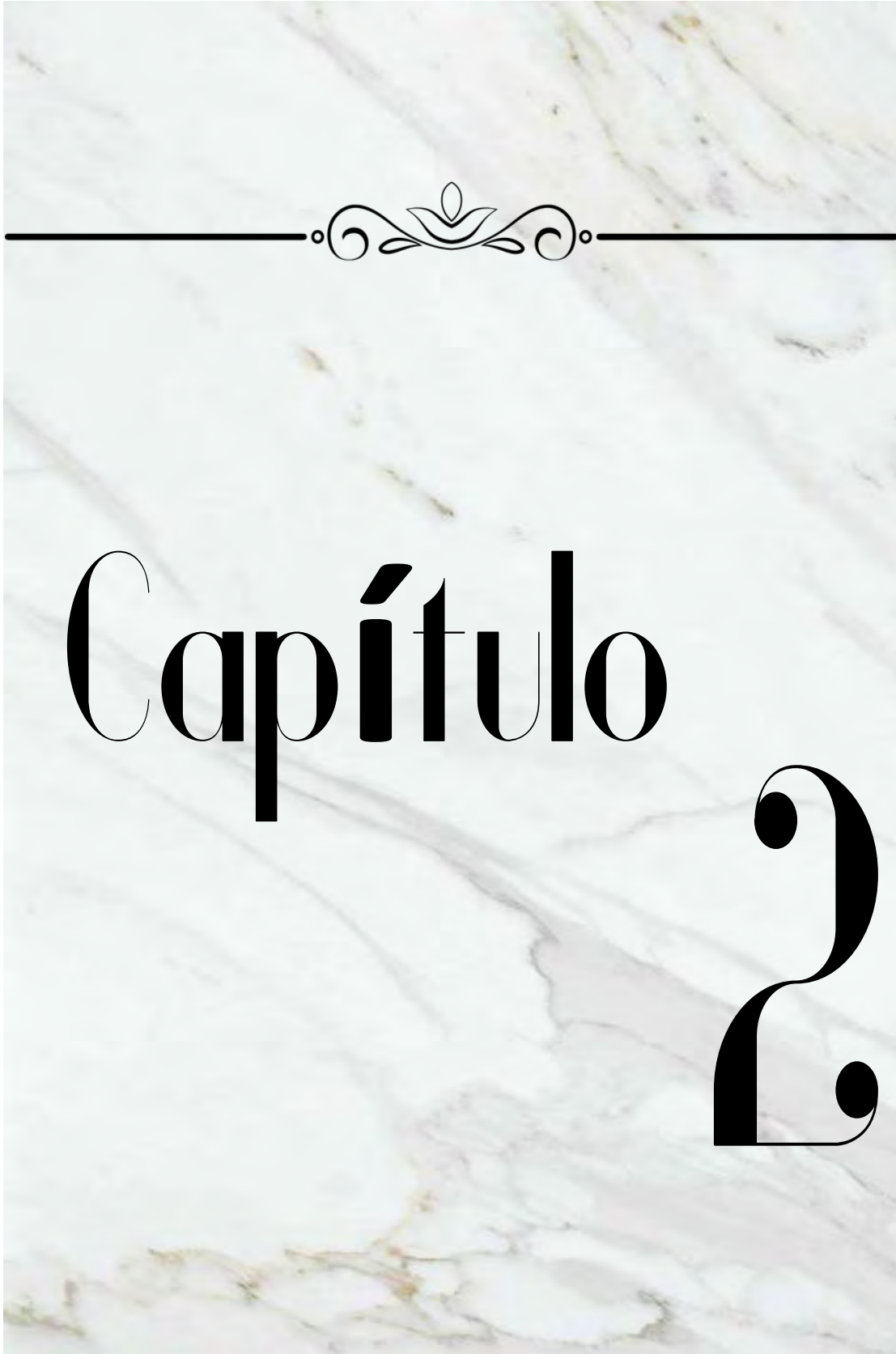
La forma en que se valora el estrés depende del contexto que se utiliza para definirlo. Actualmente, los modelos más comunes de estrés son modelos de procesos, basados en la teoría transaccional del estrés⁵⁶. Esta teoría considera el estrés como una relación transaccional entre el individuo y su medio ambiente. En este planteamiento, la percepción al estrés se acciona cuando el individuo percibe una situación estresante como una demanda del entorno que supera los recursos personales de afrontamiento y por consiguiente una amenaza a su bienestar. La evaluación de la condición como una amenaza, daño o desafío origina la reacción de estrés característico a nivel fisiológico y de comportamiento⁵⁵.

En esta perspectiva transaccional del estrés, según la cual deben existir condiciones tanto internas como externas para que ocurra una respuesta al estrés, es precisamente la relación entre ellas la que genera la aparición del estrés y sus características en el individuo. Esto explica por qué las personas pueden responder de manera diferente al mismo estímulo y, dependiendo de su historia, experiencias y características personales, podrán manifestar diferentes interpretaciones y estilos de afrontamiento en cada situación⁵⁷.

Esta perspectiva es consistente con la escala de estrés percibido (PSS), que fue diseñado para medir el grado en que las situaciones de vida son percibidas como estresantes^{57,58}. Hay 3 versiones de la escala: el PSS14, el PSS10 y el PSS4. Los números que siguen las siglas indican el número de elementos de escala.

La Escala de estrés percibido (PSS-14), versión Cohen y cols. de 1983⁵⁸, es una de las más usadas. Ha sido adaptada culturalmente en México por González & Landero en el 2007⁵⁷ en su versión en español, y es una escala que tiene una adecuada

consistencia interna de 0.83. Su tiempo aproximado de aplicación es de 8-10 min, y está conformada por 14 ítems que incluyen preguntas directas sobre los niveles de estrés experimentados en el último mes. Utiliza un formato de respuesta tipo Likert de 5 alternativas, con un rango de 0 (nunca) a 4 (muy a menudo), invirtiéndose la puntuación en los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13. La escala puntúa de 0 a 56; las puntuaciones superiores indican un mayor estrés percibido. La escala PSS-14 ha demostrado ser fiable y válida para evaluar el estrés en diversas poblaciones: mujeres, hombres, estudiantes, inmigrantes, pacientes cardiopatas, hemofílicos, renales, con enfermedades cutáneas o con VIH positivo⁵⁹.



Capítulo

2

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha encargado de realizar un registro de las principales enfermedades que afectan a las diversas poblaciones, se estima que entre el 10-15% de la población presenta problemas periodontales graves¹⁷; México se encuentra afectado en mayor medida por alteraciones bucales tales como: gingivitis, pérdida prematura de dientes y caries dental. También en el último registro realizado se estimó que sólo el 41.3% de adultos con una edad de entre 20 a 34 años tenían periodonto sano^{7,8}. No obstante, no se realizó ningún registro respecto a la presencia de recesiones gingivales las cuales limitan al paciente de diversas maneras, inicialmente las personas que desarrollan recesiones gingivales sufren de hipersensibilidad en la zona expuesta debido a que el cemento radicular que cubre la superficie del diente es rápidamente erosionada dejando expuesta dentina⁴ en otro orden de las cosas, existen personas a las cuales les genera una gran disconformidad estética⁶. Se han realizado estudios de las mismas desde el año de 1941, sin embargo dichos estudios se enfocaban a buscar un agente causal⁹. Además se debe considerar que diario los individuos se ven continuamente expuestos a estímulos que van desde situaciones cotidianas a actividades ocupacionales, lo cual implica estrés. Los modelos más recientes sugieren que estas situaciones no afectan a todos por igual ya que dependen de cómo perciba la persona el estímulo, todos los factores que sean intermedios, y como reaccione la persona¹¹. Por lo anteriormente expuesto surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe una relación entre el nivel de estrés percibido y la presencia de recesiones gingivales en adultos que asisten a consulta dental en la clínica de admisión en la ENES Unidad León, UNAM en el periodo de Noviembre del 2017 a Marzo del 2018?

6. JUSTIFICACIÓN

El aumento de las enfermedades periodontales alrededor del mundo, tiene como consecuencia indirecta el riesgo a desarrollar recesiones gingivales, la identificación de los mismos contribuye al control y registro de las recesiones gingivales.

A pesar de estar relacionados los factores de riesgo a desarrollo de recesiones gingivales no se tiene un debido registro de las mismas en México en particular en el municipio de León, Guanajuato.

Está claro que los pacientes que presentan recesiones gingivales son una fuente considerable de datos que no son recopilados, que de serlo podrían ser utilizados para:

- Concientizar a los pacientes del estado de salud periodontal en particular de la existencia de recesiones gingivales.
- Tener un antecedente del desarrollo y control de la enfermedad en la entidad.
- Esta investigación permite ahondar en la complejidad en la que involucra la identificación, clasificación y registro de recesiones gingivales, no solo se indaga

en el estado de salud bucal del paciente también se analiza el aspecto de salud general del paciente, sociodemográfico, hábitos perniciosos de salud, así como de estado psicosocial del mismo.

7. OBJETIVOS

7.1 Objetivo general:

Identificar si existe relación entre estrés percibido y la presencia de recesiones gingivales en pacientes adultos que asisten a la consulta dental en la clínica de admisión de la Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León, UNAM del período Noviembre del 2017 a Marzo del 2018.

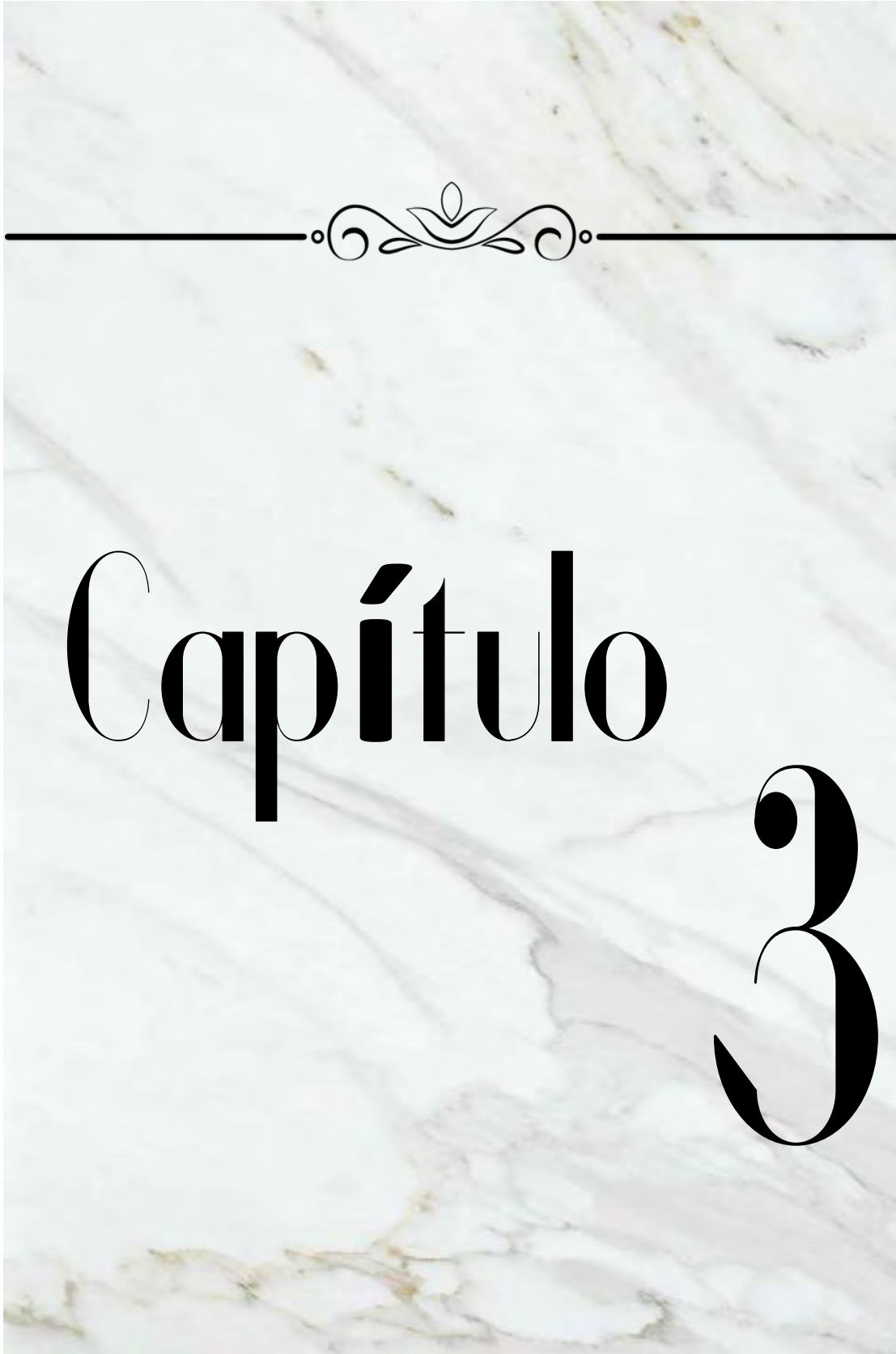
7.2 Objetivos específicos:

- Identificar la presencia de recesiones gingivales en pacientes adultos de 20 a 50 años que asisten a la consulta dental por medio de un registro periodontal.
- Determinar la distribución de recesiones gingivales por sexo, edad, y escolaridad en pacientes de 20 a 50 años de edad que asisten a la consulta dental.
- Determinar el nivel de estrés que presenta cada paciente mediante la escala de “Estrés percibido (PSS - 14)” .
- Identificar la técnica de cepillado en los pacientes de 20 a 50 años que asisten a la consulta dental.
- Establecer una relación entre hipersensibilidad dental y la presencia de recesiones gingivales.
- Identificar la presencia de periodontitis en pacientes de 20 a 50 años de edad que asisten a la consulta dental.
- Identificar la presencia entre el sangrado al sondeo en pacientes de 20 a 50 años de edad que asisten a la consulta dental.
- Identificar el grado de higiene bucal mediante el índice de higiene oral simplificado (IHOS) en los pacientes de 20 a 50 años que asisten la consulta dental.

8. HIPÓTESIS

H1: Existe una asociación entre las recesiones gingivales y estrés percibido en pacientes adultos que asisten a consulta dental en la clínica de admisión en la ENES Unidad León, UNAM en el período Noviembre del 2017 a Marzo del 2018

H2: No existe una asociación entre las recesiones gingivales y estrés percibido en pacientes adultos que asisten a consulta dental en la clínica de admisión en la ENES Unidad León en el período Noviembre del 2017 a Marzo del 2018



Capítulo

3

9. MATERIALES Y MÉTODOS

9.1 Tipo de estudio:

Transversal descriptivo observacional de correlación.

9.2 Universo de estudio:

Aproximadamente 4058 pacientes que ingresen a las clínicas odontológicas de la Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León, UNAM. (pacientes asistentes a la clínica de admisión en el periodo de un año). Todos los pacientes que ingresan a la clínica de admisión de la ENES Unidad León UNAM.

9.3 Tipo y tamaño de muestra:

Muestreo Por Conveniencia.

Se obtuvo una muestra de 219 pacientes calculada con la fórmula de proporciones bajo los siguientes supuestos:

Confianza= 95%

Significancia=0.05

Proporción esperada= .40

Precisión= 0.4

Z=1.96

Varianza =0.24

9.4 Criterios de selección

9.41 Criterios de inclusión

- Pacientes que han sido registrados en clínicas de admisión de la Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León, UNAM en el período Noviembre del 2017 a Marzo del 2018.
- Pacientes de 20 a 50 años que asistieron a la consulta dental en la clínica de admisión.
- Pacientes sistémicamente sanos.
- Solo se incluyeron pacientes con enfermedades crónico degenerativas que se encuentren bajo tratamiento médico estable.
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio.

9.42 Criterios de exclusión

- Pacientes edéntulos.
- Pacientes con previo tratamiento periodontal o con historia clínica de procedimientos de coberturas radiculares en cualquier momento de su vida.

- Pacientes que hubieran requerido de profilaxis antibiótica antes de la examinación.
- Pacientes con antecedentes de bruxismo.
- Pacientes con historial previo de enfermedades neurológicas que les impidieran su participación.
- Pacientes con enfermedades crónico degenerativas no controladas médicamente.
- Pacientes que no hayan deseado participar en el estudio.

9.43 Criterios de eliminación

- Pacientes a los cuales no se les logró obtener sus datos.

10. DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición
Sexo	Las características biológicas visibles que caracterizan a los hombres y mujeres serán tomados encuentra esta información además será ratificada por medio del cuestionamiento directo al individuo.	Cualitativa nominal	1. Hombre 2. Mujer
Edad	El número de años cumplidos de los pacientes al momento de contestar el cuestionario, el registro se realiza con números enteros.	Cuantitativa ordinal	1. Numero de años
Escolaridad	Grado de estudios completos que tiene el participante al momento de realizar la entrevista se registra de manera directa en el cuestionario.	Cualitativa ordinal	1.No estudió 2.Primaria incompleta 3.Primaria completa 4.Secundaria 5.Bachillerato /Carrera técnica 6.Licenciatura 7.Posgrado 9.No contestó
Estatus laboral	Posición en la escala	Cualitativa	1.Empleado

	social del individuo dentro la comunidad sobre el estado o condición de la actividad vinculada al trabajo, en el momento que se realiza el cuestionario y se registra de manera directa.	nominal	2.Desempleado 9.No contestó
Ocupación	Lo referente a la actividad de la que obtiene remuneración económica que puede ser de tiempo parcial o completo, en el momento que se realiza el cuestionario y se registra en de manera directa.	Cualitativa nominal	1. Directivo / Gerente 2. Profesionista 3. Técnico 4. Trabajador del sector gubernamental 5. Trabajador del sector privado 6. Comerciante formal 7. Comerciante informal 8. Ama de casa 9. Estudiante 10.No contestó 11.Otro
Ingresos económicos	Los ingresos, en términos económicos que hacen referencia a todas las entradas económicas que recibe mensualmente el participante como remuneración de una actividad en pesos mexicanos. Reportado en el cuestionario mediante la pregunta ¿Cuáles son su ingresos mensuales promedio?	Cuantitativa de razón	1. Cifra especificada
Presencia de enfermedades crónicas	Enfermedades que refiere el paciente de tipo crónico degenerativas al	Cualitativa nominal	1. Si (Especifique) 2. No

	<p>momento del cuestionario, la cual fue registrada por medio del cuestionamiento</p> <p>¿Usted padece alguna enfermedad crónica diagnosticada? Y de ser el caso positivo especificarla.</p>		
Tipo de enfermedad crónica	<p>Tipo de enfermedad crónica que se divide entre las principales enfermedades crónico degenerativas que causan mayor mortalidad, en el momento que se realiza la entrevista registrada por medio del cuestionamiento</p> <p>¿Ha padecido o padece de alguna de las siguientes enfermedades?</p>	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hipertensión 2. Diabetes 3. Enfermedades cardíacas 4. Cáncer 5. Enfermedades respiratoria 6. No contestó 7. Otra 9. No aplica
Enfermedad crónica controlada	<p>Es la enfermedad crónica donde se aplican medidas para conseguir el control de esta, siendo principalmente los fármacos la primer vía del control, para así lograr un mejor funcionamiento del sistema del individuo, al momento del cuestionario, la cual fue registrada por medio del cuestionamiento</p> <p>¿Su enfermedad se encuentra médicamente</p>	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 9. No aplica

	controlada?		
Fármacos para el control de la enfermedad crónica	El uso de sustancias legales con fines terapéuticos generando cambios biológicos en el organismo a través de sus acciones químicas para tratar la enfermedad crónica, en el momento de la entrevista la cual fue registrada por medio del cuestionamiento ¿Con que medicamento controla su padecimiento?	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fármaco 1 2. Fármaco 2 3. Fármaco 3 4. Fármaco 4
Hipersensibilidad dental	Es la presencia de dolor o incomodidad dental ante estímulos externos como frío, calor, dulce y ácido, la cual será registrada por medio del cuestionario mediante la pregunta ¿Presenta dolor en sus dientes con los cambios de temperatura?	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
Tratamientos dentales previos	Es el conjunto de medios que se utilizan para aliviar o curar una enfermedad que se encuentra en cavidad bucal y ya ha sido tratada la cual será registrada por medio del cuestionario mediante la pregunta ¿Le han realizado algún tratamiento dental previo?	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
Tipo de tratamiento dental previo	Técnicas dentales para corregir diversas patologías de cavidad	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Limpieza / prevención 2. Operatoria

	bucal, divididos por área, a cual será registrada por medio del cuestionario mediante la pregunta ¿Qué tipo de tratamiento dental ha tenido?		(Remoción de caries y relleno) 3. Prótesis (Coronas) 4. Tratamiento periodontal. 5. Extracciones. 6. Endodoncia. 7. Ortodoncia. 8. Otro.
Presencia de apiñamiento	Proceso fisiológico, que puede ocurrir tanto en dentición temporal como en permanente, en el cual las bases óseas, es decir, el espacio disponible, generalmente tiene un menor tamaño que el de los dientes o espacio requerido, este será medido por medio de la revisión de la cavidad oral en el momento de la exploración de cavidad bucal por el examinador.	Cualitativa nominal	1. Apiñamiento en zona antero superior. 2. Apiñamiento en zona antero inferior. 3. Apiñamiento en zona posterior superior. 4. Apiñamiento en zona posterior inferior.
Presencia de prótesis	Presencia de un elemento artificial que sustituye o reemplaza la anatomía y función de algún órgano dental que se ha perdido o nunca estuvo presente y será registrado durante la exploración de cavidad oral por el examinador.	Cualitativa nominal	1. Si 2. No
Tipo de prótesis	Tipo de prótesis dental que tiene el paciente dividida en removible y fija que presenta el individuo	Cualitativa nominal	1. Removible 2. Fija

	en el momento de la exploración de cavidad oral realizada por el examinador donde se especifican los dientes que están siendo sustituidos.		
Higiene Oral	Cantidad de placa dentobacteriana y cálculo dental presente en la boca del paciente al momento del estudio. Se medirá a través de la escala reportada como índice de higiene oral simplificado IHO-S en el anexo 1 en la cual puntajes van del 0 al 6.	Cuantitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. 0.- Excelente 2. 0.1-1.2 Buena 3. 1.3-3.0 Regular 4. 3.1-6.0 Mala
Técnica de cepillado	Forma en la cual el participante cepilla sus dientes registrada por medio del cuestionario con la pregunta ¿De que manera cepillas tus dientes?	Cualitativa ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Horizontal 2. De arriba hacia abajo 3. Circular 4. No contestó / no sabe
Tipo de cepillo	Naturaleza y dureza del cepillo dental utilizado por el participante para su higiene oral. Registrado por medio del cuestionario por la pregunta ¿Cómo es su cepillo dental?	Cualitativa ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suave 2. Duro 3. Eléctrico
Complementos a la higiene oral	Es el uso de algún complemento a la higiene además del cepillo dental. Se reporta mediante la pregunta ¿Utiliza	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No

	algún complemento de higiene además del cepillo de dientes?		
Tipo de complementos a la higiene oral	Tipo de complementos a la higiene oral que el participante utiliza. Se reportó mediante la pregunta en caso de usar algún complemento a la higiene oral ¿Qué complemento utiliza?	Cualitativa ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hilo dental 2. Cepillo interdental 3. Enjuague bucal 4. Otro y especificará cual.
Frecuencia de cambio de cepillo dental	Frecuencia con la que el participante cambia su cepillo dental se reportó mediante la pregunta ¿Con que frecuencia cambia su cepillo dental?	Cuantitativa de razón	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cifra especificada
Tabaquismo	Es la adicción o necesidad del consumo del tabaco y sus derivado por parte del participante. Reportado por medio de la pregunta ¿Es usted fumador?	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
Tiempo de consumo de tabaco	El tiempo que el participante lleva consumiendo tabaco. Definiendo si es años, meses, reportado por medio de la pregunta ¿Cuanto tiempo lleva fumando?	Cuantitativa de razón	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cifra especificada en años y meses 9. No aplica
Frecuencia en consumo de tabaco	Es la frecuencia con la que el participante consume tabaco reportado por medio de la pregunta ¿Con que frecuencia fuma?	Cualitativa ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diario 2. Semanal 3. Ocasional 9. No aplica
Cantidad en el consumo de	Es la cantidad en el consumo de cigarrillos	Cuantitativa de razón	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cifra especificada

tabaco	reportado por medio de la pregunta ¿Cuántos cigarrillos fuma?		9. No aplica
Interrupción en el consumo de tabaco	Si el participante ha interrumpido el consumo de tabaco reportado por medio de la pregunta ¿Ha dejado de fumar?	Cualitativa nominal	1. Si 2. No 9. No aplica
Tiempo de interrupción en el consumo de tabaco	El tiempo en el que el participante ha interrumpido el consumo de tabaco definido en meses y/o años reportado por medio de la pregunta de ser afirmativo ¿Por cuánto tiempo?	Cuantitativa de razón	1. Cifra especificada en años y meses 9. No aplica
Alcoholismo	Es la adicción o necesidad del consumo de bebidas con contenido alcohólico por parte del participante. Reportado mediante la pregunta ¿Consume usted alcohol?	Cualitativa nominal	1. Si 2. No
Tiempo de consumo de alcohol	Es tiempo que el participante lleva consumiendo alcohol definiendo en meses y/o años reportado por medio de la pregunta ¿Cuánto tiempo lleva consumiendo?	Cuantitativa de razón	1. Cifra especificada en años y meses 9. No aplica
Frecuencia en el consumo de alcohol	Es la frecuencia en el consumo de bebidas con contenido alcohólico reportado por medio de la pregunta ¿Con qué frecuencia consume?	Cualitativa ordinal	1. Diario 2. Semanal 3. Ocasional 9. No aplica

	alcohol?		
Cantidad en el consumo de alcohol	Es la cantidad de bebidas con contenido alcohólico que consume el participante reportado por medio de la pregunta aproximadamente ¿Cuántas bebidas consume?	Cuantitativa de razón	1. Cifra especificada 9. No aplica
Hijos	Si el participante tiene algún descendiente directo, de fruto biológico o de adopción reportado por medio de la pregunta ¿Usted tiene hijos?	Cualitativa nominal	1. Si 2. 2. No
Cantidad de hijos	Cantidad de descendientes de fruto biológico o de adopción que el participante tiene reportado por medio de la pregunta ¿Cuántos hijos tiene?	Cuantitativa de razón	1. Cifra especificada 9. No aplica
Responsable del cuidado de hijos	Quién es la persona encargada de el cuidado y atención de la descendencia del participante mientras no esta en horas escolares reportado por medio de la pregunta ¿Quién es el encargado del cuidado de su (s) hijos?	Cualitativa nominal	1. Participante 2. Pareja 3. Responsabilidad compartida 4. Otra persona 9. No aplica
Estrés	Es el grado de tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicossomáticas o trastornos	Cuantitativa	1. 0-14 Casi nunca o nunca está estresado 2. 15- 28 De vez en cuando está estresado 3. 29-42 A menudo

	psicológicos cuando el participante se enfrenta de forma brusca a un agente nocivo, de cualquier naturaleza. Se midió a través de la escala de estrés percibido de PSS - 14 cuya codificación se encuentra en el anexo 2 .		está estresado 4. 43-56 Muy a menudo está estresado
Enfermedad periodontal	Procedimiento de detección de periodontitis y registro de forma rápida, sencilla sobre el estado periodontal, donde se emplea una sonda periodontal codificada marca Hu - Fridley carolina del norte, en donde el examinador sondeo cada diente en 6 puntos mesial, punto medio y distal de las caras vestibular, palatina/lingual como se explica en el anexo 3 y se registra en la casilla de PS.	Cualitativa nominal	1. Si 2. No
Presencia de sangrado	El sangrado al sondeo es la presencia de hemorragia después del sondeo al introducir la sonda, pudiendo variar de una línea roja tenue, hasta un sangrado profuso, además de presentarse ya sea inmediatamente al introducir la sonda, después de removerla o retrasarse de 30 a	Cualitativa nominal	1. Si 2. No

		segundos. Esto se registró en la casilla de SS con un signo positivo sobre el área de hemorragia que fue sondeada.		
Presencia de recesiones gingivales	de	Presencia de la ubicación más apical del margen gingival (MG) con respecto a la unión cemento esmalte (UCE) y registrada en por los milímetros. Cuando el MG esta apical a la UCE se registra con un número entero positivo. En el caso de que el MG este coronal a la UCE se registra con un número entero negativo. Estos datos se vacían en la casilla de UCE.	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No

11. MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La recolección de la información se dividió en tres secciones comprendidas por: protocolo, prueba piloto y recolección de la información.

a) Protocolo

Se realizó un protocolo, fue expuesto y aprobado por el comité de bioética de la Escuela Nacional de Estudios Superiores UNAM Unidad León, para la autorización en la participación de los pacientes ingresados a consulta dental en la clínica de admisión de la Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León, UNAM en el periodo de Noviembre de 2017 a Marzo del 2018 a los cuales se les aplicó un cuestionario y una evaluación bucodental (**Anexo 4**).

b) Prueba piloto

Se realizó una prueba piloto de cuestionario determinando su viabilidad, a continuación el único examinador fue estandarizado para el examen intraoral donde se obtuvo un índice de kappa 82.9%, esto para verificar la confiabilidad interexaminador.

c) Recolección de información

En esta sección se recolectó la información a partir del siguiente esquema:

1.- Los pacientes fueron invitados a ser parte del estudio además de informados sobre el objetivo de la investigación, asegurando completa confidencialidad en el manejo de datos, así como la autorización escrita del consentimiento informado (**anexo 5**).

2.- Una vez que los pacientes aceptaron a participar se procedió con la aplicación de un cuestionario que está conformado por dos partes la primer parte consiste en una fase sociodemográfica, hábitos orales, hábitos perniciosos, estado de salud general y bucal, información de cuidado de salud oral, presencia de enfermedades crónicas. La segunda fase está compuesta por el cuestionario PSS - 14 donde se utiliza una escala de Likert en la cual se tienen 5 opciones de respuesta a cada pregunta que van desde nunca a siempre, donde se realizaron 14 cuestionamientos para determinar estrés percibido, de la cual al final se obtuvo un resultado y se interpretó según lo mencionado previamente en la definición de variables.

3.- Seguido de eso se hizo un examen bucodental que se realizó en la clínica de admisión, en una unidad dental que forma parte de la escuela, con espejo bucal no. 5, sonda carolina del norte, sonda tipo OMS donde se llenó un registro periodontal, que comprendía la captura de datos sobre: presencia de prótesis, tipo de prótesis, presencia de apiñamiento, toma del índice IHOS reportado en el (**anexo 1**), presencia de periodontitis y presencia de recesiones gingivales. Para la presencia

de periodontitis, se tomaron mediciones de profundidad de sondeo (**anexo 3**). El diagnóstico de recesiones gingivales el cual se llevo a cabo midiendo en 6 puntos de cada diente, siendo estos mesial, punto medio y distal, tomados por vestibular y palatino o lingual, excluyendo los terceros molares así logrando un máximo de medición de 168 sitios por sujeto de estudio a continuación eso se reportó en números enteros y al milímetro más cercano tomando la distancia del margen gingival a la unión cemento esmalte.

4.-Por último se agradeció la participación a los pacientes en el estudio.

12. MÉTODOS DE REGISTRO Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La información fue recolectada y vaciada a hojas de cálculo de Excel y posteriormente analizado en el paquete estadístico SPSS vs 23.

13. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se llevó a cabo un análisis descriptivo para las variables sociodemográficas. Se estableció un análisis bivariado de chi cuadrada para verificar diferencias en la presencia de recesión gingival, periodontitis, sangrado al sondeo y condiciones de higiene bucal por variables sociodemográficas. Por último, se construyeron modelos de regresión logística binaria para identificar el riesgo de periodontitis, recesión gingival, sangrado al sondeo e índice de higiene bucal por la presencia de estrés y otras variables sociodemográficas.

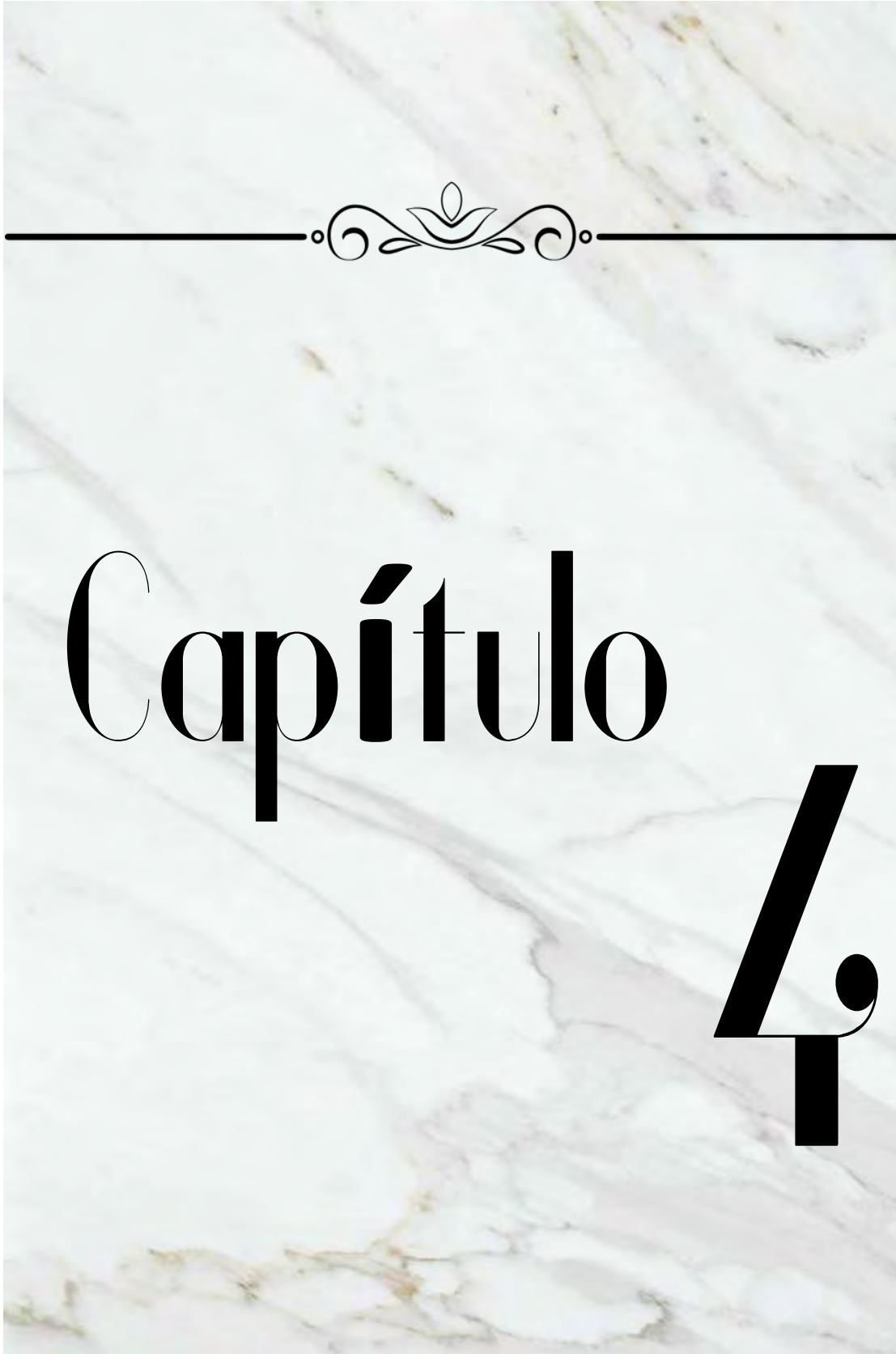
14. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

- Copia de cuestionario y consentimiento informado firmado por cada paciente
- Bolígrafo
- Unidad dental de la clínica de admisión de la ENES UNAM Unidad León
- Kleen pack
- Desinfectante en aerosol
- Toallas higiénicas de papel desechables
- Toallas desechables desinfectantes
- Campos
- Baberos
- Guantes
- Cubre bocas
- Sonda periodontal HU-FRIDEY Carolina del norte
- Sonda periodontal tipo OMS
- Espejo bucal no.5

- Gasas
- Casete de esterilización
- Bolsas de esterilización
- Computadora
- Examinador
- Asistente de examinador
- Bata desechable

15. CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo a la Ley General de Salud en el artículo 100⁶⁰ (La investigación en seres humanos se realizará conforme a las siguientes bases) párrafo IV. La cual marca lo siguiente "Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud" según lo anterior se solicito consentimiento informado. En donde me comprometí a manejar todos los datos recabados solo con fines estadísticos, garantizando confidencialidad en el manejo de la información y respetar la decisión de las personas de no participar en el estudio, que además presenta un riesgo muy bajo o nulo, todo esto con previo protocolo enviado y aprobado por el comité de bioética de Escuela Nacional de Estudios Superiores UNAM Unidad León, todos los participantes aceptaron verbalmente y firmaron consentimiento informado (**Anexo 5**).



Capítulo

4

16. RESULTADOS

Distribución general

En primer lugar la tabla de distribución sociodemográfica (Tabla 1) el 64.8% fueron pacientes femeninos mientras que el 35.2% eran pacientes masculinos, en cuanto a edad el 56.2% eran pacientes de 20 a 30 años, el 24.7% sujetos de 41 a 50 años y el 19.2% restante individuos de 31 a 40 años, relacionado a la escolaridad el 29.2% tenían escolaridad de secundaria, al igual que aquellos que terminaron bachillerato o carrera técnica, seguido del 26.5% con estudios de licenciatura, por otro lado aquellos que terminaron la primaria fueron el 9.1%, los sujetos con escolaridad de posgrado son el 3.7% y el restante 1.8% son pacientes con estudios de primaria incompleta, con alusión al estatus laboral el 62.1% de los pacientes se encuentran empleados, respecto a tener hijos el 53.9% refirió tener al menos un hijo, respecto a la responsabilidad del cuidado de sus hijos el 48.3% de los sujetos mencionaron compartir la responsabilidad de cuidar a sus hijos, por lo que se refiere el 33.9% indicaron ser ellos los cuidadores de sus hijos, mientras que el 9.3% mencionaron que la pareja cuida de sus hijos, siendo el 8.5% los que refirieron que otra persona cuida de sus hijos.

En segundo lugar en la tabla de distribución sobre patologías bucales y antecedentes dentales (Tabla 2) podemos ver que el 56.6% de la muestra refirió no tener hipersensibilidad, respecto a tratamientos dentales previos el 93.2% mencionó si haber tenido, aludiendo al tipo de tratamiento donde mencionan los pacientes cuales han sido los tratamientos que se han llevado a cabo en su cavidad bucal, se plasmaron de acuerdo al orden que el individuo expresó, pudiendo ser tipo de tratamiento 1-4 cualquier opción contenida en el cuestionario; el tipo de tratamiento 1 el de mayor porcentaje fue el 74.9% con limpieza o prevención, seguido del 10.5% siendo operatoria el tratamiento, en el tipo de tratamiento 2 el 53.0% refirió tratamiento de operatoria seguido del 12.3% que son extracciones, mientras que en el tipo de tratamiento 3 el 30.6% mencionó extracciones, seguido del 34.3% que refirió no haber tenido algún tratamiento y 13.2% siendo el tratamiento de prótesis.

En tercer lugar sobre la tabla de distribución de antecedentes dentales y prácticas de higiene (Tabla 3) encontramos que el tipo de tratamiento 4 el más predominante es el 65.7% son aquellos pacientes que no tuvieron ningún tratamiento seguido del 12.3% que es tratamiento de extracciones, en el tipo de tratamiento 5 el 85.3% no tuvo ningún tratamiento, seguido del 11.0% siendo endodoncia, en la técnica de cepillado se vio reflejado que el 65.8% mencionó tener una técnica de cepillado vertical, por otro lado el 20.5% refirió usar una técnica vertical mientras que el 13.7% indicó usar una técnica circular, haciendo alusión al tipo de cepillo que usa el 54.8% refirió usar un cepillo mediano, el 32.4% mencionó usar un cepillo suave, por lo que se refiere el 11.0% indicó usar cepillo duro, el 1.4% no sabía o no contestó la pregunta, mientras que el 0.5% refirió usar cepillo eléctrico, respecto al uso de completo de higiene el 52.5% refirió si usar al menos un complemento.

En cuarto lugar la tabla de distribución de prácticas de higiene (Tabla 4), en cuanto al complemento número uno que usan el 29.7% refirió usar enjuague bucal, mientras que el 20.1% mencionó usar hilo dental el 47.5% no usa complemento, respecto a complemento número 2 que usan el 90.9% refirió no usar complemento mientras que el 7.3% enjuague bucal, aludiendo al complemento de higiene 3 el 1.4% usa enjuague bucal, a los participantes se les entregó un tipodonto para que explicaran cual era su técnica de higiene donde se encontró que el 49.8% usaba una técnica vertical, por otro lado el 26.5% indicó una técnica horizontal, por último el 23.7% técnica circular, de la muestra de pacientes a los cuales se les realizó una evaluación intraoral se encontró que el 26.0% de ellos no presentaban periodontitis respecto al 74.0% que mostraba tener periodontitis, respecto al sangrado al sondeo el 94.5% tuvo sangrado comparado con el 5.5% que no presentaba sangrado al sondeo, refiriéndose a la presencia de recesiones gingivales de los individuos analizados el 69.9% presentaba recesiones gingivales contrario al 30.1% que no las presentaban por último sobre el IHOS el 57.1% mostraba una calificación regular y mala contraria al 42.9% con una ponderación buena dentro del índice.

En quinto lugar en la tabla distribución de toxicomanías (Tabla 5) se encontró que el 21.9% afirmó fumar, en cuanto a frecuencia en el consumo de tabaco el 47.9% indicó fumar diario, al igual que aquellos que mencionaron fumar ocasionalmente con un 47.9%, mientras que el 4.2% refirió fumar semanalmente, de los sujetos entrevistados que confirmaron fumar el 79.2% indicó haber cesado, por otro lado en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas el 53.0% manifestó positivo el consumo, respecto a la frecuencia en el consumo de bebidas alcohólicas 80.2% indicó consumir ocasionalmente, el 18.1% semanalmente y el 1.7% diario.

En sexto lugar en la tabla de distribución de enfermedades crónicas (Tabla 6) el 87.7% refirió no tener alguna enfermedad crónica, respecto a la presencia de alguna enfermedad crónica previa el 84.9% mencionó no haber tenido, por otro lado aquellos sujetos que si tienen una enfermedad crónica el 100.0 mencionó estar controlado medicamente.

En séptimo lugar en la tabla de distribución de estrés percibido (Tabla 7) el 86.3% indicó estar estresados de vez en cuando o a menudo contrario al 13.7% que casi nunca o nunca se encuentran estresados.

Distribución sobre periodontitis

Se encontró en la tabla de distribución sobre periodontitis y variables sociodemográficas (Tabla 8.1) muestra que de todas las mujeres que fueron evaluadas el 77.5% presentaba periodontitis, a comparación del 22.5% que no presentaba periodontitis. De todos los hombres evaluados el 67.5% presentaba periodontitis, mientras que el 32.5% no presentaba periodontitis por otro lado de los pacientes evaluados menores a 30 años el 60.2% presentaba periodontitis, a comparación del 39.8% que no presentaba periodontitis en cuanto a los pacientes de edad mayor a 30 años el 91.7% presentaba periodontitis contrario al 8.3% que no mostraba periodontitis, por otra parte de los sujetos evaluados el 28.7% de los pacientes con una escolaridad mayor a secundaria presentaban periodontitis I contrario al 71.3% que no presentaba periodontitis, a la vez aquellos individuos que mencionaban tener un nivel de estudios menor a secundaria el 95.8% presentaba periodontitis sin embargo el 95.8% no presentaba periodontitis, además de todos los pacientes evaluados aquellos con estatus laboral de empleado el 76.5% tenían periodontitis, mientras el 23.5% no tenía periodontitis, de los individuos que se encontraban desempleados el 69.9% presentaba periodontitis mientras el 30.1% no presentaba periodontitis.

En la evaluación de ocupación aquellos pacientes con ocupación de directivo el 100.0% presentaba periodontitis, en contraste con los profesionistas donde el 64.5% presentaba periodontitis mientras el 35.5% no mostraba periodontitis, de los sujetos con ocupación de técnico el 57.1% tenía periodontitis en cambio el 42.9% no exhibía periodontitis, de aquellos que eran obreros el 79.4% presentaba periodontitis en cambio el 20.6% no mostraba periodontitis, los comerciantes por otro lado mostraban que el 82.1% tenía periodontitis y el 17.9% no presentaba periodontitis, mientras que los pacientes dedicados al hogar el 81.6% presentaba periodontitis por otro lado el 18.4% no tenía periodontitis, de los sujetos estudiantes el 48.3% tenían periodontitis pero el 51.7% no mostraba periodontitis, aquellos individuos que mencionaron tener otra ocupación el 100.0% presentaba periodontitis, por último los pacientes que no contestaron el 100.0% presentaba periodontitis.

Por otra parte en la tabla de distribución sobre periodontitis y variables sociodemográficas (Tabla 8.2) de todos los individuos evaluados los que exteriorizaron tener hijos el 84.7% presentaba periodontitis mientras que el 15.3% no tenía periodontitis, por otro lado los sujetos que mencionaron no tener hijos el 61.4% tenía periodontitis comparado con el 38.6% que no presentaba periodontitis además de todos los sujetos que mencionaron ser los cuidadores de sus hijos el 85.0% presentaba periodontitis mientras que el 15.0% no exhibían periodontitis, pero cuando el cuidador era la pareja el 90.9% tenía periodontitis contrario al 9.1% que no mostraba periodontitis, respecto a la responsabilidad de cuidar a los hijos era compartida el 84.2% presentaba periodontitis mientras que el 15.8% no presentaba periodontitis y en el caso donde el cuidador del hijo era otra persona el 80.0% tenía periodontitis en contraste del 20.0% que no exhibía periodontitis.

Asimismo en la tabla de distribución sobre periodontitis y variables de patología bucal, antecedentes dentales, prácticas de higiene, (Tabla 9) de los individuos de la muestra tomada, los que exteriorizaban hipersensibilidad el 78.9% presentaba periodontitis, mientras que el 21.1% no tenía periodontitis, los pacientes que no tenían hipersensibilidad el 70.2% presentaba periodontitis, a continuación el 29.8% no tenía periodontitis, sobre los pacientes que habían tenido tratamientos dentales previos el 74.0% presentaba periodontitis por otro lado el 26.0% no tenía periodontitis, mientras que de todos los pacientes que no habían tenido tratamientos dentales previos el 73.3% presentaba periodontitis en contraste del 26.7% que no mostraba periodontitis, también de todos los sujetos que mencionaban una técnica de cepillado horizontal el 73.3% presentaba periodontitis, contrario al 26.7% que no mostraba periodontitis, en tanto los pacientes que exteriorizaban tener una técnica de cepillado vertical el 74.3% presentaba periodontitis y el 25.7% no tenía periodontitis, aquellos que mencionaban usar una técnica de cepillado circular el 73.3% tenía periodontitis comparado con el 26.7% que no presentaba periodontitis, además sobre los pacientes que mencionaron utilizar un cepillo suave el 74.6% presentaba periodontitis, en comparación del 25.4% que no mostraba periodontitis, aquellos que usaban un cepillo mediano el 73.3% tenía periodontitis por el contrario del 26.7% que no exhibía periodontitis y los que exteriorizaron utilizar cepillo duro el 79.2% presentaba periodontitis en contraste al 20.8% que no tenía periodontitis, mientras tanto los pacientes que referían usar cepillo eléctrico el 100.0% no presentaba periodontitis, por último los individuos que manifestaban no saber que tipo de cepillo usaban el 66.7% presentaba periodontitis contrario al 33.3% que no presentaba periodontitis.

De la muestra tomada los sujetos que usaban algún complemento de higiene el 72.2% presentaba periodontitis, contrario al 27.8% que no tenía periodontitis, mientras aquellos que mencionaron no utilizar complemento de higiene el 76.0% tenía periodontitis en contraste del 24.0% que no presentaba periodontitis, de todos los sujetos a los cuales se les dio un tipodonto para mostrar su técnica de cepillado y exteriorizaban un cepillado horizontal el 75.9% presentaba periodontitis contrario al 24.1% que no presentaba periodontitis, mientras que los pacientes que mostraban tener una técnica de cepillado vertical el 72.5% presentaba periodontitis en contraste al 27.5% que no presentaba periodontitis, aquellos que usaron una técnica de cepillado circular el 75.0% tenía periodontitis a diferencia del 25.0% que no tenía periodontitis.

Por otro lado en la tabla de distribución sobre periodontitis y variables de toxicomanías (Tabla 10) de todos los sujetos aquellos que afirmaron consumir tabaco el 72.2% tenía periodontitis en comparación con el 25.0% que no presentaba periodontitis, mientras los que negaron consumir tabaco el 73.7% no presentaba periodontitis por el contrario del 26.3% que no exhibía periodontitis, también de aquellos pacientes que afirmaron consumir tabaco y que lo hacían de forma diaria el 78.3% presentaba periodontitis en comparación con el 21.7% que no presentaba periodontitis, los sujetos que exteriorizaban consumir de manera semanal el 100.0% tenía periodontitis, aquellos que mencionaban consumir tabaco de forma ocasional

el 69.6% presentaba periodontitis por el contrario del 30.4% que no exhibía periodontitis.

Respecto a los pacientes que mencionaron haber cesado de fumar tabaco el 73.7% presentaba periodontitis contrario al 26.3% que no tenía periodontitis, de los pacientes evaluados que consumían tabaco pero no habían cesado el consumo el 80.0% presentaba periodontitis así el 20.0% restante no mostraba periodontitis. De todos los sujetos aquellos que afirmaron consumir bebidas alcohólicas el 69.8% tenía periodontitis en comparación con el 30.2% que no presentaba periodontitis, mientras los que negaron consumir bebidas alcohólicas el 78.6% no presentaba periodontitis por el contrario del 21.4% que no presentaban periodontitis, de igual importancia aquellos pacientes que afirmaron consumir bebidas alcohólicas y que lo hacían de forma diaria el 100.0% presentaba periodontitis, los que exteriorizaban consumir bebidas alcohólicas de manera semanal el 57.1% tenía periodontitis por el contrario del 42.9% que no exhibía periodontitis y aquellos que mencionaban consumir bebidas alcohólicas de manera ocasional el 72.0% presentaba periodontitis contrario al 28.0% que no presentaba periodontitis.

Mientras que en la tabla de distribución sobre periodontitis y variable de enfermedad crónica (Tabla 11) de todos los pacientes evaluados aquellos que tenían una enfermedad crónica el 85.2% presentaba periodontitis, por el contrario del 14.8% que no mostraba periodontitis de los que exteriorizaron no tener ninguna enfermedad crónica el 72.4% presentaba periodontitis, mientras que el 27.6% no tenía periodontitis.

Sin embargo en la tabla de distribución sobre periodontitis y variable estrés percibido (Tabla 12) de todos los pacientes evaluados aquellos que mostraron estar estresados de vez en cuando o a menudo el 98.9% presentaba periodontitis, mientras que el 1.1% no tenía periodontitis los que exteriorizaron casi nunca o nunca estar estresados el 86.7% presentaba periodontitis, por el contrario del 13.3% que no mostraba periodontitis.

Distribución sobre sangrado al sondeo

En la tabla de distribución sobre sangrado al sondeo y variables sociodemográficas (Tabla 13.1) de todas las mujeres que fueron evaluadas el 93.7% presentaba sangrado al sondeo, a comparación del 6.3% que no presentaba sangrado al sondeo. De todos los hombres evaluados el 96.1% presentaba sangrado al sondeo, mientras que el 3.9% no presentaba sangrado al sondeo. Aquellos sujetos entrevistados que mencionaron ser menores a 30 años el 92.7% presentaba sangrado al sondeo contrario al 7.3% que no presentaba sangrado al sondeo, a continuación de los pacientes evaluados lo que mencionaron tener una escolaridad de secundaria o mayor el 93.8% presentaba sangrado al sondeo, mientras que los que su nivel de estudios era menor a secundaria el 100.0% presentaba sangrado al sondeo, en cuanto a los pacientes evaluados aquellos con estatus laboral de empleado el 95.6% tenían sangrado al sondeo, mientras el 4.4% no tenía sangrado

al sondeo, de los individuos que se encontraban desempleados el 92.8% presentaba sangrado al sondeo mientras el 7.2% no presentaba sangrado al sondeo.

Por otra parte en la tabla de distribución sobre sangrado al sondeo y variables sociodemográficas (Tabla 13.2) aquellos pacientes con ocupación de directivo el 100.0% presentaba sangrado al sondeo, en contraste con los profesionistas donde el 96.8% presentaba sangrado al sondeo mientras el 3.2% no mostraba sangrado al sondeo, de los sujetos con ocupación de técnico el 100.0% tenía sangrado al sondeo, de aquellos que eran obreros el 94.1% presentaba sangrado al sondeo en cambio el 5.9% no mostraba sangrado al sondeo, respecto a los comerciantes mostraban que el 96.4% tenía sangrado al sondeo y el 3.6% no presentaba sangrado al sondeo, mientras que los pacientes dedicados al hogar el 98.0% presentaba sangrado al sondeo contrario al 2.0% no tenía sangrado al sondeo, de los sujetos estudiantes el 86.2% tenían sangrado al sondeo pero el 13.8% no mostraba sangrado al sondeo, aquellos individuos que mencionaron tener otra ocupación el 80.0% presentaba sangrado al sondeo en cambio el 20.0% no presentaba sangrado al sondeo, por último los pacientes que no contestaron el 100.0% presentaba sangrado al sondeo.

De igual importancia los individuos evaluados los que exteriorizaron tener hijos el 94.9% presentaba sangrado al sondeo mientras que el 5.1% no exhibían sangrado al sondeo, por otro lado los sujetos que mencionaron no tener hijos el 94.1% tenía sangrado al sondeo comparado con el 5.9% que no presentaba sangrado al sondeo, de la misma forma de todos los sujetos que mencionaron ser los cuidadores de sus hijos el 97.5% presentaba sangrado al sondeo mientras que el 2.5% no exhibían sangrado al sondeo, por otro lado cuando el cuidador era la pareja el 90.9% tenía sangrado al sondeo contrario al 9.1% que no mostraba sangrado al sondeo, pero cuando la responsabilidad de cuidar a los hijos se compartía el 94.7% presentaba sangrado al sondeo mientras que el 5.3% no presentaba sangrado al sondeo y en el caso donde el cuidador del hijo era otra persona el 90.0% tenía sangrado al sondeo en contraste del 10.0% que no exhibía sangrado al sondeo.

Asimismo en la tabla de distribución sobre sangrado al sondeo y variables de patología bucal, antecedentes dentales, prácticas de higiene (Tabla 14) de los individuos de la muestra tomada, los que exteriorizaban hipersensibilidad el 93.7% presentaba sangrado al sondeo, mientras que el 6.3% no tenía sangrado al sondeo, los pacientes que no exhibían tener hipersensibilidad el 95.2% presentaba sangrado al sondeo, a continuación el 4.8% no tenía sangrado al sondeo. De todos los pacientes que habían tenido tratamientos dentales previos el 94.6% presentaba sangrado al sondeo por otro lado el 5.4% no tenía sangrado al sondeo, mientras que de todos los pacientes que no habían tenido tratamientos dentales previos el 93.3% presentaba sangrado al sondeo en contraste del 6.7% que no mostraba sangrado al sondeo.

Respecto a los sujetos que mencionaban una técnica de cepillado horizontal el 95.6% presentaba sangrado al sondeo, contrario al 4.4% que no mostraba sangrado al sondeo, mientras que los pacientes que exteriorizaban tener una técnica de cepillado vertical el 93.8% presentaba sangrado al sondeo y el 6.3% no tenía sangrado al sondeo, aquellos que mencionaban usar una técnica de cepillado circular el 96.7% tenía sangrado al sondeo comparado con el 3.3% que no presentaba sangrado al sondeo, al mismo tiempo sobre los pacientes que mencionaron utilizar un cepillo suave el 94.4% presentaba sangrado al sondeo, en comparación del 5.6% que no mostraba sangrado al sondeo, aquellos que usaban un cepillo mediano el 94.2% tenía sangrado al sondeo por el contrario del 5.8% que no exhibía sangrado al sondeo y los que exteriorizaron utilizar cepillo duro el 98.8% presentaba sangrado al sondeo en contraste al 2.2% que no tenía sangrado al sondeo, por último los pacientes que referían usar cepillo eléctrico o no saber que tipo de cepillo usaban el 100.0% presentaba sangrado al sondeo.

Por lo que se refiere a la muestra tomada los sujetos que usaban algún complemento de higiene el 92.2% presentaba sangrado al sondeo, contrario al 7.8% que no tenía sangrado al sondeo, mientras aquellos que mencionaron no utilizar complemento de higiene el 97.1% tenía sangrado al sondeo en contraste del 2.9% que no presentaba sangrado al sondeo, de todos los sujetos a los cuales se les dio un tipodonto para mostrar su técnica de cepillado y exteriorizaban un cepillado horizontal el 94.8% presentaba sangrado al sondeo contrario al 5.2% que no presentaba sangrado al sondeo, mientras que los pacientes que mostraban tener una técnica de cepillado vertical el 94.5% presentaba sangrado al sondeo en contraste al 5.5% que no presentaba sangrado al sondeo, aquellos que usaron una técnica de cepillado circular el 94.2% tenía sangrado al sondeo a diferencia del 5.8% que no tenía sangrado al sondeo.

A continuación en la tabla de distribución sobre sangrado al sondeo y variables de toxicomanías (Tabla 15) de todos los sujetos aquellos que afirmaron consumir tabaco el 91.7% tenía sangrado al sondeo en comparación con el 8.3% que no presentaba sangrado al sondeo, mientras los que negaron consumir tabaco el 95.3% no presentaba sangrado al sondeo por el contrario del 4.7% que no exhibía sangrado al sondeo, al mismo tiempo aquellos pacientes que afirmaron consumir tabaco y que lo hacían de forma diaria el 91.3% presentaba sangrado al sondeo en comparación con el 8.7% que no presentaba sangrado al sondeo, los sujetos que exteriorizaban consumir de manera semanal el 100.0% tenía sangrado al sondeo y aquellos que mencionaban consumir tabaco de forma ocasional el 91.3% presentaba sangrado al sondeo por el contrario del 8.7% que no exhibía sangrado al sondeo, a continuación los pacientes que mencionaron haber cesado de fumar tabaco el 92.1% presentaba sangrado al sondeo contrario al 7.9% que no tenía sangrado al sondeo, de los pacientes evaluados que consumían tabaco pero no habían cesado el consumo el 90.0% presentaba sangrado al sondeo así el 10.0% restante no mostraba sangrado al sondeo.

De todos los sujetos aquellos que afirmaron consumir bebidas alcohólicas el 94.0% tenía sangrado al sondeo en comparación con el 6.0% que no presentaba sangrado

al sondeo, mientras los que negaron consumir bebidas alcohólicas el 95.1% no presentaba sangrado al sondeo por el contrario del 4.9% que no exhibía sangrado al sondeo, de igual importancia aquellos pacientes que afirmaron consumir bebidas alcohólicas y que lo hacían de forma diaria el 50.0% presentaba sangrado al sondeo contrario al 50.0% que no tenía sangrado al sondeo, los que exteriorizaban consumir bebidas alcohólicas de manera semanal el 95.2% tenía sangrado al sondeo por el contrario del 4.8% que no exhibía sangrado al sondeo y aquellos que mencionaban consumir bebidas alcohólicas de manera ocasional el 94.6% presentaba sangrado al sondeo contrario al 5.4% que no presentaba sangrado al sondeo.

En la tabla de distribución sobre sangrado al sondeo y variable de enfermedad crónica (Tabla 16) de todos los pacientes evaluados aquellos que tenían una enfermedad crónica el 88.9% presentaba sangrado al sondeo, por el contrario del 11.1% que no mostraba sangrado al sondeo de los que exteriorizaron no tener ninguna enfermedad crónica el 95.3% presentaba sangrado al sondeo, mientras que el 4.7% no tenía sangrado al sondeo.

En cambio en la tabla de distribución sobre sangrado al sondeo y variable estrés percibido (Tabla 17) de todos los pacientes evaluados aquellos que se encontraban de vez en cuando o a menudo estresados el 94.2% presentaba sangrado al sondeo, por el contrario del 5.8% que no mostraba sangrado al sondeo de los que exteriorizaron casi nunca o nunca estar estrados el 96.7% presentaba sangrado al sondeo, mientras que el 3.3% no tenía sangrado al sondeo.

Distribución sobre recesiones gingivales

En la tabla de distribución sobre recesiones gingivales y variables sociodemográficas (Tabla 18.1) de todas las mujeres que fueron evaluadas el 69.0% presentaba recesiones gingivales, a comparación del 31.0% que no presentaba recesiones gingivales. De todos los hombres evaluados el 71.4% presentaba recesiones gingivales, mientras que el 28.6% no presentaba recesiones gingivales, de la misma forma de los pacientes evaluados aquellos menores de 30 años el 92.7% presentaban recesiones gingivales, contrario al 7.3% que no presentaba así mismo los que tenían una edad mayor a 30 años el 96.9% mostraba recesiones gingivales a la inversa del 3.1% que no tenía recesiones gingivales.

En cuanto a escolaridad los sujetos con un nivel académico mayor a secundaria el 93.8% presentaba recesiones gingivales contrario al 7.3% que no las presentaba, así mismo los pacientes que mencionaron tener una escolaridad menor a secundaria el 100.0% presentaba recesiones gingivales. De todos los pacientes evaluados aquellos con estatus laboral de empleado el 75.7% tenían recesiones gingivales, mientras el 24.3% no tenía recesiones gingivales, de los individuos que se encontraban desempleados el 60.2% presentaba recesiones gingivales mientras el 39.8% no presentaba recesiones gingivales.

Respecto a la tabla de distribución sobre recesiones gingivales y variables sociodemográficas (Tabla 18.2), en la evaluación de ocupación aquellos pacientes con ocupación de directivo el 100.0% no presentaba recesiones gingivales, en contraste con los profesionistas donde el 64.5% presentaba recesiones gingivales mientras el 35.5% no mostraba recesiones gingivales, de los sujetos con ocupación de técnico el 71.4% tenía recesiones gingivales en cambio el 28.6% no exhibía recesiones gingivales, de aquellos que eran obreros el 80.9% presentaba recesiones gingivales en cambio el 19.1% no mostraba recesiones gingivales, los comerciantes por otro lado mostraban que el 85.7% tenía recesiones gingivales y el 14.3% no presentaba recesiones gingivales, mientras que los pacientes dedicados al hogar el 75.5% presentaba recesiones gingivales por el contrario al 24.5% que no tenía recesiones gingivales, de los sujetos estudiantes el 27.6% tenían recesiones gingivales pero el 72.4% no mostraba recesiones gingivales, aquellos individuos que mencionaron tener otra ocupación el 80.0% presentaba recesiones gingivales en cambio el 20.0% no presentaba recesiones gingivales, por último los pacientes que no contestaron el 100.0% no presentaba recesiones gingivales.

En otro orden de todos los individuos evaluados los que exteriorizaron tener hijos el 83.9% presentaba recesiones gingivales mientras que el 16.1% no exhibían recesiones gingivales, en contraste los sujetos que mencionaron no tener hijos el 53.5% tenía recesiones gingivales comparado con el 46.5% que no presentaba recesiones gingivales, al mismo tiempo de todos los sujetos que mencionaron ser los cuidadores de sus hijos el 85.0% presentaba recesiones gingivales mientras que el 15.0% no exhibían recesiones gingivales, por otro lado cuando el cuidador era la pareja el 81.8% tenía recesiones gingivales contrario al 18.2% que no mostraba recesiones gingivales, pero cuando la responsabilidad de cuidar a los hijos se compartía el 82.5% presentaba recesiones gingivales mientras que el 17.5% no presentaba recesiones gingivales y en el caso donde el cuidador del hijo era otra persona el 90.0% tenía recesiones gingivales en contraste del 10.0% que no exhibía recesiones gingivales.

A continuación en la tabla de distribución sobre recesiones gingivales y variables de patología bucal, antecedentes dentales, prácticas de higiene (Tabla 19) de los individuos de la muestra tomada, los que exteriorizaban hipersensibilidad el 68.4% presentaba recesiones gingivales, mientras que el 31.6% no tenía recesiones gingivales, los pacientes que no exhibían tener hipersensibilidad el 71.0% presentaba recesiones gingivales, por otro lado el 29.0% no tenía recesiones gingivales. De todos los pacientes que habían tenido tratamientos dentales previos el 68.6% presentaba recesiones gingivales en cambio el 31.4% no tenía recesiones gingivales, mientras que de todos los pacientes que no habían tenido tratamientos dentales previos el 86.7% presentaba recesiones gingivales en contraste del 13.3% que no mostraba recesiones gingivales.

De la misma forma de todos los sujetos que mencionaban una técnica de cepillado horizontal el 73.3% presentaba recesiones gingivales, contrario al 26.7% que no mostraba recesiones gingivales, en tanto los pacientes que exteriorizaban tener una técnica de cepillado vertical el 72.2% presentaba recesiones gingivales y el 27.8%

no tenía recesiones gingivales, aquellos que mencionaban usar una técnica de cepillado circular el 53.3% tenía recesiones gingivales comparado con el 46.7% que no presentaba recesiones gingivales. Sobre los pacientes que mencionaron utilizar un cepillo suave el 67.8% presentaba recesiones gingivales, en comparación del 32.4% que no mostraba recesiones gingivales, aquellos que usaban un cepillo mediano el 73.3% tenía recesiones gingivales por el contrario del 26.7% que no exhibía recesiones gingivales y los que exteriorizaron utilizar cepillo duro el 66.7% presentaba recesiones gingivales en contraste al 33.3% que no tenía recesiones gingivales, por último los pacientes que referían usar cepillo eléctrico el 100.0% no presentaba recesiones gingivales por último los individuos que manifestaban no saber que tipo de cepillo usaban el 33.3% presentaba recesiones gingivales contrario al 66.7% que no presentaba recesiones gingivales.

Respecto a los sujetos que usaban algún complemento de higiene el 66.1% presentaba recesiones gingivales, contrario al 33.9% que no tenía recesiones gingivales, mientras aquellos que mencionaron no utilizar complemento de higiene el 74.0% tenía recesiones gingivales en contraste del 26.0% que no presentaba recesiones gingivales, de todos los sujetos a los cuales se les dio un tipodonto para mostrar su técnica de cepillado y exteriorizaban un cepillado horizontal el 79.3% presentaba recesiones gingivales contrario al 20.7% que no presentaba recesiones gingivales, mientras que los pacientes que mostraban tener una técnica de cepillado vertical el 65.1% presentaba recesiones gingivales en contraste al 34.9% que no presentaba recesiones gingivales, aquellos que usaron una técnica de cepillado circular el 69.2% tenía recesiones gingivales a diferencia del 30.8% que no tenía recesiones gingivales.

Asimismo en la tabla de distribución sobre recesiones gingivales y variables de toxicomanías (Tabla 20) aquellos pacientes que afirmaron consumir tabaco el 77.1% presentaba recesiones gingivales comparado con el 22.9% que no presentaba recesiones gingivales, a continuación de los individuos que exteriorizaron no consumir tabaco el 67.8% presentaba recesiones gingivales mientras que el 32.2% no presentaba recesiones gingivales, así mismo los pacientes que consumían de forma diaria el 87.0% presentaba recesiones gingivales en comparación con el 13.0% que no presentaba recesiones gingivales, los sujetos que exteriorizaban consumir de manera semanal el 50.0% tenía recesiones gingivales en cambio el 50.0% no mostraba recesiones gingivales y aquellos que mencionaban consumir tabaco de forma ocasional el 69.6% presentaba recesiones gingivales por el contrario del 30.4% que no exhibía recesiones gingivales, haciendo referencia los pacientes que mencionaron haber cesado de fumar tabaco el 73.7% presentaba recesiones gingivales contrario al 26.3% que no tenía recesiones gingivales, de los pacientes evaluados que consumían tabaco pero no habían cesado el consumo el 90.0% presentaba recesiones gingivales así el 10.0% restante no mostraba recesiones gingivales.

En relación a los sujetos que afirmaron consumir bebidas alcohólicas el 69.0% tenía recesiones gingivales en comparación con el 31.0% que no presentaba recesiones gingivales, mientras los que negaron consumir bebidas alcohólicas el 70.9% no

presentaba recesiones gingivales por el contrario del 29.1% que no exhibía recesiones gingivales, de la misma forma aquellos pacientes que afirmaron consumir bebidas alcohólicas y que lo hacían de forma diaria el 50.0% presentaba recesiones gingivales en comparación al 50.0% que no tenía recesiones gingivales, los que exteriorizaban consumir bebidas alcohólicas de manera semanal el 71.4% tenía recesiones gingivales por el contrario del 28.6% que no exhibía recesiones gingivales y aquellos que mencionaban consumir bebidas alcohólicas de manera ocasional el 68.8% presentaba recesiones gingivales contrario al 31.2% que no presentaba recesiones gingivales.

Por otra parte en la tabla de distribución sobre recesiones gingivales y variable de enfermedad crónica (Tabla 21) de todos los pacientes evaluados aquellos que tenían una enfermedad crónica el 81.5% presentaba recesiones gingivales, por el contrario del 18.5% que no mostraba recesiones gingivales de los que exteriorizaron no tener ninguna enfermedad crónica el 68.2% presentaba recesiones gingivales, mientras que el 31.8% no tenía recesiones gingivales.

Respecto a la tabla de distribución sobre recesiones gingivales y variable de estrés percibido (Tabla 22) de todos los pacientes evaluados aquellos mostraron estar estresados de vez en cuando o a menudo el 68.8% presentaba recesiones gingivales, mientras que el 31.2% no tenía recesiones gingivales los que exteriorizaron casi nunca o nunca estar estresados el 76.7% presentaban recesiones gingivales, por el contrario del 23.3% que no mostraba recesiones gingivales.

Distribución sobre índice de higiene oral simplificado

En la tabla de distribución sobre IHOS y variables sociodemográficas (Tabla 23.1) de todas las mujeres que fueron evaluadas el 59.2% presentaba una calificación regular y mala, a comparación del 48.8% tenía una calificación buena. De todos los hombres evaluados el 53.2% presentaba una calificación regular y mala, mientras que el 28.6% calificación buena, de la misma forma de los pacientes evaluados aquellos menores de 30 años el 51.2% presentaban una calificación regular y mala, contrario al 48.8% con evaluación buena, así mismo los que tenían una edad mayor a 30 años el 64.6% mostraba una calificación regular y mala a la inversa del 35.4% con calificación buena. En cuanto a escolaridad los sujetos con un nivel académico de secundaria o mayor el 53.8% presentaba una calificación regular y mala contrario al 46.2% con una evaluación buena, así mismo los pacientes que mencionaron tener una escolaridad menor a secundaria el 64.6% presentaba una calificación regular y mala inverso al 35.4% de ponderación buena. De todos los pacientes evaluados aquellos con estatus laboral de empleado el 58.8% tenía una calificación regular y mala, mientras el 41.2% calificación buena, de los individuos que se encontraban desempleados el 54.2% presentaba una calificación regular y mala, mientras el 45.8% una evaluación buena.

En relación a la tabla de distribución sobre IHOS y variables sociodemográficas (23.2), en la evaluación de ocupación aquellos pacientes con ocupación de directivo el 100.0% presentaba una calificación regular y mala, en contraste con los profesionistas donde el 51.6% presentaba una calificación regular y mala, mientras el 48.4% calificación buena, de los sujetos con ocupación de técnico el 71.4% tenía una calificación regular y mala en cambio el 28.6% evaluación buena, de aquellos que eran obreros el 60.3% presentaba una ponderación regular y mala en cambio el 39.7% una calificación buena, los comerciantes a continuación mostraban que el 60.7% tenía una evaluación regular y mala, y el 39.3% ponderación buena, mientras que los pacientes dedicados al hogar el 59.2% presentaba una calificación regular y mala por otro lado el 40.8% tenía una evaluación buena, de los sujetos estudiantes el 34.5% tenían una calificación regular y mala pero el 65.5% una ponderación buena, aquellos individuos que mencionaron tener otra ocupación o que no contestaron el 100.0% presentaba una calificación regular y mala.

A continuación de todos los individuos evaluados los que exteriorizaron tener hijos el 61.0% presentaba una evaluación regular y mala mientras que el 65.5% una calificación buena, en contraste los sujetos que mencionaron no tener hijos el 52.5% presentaba una calificación regular y mala comparado con el 47.5% de ponderación buena, al mismo tiempo de todos los sujetos que mencionaron ser los cuidadores de sus hijos el 62.5% presentaba una calificación regular y mala mientras que el 37.5% ponderación buena, por otro lado cuando el cuidador era la pareja el 72.7% tenía una calificación regular y mala contrario al 27.3% que mostraba una calificación buena, pero cuando la responsabilidad de cuidar a los hijos se compartía el 59.6% presentaba una evaluación en el índice regular y mala mientras que el 40.4% calificación buena y en el caso donde el cuidador del hijo era otra persona el 50.0% tenía una ponderación regular y mala en contraste del 50.0% con calificación buena.

Asimismo en la tabla de distribución sobre IHOS y variables de patología bucal, antecedentes dentales, prácticas de higiene (Tabla 24) de los individuos de la muestra tomada, los que exteriorizaban hipersensibilidad el 54.7% una calificación regular y mala, mientras que el 45.3% ponderación buena, los pacientes que no exhibían tener hipersensibilidad el 58.9% presentaba una evaluación regular y mala, por otro lado el 41.1% una calificación buena. De todos los pacientes que habían tenido tratamientos dentales previos el 55.4% presentaba una calificación regular y mala a continuación el 44.6% una calificación buena, mientras que de todos los pacientes que no habían tenido tratamientos dentales previos el 80.0% presentaba una evaluación regular y mala en contraste del 20.0% con evaluación buena, de la misma forma de todos los sujetos que mencionaban una técnica de cepillado horizontal el 62.2% presentaba una calificación regular y mala, contrario al 37.8% con ponderación buena, en tanto los pacientes que exteriorizaban tener una técnica de cepillado vertical el 56.9% presentaba una calificación regular y mala y el 43.1% calificación buena, aquellos que mencionaban usar una técnica de cepillado circular el 50.0% tenía una evaluación regular y mala mientras que el otro 50.0% evaluación

buena. Sobre los pacientes que mencionaron utilizar un cepillo suave el 63.4% presentaba una calificación regular y mala, en comparación del 36.6% con calificación buena, aquellos que usaban un cepillo mediano el 50.8% tenía una evaluación regular y mala por el contrario del 49.2% con ponderación buena, de los que exteriorizaron utilizar cepillo duro el 76.7% presentaba una evaluación regular y mala en contraste al 33.3% con ponderación buena, además los pacientes que referían usar cepillo eléctrico el 100.0% tenía una calificación buena por último los individuos que manifestaban no saber que tipo de cepillo usaban el 100.0% presentaba una calificación regular y mala.

En cuando a los sujetos que usaban algún complemento de higiene el 49.6% presentaba una calificación regular y mala, contrario al 50.4% con ponderación buena, mientras aquellos que mencionaron no utilizar complemento de higiene el 65.4% tenía una evaluación mala en contraste del 34.6% con calificación buena, de todos los sujetos a los cuales se les dio un tipodonto para mostrar su técnica de cepillado y exteriorizaban un cepillado horizontal el 63.8% presentaba una calificación regular y mala, contrario al 36.2% con ponderación buena, en tanto los pacientes que exteriorizaban tener una técnica de cepillado vertical el 52.3% presentaba una calificación regular y mala y el 47.7% calificación buena, aquellos que mencionaban usar una técnica de cepillado circular el 59.6% tenía una evaluación regular y mala mientras que el otro 40.4% evaluación buena.

Por otra parte en la tabla de distribución sobre IHOS y variables de toxicomanías (Tabla 25) aquellos pacientes que afirmaron consumir tabaco el 56.3% presentaba una calificación regular y mala comparado con el 43.8% con evaluación buena, por otro lado de los individuos que exteriorizaron no consumir tabaco el 57.3% presentaba una evaluación regular y mala mientras que el 42.7% una ponderación buena, así mismo los pacientes que consumían de forma diaria el 60.9% presentaba una calificación regular y mala en comparación con el 39.1% con calificación buena, los sujetos que exteriorizaban consumir de manera semanal el 100.0% tenía una calificación regular y mala y aquellos que mencionaban consumir tabaco de forma ocasional el 47.8% presentaba una evaluación regular y mala por el contrario del 52.2% que exhibía una ponderación buena, haciendo referencia los pacientes que mencionaron haber cesado de fumar tabaco el 57.9% presentaba una evaluación regular y mala contrario al 42.1% con calificación buena, de los pacientes evaluados que consumían tabaco pero no habían cesado el consumo el 50.0% presentaba una calificación regular y mala así el 50.0% restante una ponderación buena.

En otro orden, los sujetos aquellos que afirmaron consumir bebidas alcohólicas el 56.0% tenía una calificación regular y mala en comparación con el 44.0% con evaluación buena, mientras los que negaron consumir bebidas alcohólicas el 58.3% presentaba una calificación regular y mala por el contrario del 41.7% con una calificación buena, de la misma forma aquellos pacientes que afirmaron consumir bebidas alcohólicas y que lo hacían de forma diaria el 50.0% presentaba una evaluación regular y mala en comparación al 50.0% que tenía una ponderación buena en la escala IHOS, los que exteriorizaban consumir bebidas alcohólicas de manera semanal el 71.4% tenía una calificación regular y mala por el contrario del

28.6% con evaluación buena y aquellos que mencionaban consumir bebidas alcohólicas de manera ocasional el 52.7% presentaba una calificación regular y mala contrario al 47.3% con evaluación buena.

Respecto a la tabla de distribución sobre IHOS y variable de enfermedad crónica (Tabla 26) de todos los pacientes evaluados aquellos que tenían una enfermedad crónica el 87.4% presentaba una calificación regular y mala, por el contrario del 29.6% con evaluación buena, de los que exteriorizaron no tener ninguna enfermedad crónica el 55.2% presentaba una ponderación regular y mala dentro del índice, mientras que el 44.8% tenía una calificación buena.

En relación a la tabla de distribución sobre IHOS y variable de estrés percibido (Tabla 27) de todos los pacientes evaluados aquellos mostraron estar estresados de vez en cuando o a menudo el 58.7% presentaba una calificación regular y mala, mientras que el 41.3% presentaba una calificación buena los que exteriorizaron casi nunca o nunca estar estresados el 46.7% presentaba una calificación regular y mala, por el contrario del 53.3% mostraba una calificación buena.

Regresión logística

En el modelo final de regresión logística binaria para presencia de periodontitis (Tabla 28) las personas mayores a 30 años muestran 1.65 veces el riesgo a tener periodontitis comparados con aquellos menores a este rango de edad, ninguna de las demás variables contempladas en el modelo resultó significativa.

En relación al modelo final de regresión logística para presencia de sangrado al sondeo (Tabla 29) ninguna de las variables contempladas en el modelo resultó significativa.

Respecto al modelo final de regresión logística binaria para presencia de recesiones gingivales, (Tabla 30) las personas mayores a 30 años muestran 2.53 veces el riesgo a tener recesiones gingivales comparados con aquellos menores a este rango de edad, de igual importancia los pacientes que se encuentran empleados tienen 20.0% menos probabilidad de tener una recesión gingival que aquellos que no están empleados, ninguna de las demás variables contempladas en el modelo resultó significativa.

Sin embargo en el modelo final de regresión logística binaria para IHOS, (Tabla 31) las personas con una escolaridad menor a secundaria muestran 1.32 veces el riesgo a tener una calificación regular y mala en el índice de higiene oral simplificado comparados con aquellos de calificación buena en el índice, ninguna de las demás variables contempladas en el modelo resultó significativa.

Tabla 1. Distribución sociodemográfica

	n	%
Sexo		
Femenino	142	64.8
Masculino	77	35.2
Total	219	100.0
Edad		
20 a 30 años	123	56.2
31 a 40 años	42	19.2
41 a 40 años	54	24.7
Total	219	100.0
Escolaridad		
Primaria incompleta	4	1.8
Primaria completa	20	9.1
Secundaria	65	29.2
Bachillerato / Carrera técnica	64	29.2
Licenciatura	58	26.5
Posgrado	8	3.7
Total	219	100.0
Estatus laboral		
Empleado	136	62.1
Desempleado	83	37.9
Total	219	100.0
Hijos		
Si	118	53.9
No	101	46.1
Total	219	100.0
Responsable del cuidado de los hijos		
Yo	40	33.9
Pareja	11	9.3
Responsabilidad compartida	57	48.3
Otra persona	10	8.5
Total	118	100.0

Tabla 2. Distribución sobre patologías bucales y antecedentes dentales

	n	%
Hipersensibilidad		
Si	95	43.4
No	124	56.6
Total	219	100.0
Tratamiento dental previo		
Si	204	93.2
No	15	6.8
Total	219	100.0
Tipo de tratamiento 1		
Limpieza o prevención	164	74.9
Operatoria	23	10.5
Prótesis	4	1.8
Extracciones	11	5.0
Ortodoncia	2	.9
No tuvo ningún tratamiento (tx)	15	6.8
Total	219	100.0
Tipo de tratamiento 2		
Limpieza o prevención	1	.5
Operatoria	116	53.0
Prótesis	16	7.3
Extracciones	27	12.3
Endodoncia	4	1.8
Ortodoncia	5	2.3
Otro	1	.5
No tuvo ningún tx	49	22.4
Tipo de tratamiento 3		
Operatoria	2	.9
Prótesis	29	13.2
Extracciones	67	30.6
Endodoncia	15	6.8
Ortodoncia	10	4.6
Otro	1	.5
No tuvo ningún tx	95	43.4
Total	219	100.0

Tabla 3. Distribución de antecedentes dentales y prácticas de higiene

	n	%
Tipo de tratamiento 4		
Extracciones	27	12.3
Endodoncia	24	10.9
Ortodoncia	22	10.0
Otro	2	.9
No tuvo ningún tx	144	65.7
Total	219	100.0
Tipo de tratamiento 5		
Extracciones	1	.5
Endodoncia	24	11.0
Ortodoncia	7	3.2
No tuvo ningún tx	187	85.3
Total	219	100.0
Tipo de tratamiento 6		
Ortodoncia	5	2.3
Otro	2	.9
No tuvo ningún tx	212	96.8
Total	219	100.0
Técnica de Cepillado		
Horizontal	45	20.5
Vertical	144	65.8
Circular	30	13.7
Total	219	100.0
Tipo de Cepillo		
Suave	71	32.4
Mediano	120	54.8
Duro	24	11.0
Eléctrico	1	.5
No sabe / No contestó	3	1.4
Total	219	100.0
Complemento de higiene		
Si	115	52.5
No	104	47.5
Total	219	100.0

Tabla 4. Distribución de prácticas de higiene

	n	%
Complemento 1		
Hilo dental	44	20.1
Cepillo interdental	6	2.7
Enjuague bucal	65	29.7
No utiliza complemento	104	47.5
Total	219	100.0
Complemento 2		
Cepillo interdental	4	1.8
Enjuague bucal	16	7.3
No utiliza complemento	199	90.9
Total	219	100.0
Complemento 3		
Enjuague bucal	3	1.4
No utiliza complemento	216	98.6
Total	219	100.0
Técnica de higiene con tipodonto		
Horizontal	58	26.5
Vertical	109	49.8
Circular	52	23.7
Total	219	100.0
Presencia de periodontitis		
Sin periodontitis	57	26.0
Con periodontitis	162	74.0
Total	219	100.0
Sangrado al sondeo		
Sin sangrado	12	5.5
Con sangrado al sondeo	207	94.5
Total	219	100.0
Recesiones gingivales		
Sin recesiones gingivales	66	30.1
Con recesiones gingivales	153	69.9
Total	219	100.0
Índice de higiene oral simplificado		
Bueno	94	42.9
Regular y malo	125	57.1
Total	219	100.0

Tabla 5. Distribución de toxicomanías

	n	%
Tabaquismo		
Si	48	21.9
No	171	78.1
Total	219	100.0
Frecuencia tabaquismo		
Diario	23	47.9
Semanal	2	4.2
Ocasional	23	47.9
Total	48	100.0
Cesado tabaquismo		
Si	38	79.2
No	10	20.8
Total	48	100.0
Bebidas alcohólicas		
Si	116	53.0
No	103	47.0
Total	219	100.0
Frecuencia de bebidas alcohólicas		
Diario	2	1.7
Semanal	21	18.1
Ocasional	93	80.2
Total	116	100.0

Tabla 6. Distribución de enfermedades crónicas

	n	%
Enfermedad crónica actual		
Si	27	12.3
No	192	87.7
Total	219	100.0
Enfermedad crónica previa		
Si	33	15.1
No	186	84.9
Total	219	100.0
Medicamento controlado		
Si	27	100.0
No	0	0
Total	27	100.0

Tabla 7. Distribución de estrés percibido

	n	%
Estrés percibido		
Casi nunca o nunca esta estresado	30	13.7
De vez en cuando o a menudo esta estresado	189	86.3
Total	219	100.0

Tabla 8.1. Distribución sobre periodontitis y variables sociodemográficas

	Sin periodontitis		Con periodontitis		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Femenino	32	22.5	110	77.5	142	100.0
Masculino	25	32.5	52	67.5	77	100.0
Total	57	26.0	162	74.0	219	100.0
X²=2.558	P=.110					
Edad	n	%	n	%	n	%
Menores de 30 años	49	39.8	74	60.2	123	100.0
Mayores de 30 años	8	8.3	88	91.7	96	100.0
Total	57	26.0	162	74.0	219	100.0
X²=27.795	P≤.001					
Escolaridad	n	%	n	%	n	%
Secundaria o más	56	28.7	139	71.3	195	100.0
Menor a secundaria	1	4.2	23	95.8	24	100.0
Total	57	26.0	162	74.0	219	100%
X²=6.690	P=.010					
Estatus laboral	n	%	n	%	n	%
Empleado	32	23.5	104	76.5	136	100.0
Desempleado	25	30.1	58	69.9	83	100.0
Total	57	26.0	162	74.0	219	100.0
χ²=1.163	P=.281					
Ocupación	n	%	n	%	n	%
Directivo / Gerente	0	0.0	1	100.0	1	100.0
Profesionista	11	35.5	20	64.5	31	100.0
Técnico	3	42.9	4	57.1	7	100.0
Obrero	14	20.6	54	79.4	68	100.0
Comerciante	5	17.9	23	82.1	28	100.0
Hogar	9	18.4	40	81.6	49	100.0
Estudiante	15	51.7	14	48.3	29	100.0
No Contestó	0	0.0	1	100.0	1	100.0
Otro	0	0.0	5	100.0	5	100.0
Total	57	26.0	162	74.0	219	100.0
X²= 18.388	P=.019					

Tabla 8.2. Distribución sobre periodontitis y variables sociodemográficas

Hijos	Sin periodontitis		Con periodontitis		Total	
	n	%	n	%	n	%
Si	18	15.3	100	84.7	118	100.0
No	39	38.6	62	61.4	101	100.0
Total	57	26.0	162	74.0	219	100.0
X²=15.424 P≤.001						
Responsable del cuidado de los hijos	n	%	n	%	n	%
Yo	6	15.0	34	85.0	40	100.0
Pareja	1	9.1	10	90.9	11	100.0
Responsabilidad compartida	9	15.8	48	84.2	57	100.0
Otra persona	2	20.0	8	80.0	10	100.0
Total	18	15.3	100	84.7	118	100.0
X²=.512 P=.916						

Tabla 9. Distribución sobre periodontitis y variables patología bucal, antecedentes dentales, prácticas de higiene

	Sin periodontitis		Con periodontitis		Total	
	n	%	n	%	n	%
Hipersensibilidad dental						
Si	20	21.1	75	78.9	95	100.0
No	37	29.8	87	70.2	124	100.0
Total	57	26.0	162	74.0	219	100.0
$\chi^2=2.157$ P=.142						
Tratamientos dentales previos	n	%	n	%	n	%
Si	53	26.0	151	74.0	204	100.0
No	4	26.7	11	73.3	15	100.0
Total	57	26.0	162	74.0	219	100.0
$\chi^2=.003$ P=.953						
Técnica de cepillado	n	%	n	%	n	%
Horizontal	12	26.7	33	73.3	45	100.0
Vertical	37	25.7	107	74.3	144	100.0
Circular	8	26.7	22	73.3	30	100.0
Total	57	26.0	162	74.0	219	100.0
$\chi^2=.024$ P=.988						
Tipo de cepillo dental que usa	n	%	n	%	n	%
Suave	18	25.4	53	74.6	71	100.0
Mediano	32	26.7	88	73.3	120	100.0
Duro	5	20.8	19	79.2	24	100.0
Eléctrico	1	100.0	0	0.0	1	100.0
No sabe / No contestó	1	33.3	2	66.7	3	100.0
Total	57	26.0	162	74.0	219	100.0
$\chi^2=3.304$ P=.508						
Complemento de higiene	n	%	n	%	n	%
Si	32	27.8	83	72.2	115	100.0
No	25	24.0	79	76.0	104	100.0
Total	57	26.0	162	74.0	219	100.0
$\chi^2=.407$ P=.524						
Técnica de cepillado con tipodonto	n	%	n	%	n	%
Horizontal	14	24.1	44	75.9	58	100.0
Vertical	30	27.5	79	72.5	109	100.0
Circular	13	25.0	39	75.0	52	100.0
Total	57	26.0	162	74.0	219	100.0
$\chi^2=.263$ P=.877						

Tabla 10. Distribución sobre periodontitis y variables de toxicomanías

	Sin periodontitis		Con periodontitis		Total	
	n	%	n	%	n	%
Consumo de tabaco						
Si	12	25.0	83	72.2	48	100.0
No	45	26.3	126	73.7	171	100.0
Total	57	26.0	162	74.0	219	100.0
X²=.034 P=.854						
Frecuencia en el consumo de tabaco	n	%	n	%	n	%
Diario	5	21.7	18	78.3	23	100.0
Semanal	0	0.0	2	100.0	2	100.0
Ocasional	7	30.4	16	69.6	23	100.0
Total	12	25.0	36	75.0	48	100.0
X²= 1.159 P=.560						
Ha cesado el consumo de tabaco	n	%	n	%	n	%
Si	10	26.3	28	73.7	38	100.0
No	2	20.0	8	80.0	10	100.0
Total	12	25.0	36	75.0	48	100.0
X²=.168 P=.682						
Consumo de bebidas alcohólicas	n	%	n	%	n	%
Si	35	30.2	81	69.8	116	100.0
No	22	21.4	81	78.6	103	100.0
Total	57	26.0	162	74.0	219	100.0
X²=2.201 P=.138						
Frecuencia en el consumo de bebidas alcohólicas	n	%	n	%	n	%
Diario	0	0.0	2	100.0	2	100.0
Semanal	9	42.9	12	57.1	21	100.0
Ocasional	26	28.0	67	72.0	93	100.0
Total	35	30.2	81	69.8	116	100.0
X²=2.685 P=.261						

Tabla 11. Distribución sobre periodontitis y variable de enfermedad crónica

Enfermedad crónica	Sin periodontitis		Con periodontitis		Total	
	n	%	n	%	n	%
Si	4	14.8	23	85.2	27	100.0
No	53	27.6	139	72.4	192	100.0
Total	57	26.0	162	74.0	219	100.0
X²=2.011 P=.156						

Tabla 12. Distribución sobre periodontitis y variable estrés percibido

Estrés Percibido	Sin periodontitis		Con periodontitis		Total	
	n	%	n	%	n	%
Casi nunca o nunca está estresado	4	13.3	26	86.7	30	100.0
De vez en cuando o a menudo está estresado	2	1.1	187	98.9	189	100.0
Total	6	2.7	213	97.3	219	100.0
X²=14.640 P≤.001						

Tabla 13.1. Distribución sobre sangrado al sondeo y variables sociodemográficas

		Sin sangrado al sondeo		Con sangrado al sondeo		Total	
		n	%	n	%	n	%
Sexo							
Femenino		9	6.3	133	93.7	142	100.0
Masculino		3	3.9	74	96.1	77	100.0
Total		12	5.5	207	94.5	219	100.0
$\chi^2=.575$		P=.448					
Edad		n	%	n	%	n	%
Menores de 30 años		9	7.3	114	92.7	123	100.0
Mayores de 30 años		3	3.1	93	96.9	96	100.0
Total		12	5.5	207	94.5	219	100.0
$X^2=1.827$		P=.176					
Escolaridad		n	%	n	%	n	%
Secundaria o más		12	6.2	183	93.8	195	100.0
Menor a secundaria		0	0.0	24	100.0	24	100.0
Total		12	5.5	207	94.5	219	100.0
$X^2=1.829$		P=.176					
Estatus laboral		n	%	n	%	n	%
Empleado		6	4.4	130	95.6	136	100.0
Desempleado		6	7.2	77	92.8	83	100.0
Total		12	5.5	207	94.5	219	100.0
$\chi^2=.790$		P=.374					

Tabla 13.2. Distribución sobre sangrado al sondeo y variables sociodemográficas

Ocupación	Sin sangrado al sondeo		Con sangrado al sondeo		Total	
	n	%	n	%	n	%
Directivo / Gerente	0	0.0	1	100.0	1	100.0
Profesionista	1	3.2	30	96.8	31	100.0
Técnico	0	0.0	7	100.0	7	100.0
Obrero	4	5.9	64	94.1	68	100.0
Comerciante	1	3.6	27	96.4	28	100.0
Hogar	1	2.0	48	98.0	49	100.0
Estudiante	4	13.8	25	86.2	29	100.0
No Contestó	0	0.0	1	100.0	1	100.0
Otro	1	20.0	4	80.0	5	100.0
Total	12	5.5	207	94.5	219	100.0
$\chi^2= 8.659$ $P=.427$						
Hijos	n	%	n	%	n	%
Si	6	5.1	112	94.9	118	100.0
No	6	5.9	95	94.1	101	100.0
Total	12	5.5	207	94.5	219	100.0
$X^2=.077$ $P=.781$						
Responsable del cuidado de los hijos	n	%	n	%	n	%
Yo	1	2.5	39	97.5	40	100.0
Pareja	1	9.1	10	90.9	11	100.0
Responsabilidad compartida	3	5.3	54	94.7	57	100.0
Otra persona	1	10.0	9	90.0	10	100.0
Total	6	5.1	112	94.9	118	100.0
$X^2=1.424$ $P=.700$						

Tabla 14. Distribución sobre sangrado al sondeo y variables de patología bucal, antecedentes dentales, prácticas de higiene

	Sin sangrado al sondeo		Con sangrado al sondeo		Total	
	n	%	n	%	n	%
Hipersensibilidad dental						
Si	6	6.3	89	93.7	95	100.0
No	6	4.8	118	95.2	124	100.0
Total	12	5.5	207	94.5	219	100.0
$\chi^2=.227$ P=.634						
Tratamientos dentales previos	n	%	n	%	n	%
Si	11	5.4	193	94.6	204	100.0
No	1	6.7	14	93.3	15	100.0
Total	12	5.5	207	94.5	219	100.0
$\chi^2=.044$ P=.834						
Técnica de cepillado	n	%	n	%	n	%
Horizontal	2	4.4	43	95.6	45	100.0
Vertical	9	6.3	135	93.8	144	100.0
Circular	1	3.3	29	96.7	30	100.0
Total	12	5.5	207	94.5	219	100.0
$\chi^2=.525$ P=.769						
Tipo de cepillo dental que usa	n	%	n	%	n	%
Suave	4	5.6	67	94.4	71	100.0
Mediano	7	5.8	113	94.2	120	100.0
Duro	1	2.2	23	98.8	24	100.0
Eléctrico	0	0.0	1	100.0	1	100.0
No sabe / No contestó	0	0.0	3	100.0	3	100.0
Total	12	5.5	207	94.5	219	100.0
$\chi^2=.334$ P=.987						
Complemento de higiene	n	%	n	%	n	%
Si	9	7.8	106	92.2	115	100.0
No	3	2.9	101	97.1	104	100.0
Total	12	5.5	207	94.5	219	100.0
$\chi^2=2.575$ P=.109						
Técnica de cepillado con tipodonto	n	%	n	%	n	%
Horizontal	3	5.2	55	94.8	58	100.0
Vertical	6	5.5	103	94.5	109	100.0
Circular	3	5.8	49	94.2	52	100.0
Total	12	5.5	207	94.5	219	100.0
$\chi^2=.019$ P=.990						

Tabla 15. Distribución sobre sangrado al sondeo y variables de toxicomanías

	Sin sangrado al sondeo		Con sangrado al sondeo		Total	
	n	%	n	%	n	%
Consumo de tabaco						
Si	4	8.3	44	91.7	48	100.0
No	8	4.7	163	95.3	171	100.0
Total	12	5.5	207	94.5	219	100.0
X²=.976 P=.326						
Frecuencia en el consumo de tabaco	n	%	n	%	n	%
Diario	2	8.7	21	91.3	23	100.0
Semanal	0	0.0	2	100.0	2	100.0
Ocasional	2	8.7	21	91.3	23	100.0
Total	4	8.3	44	91.7	48	100.0
X²= .190 P=.909						
Ha cesado el consumo de tabaco	n	%	n	%	n	%
Si	3	7.9	35	92.1	38	100.0
No	1	10.0	9	90.0	10	100.0
Total	4	8.3	44	91.7	48	100.0
X²=.046 P=.830						
Consumo de bebidas alcohólicas	n	%	n	%	n	%
Si	7	6.0	109	94.0	116	100.0
No	5	4.9	98	95.1	103	100.0
Total	12	5.5	207	94.5	219	100.0
X²=.147 P=.702						
Frecuencia en el consumo de bebidas alcohólicas	n	%	n	%	n	%
Diario	1	50.0	1	50.0	3	100.0
Semanal	1	4.8	20	95.2	21	100.0
Ocasional	5	5.4	88	94.6	93	100.0
Total	7	6.0	109	94.0	116	100.0
X²=6.949 P=.031						

Tabla 16. Distribución sobre sangrado al sondeo y variable de enfermedad crónica

Enfermedad crónica	Sin sangrado al sondeo		Con sangrado al sondeo		Total	
	n	%	n	%	n	%
Si	3	11.1	24	88.9	27	100.0
No	9	4.7	183	95.3	192	100.0
Total	12	5.5	207	94.5	219	100.0
X²=1.886 P=.170						

Tabla 17. Distribución sangrado al sondeo y estrés percibido

Estrés Percibido	Sin sangrado al sondeo		Con sangrado al sondeo		Total	
	n	%	n	%	n	%
Casi nunca o nunca está estresado	1	3.3	29	96.7	30	100.0
De vez en cuando o a menudo está estresado	11	5.8	178	94.2	189	100.0
Total	12	5.5	207	94.5	219	100.0
X²=.309 P=.578						

Tabla 18.1. Distribución sobre recesiones gingivales y variables sociodemográficas

Sexo	Sin recesiones gingivales		Con recesiones gingivales		Total	
	n	%	n	%	n	%
Femenino	44	31.0	98	69.0	142	100.0
Masculino	22	28.6	55	71.4	77	100.0
Total	66	30.1	153	69.9	219	100.0
$\chi^2=.138$		P=.710				
Edad	n	%	n	%	n	%
Menores de 30 años	9	7.3	114	92.7	123	100.0
Mayores de 30 años	3	3.1	93	96.9	96	100.0
Total	12	5.5	207	94.5	219	100.0
$X^2=1.827$		P=.176				
Escolaridad	n	%	n	%	n	%
Secundaria o más	12	6.2	183	93.8	195	100.0
Menor a secundaria	0	0.0	24	100.0	24	100.0
Total	12	5.5	207	94.5	219	100.0
$X^2=1.563$		P=.211				
Estatus laboral	n	%	n	%	n	%
Empleado	33	24.3	103	75.7	136	100.0
Desempleado	33	39.8	50	60.2	83	100.0
Total	66	30.1	153	69.9	219	100.0
$\chi^2=5.877$		P=.015				

Tabla 18.2. Distribución sobre recesiones gingivales y variables sociodemográficas

	Sin recesiones gingivales		Con recesiones gingivales		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ocupación						
Directivo / Gerente	1	100.0	0	0.0	1	100.0
Profesionista	11	35.5	20	64.5	31	100.0
Técnico	2	28.6	5	71.4	7	100.0
Obrero	13	19.1	55	80.9	68	100.0
Comerciante	4	14.3	24	85.7	28	100.0
Hogar	12	24.5	37	75.5	49	100.0
Estudiante	21	72.4	8	27.6	29	100.0
No Contestó	1	100.0	0	0.0	1	100.0
Otro	1	20.0	4	80	5	100.0
Total	66	30.1	153	69.9	219	100.0
$\chi^2= 37.933$ P\leq.001						
Hijos	n	%	n	%	n	%
Si	19	16.1	99	83.9	118	100.0
No	47	46.5	54	53.5	101	100.0
Total	66	30.1	153	69.9	219	100.0
$X^2=23.939$ P\leq.001						
Responsable del cuidado de los hijos	n	%	n	%	n	%
Yo	6	15.0	34	85.0	40	100.0
Pareja	2	18.2	9	81.8	11	100.0
Responsabilidad compartida	10	17.5	47	82.5	57	100.0
Otra persona	1	10.0	9	90.0	10	100.0
Total	19	16.1	99	83.9	118	100.0
$X^2=.435$ P=.933						

Tabla 19. Distribución sobre recesiones gingivales y variables de patología bucal, antecedentes dentales, prácticas de higiene

	Sin recesiones gingivales		Con recesiones gingivales		Total	
	n	%	n	%	n	%
Hipersensibilidad dental						
Si	30	31.6	65	68.4	95	100.0
No	36	29.0	88	71.0	33	100.0
Total	66	30.1	153	69.9	219	100.0
X²=.166 P=.684						
Tratamientos dentales previos						
Si	64	31.4	140	68.6	204	100.0
No	2	13.3	13	86.7	15	100.0
Total	66	30.1	153	69.9	219	100.0
χ²=2.160 P=.142						
Técnica de cepillado						
Horizontal	2	4.4	43	95.6	45	100.0
Vertical	9	6.3	135	93.8	144	100.0
Circular	1	3.3	29	96.7	30	100.0
Total	66	30.1	153	69.9	219	100.0
X²=4.531 P=.104						
Tipo de cepillo dental que usa						
Suave	23	32.4	48	67.8	71	100.0
Mediano	32	26.7	88	73.3	120	100.0
Duro	8	33.3	16	66.7	24	100.0
Eléctrico	1	100.0	0	0.0	1	100.0
No sabe / No contestó	2	66.7	1	33.3	3	100.0
Total	66	30.1	153	69.9	219	100.0
χ²=5.194 P=.268						
Complemento de higiene						
Si	39	33.9	76	66.1	115	100.0
No	27	26.0	77	74.0	104	100.0
Total	66	30.1	153	69.9	219	100.0
X²=1.640 P=.200						
Técnica de cepillado con tipodonto						
Horizontal	12	20.7	46	79.3	58	100.0
Vertical	38	34.9	71	65.1	109	100.0
Circular	16	30.8	36	69.2	52	100.0
Total	66	30.1	153	69.9	219	100.0
χ²=3.625 P=.163						

Tabla 20. Distribución sobre recesiones gingivales y variables de toxicomanías

	Sin recesiones gingivales		Con recesiones gingivales		Total	
	n	%	n	%	n	%
Consumo de tabaco						
Si	11	22.9	37	77.1	48	100.0
No	55	32.2	116	67.8	171	100.0
Total	66	30.1	153	69.9	219	100.0
X²=1.552 P=.217						
Frecuencia en el consumo de tabaco	n	%	n	%	n	%
Diario	3	13.0	20	87.0	23	100.0
Semanal	1	50.0	1	50.	2	100.0
Ocasional	7	30.4	16	69.6	23	100.0
Total	11	22.9	37	77.1	48	100.0
X²= 2.836 P=.242						
Ha cesado el consumo de tabaco	n	%	n	%	n	%
Si	10	26.3	28	73.7	38	100.0
No	1	10.0	9	90.0	10	100.0
Total	11	22.9	37	77.1	48	100.0
X²=1.193 P=.275						
Consumo de bebidas alcohólicas	n	%	n	%	n	%
Si	36	31.0	80	69.0	116	100.0
No	30	29.1	73	70.9	103	100.0
Total	66	30.1	153	69.9	219	100.0
X²=.094 P=.759						
Frecuencia en el consumo de bebidas alcohólicas	n	%	n	%	n	%
Diario	1	50.0	1	50.0	2	100.0
Semanal	6	28.6	15	71.4	21	100.0
Ocasional	29	31.2	64	68.8	93	100.0
Total	37	31.0	80	69.0	116	100.0
X²=.397 P=.820						

Tabla 21. Distribución sobre recesiones gingivales y variable de enfermedad crónica

	Sin recesiones gingivales		Con recesiones gingivales		Total	
	n	%	n	%	n	%
Enfermedad crónica						
Si	5	18.5	22	81.5	27	100.0
No	61	31.8	131	68.2	192	100.0
Total	66	30.1	153	69.9	219	100.0
X²=1.975 P=.160						

Tabla 22. Distribución sobre recesiones gingivales y variable de estrés percibido

Estrés Percibido	Sin recesiones gingivales		Con recesiones gingivales		Total	
	n	%	n	%	n	%
Casi nunca o nunca está estresado	7	23.3	23	76.7	30	100.0
De vez en cuando o a menudo está estresado	59	31.2	130	68.8	189	100.0
Total	66	30.1	153	69.9	219	100.0
X²=.764 P=.382						

Tabla 23.1. Distribución sobre IHOS y variables sociodemográficas

	Bueno		Regular y malo		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Femenino	58	48.8	84	59.2	142	100.0
Masculino	36	46.8	41	53.2	77	100.0
Total	94	42.9	125	57.1	219	100.0
χ²=.711 P=.399						
Edad						
Menores de 30 años	60	48.8	63	51.2	123	100.0
Mayores de 30 años	34	35.4	62	64.6	96	100.0
Total	94	42.9	125	57.1	219	100.0
X²=3.930 P=.047						
Escolaridad						
Secundaria o más	90	46.2	105	53.8	195	100.0
Menor a secundaria	4	35.4	62	64.6	96	100.0
Total	94	42.9	125	57.1	219	100.0
X²=7.584 P=.006						
Estatus laboral						
Empleado	56	41.2	80	58.8	136	100.0
Desempleado	38	45.8	45	54.2	83	100.0
Total	94	42.9	125	57.1	219	100.0
χ²=.446 P=.504						

Tabla 23.2. Distribución sobre IHOS y variables sociodemográficas

	Bueno		Regular y malo		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ocupación						
Directivo / Gerente	0	0.0	1	100.0	1	100.0
Profesionista	15	48.4	16	51.6	31	100.0
Técnico	2	28.6	5	71.4	7	100.0
Obrero	27	39.7	41	60.3	68	100.0
Comerciante	11	39.3	17	60.7	28	100.0
Hogar	20	40.8	29	59.2	49	100.0
Estudiante	19	65.5	10	34.5	29	100.0
No Contestó	0	0.0	1	100.0	1	100.0
Otro	0	0.0	5	100.0	5	100.0
Total	94	42.9	125	57.1	219	100.0
$\chi^2= 12.801$ P=.119						
Hijos	n	%	n	%	n	%
Si	46	39.0	72	61.0	118	100.0
No	48	47.5	53	52.5	101	100.0
Total	94	42.9	125	57.1	219	100.0
$X^2=12.801$ P=.119						
Responsable del cuidado de los hijos	n	%	n	%	n	%
Yo	15	37.5	25	62.5	40	100.0
Pareja	3	27.3	8	72.7	11	100.0
Responsabilidad compartida	23	40.4	34	59.6	57	100.0
Otra persona	5	50.0	5	50.0	10	100.0
Total	46	39.0	72	61.0	118	100.0
$X^2=1.226$ P=.747						

Tabla 24. Distribución sobre IHOS y variables de patología bucal, antecedentes dentales, prácticas de higiene

	Bueno		Regular y malo		Total	
	n	%	n	%	n	%
Hipersensibilidad dental						
Si	43	45.3	52	54.7	95	100.0
No	51	41.1	73	58.9	124	100.0
Total	94	42.9	125	57.1	219	100.0
$\chi^2=.375$ P=.540						
Tratamientos dentales previos	n	%	n	%	n	%
Si	91	44.6	113	55.4	204	100.0
No	3	20.0	12	80.0	15	100.0
Total	94	42.9	125	57.1	219	100.0
$\chi^2=3.454$ P=.063						
Técnica de cepillado	n	%	n	%	n	%
Horizontal	17	37.8	28	62.2	45	100.0
Vertical	62	43.1	82	56.9	144	100.0
Circular	15	50.0	15	50.0	30	100.0
Total	94	42.9	125	57.1	219	100.0
$\chi^2=1.101$ P=.577						
Tipo de cepillo dental que usa	n	%	n	%	n	%
Suave	26	36.6	45	63.4	71	100.0
Mediano	59	49.2	61	50.8	120	100.0
Duro	8	33.3	16	66.7	24	100.0
Eléctrico	1	100.0	0	0.0	1	100.0
No sabe / No contestó	0	0.0	3	100.0	3	100.0
Total	94	42.9	125	57.1%	219	100.0
$\chi^2=7.548$ P=.110						
Complemento de higiene	n	%	n	%	n	%
Si	58	50.4	57	49.6	115	100.0
No	36	34.6	68	65.4	104	100.0
Total	94	42.9	125	57.1	219	100.0
$\chi^2=5.578$ P=.018						
Técnica de cepillado con tipodonto	n	%	n	%	n	%
Horizontal	21	36.2	37	63.8	58	100.0
Vertical	52	47.7	57	52.3	109	100.0
Circular	21	40.4	31	59.6	52	100.0
Total	94	42.9	125	57.1	219	100.0
$\chi^2=2.223$ P=.329						

Tabla 25. Distribución sobre IHOS y variables de toxicomanías

	Bueno		Regular y malo		Total	
	n	%	n	%	n	%
Consumo de tabaco						
Si	21	43.8	27	56.3	48	100.0
No	73	42.7	98	57.3	171	100.0
Total	94	42.9	125	57.1	219	100.0
X²=.017 P=.896						
Frecuencia en el consumo de tabaco	n	%	n	%	n	%
Diario	9	39.1	14	60.9	23	100.0
Semanal	0	0.0	2	100.0	2	100.0
Ocasional	12	52.2	11	47.8	23	100.0
Total	21	43.8	27	56.3	48	100.0
X²= 2.418 P=.298						
Ha cesado el consumo de tabaco	n	%	n	%	n	%
Si	16	42.1	22	57.9	38	100.0
No	5	50.0	5	50.0	10	100.0
Total	21	43.8	27	56.3	48	100.0
X²=.201 P=.654						
Consumo de bebidas alcohólicas	n	%	n	%	n	%
Si	51	44.0	65	56.0	116	100.0
No	43	41.7	60	58.3	103	100.0
Total	94	42.9	125	57.1	219	100.0
X²=.110 P=.741						
Frecuencia en el consumo de bebidas alcohólicas	n	%	n	%	n	%
Diario	1	50.0	1	50.0	2	100.0
Semanal	6	28.6	15	71.4	21	100.0
Ocasional	44	47.3	49	52.7	93	100.0
Total	51	44.0	65	56.0	116	100.0
X²=2.472 P=.290						

Tabla 26. Distribución sobre IHOS y variable de enfermedad crónica

	Bueno		Regular y malo		Total	
Enfermedad crónica	n	%	n	%	n	%
Si	8	29.6	19	70.4	27	100.0
No	86	44.8	106	55.2	192	100.0
Total	94	42.9	125	57.1	219	100.0
X²=2.221 P=.136						

Tabla 27. Distribución sobre IHOS y variable de estrés percibido

Estrés Percibido	Bueno		Regular y malo		Total	
	n	%	n	%	n	%
Casi nunca o nunca está estresado	16	53.3	14	46.7	30	100.0
De vez en cuando o a menudo está estresado	78	41.3	111	58.7	189	100.0
Total	94	42.9	125	57.1	219	100.0
X²=1.538		P=.215				

Tabla 28. Modelo final de regresión logística binaria para presencia de periodontitis

	RM	P
Sexo	.279	.453
Edad	1.652	≤.001
Escolaridad	1.353	.211
Hijos	.432	.269
Enfermedad crónica	.398	.254
Hipersensibilidad	-.039	.917
Alcoholismo	.161	.802
Estrés	.623	.203

*Regresión logística RM para periodontitis, ajustada por sexo, edad, escolaridad, hijos, enfermedad crónica, hipersensibilidad dental, alcoholismo y estrés. Referencia edad= 0 (30 años o menos, sexo= 0 (masculino), escolaridad= 0 (secundaria o más), hijos=0 (no tienen hijos) enfermedad crónica= 0 (no refiere), hipersensibilidad=0 (no refiere), alcoholismo=0 (no consume bebidas alcohólicas), estrés=0 (casi nunca o nunca esta estresado)

Tabla 29. Modelo final de regresión logística para presencia de sangrado al sondeo

	RM	P
Edad	33.911	.996
Escolaridad	16.767	.999
Complemento de higiene	1.080	.351
Frecuencia de alcoholismo		.999
Frecuencia de alcoholismo	18.979	.997
Frecuencia de alcoholismo	18.932	.997
Enfermedad crónica	-1.330	.325
Estrés	-18.211	.998

*Regresión logística RM para sangrado al sondeo, ajustada por, edad, escolaridad, complemento de higiene, frecuencia de alcoholismo, enfermedad crónica y estrés. Referencia edad= 0 (30 años o menos,) escolaridad= 0 (secundaria o más), complemento de higiene= 0 (si utiliza complemento), frecuencia de alcoholismo= 0 (ocasionalmente) enfermedad crónica= 0 (no refiere), estrés=0 (casi nunca o nunca esta estresado)

Tabla 30. Modelo final de regresión logística binaria para presencia de recesiones gingivales

	RM	P
Edad	2.536	≤.001
Estatus laboral	.804	.032
Hijos	.663	.104
Tratamientos dentales previos	1.252	.134
Técnica de cepillado		.102
Técnica de cepillado	-1.013	.129
Técnica de cepillado	-1.188	.064
Complemento de higiene	.238	.516
Técnica de cepillado con tipodonto		.079
Técnica de cepillado con tipodonto	1.275	.056
Técnica de cepillado con tipodonto	1.026	.078
Enfermedad crónica	-.289	.667
Estrés	.084	.882

*Regresión logística RM para presencia de recesiones gingivales, ajustada por, edad, estatus laboral, hijos, tratamientos dentales previos, técnica de cepillado, complemento de higiene, técnica de cepillado con tipodonto, enfermedad crónica y estrés. Referencia edad= 0 (30 años o menos, estatus laboral= 0 (desempleado), hijos= 0 (no tiene hijos), tratamientos dentales previos= 0 (si tuvo tratamientos dentales previos), técnica de cepillado= 0 (vertical), complemento de higiene= 0 (si utiliza complemento), técnica de cepillado con tipodonto= 0 (vertical), enfermedad crónica= 0 (no refiere), estrés=0 (casi nunca o nunca esta estresado)

Tabla 31. Modelo final de regresión logística binaria para IHOS

	RM	P
Edad	.532	.138
Escolaridad	1.320	.029
Hijos	-.145	.676
Tratamientos dentales previos	1.356	.052
Tipo de cepillo		.404
Tipo de cepillo	21.159	1.000
Tipo de cepillo	20.583	1.000
Tipo de cepillo	21.260	1.000
Tipo de cepillo	42.075	.999
Complemento de higiene	.526	.080
Enfermedad crónica	.570	.245
Estrés	.220	.610

*Regresión logística RM para presencia de IHOS, ajustada por, edad, escolaridad, hijos, tratamientos dentales previos, tipo de cepillo, complemento de higiene, enfermedad crónica y estrés. Referencia edad= 0 (30 años o menos, escolaridad= 0 (menor a secundaria), hijos= 0 (no tiene hijos), tratamientos dentales previos= 0 (si tuvo tratamientos dentales previos), tipo de cepillo= 0 (eléctrico), complemento de higiene= 0 (si utiliza complemento), enfermedad crónica= 0 (no refiere), estrés=0 (casi nunca o nunca esta estresado)

17. DISCUSIÓN

El presente proyecto tuvo como propósito identificar si existe una asociación entre estrés percibido y las recesiones gingivales en pacientes adultos que acuden a la consulta dental en la clínica de admisión de la Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León, UNAM.

No hubo una relación concluyente entre el estrés percibido y las recesiones gingivales tomadas en la investigación. Como describe Mengel y cols. en el 2002⁶¹ donde estudió la relación entre algunos mediadores químicos producidos por estrés en pacientes con enfermedad periodontal resultando una relación no significativa, congruente con Solis y cols. en el 2004⁶² al igual que Castro y cols. en el 2006⁸, cabe recalcar que en estos estudios la medición del factor de estrés es más precisa.

Ahora si bien Moss y cols en 1996⁶³ encontraron que los altos niveles de depresión desempeñan un rol importante en la función inmune durante períodos de conflicto social, estos factores ambientales en el análisis de la periodontitis en adultos han servido para identificar líneas específicas de investigación sobre las medidas psicosociales como factores ambientales importantes en la periodontitis en adultos. Está información genera unas bases solidas para próximos estudios donde los factores externos y ambientales sean más regulados para así obtener resultados más precisos.

En cuanto a la presencia de periodontitis encontrada en el estudio fue del 74.0% mientras que en la investigación realizada por Jiménez y cols. en el 2014⁶⁴ muestra que el porcentaje de periodontitis en latinos e hispanos es del 65%, pero menciona que aquellos con mayor prevalencia de periodontitis son los mexicanos, a continuación un resultado muy similar es el de García y cols. en 2016⁶⁵ donde encontró que en una población de embarazos en Guerrero la prevalencia en enfermedad periodontal es del 75%, siendo estos resultados más cercanos a lo encontrado.

Si bien otro factor importante relacionado con la periodontitis es la edad, se encontró que los individuos mayores a 30 años muestran 1.65 veces el riesgo a tener periodontitis comparados con aquellos menores a este rango de edad y estos resultados son sustentados con lo encontrado por Heitz-Mayfield y cols en 2003⁶⁶ donde mencionan que el progreso de la periodontitis en el adulto es continuo lento y progresivo esto es acorde a los resultados de la investigación, y es que la enfermedad aumenta con la edad, aunque el punto de corte de cada estudio es diferente son congruentes entre sí.

Albandar & Kingman en 1999⁶ encontraron que la población de descendencia mexicana tenía un 63.61% de sangrado al sondeo por otro lado en la investigación se descubrió que el 94.5% de los individuos analizados mostraban sangrado al

sondeo, es difícil encontrar dentro de los estudios que se aíse como variable independiente el sangrado al sondeo, por que por lo general se utilizan otros métodos como el índice periodontal comunitario donde se evalúa la condición valorada como más grave, por lo tanto se deja de lado la variable de sangrado si existe alguna otra condición considerada más importante, es así que dentro de este estudio se tomo como variable independiente por que es un gran predictor de la actividad de la enfermedad periodontal, siendo un gran aporte para los conocimientos de las condiciones bucodentales, puede ser un precedente para próximos estudios donde no se evalúe solamente la presencia de la enfermedad periodontal, sino profundizar un poco más en el tema.

Respecto a la presencia de recesiones gingivales se encontró que el 69.9% de la población evaluada mostraba al menos una recesión gingival, Minaya y cols. en el 2012⁶⁷ encontraron que la prevalencia de recesiones gingivales en individuos masculinos adultos residentes en la ciudad de Campeche fue el 87.6%. La edad como un componente decisivo para la presencia de recesiones gingivales es sustentado como menciona Heitz-Mayfield y cols en 2003⁶ que las recesiones gingivales son predominantes en personas mayores de 40, al igual que Albandar & Kingman en 1999⁶, Susin y cols. en 2004²⁴, Kassab & Cohen en el 2003¹⁶, son congruentes con los resultados encontrados, que con el incremento de edad aumenta la presencia de recesiones gingivales, a pesar de que el punto de corte en cada estudio es diferente, son congruentes entre sí.

Marini y cols en 2004⁶⁸ encontraron que entre los sujetos que no presentaban ninguna alteración en el margen gingival, más del 85% pertenecía al grupo de edad más joven de 20-29 años similar que lo presentado en está muestra donde de los individuos con ninguna alteración en el margen gingival el 90.9% pertenecía al grupo de edad, menor de 30 años.

Como se observa en múltiples estudios epidemiológicos la prevalencia, extensión y severidad de las recesiones gingivales está totalmente relacionada con el aumento de la edad, está relación entre la aparición de la recesión gingival y la edad probablemente se deba al mayor período de exposición a los agentes que causan la recesión gingival, pero cabe recalcar no es un resultado fisiológico inevitable por el proceso de envejecimiento sino la acumulación de efectos de tipo inflamatorio, traumáticos, de higiene etc. en el periodonto.

Respecto a un descubrimiento importante fue aquel que menciona que los individuos que se encuentran empleados tienen 20.0% menos probabilidad de tener una recesión gingival que aquellos que no están empleados, como menciona De Fazio y cols. en 2016⁶⁹ la interacción entre el desempleo y el estado de salud físico es muy complejo donde además el estado de salud mental disminuye. Es así que el desempleo, como factor estresantes sumamente importante, pues al influir en la salud física y mental puede empeorar el bienestar percibido de las personas y por lo tanto generar estrategias de afrontamiento inadecuadas. Por otro lado Mantler y cols. en el 2005⁷⁰, re afirma que los sujetos empleados tenían más probabilidades de mantener un grado de optimismo con respecto a sus

perspectivas laborales, y era menos probable que experimentaran el mismo grado de estrés que los individuos desempleados.

Cabe mencionar que las de estrategias de afrontamiento son sumamente importantes de evaluar y considerarse para estudios posteriores.

Según el sistema de vigilancia epidemiológica en el 2015⁷¹ encontraron que el 40.1% de la población mexicana en una muestra representativa tenía una calificación regular y mala en el índice IHOS, mientras que en la investigación los resultados mostraron que el 57.1% de los individuos analizados tenían una calificación regular y mala dentro del índice de higiene oral simplificado, contrario a lo encontrado por Gómez & Morales en el 2012⁷² con estudiantes universitarios en Tamaulipas donde el 18.5% presentaba ponderaciones malas y regulares en el IHOS, a continuación según los resultados encontrados existe una relación significativa entre una escolaridad menor a secundaria y una mala calificación dentro del índice, la razón de esto es que el nivel educativo influye en las condiciones orales a mayor nivel educativo mayores los conocimientos de higiene oral, otros indican la existencia de asociación entre un bajo grado de escolaridad y un nivel deficiente de conocimientos sobre salud bucal.

Mientras que la escolaridad de mayor prevalencia dentro de la investigación fue secundaria y bachillerato / carrera técnica las cifras del Geografía en el 2015⁷³ en la ciudad de León Gto. Son congruentes pues muestran que el promedio de escolaridad es secundaria.

Estudios e investigaciones como Rosania y cols en 2009⁹ usan dos escalas de medición de factores psicológicos una que evalúa 11 componentes del estrés, incluyendo el ambiente vocacional, ambiente doméstico, ambiente de salud, presión del tiempo, conducta impulsada, postura de actitud, potencial de relajación, definición de rol, hostilidad, ansiedad, depresión y otra escala epidemiológica de depresión así formando un total de 97 unidades de evaluación (ítems), en otro orden encontramos escalas como la usada en la investigación de (Radafshar y cols. en el 2012⁴⁰ de estrategias de afrontamiento pero compuestas por por dos escalas, la escala de Evaluación de Reajuste Social y la escala de eventos de vida, la lista combinada comprendía 84 preguntas, otros instrumentos de medición muy precisos fueron aquellos utilizados por Trombelli y cols. en 2005⁷⁴ sobre rasgos de personalidad, apoyo social y estrés, que incluye la escala de resistencia y escala de control emocional Courtauld, escala analógica visual, escala multidimensional de apoyo social percibido y la encuesta de experiencias de vida, todo esto compuesto por 141 ítems, todos estos instrumentos fueron previamente utilizados para evaluar las poblaciones correspondientes y mostraron niveles aceptables de validez y consistencia interna.

Múltiples datos fueron recabados por desgracia no se pudieron integrar dentro del análisis estadístico por la complejidad que presentaban. Es por eso que para futuras investigaciones se debería contar con una población de estudio más amplia,

homogénea y focalizada.

Una gran ventaja de esta investigación es recalcar que no existe un precedente completo sobre condiciones bucodentales en mexicanos y este estudio es el pionero en su tipo, que por lo general las investigaciones se centran en un solo tema, siendo esto un parteaguas para futuras investigaciones y un precedente importante para el conocimiento de las condiciones bucodentales de los mexicanos específicamente de aquellos que acuden a la clínica de admisión de la ENES Unidad León UNAM, por lo que se refiere lo más recomendable es ampliar la muestra de estudio para futuros estudios, lo que evidencia la necesidad de seguir trabajando sobre esta línea de estudio, pudiéndose tener un enfoque diferente en la selección de los instrumentos de medición de factores psicosociales como lo son las escalas de rasgos de personalidad y claramente contar con una mayor estructura de recursos humanos y materiales e inclusive poder utilizar mediciones biológicas de estrés.

Dentro de las limitaciones de la investigación podemos ver que múltiples estudios tienen un instrumento y método de registro de factores psicológicos más precisos y exactos, como lo son los marcadores biológicos, por desgracia este tipo de métodos tiene un alto costo. Los instrumentos de mayor precisión para la medición de factores psicológicos, por medio de entrevistas tienden a ser muy largos y no viables con tiempo limitado, siendo un conflicto la toma de datos, pues solo hubo un operador mismo que fue el entrevistador, además que la gran mayoría de ellos no se encuentran validados en habla hispana y especialmente en México.

18. CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos del presente trabajo se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- Contrario a lo esperado no se encontró una relación concluyente entre el estrés percibido y las recesiones gingivales.
- Se observó que una parte significativa de la población presenta recesiones gingivales.
- Se observó que la edad es un factor de riesgo muy importante para la presencia de recesiones gingivales y periodontitis.
- Se observó que según la muestra representativa tomada en la investigación la mayor parte de la población de estudio presenta sangrado al sondeo, dato relevante sobre la actividad de la enfermedad periodontal.
- Se encontró que los individuos con desempleo son más propensos a tener recesiones gingivales comparados con su contra parte que se encuentran empleados.
- Se observó que existe relación significativa entre una escolaridad menor a secundaria y una mala calificación dentro del IHOS.

19. BIBLIOGRAFÍA

1. Loë, H., Anerud, A., & Boysen, H. (1992). The natural history of periodontal disease in man: prevalence, severity, and extent of gingival recession. *J Periodontol*, 63 (6), 489-495.
2. Bakri, I., Douglas, C., & Rawlinson, A. (2013). The effects of stress on periodontal treatment: a longitudinal investigation using clinical and biological markers. *J Clin Periodontol*, 40 (10), 955-961.
3. Bernimoulin, J., & Curilović, Z. (1977). Gingival recession and tooth mobility. *J Clin Periodontol*, 4 (2), 107-114.
4. Brandini, D., Trevisan, C., Panzarini, S., & Pedrini, D. (2012). Clinical evaluation of the association between noncarious cervical lesions and occlusal forces. *J Prosthet Dent*, 108 (5), 298-303.
5. West, N., Lussi, A., Seong, J., & Hellwig, E. (2013). Dentin hypersensitivity: pain mechanisms and aetiology of exposed cervical dentin. *Clin Oral Investig*, 17 (1), 9-19.
6. Albandar, J. M., & Kingman, A. (1999). Gingival recession, gingival bleeding, and dental calculus in adults 30 years of age and older in the United States, 1988-1994. *J Periodontol*, 70 (1), 30-43.
7. Merijohn, G. K. (2016). Management and prevention of gingival recession. *Periodontol 2000*, 71 (1), 228-242.
8. Castro, G. D., Oppermann, R. V., Hass, A. N., Winter, R., & Alchieri, J. C. (2006). Association between psychosocial factors and periodontitis: a case-control study. *J Clin Periodontol*, 33 (2), 109-114.
9. Rosania, A. E., Low, K. G., McCormick, C. M., & Rosania, D. A. (2009). Stress, depression, cortisol, and periodontal disease. *J Periodontol*, 80 (0), 260-266.
10. Genco, R., Ho, A., Kopman, J., Grossi, S., Dunford, R., & Tedesco, L. (1998). Models to evaluate the role of stress in periodontal disease. *Ann Periodontol*, 3 (1), 288-302.
11. Ng, S., & Keung Leung, W. (2006). A community study on the relationship between stress, coping, affective dispositions and periodontal attachment loss. *Community Dent Oral Epidemiol*, 34 (4), 252-266.
12. Marcenes, W. S., & Sheiham, A. (1992). The relationship between work stress and oral health status. *Soc Sci Med*, 35 (12), 1511-1520.
13. Breivik, T., Thrane, P., Murison, R., & Gjermo, P. (1996). Emotional stress effects on immunity, gingivitis and periodontitis. *Eur J Oral Sci*, 10 (4), 327-334.
14. Pini-Prato, G., Franceschi, D., Cairo, F., Nieri, M., & Rotundo, R. (2010). Classification of dental surface defects in areas of gingival recession. *J Periodontol*, 81 (6), 885-8890.
15. Chambrone, L., Sukekava, F., Araújo, M., Pustigliani, F., Chambrone, L., & Lima, L. (2010). Root coverage procedures for the treatment of localised recession-type defects review. *J Periodontol*, 81 (4), 452-478.

16. Kassab , M., & Cohen, R. (2003). The etiology and prevalence of gingival recession. *J Am Dent Assoc* , 134 (2), 220-225.
17. Petersen, P., & Ogawa, H. (2005). Strengthening the prevention of periodontal disease: the WHO approach. *J Periodontol* , 76 (12), 2187-2193.
18. Zucchelli, G., & De Sanctis, M. (2000). treatment of multiple recession-type defects in patients with esthetic demands. *J Periodontol* , 71 (9), 1506-1514.
19. American Academy of Periodontology. (2000). Parameter on mucogingival conditions. *J Peridontol* , 71 (5), 861-862.
20. Vargas Casillas, A. P., Yáñez Ocampo, B. R., & Monteagudo Arrieta, C. A. (2016). *Periodontología e implantología*. México D.F., México: Médica Panamericana.
21. Novaes , A. B., Ruben, M. P., Kon, S., Goldman , H. M., & Novaes , A. B. (1975). The development of the periodontal cleft . *J Periodontol* , 46 (12), 701-709.
22. Baker , D. L., & Seymour, G. J. (1976). The possible pathogenesis of gingival recession a histological study of induced recession in the rat . *J Clin Periodontol* , 3 (4), 208-219.
23. Smith, R. G. (1997). Gingival recession reappraisal of an enigmatic condition and a new index for monitoring. *J Clin Periodontol* , 24 (3), 201-205.
24. Susin, C., Haas, A. N., Oppermann, R. V., Haugejorden, O., & Albandar , J. M. (2004). Gingival recession: Epidemiology and risk indicators in a representative urban brazilian population. *J Periodontol* , 75 (10), 1377-1386.
25. Castro , Y. R., & Granados, S. P. (2017). Orthodontic dental movement and its association with the presence of gingival recession. *Revista Odontológica Mexicana*, 21 (1), e8-e11.
26. Kinane, D. F., Peterson, M., & Stathopoulou, P. g. (2006). Environmental and other modifying factors of the periodontal diseases. *Periodontology* 2000 , 40, 107-119.
27. Freeman, R., & Goss, S. (1993). Stress measures as predictors of periodontal disease- a preliminary communication. *Community Dent Oral Epidemiol* , 21 (176-177).
28. Vettore, M. V., Leão, A. T., Monteiro Da Silva , A. M., Quintanilla , R. S., & Lamarca, G. A. (2003). The relationship of stress and anxiety with chronic periodontitis. *J Clin Periodontol* , 30 (5), 394-402.
29. Tezel, A., Çanakçı, V., Çiçek, Y., & Demir, T. (2001). Evaluation of gingival recession in left- and right-handed adults. *Intern J Neurosciencie* , 110 (3-4), 135-146
30. Sarfati, A., Bourgeois, D., Katsahian, S., Mora, F., & Bouchard, P. (2010). Risk assessment for buccal gingival recession defects in an adult population. *J Periodontol* , 81 (10), 1419-1425.
31. Lang, N. P., & Löe, H. (1972). The relationship between the width of keratinized gingiva and gingival health. *J Periodontol* , 43 (10), 623-627.
32. Jepsen, S., Caton, J. G., Albandar, J. M., Bissada, N. F., Bouchard, P., Cortinellini, P., y otros. (2018). Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: Consensus report of workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal

- and Peri- Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol* , 45 (20), 219-229.
33. Minneman, M. A., Cobb, C., Soriano, F., Burns, S., & Schuchman, L. (1995). Relationships of personality traits and stress to gingival status or soft-tissue oral pathology: an exploratory study. *Journal of Public Health Dentistry* , 55 (1), 22-27.
 34. Fan , J., & Caton, J. G. (2018). Occlusal trauma and excessive occlusal forces: Narrative review, case definitions, and diagnostic consideration. *J Periodontol* , 89 (1), 214-222.
 35. Jain, S., Kaur, H., & Aggarwal, R. (2017). Classification systems of gingival recession: an update. *Indian J Dent Sci* , 9 (1), 52-59.
 36. Miller , P. D. (1985). A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent* , 5 (2), 8-13.
 37. Cairo, F., Nieri, M., Cincinelli, S., Mervelt, J., & Pagliaro, U. (2011). The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study. *J Clin Periodontol* , 38 (7), 661-666.
 38. Trianes, M. T., Blanca, M. J., Fernandez, F. B., Escobar , M. E., & Maldonado, E. M. (2012). Evaluación y tratamiento del estrés cotidiano en la infancia. *Papeles del Psicólogo* , 33 (1), 30-35.
 39. Petersen, P. E. (2003). The world oral health report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO global oral health programme. *Community Dent Oral Epidemiol* , 31 (1), 03-24.
 40. Radafshar, G., Zarrabi, H., & Jalayer , S. (2012). Relationships of stress and coping styles to periodontal disease: a case-control study. *J Dent Shiraz Univ Med Scien* , 13 (4), 169-175.
 41. Karasek , R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: innplications for job redesign. *Administrative Scienie Quarterly* , 24 (2), 285-308.
 42. Murayama , Y., Kurihama, H., Nagal, A., Dompkowski, D., & Van Dyke, T. E. (194). Acute necrotizing ulcerative gingivitis: risk factors involving host defense mechanisms. *Periodontology 2000* , 6, 116-124.
 43. Monteiro da Silva , A. M., Oakley, D. A., Newman, H. N., Nohi, F. S., & Lloyd, H. M. (1996). Psychosocial factors and adult onset rapidly progressive periodontitis. *J Clin Periodontol* , 23, 789-794.
 44. Shannon, I. L., Kilgore, W. G., & O'Leary, T. J. (1969). Stress as a predisposing factor in necrotizing ulcerative gingivitis. *J Periodontol* , 40 (4), 240-242.
 45. Horning, G. M., & Cohen, M. E. (1995). Necrotizing ulcerative gingivitis, periodontitis, and stomatitis: clinical staging and predisposing factors. *J Periodontol* , 66 (11), 990-998.
 46. Peruzzo, D. C., Benatti, B. B., Ambrosano, G. M., Nogueira-Filho, G. R., Sallum, E. A., Casti, M. Z., y otros. (2007). A systematic review of stress and psychological factors as possible risk factors for periodontal disease. *J Periodontol* , 78 (8), 1491-1504.

47. Ader, R., Cohen, N., & Felten, D. (1995). Psychoneuroimmunology: interactions between the nervous system and the immune system. *The Lancet* , 345 (8942), 99-103.
48. Boyapati, L., & Wang, H.-L. (2007). The role of stress in periodontal disease and wound healin. *Periodontology 2000* , 44, 195-210.
49. Miller, D. B., & O' Callaghan, J. P. (2002). Neuroendocrine aspects of the response to stress. *Metabolism* , 51 (6), 05-10.
50. Knight, E. T., Liu, J., Seymour, G. J., Faggion, C. M., & Cullinan, M. P. (2016). Risk factors that may modify the innate and adaptive immune responses in periodontal diseases. *Periodontology 2000* , 71 (1), 22-51.
51. Shields, W. C. (1997). Acute necrotizing ulcerative gingivitis a study of some of the contributing factors and their validity in an army population. *J Periodontol* , 48 (6), 346-349.
52. Hugoson, A., Ljungquist, B., & Breivik, T. (2002). The relationship of some negative events and psychological factors to periodontal disease in an adult Swedish population 50 to 80 years of age. *J Clin Periodontol* , 29 (3), 247-253.
53. Green, L. W., Tryon, W. W., Marks, B., & Hurym, J. (1986). Periodontal disease as a function of life events stress. *Journal of Human Stress* , 12 (1), 32-36.
54. Gúzman Yacaman, J. (2016). Adaptación de la escala de percepción global de estrés en universitarios de beca 18. Lima, Peru: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas .
55. González-Ramírez, M. T., Rodríguez-Ayán, M. N., & Landero Hernández, R. (2013). The perceived stress scale (PSS): normative data and factor structure for a large-scale sample in Mexico. *Spanish Journal of Psychology* , 16 (e47), 01-09.
56. Gómez Ortiz, V. (2005). Richard Stanley Lazarus (1922-2002). *Revista Latinoamericana de Psicología* , 37 (1), 207-209.
57. González Ramírez, M. T., & Landero Hernández, R. (2007). Factor structure of the perceived stress scale (PSS) in a sample from Mexico. *Spanish Journal of Psychology* , 10 (1), 199-206.
58. Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior* , 24 (4), 385-396.
59. Torres-Lagunas, M. A., Vega-Morales, E. G., Vinalay-Carrillo, I., Arenas-Montaña, G., & Rodríguez-Alonzo, E. (2015). Validación psicométrica de escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en puérperas mexicanas con y sin preeclampsia. *Enfermería Universitaria* , 12 (3), 122-133.
60. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. (1984). Ley general de salud, investigación para la salud, artículo 100. *Diario Oficial de la Federación*.
61. Mengel, R., Bacher, M., & Flores-de-Jacoboy, L. (2002). Interactions between stress, interleukin-1b, interleukin-6 and cortisol in periodontally diseased patients. *J Clin Periodontol* , 29 (11), 1012-1022.
62. Solis, A., Lotufo, R., Pannuti, C. M., Brunheiro, E. C., Marques, A. H., & Lotufo-Neto, F. (2004). Association of periodontal disease to anxiety and depression symptoms, and psychosocial stress factors. *J Clin Periodontol* , 31 (8), 633-638.

63. Moss, M. E., Beck, J. D., Kaplan, B. H., Offenbacher, S., Weintraub, J. A., Koch, G. G., y otros. (1996). Exploratory case-control analysis of psychosocial factors and adult periodontitis. *J Periodontol* , 67 (10), 1060-1069.
64. Jiménez, M. C., Sanders, A. E., Mauriello, S. M., Kaste, L. M., & Beck, J. D. (2014). Prevalence of periodontitis according to hispanic or latino background among study participants of the hispanic community health study/study of latinos. *JADA* , 145 (8), 805-816.
65. García-Morales, G., Vega-Vega, S. P., & Tolentino-Alvarado, A. (2016). Prevalencia de enfermedad periodontal en embarazadas de una unidad de medicina familiar de Acapulco, Guerrero. *Aten Fam* , 23 (3), 75-79.
66. Heitz-Mayfield, L. J., Schätzle, M., Loe, H., Bürgin, W., Ånerud, Å., Boysen, H., y otros. (2003). Clinical course of chronic periodontitis. II. Incidence, characteristics and time of occurrence of the initial periodontal lesion. *J Clin Periodontol* , 30 (10), 902-908.
67. Minaya-Sánchez, M., Medina-Solís, C., Vallejos-Sánchez , A. A., Marquez-Corona, M., Pontigo-Loyola, A. P., Islas-Granillo, H., y otros. (2012). Gingival recession and associated factors in a homogeneous mexican adult male population: A cross-sectional study. *Med Oral Patol Cir Bucal* , 1 (17), 807-813.
68. Marini, M., Gregghi, S., Passanezi, E., & Sant'ana, A. (2004). Gingival recession: prevalence, extension and severity in adults. *J Appl Oral Sci* , 12 (3), 250-255.
69. De Fazio, P., Cerminara, G., Calabrò, G., Bruni, A., Caroleo, M., Altamura, M., y otros. (2016). Employment, perceived health status and coping: A study in southern italy. *Work* , 53 (1), 219-224.
70. Mantler, J., Matejicek, A., Matheson, K., & Anisman, H. (2005). Coping with employment uncertainty: a comparison of employed and unemployed workers. *Journal of Occupational Health Psychology* , 10 (3), 200-209.
71. Salud, S. G. (2015). Resultados del sistema de vigilancia epidemiológica de patologías bucales SIVEPAB 2015. México D.F.
72. Morales García, M. H., & Gómez Ríos, N. I. (2012). Determinación de los Índices CPO-D e IHOS en estudiantes de la universidad veracruzana, México. *Rev Chil Salud Pública* , 16 (1), 26-31.
73. Geografía, I. N. (s.f.). Beta Inegi. Recuperado el 18 de Julio de 2018, de Banco de Indicadores: <http://www.beta.inegi.org.mx/app/indicadores/#>
74. Trombelli, L., Scapoli, C., Tataksi, D. N., & Grassi, L. (2005). Modulation of clinical expression of plaque-induced gingivitis: effects of personality traits, social support and stress. *J Clin Periodontol* , 32 (11), 1143-1150.
75. Greene, J. C., & Vermillion, J. R. (1964). The simplified oral hygiene index. *J Am Dent Assoc* , 68, 07-13.

20. ANEXOS

20.1 Anexo 1

Índice de higiene bucal simplificado

El IHOS fue descrito de la siguiente manera por (Greene & Vermillion, 1964)⁷⁵

Dientes a examinar: Se divide la boca en seis partes (sextante) y se revisan seis dientes específicos, uno por cada sextante, se requiere que se encuentren completamente erupcionados para calcular adecuadamente la presencia de cálculo y materia adherida al diente.

Número de las superficies: Se evalúan únicamente seis superficies, una de cada diente seleccionado para el IHOS.

El IHOS tiene un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 6, contabilizando el cálculo y materia adherida al diente .

Secuencia Revisión: Siguiendo la secuencia 16, 11, 26, 36, 31 y 46. Las superficies dentales se examinan del borde incisal a cervical con el explorador o sonda procurando revisar toda la superficie. La puntuación debe reflejar la estimación de toda la superficie, incluida el área proximal de las zonas de contacto.

En la parte posterior de la dentición, se inspeccionarán los dientes 16 y 26 por la cara vestibular y los dientes 36 y 46 por la cara lingual, en la parte anterior, se examinará el diente 11 por la cara vestibular y el diente 31 por la cara lingual

Diente	16 / V	11/V	26/ V	36/L	31/V	46/L
Placa adherida						
Cálculo						
Total						

Valores materia adherida:

0 Ausencia de detritos o mancha extrínseca en la superficie examinada.

1 Presencia de detritos cubriendo no más de 1/3 de la superficie del diente, o ausencia de detritos, más presencia de mancha extrínseca.

2 Presencia de detritos cubriendo más de 1/3 pero no más de 2/3 de la superficie examinada; podrá haber o no presencia de mancha extrínseca.

3 Presencia de detritos cubriendo más de 2/3 de la superficie examinada; podrá haber o no la presencia de mancha extrínseca.

Valores cálculo:

0 Ausencia de cálculo supragingival.

1 Presencia de cálculo supragingival cubriendo no más de 1/3 de la superficie examinada.

2 Presencia de cálculo supragingival cubriendo más de 1/3 pero no más de 2/3 de la superficie examinada o bien presencia de pequeñas porciones de cálculo subgingival.

Los promedios se sacan bajo las siguientes fórmulas :

$$\text{Promedio de placa adherida} = \frac{\text{suma del índice de detritos}}{\text{número de dientes examinados}}$$

$$\text{Promedio de cálculo} = \frac{\text{suma del índice de cálculo}}{\text{número de dientes examinados}}$$

20. 2 Anexo 2

Escala estrés percibido

Marca la mejor opción que se adecue a tu situación actual teniendo en cuenta el último mes.	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
E1. ¿Con que frecuencia has estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?					
E2. ¿Con que frecuencia te has sentido incapaz de controlar las cosas importantes de tu vida					
E3. ¿Con que frecuencia te has sentido nervio o estresado (lleno de tensión.)					
E4. ¿Con que frecuencia has manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?					
E5. ¿Con que frecuencia has sentido que has enfrentado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida?					
E6. ¿Con que frecuencia has estado seguro/a sobre tu capacidad de manejar problemas personales?					
E7. ¿Con que frecuencia has sentido que las cosas te van bien?					
E8. ¿Con que frecuencia has sentido que no podías afrontar todas las cosas que tienes que hacer?					
E9. ¿Con que frecuencia has podido controlar las dificultades de tu vida?					
E10. ¿Con que frecuencia has sentido que tienes control sobre todo?					
E11. ¿Con que frecuencia has estado enfadado/a por que las cosas que te han ocurrido estaban fuera de tu control?					
E12. ¿Con que frecuencia has pensado sobre las cosas que no has terminado (pendientes de hacer)?					
E13. ¿Con que frecuencia has podido controlar la forma de pasar tiempo (organizar)?					

E14.¿con que frecuencia has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes superarlas?					
--	--	--	--	--	--

20. 3 Anexo 3

Enfermedad periodontal

Procedimiento de detección y registro de la prescencia de periodontitis, siendo el registro de forma rápida y sencilla, comprendido por la profundidad al sondeo.

La profundidad al sondeo (PS) es la distancia comprendida entre la base del surco y el margen gingival, está es la distancia a la que el instrumento (sonda) penetra en el surco. La fuerza estandarizada ideal para la penetración al sondeo es de 25 gramos. La técnica de sondeo consiste en introducir la sonda en sentido paralelo al eje vertical del diente y se “recorre” toda la superficie del diente por ambas caras, registrando tres puntos de cada cara mesial, punto medio y distal. La manera más precisa para la detección y medición de la bolsa periodontal o profundidad al sondeo es la exploración cuidadosa con una sonda periodontal en este caso marca Hu-Fridey Carolina del norte aplicando la técnica descrita, el registro se realiza en número enteros y es la profundidad en milímetros que penetra la sonda en el surco los terceros molares no fueron tomados en cuenta.

El levantamiento de datos se vacía en la casilla de PS para el diagnóstico de presencia de periodontitis de determino que aquellos sujetos que tuvieran ≥ 8 sitios con bolsas $\geq 4\text{mm}$.

20. 4 Anexo 4



Buen día mi nombre es Sonora me permitiría realizar un cuestionario con fines académicos y estadísticos.

Nombre (Iniciales): _____ Fecha: _____ Expediente: _____

- 1.- Sexo : 1.- Femenino 2.- Masculino
- 2.- Edad:
- 3.- Grado de escolaridad: 1.- Sin estudios. 2.- Primaria incompleta.
3.-Primaria completa. 4.- Secundaria. 5.- Bachillerato/Carrera técnica. 6.- Licenciatura.
7.- Posgrado. 8.- No contestó.
- 4.- Estatus laboral actual: 1.- Empleado. 2.-Desempleado.
3.- No contestó.
- 5.- Ocupación: 1.- Directivo/Gerente. 2.- Profesionista. 3.- Técnico 4.- Trabajador de
sector gubernamental. 5.-Trabajador del sector privado. 6.-Comerciante formal.
7.- Comerciante informal. 8.-Ama de casa. 9.- Estudiante. 10.- No contestó.
11.- Otro _____
- 6.- ¿Cuál es su ingreso económico familiar aproximado al mes?
- 7.- ¿Usted padece de alguna enfermedad crónica diagnosticada? 1.- Si. 2.- No.
¿Cuál? _____ 9.- No aplica.
- 8.-¿Ha padecido o padece de alguna de las siguientes enfermedades?
1.- Hipertensión arterial. 2.- Diabetes. 3.- Enfermedades cardíacas. 4.- Cáncer.
5.- Enfermedades respiratorias. 6.- No contestó.
7.- Otra _____ 9.- No aplica
- 9.-¿Su enfermedad se encuentra médicamente controlada? 1.- Si. 2.- No.
9.- No aplica
- 10.- ¿Con que medicamento controla su padecimiento?
1.- Otro _____ 9.- No aplica
- 11.- ¿Usted presenta hipersensibilidad dental (Dolor con frío/ Calor)? 1.- Si. 2.- No.
- 12.- ¿Le han realizado algún tratamiento dental previo? 1.- Si. 2.- No.
- 13.- De ser así ¿Que tipo de tratamiento dental ha tenido? 1.- Limpieza/Prevención.
2.- Operatoria (Remoción de caries y relleno.) 3.- Prótesis (Coronas). 4.- Tratamiento
periodontal. 5.-Extracciones 6.- Endodoncia 7.-Ortodoncia 8.- Otro _____



14.- ¿Usted de que manera cepilla sus dientes?

- 1.- Horizontal. 2.- De arriba hacia abajo. 3.- Circular.



4.-No sabe / No contestó.

15.-¿Qué tipo de cepillo utiliza? 1.- Suave. 2.-Mediano. 3.-Duro. 4.- Eléctrico. 5.-No sabe/ No contestó.

16.- ¿Usted utiliza algún complemento de higiene además del cepillo de dientes?
1.- Si. 2.- No.

17.- De ser afirmativo ¿Qué complemento utiliza? 1.- Hilo dental. 2.- Cepillo interdental. 3.-Enjuague bucal. 4.- Otro _____ 9.- No aplica

18.- ¿ Con que frecuencia cambia su cepillo dental?

19.- ¿Es usted fumador? 1.- Si. 2.- No.

20.- ¿Cuánto tiempo lleva fumando? 1.- _____ años. 2.- _____ meses. 9.- No aplica.

21.- ¿Con que frecuencia fuma? 1.- Diario 2.- Semanal 3.- Ocasionalmente

22.- ¿Cuantos cigarrillos fuma ? 9.- No aplica

23.- ¿Ha dejado de fumar? 1.- Si. 2.- No. 9.- No aplica.

24.- De ser afirmativo ¿Por cuánto tiempo? 9.- No aplica.

25.- ¿Usted consume alcohol? 1.- Si. 2.- No.

26.- ¿Cuánto tiempo lleva consumiendo? 1.- _____ años. 2.- _____ meses 9.- No aplica

27.- ¿Con que frecuencia consume alcohol? 1.- Diario 2.- Semanal 3.- Ocasional

29.- Aproximadamente ¿Cuántas bebidas consume?

30.- ¿Usted tiene hijos? 1.- Si 2.- No

31.- ¿Cuántos hijos tiene? 9.- No aplica

32.- ¿Quién es el encargado del cuidado de su (s) hijos? 1.- Usted. 2.- Pareja.
3.- Responsabilidad compartida. 4.- Otra persona. 9.- No aplica.

Marca la mejor opción que se adecue a tu situación actual teniendo en cuenta el último mes.	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. ¿Con qué frecuencia ha estado afectado/a por algo que ha ocurrido inesperadamente?					
2. ¿Con que frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes de su vida?					
3. ¿Con que frecuencia se ha sentido nervioso/a, estresado (lleno de tensión)?					
4. ¿Con que frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?*					
5. ¿Con que frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?*					
6. ¿Con que frecuencia ha estado seguro/a sobre tu capacidad de manejar problemas personales?*					
7. ¿Con que frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?*					
8. ¿Con que frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tiene que hacer?					
9. ¿Con que frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?*					
10. ¿Con que frecuencia ha sentido que tiene el control sobre todo?*					
11. ¿Con que frecuencia ha estado enfadado/a por que las cosas que le han ocurrido estaban fuera de tu control?					
12. ¿Con que frecuencia ha pensado sobre las cosas que no ha terminado (pendientes de hacer)?					
13. ¿Con que frecuencia ha podido controlar la forma de pasar tiempo (organizar)?*					



Cuestionario de investigación relación de estrés y recesiones

Marca la mejor opción que se adecue a tu situación actual teniendo en cuenta el último mes.	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
---	-------	------------	------------------	----------	--------------

14.¿Con que frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?					
---	--	--	--	--	--

Cuestionario de investigación relación estrés y recesiones

	Si	No	Fija	Removable
Presencia de prótesis				

	Ant Sup	Post Sup	Ant Inf	Post Inf
Apiñamiento				

Indice de higiene bucal (IHOS)

Diente	16 / V	11/V	26/ V	36/L	31/V	46/L
Placa adherida						
Cálculo						
Total						

Código

- 0 Ausencia de detritos o mancha extrínseca en la superficie examinada
- 1 Presencia de detritos cubriendo no más de 1/3 de la superficie del diente, o ausencia de detritos, más presencia de mancha extrínseca
- 2 Presencia de detritos cubriendo más de 1/3 pero no más de 2/3 de la superficie examinada; podrá haber o no presencia de mancha extrínseca
- 3 Presencia de detritos cubriendo más de 2/3 de la superficie examinada; podrá haber o no la presencia de mancha extrínseca



Código

- 0 Ausencia de cálculo supragingival
- 1 Presencia de cálculo supragingival cubriendo no más de 1/3 de la superficie examinada
- 2 Presencia de cálculo supragingival cubriendo más de 1/3 pero no más de 2/3 de la superficie examinada o bien presencia de pequeñas porciones de cálculo subgingival



20. 5 Anexo 5



Consentimiento Informado

Fecha: _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica titulado "Recesiones gingivales relacionadas a estrés percibido en pacientes registrados en la Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León UNAM" cuyo objetivo es identificar si existe relación entre estrés percibido y la presencia de recesiones gingivales en pacientes adultos que asisten a la consulta dental en la clínica de admisión de la Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León UNAM.

El procedimiento al que será sometido no implica riesgo o es muy bajo puesto que consistirá en un cuestionario por medio de una entrevista y una examinación de cavidad oral por medio de espejo bucal, sonda periodontal tipo Carolina del norte y OMS (instrumentos odontológicos) los cuales estarán debidamente esterilizados. Siéntase con absoluta libertad de preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus ideas o dudas respecto a los procedimientos o el estudio. Se mantendrá absoluta confidencialidad de los resultados obtenidos. Este procedimiento no implica efectos secundarios y usted es libre de retirarse en el momento que deseé.

Para realizar este estudio es muy importante su colaboración ya que con ello estará participando en beneficio de la comunidad. Este estudio permitirá obtener información actualizada sobre recesiones gingivales, estrés percibido y la relación entre estos.

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis dudas han sido respondidas de manera satisfactoria. Autorizo mi participación en la realización del cuestionario y examinación de cavidad oral y quedo enterado(a) del procedimiento que se llevará a cabo.

Firma

Firma

Firma