

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO**

**POSTGRADO DE PERIODONCIA**



**DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAR LA  
PERCEPCIÓN FRENTE A LAS RECESIONES GINGIVALES**

**AUTORES**

**CINDY CAROLINA LEÓN RIAÑO.  
ARLEIT ZAMAIER VELÁSQUEZ HERRERA.**

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA  
COLEGIO ODONTOLÓGICO  
ÁREA DE EDUCACIÓN AVANZADA Y CONTINUADA  
POSTGRADO DE PERIODONCIA  
BOGOTA D.C 2016**

**DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAR LA  
PERCEPCIÓN FRENTE A LAS RECESIONES GINGIVALES**

**AUTORES**

**CINDY CAROLINA LEÓN RIAÑO.  
ARLEIT ZAMAIER VELÁSQUEZ HERRERA.**

Asesor Científico

Dr. Camilo Novoa

Especialista en Periodoncia y Epidemiología

Asesora Metodológica

Dra. Diana Parra

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO**

**ÁREA DE EDUCACIÓN AVANZADA Y CONTINUADA**

**POSTGRADO DE PERIODONCIA**

**BOGOTÁ D.C 2016**

El trabajo de grado **“Diseño y validación de un instrumento para identificar la percepción frente a las recesiones gingivales”** elaborado por Arleit Zamaier Velasquez Herrera y Cindy Carolina León Riaño, como requisito para optar el título de especialistas en Periodoncia.

---

Dr. Camilo Novoa

Asesor Científico

---

Dra. Diana Parra

Asesora Metodológica

---

Dra. Sandra Aguilera Rojas

Directora Centro de Investigación

Bogotá, 2016

## TRANSFERENCIA DE DERECHO DE PUBLICACIÓN

Título del artículo: **“Diseño y validación de un instrumento para identificar la percepción frente a las recesiones gingivales”**. Autores: Las Dras. Arleit Zamaier Velasquez Herrera y Cindy Carolina León Riaño. Los autores certifican que el artículo arriba mencionado es trabajo original y no ha sido previamente publicado, excepto en forma de resumen. Una vez aceptado para publicación en la revista que la institución Universitaria Colegio de Colombia estipule, los derechos de Autor serán transferidos a la universidad. Así mismo, declaran que no ha sido enviado en forma simultánea para su posible publicación en otra revista. Los autores acceden dado el caso a que este artículo sea incluido en los medios electrónicos que los editores de la Institución Universitaria Colegios de Colombia, consideren convenientes.

---

ARLEIT ZAMAIER VELASQUEZ H.

C.C. 1019034221

---

CINDY CAROLINA LEÓN R.

C.C. 1016001981

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA**  
**CESIÓN DE DERECHO**

Yo, Arleit Zamaier Velasquez Herrera, Cindy Carolina León Riaño, manifestamos en este documento nuestra voluntad de ceder a la Institución Universitaria Colegios de Colombia los derechos patrimoniales, consagrados en el artículo 72 de la ley 23 de 1982, de la tesis de grado: **“diseño y validación de un instrumento para identificar la percepción frente a las recesiones gingivales”**. Producto de nuestra actividad académica para optar por el título de especialistas en Periodoncia de la Institución Universitaria Colegios de Colombia. La institución tiene los derechos anteriores cedidos en su actividad ordinaria de investigación, docencia y publicación. Con todo, en nuestra condición de autores nos reservamos los derechos morales de la obra antes citada con arreglo al artículo 30 de la ley 23 de 1982. En concordancia suscribimos este documento en el momento mismo de la ley 23 de entrega del trabajo final a la biblioteca de la institución Universitaria Colegios de Colombia.

---

ARLEIT ZAMAIER VELASQUEZ H.

C.C. 1019034221

---

CINDY CAROLINA LEÓN R.

C.C. 1016001981

Bogotá, Junio 2016

Señores

Biblioteca

Institución Universitaria Colegios de Colombia

La ciudad

Autorizamos a la unidad de investigación de la Institución Universitaria Colegios de Colombia a consultar y reproducir con fines de investigación, parcial o totalmente el contenido del trabajo de grado **“Diseño y validación de un instrumento para identificar la percepción frente a las recesiones gingivales”**. Presentando a la unidad de investigación como requisito del programa a optar el título de Periodoncia, siempre que mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al trabajo de investigación y a sus autores.

---

ARLEIT ZAMAIER VELASQUEZ H.

C.C. 1019034221

---

CINDY CAROLINA LEÓN R.

C.C. 1016001981

## **FICHA TECNICA DE INVESTIGACION DEL TRABAJO DE GRADO**

**TITULO DEL TRABAJO:** “Diseño y validación de un instrumento para identificar la percepción frente a las recesiones gingivales”.

**AUTORES:** Arleit zamaier Velasquez Herrera, Cindy Carolina León Riaño

**ASESOR CIENTÍFICO:** Dr. Camilo Novoa

**ASESOR METODOLOGICO:** Dra. Diana Y. Parra.

**MATERIAL ANEXO:** 1 CD, 2 Artículos Científicos

**FACULTAD:** Odontología

**TITULO OBTENIDO:** Especialistas en Periodoncia

**CATEGORIA:** Postgrado

**PALABRAS CLAVES:** Recesión Gingival, Percepción, Estética Dental, Hipersensibilidad, Dolor, Autocuidado, Calidad de Vida.

## CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	11
<b>1. ASPECTO TEORICO CIENTIFICO</b>	<b>15</b>
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.2. JUSTIFICACIÓN	19
1.3. PROPÓSITO	20
1.4. MARCO TEORICO	20
1.5. OBJETIVOS	40
1.5.1 OBJETIVO GENERAL	40
1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICO	40
<b>2. ASPECTOS METODOLÓGICOS</b>	<b>41</b>
2.1 TIPO DE ESTUDIO	41
2.2 OBJETO DE ESTUDIO	41
2.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO	41
2.4 MUESTRA	41
2.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN	41
2.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	41
2.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	42

2.6 VARIABLES	42
3. PROCEDIMIENTO	42
4. RESULTADOS	43
5. DISCUSIÓN	52
6. CONCLUSIÓN	53
7. LIMITACIONES	54
8. BIBLIOGRAFIA	55
9. ANEXOS	60

## INTRODUCCIÓN

Se ha estimado que más del 60% de la población tiene recesiones gingivales, como resultado del efecto final de la interacción de múltiples factores etiológicos que se dividen en predisponentes y desencadenantes, tales como anatomía, procesos inflamatorios, traumáticos, entre otros. (1)

Generalmente la recesión gingival afecta la calidad de vida de quien la padece debido que ocasiona un problema estético (especialmente cuando afecta dientes anteriores), generando la necesidad de consulta odontológica cuando se presenta molestia por el aspecto clínico o por alguna manifestación de dolor afectando la funcionalidad y generando sensibilidad. (2,3)

La recesión gingival es definida como la migración del margen apical a la unión amleocementaria<sup>(4)</sup>, ésta es clasificada<sup>(5)</sup> como una deformidad mucogingival alrededor del diente afectando el mismo (recesión simple) o más dientes (recesiones múltiples), así mismo la exposición de la raíz dental hace que el diente sea más susceptible a hipersensibilidad dental, dolor, caries, lesiones no cariosas, compromiso estético, sangrado gingival, retención de placa, exposición de la superficie de la dentina y afectación directa a la pulpa. (1)

Otro factor causal de las recesiones gingivales son las lesiones cervicales no cariosas que son un grupo de lesiones que afectan a la zona cervical de los dientes tales como, la abrasión, erosión y abfracción, debido a la exposición de la superficie radicular causada por factores relacionados con la higiene oral, factores oclusales y en algunos casos la dieta. (6).

La prevalencia de esta condición ha sido ampliamente estudiada en Estados Unidos donde ha sido reportada en el 78% al 100% de individuos de mediana edad, que afectan del 22 al 53% de los dientes (3). En Europa la prevalencia de recesiones gingivales se evaluó en Pomerania, una provincia en el este de Alemania, cuyos resultados demostraron que el 89,7% se presentaba en adultos (20-81 años de edad), con el 62,8% de los dientes afectados.(7)

En Brasil se encontró esta condición clínica en un 64% de personas con edades comprendidas entre 20 y 29 años de edad, así mismo el 99% de los individuos mayores de 40 años mostraron recesiones gingivales. (8)

Por otra parte, la literatura reporta que el aumento de la edad predispone a un incremento en el número de dientes afectados por esta condición. (2,7,8)

En Colombia el 4° Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV), reporta que en promedio 38.4% de todas las superficies dentales presentan pérdida del nivel de inserción clínica (NIC). La pérdida de NIC con respecto a la extensión, se observó en un 41,47% en hombres y 35.37% en mujeres. Al observar la severidad se estimó una severidad de pérdida de NIC mayor a 5 mm en 2.59% de los hombres y 1.68% de las mujeres. A lo largo del curso de vida se percibe un incremento en la extensión y la severidad en pérdida de NIC proporcionalmente con la edad, con una extensión de 11.8% a los 18 años hasta 79.01% en el grupo de 65 a 79 años. (9)

Un estudio realizado en comunidades del Amazonas, corrobora lo anteriormente mencionado, puesto que allí se observó una relación de la pérdida de inserción con

respecto a la edad, así mismo se observa asociación entre el nivel de inserción y la presencia de recesiones gingivales en un 57.1% de la población observada. (10)

Actualmente, en la literatura científica existen pocos estudios que investiguen la percepción que tienen los pacientes frente a las recesiones gingivales. Gran parte de la población no posee ningún conocimiento sobre esta condición, situación que conlleva a que no reciban un tratamiento oportuno y temprano debido a que no sienten la necesidad sobre todo cuando las recesiones son asintomáticas. Es necesario que el odontólogo conozca la percepción que tiene el paciente frente a esta condición permitiéndole establecer si son conscientes o no de las consecuencias que a futuro le puede generar.

Nieri y col (2013), realizaron un estudio con 120 pacientes con el fin de identificar la percepción y la necesidad de tratamiento de las recesiones gingivales encontrando que 96 pacientes presentaron 783 recesiones gingivales, de las cuales 565 no fueron percibidas por los pacientes y 218 recesiones si lo fueron. En los cuales solo el 11% solicito tratamiento y fueron relacionadas con las variables de hipersensibilidad y estética. (11)

La prevalencia de recesiones gingivales es alta y la preocupación de los pacientes por esta condición es muy baja situación que requiere y permite realizar investigaciones para analizar la percepción de los pacientes frente a las recesiones gingivales.

Wagner y col (2016) reportó que las recesiones gingivales también afectan negativamente la calidad de vida de las personas afectando los dominios funcionales y dominios psicológicos de las personas. También, en este estudio se observó que solo la recesión gingival sin hipersensibilidad dentinal no estaba asociada negativamente en la calidad de vida. Sin embargo, cuando la recesión gingival y la hipersensibilidad dentinal estaban presentes fue asociada negativamente con la calidad de vida, principalmente en la presencia de recesiones gingivales en las zonas vestibulares. (12)

La autopercepción en salud es una opinión del mismo individuo que expresa el estado general y esta permite predecir los resultados futuros de salud. Está relacionada con la calidad de vida, el autocuidado y el diagnóstico temprano de condiciones que afectan el estado de salud en general. (13)

Así mismo, teniendo en cuenta que la percepción es un aspecto importante frente a la adherencia a los tratamientos existe la necesidad de generar instrumentos que se ajusten a las características de las poblaciones a intervenir debido a que los conocimientos, actitudes y prácticas frente a este tipo de condiciones son indispensables a la hora de tratar e intervenir con el único propósito de generar una solución predecible y temprano en el tratamiento de las recesiones gingivales.

Por lo anterior el objetivo del presente estudio es diseñar y validar un instrumento que permita identificar la percepción de los pacientes frente a las recesiones gingivales.

## **1. ASPECTOS TEÓRICO-CIENTÍFICOS**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

Las recesiones gingivales se definen como la localización apical del margen gingival respecto a la unión amelo cementaria (UAC), siendo predominante en la cara vestibular. Generalmente compromete la estética y ocasiona hipersensibilidad dental. (4) Son condiciones comunes y frecuentes en la consulta odontológica, se ha estimado que más del 60% de la población tiene recesión gingival como resultado del efecto final de la interacción de múltiples factores etiológicos (1) tales como: factores anatómicos, inflamatorios, traumáticos entre otros. (15) Generalmente ocasiona un problema estético, especialmente cuando afecta dientes anteriores. Además genera conciencia al paciente que a futuro le puede generar: sensibilidad, mayor exposición a caries dental, problemas estéticos. Así mismo, le permite al profesional la posibilidad de plantear un tratamiento oportuno y/o preventivo, basado en la percepción del paciente.

Zaher t col. (2005) realizaron un estudio de corte transversal a 3.780 odontólogos en Suiza, el objetivo era investigar las indicaciones para el tratamiento de recesiones gingivales, empleando una encuesta evaluaron la percepción, conocimientos y preferencias de los odontólogos. Los resultados obtenidos mostraron que la estética fue la indicación predominante para el tratamiento de cubrimiento radicular. (16).

Es común que muchos pacientes presenten recesiones gingivales sin tener ningún conocimiento de esta condición, en el 2013 Nieri y colaboradores, realizaron un estudio con 120 pacientes con el fin de identificar la percepción y la necesidad de tratamiento de las recesiones gingivales encontrando que: 96 pacientes presentaron 783 recesiones gingivales, de las cuales 565 no fueron percibidas por los pacientes y 218 recesiones si lo fueron. De las recesiones percibidas 160 fueron asintomáticas, 36 presentaban hipersensibilidad dental, 13 se relacionaban con problemas estéticos y 9 mostraron problemas combinados de estética con hipersensibilidad. De los pacientes valorados, sólo 11 solicitaron tratamiento por 57 recesiones, lo que equivale a un 13% de los pacientes, demostrando que la prevalencia de recesiones gingivales es alta y que la preocupación de los pacientes por esta condición es muy baja, situación que requiere y permite realizar investigaciones para analizar la percepción de los pacientes frente a las recesiones gingivales en nuestro país. (11)

La percepción es la función psíquica que permite a la persona a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno. Es el primer proceso cognoscitivo, a través del cual el individuo forma una representación de la realidad de su entorno. El proceso de la percepción es de carácter inferencial y constructivo, generando una representación interna de lo que sucede en el exterior al modo de hipótesis.

Hay dos factores que influyen en la percepción: - Las señales externas como los estímulos que permiten el inicio de algo más que la simple sensación y las señales

internas como los factores personales que es cómo la persona atiende a los estímulos poniendo un mínimo de atención al estímulo para que se dé la percepción a través de los procesos cognoscitivos. (17)

La autopercepción en salud es una opinión del mismo individuo que expresa el estado general y esta permite predecir los resultados futuros de salud. Está relacionado con la calidad de vida, en el autocuidado y diagnóstico temprano de condiciones que afectan el estado de salud en general. (13)

La percepción subjetiva del individuo en su funcionamiento y bienestar general tienen un gran impacto en la calidad de vida donde puede deteriorarla y/o optimizarla dependiendo el estado o condición actual de las personas, el estado de salud oral influye significativamente en el papel social, el mal estado oral, no sólo eleva el riesgo de enfermedades crónicas, pero también afecta la calidad de vida al causar dolor y reducir bienestar general (18)

El auto reporte de las recesiones gingivales se ha asociado con el impacto que tiene esta condición en la calidad de vida (19). En un estudio de 200 personas con problemas periodontales atendidas en la práctica privada durante seis meses fueron incluidas en el estudio el cual se les aplicó un instrumento para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral es el perfil de impacto de salud oral (the Oral Health Impact Profile (OHIP)), el cual mide cómo influyen las enfermedades orales en el impacto social. (20)

El impacto de la salud oral en la calidad de vida de los pacientes evaluados tuvo gran relevancia e influencia en los aspectos físicos, sociales y psicológicos, donde se reportó que la condición oral afecta su comodidad, altera su apariencia física, tiene gran impacto social en su vida diaria. Además, de sus influencias psicológicas reportan que alterar su estado de ánimo, felicidad y autoconfianza. (19, 20,21)

Wagner y col.(2016) evaluaron la asociación de las recesiones gingivales con respecto a la calidad de vida en una población en Brasil, donde reportaron que la presencia de resección gingival en el maxilar tuvo mayor impacto negativo que en la mandíbula. Además, la resección gingival en la zona vestibular y proximales en dientes anteriores fue significativamente asociada con un peor impacto en la calidad de vida, pero esta asociación no se observó en los dientes posteriores. Por otra parte, la resección gingival afectada negativamente los dominios funcionales y dominios psicológicos de las personas. También, en este estudio se observó que solo la hipersensibilidad dentinal no estaba asociada negativamente en la calidad de vida. Sin embargo, cuando la resección gingival y la hipersensibilidad dentinal estaban presentes fue significativamente asociada negativamente con la calidad de vida, principalmente en la presencia de resecciones gingivales en las zonas vestibulares. (14)

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Qué instrumento permite identificar la percepción frente a las recesiones gingivales?

## **1.2. JUSTIFICACIÓN**

Actualmente, en la literatura científica existen pocos estudios que investiguen la percepción que tienen los pacientes frente a las recesiones gingivales. Gran parte de la población no posee ningún conocimiento sobre esta condición, situación que conlleva a que no reciban un tratamiento oportuno y temprano debido a que no sienten la necesidad sobre todo cuando las recesiones son asintomáticas. Es necesario que el odontólogo conozca la percepción que tiene el paciente frente a esta condición, permitiéndole establecer si son conscientes o no de las consecuencias que a futuro le puede generar.

Este estudio pretende aportar en el ámbito académico - científico generando un conocimiento más extenso e importante sobre el autocuidado que tienen las personas con relación a la salud buco dental, específicamente a nivel periodontal, donde algunas veces al ignorar condiciones que alteran la salud pueden progresar y generar más daño. De igual manera, los resultados permiten utilizar un instrumento para la toma de decisiones a nivel social para mejorar la comunicación en cuanto al autocuidado buco-dental. También, la aplicación de un instrumento para medir la autopercepción, permite conocer en qué medida las personas identifican cambios dentales y periodontales y de esa manera los pacientes podrán solicitar una atención oportuna, que hacen que los tratamientos sean menos costosos e invasivos.

### **1.3. PROPÓSITO-IMPACTO**

En la actualidad, en Colombia, no existe un instrumento validado que permita evaluar la percepción de los pacientes ante las recesiones gingivales. La literatura científica que ha investigado la percepción que tienen los pacientes en relación con la presencia de recesiones gingivales y la necesidad de tratamiento es escasa, por lo cual se hace necesario diseñar, validar y evaluar un instrumento que permita conocer la percepción que tienen los pacientes sobre las recesiones gingivales, su necesidad de tratamiento y permita avanzar en investigaciones futuras.

### **1.4. MARCO TEÓRICO**

#### **1.4.1. RECESIONES GINGIVALES**

Lindhe, define la recesión gingival como el desplazamiento del tejido gingival marginal hacia la zona apical del límite amelo cementario con la consecuente exposición de la superficie radicular (22). De acuerdo con Almeida es definida como la migración del margen gingival a una posición más apical en relación con la unión amelo cementaria, y puede afectar uno o más dientes. (23) Entre las consecuencias de esta condición podemos encontrar: hipersensibilidad dental, dolor, caries, lesiones no cariosas, compromiso estético, sangrado gingival, y retención de placa

(1)

## **1.4.2. FACTORES ETIOLÓGICOS**

Hall en 1984 realizó una revisión donde los clasificó como Factores predisponentes y desencadenantes (24)

Los factores predisponentes son aquellos que pueden favorecer el desarrollo de una o múltiples recesiones gingivales, en relación a la dimensión afectada se pueden subclasificar en:

### **1.4.2.1. DIMENSIÓN APICO-CORONAL DISMINUIDA:**

- Profundidad del vestíbulo disminuida
- Inserción alta de frenillos
- Inserción muscular sobre la línea mucogingival

### **1.4.2.2. DIMENSIÓN VESTÍBULO - PALATINA/LINGUAL DISMINUIDA:**

- Dehiscencias o Fenestraciones.
- Biotipo Gingival

Los Factores Desencadenantes son aquellos que si se suman a un factor predisponente desencadenan la aparición de una recesión gingival.

- Cepillado traumático
- Movimientos ortodónticos

- Factores iatrogénicos
- Hábitos lesivos
- Trauma oclusal

Si bien el cepillado de los dientes es importante para la salud de la encía, realizarlo de una manera inadecuada puede causar recesión gingival, con tendencia a ser más frecuente y grave en los pacientes con encía comparativamente sana, poca placa bacteriana e higiene bucal adecuada, la posición de los dientes en el arco, la angulación entre la raíz y el hueso y la curvatura mesiodistal de la superficie dental, también afectan la tendencia a la recesión. (3,25)

La Etiología de las recesiones gingivales es notablemente amplia e incluye diferentes variables clínicas. Excepto aquellas desarrolladas post-cirugía, todas tienen un factor en común, la inflamación gingival (ya sea inducida por placa bacteriana o mecánicamente por el trauma del cepillado) (26).

Aún no se presentan pruebas convincentes sobre un cambio fisiológico de la inserción gingival. La migración apical gradual es, con mucha probabilidad, el resultado del efecto acumulativo de una afección patológica menor, los traumatismos menores directos y repetidos a la encía, o ambos. En poblaciones que presentan buenas medidas de higiene oral las recesiones marginales son más frecuentes en las superficies vestibulares y parece ser más común en dientes uniradiculares que en molares. Varios aspectos de la recesión gingival la hacen relevante en términos clínicos. Las superficies radicales expuestas son

susceptibles a caries. El desgaste del cemento exhibido por la recesión deja una superficie dentinaria subyacente muy sensible, en especial al tacto. La hiperemia pulpar y los síntomas concomitantes pueden aparecer también por la exposición de la superficie radicular. (27)

Otro factor causal de las recesiones gingivales son las lesiones cervicales no cariosas que son un grupo de lesiones que afectan a la zona cervical de los dientes. Tales como la abrasión, erosión y abfracción, debido a la exposición de la superficie radicular causado por factores relacionados con la higiene oral, factores oclusales y en algunos casos la dieta. (6).

### **1.4.3. COMPONENTE EPIDEMIOLÓGICO**

#### **1.4.3.1. INDICADORES Y MORBILIDAD**

La prevalencia de esta condición ha sido ampliamente estudiada en Estados Unidos donde ha sido reportada en el 78 al 100% de individuos de mediana edad, que afectan a 22-53% de los dientes. (3) En Europa la prevalencia de recesiones gingivales se evaluó en Pomerania, una provincia en el este de Alemania, según los resultados del estudio fue de 89,7% en adultos (20-81 años de edad), con el 62,8% de los dientes afectados (7). En Brasil se encontró esta condición clínica en un 64% de personas con edades comprendidas entre 20 y 29 años de edad, así mismo el 99% de los individuos mayores de 40 años mostraron recesiones gingivales. Por otra parte, el aumento de la edad condujo a un aumento en el número de dientes

afectados por esta condición (8). En un estudio de 92 sujetos con edades entre los 25-70 años las recesiones se observaron frecuentemente en los caninos y en los primeros premolares superiores, y en los caninos, primeros premolares e incisivos inferiores, donde un grupo de pacientes presentaba sensibilidad. Otros estudios han encontrado un incremento en la prevalencia de las recesiones gingivales en pacientes afro caribeños comparados con caucásicos. (26)

En Colombia el 4° Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV) El valor general del Índice de Extensión y Severidad de la población en promedio es de 38.4% de todas superficies dentales presenta pérdida del NIC mayor a 1 mm (extensión), mientras el valor promedio de pérdida de inserción en estas superficies afectadas es de 1.79 mm (severidad). La pérdida de NIC, tanto en extensión como en severidad son mayores en hombres (extensión: 41,47%; severidad: 1.89 mm) que en mujeres (extensión: 35.37%; severidad: 1.69 mm), con una severidad de pérdida de NIC mayor a 5 mm en 2.59% de los hombres y 1.68% de las mujeres. A lo largo del curso de vida se percibe un incremento en la extensión y la severidad en pérdida de NIC proporcionalmente con la edad, con una extensión de 11.8% a los 18 años hasta 79.01% en el grupo de 65 a 79 años. Consecuentemente, el grupo de 45 a 64 años presenta pérdida del nivel de inserción en la mayoría de superficies dentales (57.78%). Con respecto a la severidad de la pérdida del nivel de inserción, se observa que la pérdida de nivel de inserción aumenta proporcional a la edad, donde se estima que en edades 65 a 79 años tiene 3.15 mm más de pérdida.

A nivel nacional, el mayor porcentaje se registró en la Costa Atlántica con un 54.14%. Para las regiones restantes la extensión es menor y de similar magnitud,

con un rango que osciló entre 31.22% y 35.54%. (9) En un estudio realizado en comunidades del Amazonas corrobora lo anteriormente mencionado. Donde se observa una relación de la pérdida de inserción con respecto a la edad, así mismo se observa asociación entre el nivel de inserción y la presencia de recesiones gingivales en un 57.1%.(10).

#### **1.4.4. DIAGNOSTICO**

Según la clasificación de la Academia Americana de Periodoncia en 1999, se incluyen en la categoría de deformidades mucogingivales y condiciones alrededor del diente. ( ) El diagnóstico de la recesión gingival, se realiza mediante el examen clínico periodontal. Tomando como referencia la medida en milímetros desde la UAC hasta el margen gingival con una sonda calibrada de la Universidad Carolina Del Norte. (28)

#### **1.4.5. ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y CLASIFICACIÓN**

A lo largo del tiempo se han descrito diferentes clasificaciones de las recesiones gingivales: Sullivan y Atkins en 1968, Minek, Smukler y Buchner en 1973, Miller en 1985 y Smith en 1997 con el fin de facilitar el diagnóstico de esta condición y el pronóstico del tratamiento.(29,30,31,)

##### **1.4.5.1. SULLIVAN Y ATKINS, 1968**

Clasificaron la recesión gingival en cuatro categorías morfológicas basándose en el ancho y la altura de la recesión (29):

- Superficial - estrecha
- Superficial - ancha
- Profunda - estrecha
- Profunda - ancha

#### **1.4.5.2. MLINEK, SMUKLER, BUCHNER, 1973**

Clasificaron las recesiones gingivales en la parte más coronal en sentido horizontal así (30):

- Amplia 3mm o más.
- Estrecha menos de 3mm.

#### **1.4.5.3. MILLER, 1985**

Propuso un nuevo sistema de clasificación, donde tomo como variable crítica la altura del tejido interproximal, siendo este el factor determinante en la predictibilidad y el éxito del tratamiento quirúrgico de las recesiones gingivales. Clasifico clínicamente la recesión gingival en cuatro clases:

**Clase I:** la recesión no llega a la línea mucogingival y no hay pérdida interproximal de tejidos duros ni blandos. Se puede lograr un 100% de cubrimiento radicular.

**Clase II:** la recesión llega o sobrepasa la línea mucogingival sin pérdida interproximal de tejidos duros ni blandos. Se puede lograr un 100% de cubrimiento radicular.

**Clase III:** la recesión llega o sobrepasa la línea mucogingival, con pérdida interproximal de soporte, apical a la línea mucogingival pero coronal al límite inferior de la misma. Se espera un cubrimiento parcial.

**Clase IV:** la recesión llega o sobrepasa la línea mucogingival, con pérdida interproximal de soporte, que se extiende hasta el nivel más apical de la misma. Está contraindicado su tratamiento quirúrgico.

El objetivo principal de esta clasificación era diagnosticar la recesión, evaluar la severidad y pronosticar el éxito terapéutico. (31,32)

La clasificación de Miller, es actualmente la más empleada, sin embargo presenta varias limitaciones descritas por Piniprato. En cuanto a la evaluación de criterios de esta clasificación Murphy describe (33):

**Utilidad:** la clasificación de Miller ha demostrado ser útil y ha sido aplicada por la comunidad periodontal principalmente para distinguir las recesiones relacionadas con cepillado traumático (Clases I y II) y de los causados por enfermedad periodontal con pérdida de inserción y de hueso interproximal (Clases III y IV). Por consiguiente es considerada útil y funcional.

**Exhaustividad:** no es exhaustiva, ya que no tiene en cuenta todos los casos de recesión. Por ejemplo, una recesión del tejido marginal con pérdida ósea

interproximal que no se extiende a la línea mucogingival, no se encuentra clasificada. De hecho, esta recesión no puede ser incluida en la clase I a causa de la pérdida de hueso inter-proximal y no puede clasificarse en la clase III porque el margen gingival no se extiende a la línea mucogingival.

**Disyunción:** La diferencia entre las Clases III y IV se basa en la posición del margen gingival de los dos dientes adyacentes. Según Miller " *La sonda se coloca horizontalmente sobre una línea imaginaria que conecta el nivel de los tejidos en el tercio medio facial de los dos dientes a cada lado del diente o dientes que exhiben recesión*". Las clases III y IV se pueden identificar si hay dientes adyacentes, pero en caso de un diente adyacente faltante no hay punto de referencia y es imposible incluir este caso en la clase III o IV.

**Simplicidad:** Por definición, una clasificación clínica debe ser simple para su aplicación práctica. Piniprato considera que la clasificación de Miller no posee simplicidad, debido a la cantidad de factores que intervienen, como línea mucogingival, tejidos inter-proximales blandos y duros, márgenes gingivales de los dientes adyacentes, mal posición dental y pérdida dental. Una evaluación simultánea de todos ellos es difícil y genera confusión.(33)

#### **1.4.5.4. SMITH EN 1997**

Introduce una clasificación por medio del índice de recesión gingival con el objetivo de asignar un valor descriptivo, así como la gravedad que denota se representa por

la letra F, refiriéndose a la superficie vestibular, y la letra L para la superficie lingual, seguido de dos dígitos separados por un guion. Además si un asterisco está presente, denota la participación de la línea mucogingival. Los dígitos describen el compromiso horizontal y vertical de la recesión. En sentido horizontal se expresa en un rango 0-5 en función de la proporción de la línea amelocementaria expuesta tanto en vestibular como en lingual de los dientes entre los puntos medio, mesial y en sentido vertical de la recesión se mide en milímetros en un rango de 0-9. (34)

#### **1.4.6. ALTERNATIVAS QUIRÚRGICAS**

En la literatura científica se encuentra que los principales indicadores reportados son: la estética, la hipersensibilidad dental, la prevención de la caries y lesiones cervicales no cariosas (35). Para determinar qué tipo de técnica es la apropiada para el tratamiento de cada paciente es importante tener en cuenta otros factores como: la anatomía y posición del diente, densidad ósea, cantidad de hueso interproximal, tipo de recesión marginal, características gingivales, forma del margen gingival, amplitud y profundidad de la recesión, ancho de la encía queratinizada, los cuales también permiten construir el pronóstico del tratamiento. (36).

Entre las técnicas utilizadas para el cubrimiento radicular están:

- Injerto gingival libre
- Injerto libre de tejido conectivo
- Colgajo desplazado lateralmente

- Colgajo desplazado coronalmente
- Colgajo semilunar desplazado coronalmente
- Aoinjerto de matriz dérmica acelular (AMDA)
- Regeneración tisular guiada (RTG)

En 2015 la Academia Americana de Periodoncia realizó una exhaustiva revisión de la literatura sobre los procedimientos para tratar las recesiones gingivales, donde reveló un volumen considerable de publicaciones, al evaluarlas se estableció un árbol de decisiones. Chambrone concluye que los procedimientos basados en el injerto subepitelial de tejido conectivo proporcionan los mejores resultados para la práctica clínica debido a su alto porcentaje de cubrimiento radicular así como el aumento significativo de encía queratinizada. (36) Por lo tanto es considerado como el Gold Standard para el tratamiento de las recesiones gingivales. (37)

Es de suma importancia una buena selección del paciente. La cantidad de cubrimiento radicular está directamente relacionado con la colaboración del paciente a corto y largo plazo. Pacientes que sean incapaces de mantener una higiene oral e instrucciones preoperatorias y postoperatorias adecuadas, no son buenos candidatos para este tipo de tratamiento. (38)

## **1.5. INSTRUMENTO**

El instrumento es una herramienta útil que permiten adquirir evidencia, y medir variables que arrojaran resultados específicos y relacionados con la investigación

realizada, cuando el instrumento provee en términos de unidades de medida es considerado como científico.

La selección del instrumento o el diseño del mismo se debe tener en cuenta los objetivos que se persiguen, las variables a estudiar, la población a la que va dirigida, si es pertinente o no, que grado de influencia tiene con respecto a lo que se pretende hallar, etc. Estos aspectos se deben considerar para posteriormente realizar la validación del mismo. (39,40).

El siguiente paso en el proceso de medición es la aplicación y calificación de los instrumentos, el cual es de vital importancia en este proceso, el instrumento debe cumplir con los requisitos necesarios de calidad para que no se encuentren errores que puedan alterar el objetivo, a veces se puede crear información que no es coherente y no persigue los objetivos reales que se buscan. Para el usuario es necesario que el instrumento tenga una explicación de uso que cuente con todos los parámetros para su correcta aplicación, no debe depender del operador es decir, que sin importar quién aplique o califique el instrumento, el resultado debe ser el mismo. (41). Por tal motivo, es fundamental que antes de usar un instrumento de medición se reciba el adecuado entrenamiento.

### **1.5.1. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN**

#### **1.5.1.1. CONSTRUCTO:**

Un constructo se refiere a un concepto o una propiedad que se supone posee una persona, la cual permite explicar las conductas en determinadas ocasiones. Los

constructos son variables que no se pueden medir directamente si no que requieren de un indicador. (40)

#### **1.5.1.2. ÍTEM:**

El ítem es la unidad básica de una información de un instrumento de evaluación y que generalmente consta de una pregunta y de una respuesta cerrada.

Para agregar los ítems el investigador ya debe tener en claro que instrumento se va a emplear ya que los números que se van colocando en estas columnas se refieren a los ítems que se encuentran en el instrumento. (42) se puede observar que por ejemplo en un instrumento tipo encuesta está compuesto de varias preguntas y cada pregunta tiene un número, estos número representan cada ítem, estos números de las preguntas son los que estarán identificados en la columna de Ítems en la Tabla de Operalización de las variables. (43,44, 45)

### **1.6. DISEÑO**

El diseño del instrumento se basa en una revisión de la bibliografía y la consulta de expertos en el tema. Se debe definir en forma clara y precisa el objeto de la medida y, a ser posible, determinar y conocer la literatura que sustentan la definición que se acerque a la temática que se está evaluando.(46)

Un instrumento tipo encuesta permite obtener información necesaria cuando el estudio quiere evaluar un fenómeno o una condición en específico cuyo objetivo sea la opinión de una gran cantidad de personas.(47)

Se recomienda averiguar si existen otros estudios sobre el mismo tema que se desea investigar, no sólo para ampliar los conocimientos sobre el mismo, sino para saber qué instrumentos se han usado para recolectar la información y cómo se han utilizado.(48)

Martínez en 2002 señala cuatro pasos básicos en la elaboración de un cuestionario:

### **1. Describir la información que se necesita**

Es conveniente determinar con claridad: (a) qué tipo de información se necesita y (b) qué personas deben ser encuestadas. Esto debe permitir tomar decisiones sobre qué preguntas son necesarias y cuáles no, y sobre el estilo de redacción de las preguntas. Por ejemplo, no se puede utilizar el mismo lenguaje en un cuestionario dirigido a niños, que en uno dirigido a jóvenes, adultos o gente mayor. (49)

Se recomienda que una vez especificado el tema y la población de la que se quiere obtener información, se defina una finalidad (para qué se necesita esa información) y unas áreas de contenido más específicas. (49)

### **2. Redactar las preguntas y escoger el tipo de preguntas.**

**2. 1. Incluir preguntas de tipo socio-demográfico:** Este tipo de preguntas incluyen el sexo, la edad, el estado civil, ocupación, profesión, nivel de ingresos, nivel educativo, religión, ideología, puesto en una organización o la afiliación a un grupo, partido o institución.

**2. 2. Determinar el tipo de preguntas:** Existen preguntas abiertas y preguntas cerradas, el uso de cada una de ellas depende del tipo de investigación que se esté llevando a cabo, ya que cada cuestionario obedece a diferentes necesidades y problemas de investigación, lo que da lugar a que en cada caso el tipo de preguntas sea diferente.

Las preguntas abiertas no contienen ninguna indicación sobre la respuesta, son delimitadas las alternativas de respuesta, dejan un espacio libre para que el encuestado escriba la respuesta. (50)

Las preguntas cerradas Pueden ser dicotómicas (dos alternativas de respuesta) o incluir varias alternativas de respuesta, nominal-politómica (tiene más de dos opciones desordenadas), ordinal-politómica (dos opciones ordenadas), y continua (limitada) Su elaboración requiere cierto tiempo, ya que hay que pensar cada pregunta y las posibles respuestas, pero posteriormente su análisis es relativamente rápido. (50)

### **2. 3. Redacción de las preguntas:**

La redacción de las preguntas se debe hacer de forma clara, simple, comprensible y concreta. Se deben evitar las preguntas confusas, indefinidas, imprecisas o que supongan un conocimiento especializado por parte del encuestado.

- Colocar en el inicio del cuestionario preguntas imparciales y cómodas de contestar para que el encuestado se sienta parte de la investigación. No se recomienda comenzar con preguntas difíciles o muy directas.

Se recomienda realizar una prueba piloto antes de llevar a cabo todo el estudio y modificar las preguntas según las respuestas recibidas. (51)

### **3. Redactar un texto introductorio y las instrucciones**

Con el fin de motivar a los encuestados, los cuestionarios deben iniciarse con un breve texto que explique el objetivo o propósito del estudio, que haga alusión de su colaboración y que les agradezca por haberse tomado el tiempo de responder el cuestionario, y que además, aluda a la relevancia del tema de la investigación. El cuestionario debe contener instrucciones claras y explícitas sobre cómo debe llenarse (51).

### **4. Diseñar el aspecto formal del cuestionario**

Además de aplicar el sentido común y los criterios habituales de una correcta presentación, es recomendable seguir las siguientes sugerencias. (51):

- Las preguntas y el cuestionario deben presentarse en un formato interesante, profesional y fácil de entender.
- Al final del cuestionario se debe agradecer a los entrevistados e invitarlos a colaborar en el futuro con más comentarios y preguntas.
- El cuestionario debe ser y debe parecer corto. Para ello debe procurar no excederse en el número de preguntas ni ser redundante en los temas.
- Las preguntas deben estar ordenadas, de las fáciles a las difíciles y de lo general a lo específico. Esto ayuda a que el cuestionario sea y parezca fácil.
- Cuando se utilizan preguntas cerradas, es posible codificar de antemano las alternativas de respuesta (asignándoles un valor numérico), e incluir esta pre codificación en el cuestionario. Esto permite agilizar el procesamiento de los datos. (50,51)

## **1.7. VALIDEZ**

La validez se refiere a la capacidad de un instrumento de medición para cuantificar de forma y adecuada el rasgo para cuya medición ha sido diseñado, así mismo consiste en establecer la pertinencia y pretende reflejar el dominio específico del contenido que se va a medir. El concepto esencial de validez de contenido es que los ítems de un instrumento de medición deben ser relevantes y representativos del constructo para un propósito evaluativo particular.

La validez de contenido por lo general se evalúa a través de un grupo de expertos que dan su juicio acerca del tema. (52)

### **1.7.1. VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO EN SALUD**

Es útil tener un instrumento en el campo de la salud que se pueda utilizar en la práctica clínica e investigación. Para garantizar la calidad de los resultados que este pueda brindar es necesario que los instrumentos sean sometidos a un proceso de validación.

Este proceso consiste en adecuar culturalmente un instrumento al medio donde se quiere aplicar y comprobar sus características psicométricas como: fiabilidad, validez, sensibilidad y factibilidad.

El instrumento debe suprimir el elemento subjetivo del evaluador y ésta es la base de su utilidad en la investigación clínica. Los instrumentos muchas veces exigen la colaboración del paciente y el que tenga una formación básica o una función cognitiva suficiente para responder a las preguntas. El modo de preguntar y el lenguaje utilizado son fuentes de sesgos, pero no lo son menos los factores culturales que llevan a que una misma cuestión pueda ser o no válida en un idioma o en otro, o incluso en países diferentes que comparten la misma lengua.

Para utilizar con garantía un cuestionario es necesario comprobar que mide apropiadamente y de manera precisa, que es sensible a los cambios de la situación clínica, que en la práctica no presenta dificultades de aplicación, etc. Toda esta comprobación de sus características es lo que se llama proceso de validación. Este

proceso se realiza inicialmente en el idioma original y debe reiterarse cuando se altera la estructura o cuando cambia el idioma en el que se aplica. La calidad de la metodología utilizada es necesaria para asegurar que los resultados que se obtienen en el estudio se puedan interpretar adecuadamente y utilizar en la práctica clínica. Es necesario disponer de instrumentos validados en el ámbito de la salud en el idioma original para poder comparar los resultados obtenidos con otros estudios nacionales e internacionales que hayan utilizado el mismo instrumento. (53)

Para validar un instrumento de medida hay que comenzar por adaptar culturalmente el cuestionario al medio donde se quiere utilizar y a continuación volver a medir sus características psicométricas.

Algunos autores señalan ciertos criterios para asegurar la calidad del instrumento: traducción, adaptación, validación de las propiedades psicométricas y redacción de las normas del instrumento en los distintos idiomas. (54)

### **1.7.2. VALIDACIÓN DE CUESTIONARIOS**

Las dos características métricas esenciales para valorar la precisión de un instrumento son la fiabilidad y la validez. La fiabilidad hace referencia al hecho de medir una variable de manera constante y la validez a que el instrumento mide lo que quiere medir.

La manera de validar un instrumento varía según el tipo y objetivo del instrumento. Los instrumentos cuyo objetivo sea recoger información real, relacionada con las acciones que llevan a cabo los individuos, requerirán que se verifique la validez del contenido por expertos, en cambio, los instrumentos de medida cuantitativos, que valoran la importancia de una variable, requerirán verificar la validez de contenido analizando el concepto expresado en la variable considerada. (55)

La fiabilidad es la propiedad que designa la constancia y precisión de los resultados que obtiene un instrumento al aplicarlo en distintas ocasiones, la fiabilidad evalúa el grado de consistencia en que un instrumento mide lo que debe medir. Un instrumento es fiable cuando los resultados son comparables en situaciones similares.

La validez explora en qué grado un instrumento mide lo que debería medir, es decir aquello para lo que ha sido diseñada. La validez es una pieza clave tanto en el diseño de un cuestionario como en la comprobación de la utilidad de la medida realizada. Puede estimarse de diferentes maneras cómo son la validez de contenido, validez de criterios y validez de constructo. (55)

### **1.8. JUICIO DE EXPERTOS**

El juicio de expertos es una opinión de personas con conocimiento del tema, que son reconocidas como expertos por su experiencia y puedan brindar información, evidencias juicios y valoraciones. (56)

El número requerido de expertos dependerá del conocimiento y el nivel de experticia. (62) McGartland sugieren y colaboradores sugieren un rango de dos hasta 20 expertos, mientras que Hyrkäs y colaboradores en 2003 manifiestan que diez pueden brindar una estimación confiable de la validez de contenido del instrumento. Si un 80% de los expertos están de acuerdo con la pertinencia de un ítem este puede ser incluido en el instrumento.(56,57)

Los juicios de expertos se pueden obtener por métodos grupales o por métodos de experto único. Se pueden seguir, entre otros, el método de agregados individuales, el método Delphi, la técnica de grupo nominal y el método de consenso grupal. (58)

## **1.9. OBJETIVOS**

### **1.9.1. OBJETIVO GENERAL**

Diseñar y validar un instrumento que permita identificar la percepción frente a las recesiones gingivales.

### **1.9.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS.**

- Identificar los componentes básicos para la elaboración de un instrumento que nos permita medir las variables del estudio.
- Identificar y definir los dominios, constructos e ítems relacionados por cada variable.

- Determinar mediante la consulta de expertos los constructos, dominios e ítems disciplinares relacionados con la recesión gingival.

## **2. ASPECTOS METODOLÓGICOS**

### **2.1. TIPO DE ESTUDIO**

Diseño y validación de instrumento.

### **2.2. POBLACIÓN DE REFERENCIA**

- **MUESTRA Y MUESTREO:** Expertos en periodoncia.
- **MUESTRA DE LA PRUEBA PILOTO:** 200 individuos.

### **2.3. OBJETO DE ESTUDIO**

Dominios, constructos e ítems del cuestionario.

Juicio de experto.

### **2.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **2.4.1. Criterios de Inclusión**

- **EXPERTOS:** Expertos en periodoncia y en investigación.
- **MUESTRA DE LA PRUEBA PILOTO**

- Rango de edad de 14 a 80 años.
- Presencia de dientes naturales.

#### **2.4.2. Criterios de exclusión**

- Individuos menores de 13 años de edad y mayores de 81.

### **2.5. VARIABLES**

Hipersensibilidad

Sintomatología

Estética

### **3. PROCEDIMIENTO**

Se elaboró la encuesta de la percepción de los pacientes frente a las recesiones gingivales y la necesidad de tratamiento, por parte de los residentes de periodoncia. La cual se tendrá en cuenta cinco constructos con sus respectivas preguntas. Después de tener elaborado el instrumento se seleccionó un grupo de siete expertos periodoncistas y una socióloga con experiencia en comunidades que evalúen cada variable que se tendrá en cuenta en el estudio, el grado de pertinencia y su aporte al objetivo del instrumento. Estos expertos podrán ser de diferentes universidades (universidad Nacional de Colombia, Universidad El Bosque, Pontificia Universidad Javeriana y de UNICOC – Colegio Odontológico) y se evaluará su conocimiento acerca del tema de las recesiones gingivales y serán seleccionados para participar

en la validación del instrumento. Posteriormente se les explicará el objetivo del estudio y el aporte que tendrá este en la práctica clínica. Además, se les entregará una lista de chequeo donde evaluarán utilizando el método Delphi el cual para sistematizar y recopilar las opiniones de expertos sobre el tema en particular y se tendrán en cuenta las observaciones y opiniones de los expertos que permitan mejorar la calidad de las preguntas y que se enfoquen en lo que se quiere medir.

En un primer momento, cada experto responde de manera individual y anónima a un cuestionario. Después se analizan las respuestas del conjunto de expertos, y se realizan modificaciones sugeridas por ellos. Posteriormente se aplicará la versión final del instrumento a una población de 200 personas con el fin de evaluar el grado de entendimiento del mismo.

#### **4. RESULTADOS**

Principalmente se analizó la lista de chequeo que cada experto diligenció evaluando el instrumento donde se tuvo en cuenta cinco categorías como: claridad, fiabilidad, validez, suficiencia y reproductibilidad. Estas fueron calificadas por los expertos teniendo presente los criterios que correspondían al grado de cumplimiento o no cumplimiento de las categorías anteriormente mencionadas.

Estos criterios fueron de 1 como no cumple, 2 bajo nivel, 3 moderado nivel y 4 como alto nivel; a continuación se presentarán los promedios arrojados tras el análisis de cada categoría de acuerdo a la calificación de los expertos. Como resultado general se destaca que en las cinco categorías el promedio de calificación fue de tres considerado como: moderado nivel.

Después de ser revisada la primera versión del instrumento por los expertos y teniendo en cuenta las observaciones y resultado de la lista de chequeo. En el dominio sociodemográfico los siete expertos opinaron en la pregunta ¿En qué rango de edad se encuentra usted? Argumentando que: la población debe ser mayor a los 55 años, verificar el rango de edad o ampliar el rango de edad. Además, sugirieron agregar el estrato socioeconómico y el grupo étnico.

En el dominio de percepción los expertos opinaron en la pregunta ¿Cuándo observa su encía, ha notado desplazamiento de ésta en alguno de sus dientes? Cambiar la redacción por ¿Cuándo observa su encía, ha notado que se encuentra más arriba o apical? En la pregunta ¿Al cepillarse los dientes ha observado si la encía ha sufrido algún cambio? Y ¿Qué cambio ha notado con más frecuencia? Los expertos opinaron que la opción de respuesta debía cambiarse a sólo sangrado y sensibilidad.

En el dominio de función psicológica en la pregunta ¿Se siente bien con la apariencia de sus dientes? Los expertos opinaron cambiar la redacción ¿Cómo considera la apariencia de sus dientes? Modificando las opciones de respuesta buena, regular o mala. En el dominio de dolor en la pregunta ¿Siente dolor o molestia en su dentadura? Los expertos opinaron cambiar la redacción pregunta ¿Siente dolor o molestia en su boca o alguna de sus estructuras?

En el dominio de estética los expertos opinaron en las respuestas de la pregunta ¿Qué zona de su boca considera más importante? Debe ser agregado además de la zona anterior y posterior, agregar ambas y le es indiferente.

Las preguntas ¿Ha percibido molestia en esta zona? Y ¿Si ha sentido molestia en esta zona, evita realizar sus actividades cotidianas? (comer, reír, hablar) los

expertos opinaron que estas preguntas debían ser retiradas del dominio de estética ya que no se relacionaban con el mismo y ya estas preguntas habían sido incluidas en el dominio de dolor.

El instrumento además de ser revisado por los expertos fue evaluado por una socióloga donde sugirió al igual que los expertos aplicarlo en una población de un rango de edad más extenso adicionando una población de 14 años a 80 años teniendo en cuenta los rangos de edades dispuestos por el DANE. Además de adicionar el estrato socioeconómico, grupo étnico y estrato socioeconómico. También, se sugirió adicionar un nuevo dominio de autocuidado que incluyera a qué dedica la mayor parte de su tiempo, qué importancia tiene para usted la salud oral, cuantas veces se cepilla al día, que elementos usa para cepillarse los dientes y si es fumador activo. Se tuvieron en cuenta las sugerencias de los expertos y de la socióloga para realizar las modificaciones del instrumento y realizar la versión final del mismo.

El instrumento final quedo compuesto por seis dominios, en total 26 preguntas. En el dominio sociodemográfico se preguntó: ¿En qué rango de edad se encuentra?, ¿En qué región del país nació?, Marque su sexo, ¿Cuál es su nivel educativo?, ¿Cómo se identifica?, Indique su estrato socioeconómico. En el dominio de autocuidado se preguntó: ¿A qué actividad dedica la mayor parte de su tiempo?, ¿Qué importancia tiene para usted la salud oral?, ¿Cuántas veces al día se cepilla?, ¿Qué elementos usa para cepillar los dientes?, ¿Es fumador activo? En el dominio de percepción se preguntó: ¿Con qué frecuencia observa sus dientes?, ¿Cuándo revisa sus dientes, ha observado si alguno o algunos de sus dientes se ven más largos que el resto de su dentadura?, ¿Ha notado que su encía es más pequeña?,

¿Cuándo se cepilla los dientes, ha notado algún cambio en la encía?, Si marco SI, ¿Qué cambio ha notado con más frecuencia?.

En el dominio de función psicológica se preguntó: ¿Cómo considera la apariencia de sus dientes?, ¿Evita sonreír por la apariencia de sus dientes?, ¿Siente que otras personas se fijan en sus dientes?, ¿Se ha sentido acomplejado por su apariencia dental? En el dominio de dolor se preguntó: ¿Siente dolor o molestia en su boca o en alguna de sus estructuras?, ¿Siente molestia al comer algunos alimentos?, Si usted marco el criterio 1 y 3, indique que estímulo le produce molestia, ¿Al sentir molestia en su boca, evita comer, beber, cepillarse los dientes e incluso al respirar? En el dominio de estética se preguntó: ¿Qué zona de su boca considera más importante?, y Si selecciono el criterio 1 de la pregunta anterior, ¿Cree que los dientes de esta zona tienen un tamaño y forma adecuados según su aspecto?

#### Prueba piloto

Para poner a prueba el instrumento se incluyeron un total de 200 participantes que debieron contestar un total de 26 preguntas; estas personas fueron abordadas en diferentes escenarios tales como: universidades, colegios, bibliotecas, empresas de carácter privado y espacios públicos. Durante el proceso de aplicación de la encuesta la población manifestó entender el contenido y redacción de cada pregunta, aunque presentaron una ligera confusión en cuanto a la distribución de las casillas correspondientes a cada respuesta.

La primera de estas preguntas, relacionada con la edad contenía un total de 7 opciones de respuesta, encontrando como la más frecuente a las personas que se encontraban en el rango entre 27 y 43 años (35%; 70/200), ocupando el segundo

lugar los que tenían entre 19 y 26 años junto con aquellos que tenían entre 44 y 59 años (28% respectivamente; 56/200); en ningún caso se presentaron personas de 70 años en adelante.

La pregunta 2 que indagaba sobre la región del país donde nació el participante, dejó en evidencia que hay una prevalencia de personas provenientes de la región Andina (75%; 150/200), seguido por los que provenían de la región Pacífica aunque en una tasa bastante menor (11,5%; 23/200).

Cuando se indagó por el género en la pregunta 3, la prevalencia se dio para el caso de las mujeres con un 52% (104/200). El máximo nivel educativo alcanzado fue medido a través de la pregunta 4, encontrando que el 36,5% (73/200) tenían título universitario, ocupando la siguiente posición aquellos que habían culminado el bachillerato (31%; 62/200); además de todas las opciones posibles de educación, también hubo participación de personas que no tenían ningún nivel educativo (1%; 2/200).

Con la pregunta 5 relacionada con la etnia y planteada con ¿cómo se identifica?; las personas manifestaron con mayor frecuencia ser mestizos (91%; 182/200); la categoría de romaníes o gitanos no tuvo ninguna participación. La distribución según el estrato socioeconómico fue establecida con la pregunta 6, en la cual se observó una mayor participación de personas de estrato 2 (38%; 76/200), seguidos de cerca por los pertenecientes al estrato 3 con un 35,5% (71/200). Las personas del estrato 6 son las de menor participación (0,5%; 1/200).

En la pregunta 7 se buscó determinar cuál es la principal actividad desarrollada por el paciente, ante lo cual se encontró que la mayoría de ellos trabajaban (56,5%; 113/200); además un 19,5% (39/200) complementaban esta actividad con sus estudios. El 18,5% (37/200) de los participantes se dedicaban a actividades académicas.

La dimensión de autocuidado se evaluó a través de varias preguntas, en las cuales se encontró que la salud oral es manifestada como importante para el 87,5% (175/200); aunque quedó en evidencia que el 8,5% (17/200) nunca habían pensado en ello.

Respecto a la higiene oral, el 50,5% (101/200) manifiestan cepillarse tres veces al día, seguidos de aquellos que lo hacen 2 veces (33%; 66/200); esta actividad es realizada sólo con crema dental por el 33% (66/200), haciendo uso de crema y seda por el 30% (60/200); con crema y enjuague por el 25% (50/200) y; una realización de higiene completa, es decir con crema, seda y enjuague cada vez por el 12% (24/200).

El fumar es una actividad bastante frecuente entre los pacientes pues se encontró que el 72% (144/200) lo realizaban de manera habitual, pero además también se encontró que para el 12% era una actividad realizada siempre. Sólo el 16% manifestaron no fumar en ninguna ocasión.

La percepción se indagó a través de 5 preguntas, la primera de ellas estaba relacionada con la frecuencia con la que el paciente observa sus dientes, ante lo cual el 51% manifestaron hacerlo siempre; sólo un 3% (6/200) reportaron no hacerlo nunca.

El ver alguno o algunos dientes más largos que otros fue expresado por el 41,5% (83/200); además el 80,5% (161/200) manifestaron no notar si su encía era más pequeña. Los cambios en la encía al momento de cepillarse los dientes fue reportado por el 39% (78/200) de los pacientes y, de éstos cambios, el de mayor reporte fue la sensibilidad con un 52,6% (41/78), el sangrado se presentó en el 47,7% de los casos (37/78) y no se encontraron reportes de otras situaciones asociadas al cambio en las encías.

Para la evaluación de la función psicológica se emplearon 4 preguntas; empezando por el cómo considera el paciente la apariencia de sus dientes, en este caso la respuesta más frecuente era que la consideraban buena y regular en proporciones muy similares (48% y 47% respectivamente).

El evitar sonreír a causa de la apariencia de los dientes no fue una preocupación para los pacientes, pues solo el 6,5% (13/200) de ellos afirmaron hacerlo; es importante recalcar que el 4,5% (9/200) tienen esta preocupación de manera frecuente. También se encontró que el 44,5% (89/200) siente que otras personas se fijan en sus dientes, aunado al 7% (14/200) que indican que esto lo sienten de manera frecuente.

Respecto a la apariencia dental, es una situación que acompleja sólo al 20,5% (41/200) de los pacientes; el 79,5% (159/200) restante no sienten esta problemática.

El dolor como dimensión se determinó a través de 4 preguntas; en este caso el 65,5% (131/200) los pacientes indicaron no sentir dolor o molestia en la boca o alguna de sus estructuras, el 22,5% (45/200) reportaron si sentirlo y un 12% (24/200) sólo han pasado por esta situación algunas veces. Las molestias al comer tampoco se presentan de manera prevalente, como sucede con el 59% (118/200) de las personas encuestadas; esta situación si es manifestada por el 31,5% (63/200) más aquellos que indica que lo sienten a veces (9,5%; 19/200); entre estos 81 pacientes con molestias al comer, fue el frío el estímulo desencadenante (68,7%), mientras que el comer alimentos dulces la precedía con un 20,5% (17/200), finalmente la sensación de calor fue reportada en un 10,8% (9/200). Además, cuando estas molestias se presentaban el 20,6% (41/200) evitaban actividades como comer, beber, cepillarse los dientes e incluso respirar.

La estética como última dimensión considerada en el instrumento, empleó dos preguntas para su evaluación, la primera de ellas referente a la zona de la boca considerada como la más importante para cada paciente, encontrándose en este caso que la mayoría de ellos (76%; 152/200) tenían predilección tanto por la zona anterior como la posterior al tiempo (es decir ambas). La zona anterior de la boca fue la escogida por el 11% (22/200) y de este grupo el 54,5% (12/200) creía que los dientes de esta zona tienen un tamaño y forma adecuados según su aspecto.

La influencia de variables como la edad se analizó respecto a condiciones como la percepción de cambios en la encía, la apariencia de los dientes, el evitar sonreír por la apariencia de los dientes, el sentirse acomplejado por la apariencia dental, entre otros; en todos estos casos los niveles de significancia estadísticos fueron  $p > 0,05$ .

También se realizaron asociaciones con el género y en este caso la percepción de cambios en la encía fue mayor entre las mujeres (45,2%) que en los hombres (32,3%), presentando diferencias estadísticas significativas ( $p = 0,0421$ ); comportamiento que también se presentó ante el sentirse acomplejado por la apariencia dental, esta situación se da en el 27,9% de las mujeres y sólo en el 12,5% de los hombres ( $p = 0,0054$ ). Al considerar la zona dental de mayor importancia para cada uno de los pacientes, tanto hombres como mujeres en una proporción similar (77,9% y 74% respectivamente) consideran que ambas (anterior y posterior al tiempo) son importantes; aunque para los hombres esto le es indiferente en una proporción más elevada que para ellas (14,6% y 5,8%) ( $p = 0,0680$ ); y aunque para las mujeres la salud oral es importante en una mayor proporción que para los hombres (92,3% y 82,3%), las diferencias estadísticas no muestran una asociación entre las variables ( $p = 0,0903$ ).

Para el nivel educativo también se buscaron relaciones que develaran diferencias estadísticas significativas, sin embargo en ninguno de los casos estas fueron encontradas ( $p > 0,05$ ).

## 5. DISCUSIÓN

La percepción de las recesiones gingivales no es una situación que se haya discutido en la literatura periodontal. A pesar de que es una condición clínica muy común en la consulta (59) la mayoría de los pacientes no se dan cuenta que la presentan, en situaciones donde las recesiones gingivales son asintomáticas.

En este estudio al evaluar el dominio de percepción se observó que un gran número de la población manifestó que se observa los dientes frecuentemente pero muy pocos de ellos manifestaron percibir algún cambio en su encía o detallar si la encía ha cambiado de tamaño, para la mayoría de los encuestados la encía no es un parámetro de estética y un cambio en la forma de esta no es un signo de alarma para acudir a consulta odontológica, según el estudio de Ioi y col. sugiere que en la sonrisa ideal no hay exposición gingival y/o el labio superior descansa muy cerca del margen gingival de los incisivos centrales superiores. (60)

Vignolo y col en el 2012 evaluó la influencia de los diferentes niveles de exposición gingival sobre la percepción estética de la sonrisa. Donde por medio de una escala análoga evaluó como los pacientes percibían por medio de diferentes fotografías que mostraban varios grados de exposición gingival que cuando se presentaba una exposición de 0mm a 2 mm de encía se consideraba una exposición de normalidad y de estética. (61)

Así mismo al evaluar el dominio del dolor se identificó que el 22.50% sentía molestia en su boca siendo la población adulta-joven la que con mayor frecuencia percibía molestias, concordando con el mismo estudio donde observaron que la hipersensibilidad fue identificada por jóvenes.

En el dominio de estética tanto en el estudio de Nieri como en el nuestro se observó que para las mujeres consideran más importante la zona anterior en un 7.50% que los hombres en un 3.50% pero la población que refirió que la zona más importante es la anterior fue solo de un 11%. Siendo la zona anterior y posterior la más representativa en un 76%.

En algunos casos, los pacientes se quejan de hipersensibilidad dental y / o la estética debido a la alteración o presencia de recesiones gingivales vestibulares. (62). Sin embargo, la mayoría de los pacientes no son conscientes de las recesiones que a menudo son asintomáticos. De igual forma las recesiones gingivales influyen en la calidad de vida de los pacientes cuando son sintomáticas y afecta un área donde es altamente estética.

## **6. CONCLUSIÓN**

A pesar de la alta prevalencia de las recesiones gingivales los pacientes no tienen conocimiento de cómo esta condición puede alterar la calidad de vida y el bienestar de los individuos.

Las recesiones gingivales son solo percibidas cuando presenta alguna sintomatología o cuando el profesional por medio del examen clínico diagnostica la recesión gingival. Es importante ya basados en estos resultados que así haya una baja percepción por los pacientes es relevante dar a conocer que el tratamiento que es lograr la cobertura total de la raíz no siempre es predecible por lo tanto cada situación clínica debe ser evaluada cuidadosamente.

## **7. LIMITACIONES**

Consideramos que unas de las limitaciones que se presentaron en nuestro estudio fue que no se pudo acordar con los expertos un panel que tenía como objetivo discutir sobre el contenido y estructuración del instrumento. Así mismo, que a lo largo del estudio no se pudo realizar un abordaje en el componente clínico.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Dominiak M, Gedrange T, New Perspectives in the Diagnostic of Gingival Recession, *Adv Clin Exp Med*, 2014, 857–863.
2. Hall,W. The current status of mucogingival problems and their therapy. *J. Period*, 1981; 52: 569-575.
3. Roman A, Louise F, M'barek R, Brunel-Trotebas S. Gingival recessions: epidemiologic, etiologic and therapeutic aspects. *Intern Jour Dent Science* 2009. 7, 1-11
4. Chambrone L, Sukekava F, Araújo MG, Pustiglioni FE. Root coverage procedures for the treatment of localized recession-type defects (Review), 2010, 81, 452-78
5. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol Am Acad Periodontol*. diciembre de 1999;4,1-6.
6. Senna P, Cury A, Non-carious cervical lesions and occlusion: a systematic review of clinical studies, *Journal of Oral Rehabilitation* 2012, 39; 450–462
7. Holtfreter B, Schwahn C, Biffar R, Kocher T: Epidemiology of periodontal diseases in the Study of Health in Pomerania. *J Clin Periodontol* 2009, 36, 114–123
8. Marini M, Greggi S , Passanezi E, gingival recession: prevalence, extension and severity in adults, *J Appl Oral Sci* 2004; 250-5
9. MINISTERIO DE SALUD. Colombia. IV Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV). 2014.
10. Molina Y, Torres M, Escalante A, Caracterización de la condición periodontal, hábitos y costumbres en salud oral en indígenas de comunidades amazónicas de Colombia: Tarapacá, Amazonas, *Acta Odontológica Colombiana*, 7, 2014, 77-91
11. Nieri M, Pini Prato GP, Giani M, Magnani N, Pagliaro U, Rotundo R. Patient perceptions of buccal gingival recessions and requests for treatment. *J Clin Periodontol* 2013; 40: 707–712.

12. Wagner TP, Costa RSA, Gingival recession and oral health-related quality of life: a population-based cross-sectional study in Brazil, *Community Dent Oral Epidemiol*, 2016, 1-10.
13. Benyamini Y, Leventhal H, Self-rated oral health as an independent predictor of self-rated general health, self-esteem and life satisfaction. *Social science and medicine*, 2004, 59,1109-16.
14. Chrysanthakopoulos N. Prevalence and associated factors of gingival recession in Greek adults. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry* 2013;4:178–185.
15. Zaher C.A, Hachem J, Puhan, M.A, Mombelli, A. Interest in periodontology and preferences for treatment of localized gingival recession. *J Clin Periodontol*. 2005;32:375–382.
16. Matlin A, Margaret W, Foley , Hugh J, *Sensación y Percepción*. México D.F. Mexico , Prentice Hall. 1996.
17. Paul H, Colman P. Self-reported Oral Health and Quality of Life: A Latent Growth Curve Analysis, *Int J Behav Med*, 2014.2, 358-363.
18. Ng SK, Leung WK. Oral health-related quality of life and periodontal status. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006;34:114–22.
19. Needleman I, McGrath C, Floyd P, Biddle A. Impact of oral health on the life quality of periodontal patients. *J Clin Periodontol* 2004;31:454–7.
20. Ikebe K, Watkins CA, Ettinger RL, Sajima H, Nokubi T. Application of short-form oral health impact profile on elderly Japanese. *Gerodontology* 2004;21:167–76.
21. Szabo G, John MT, Szanto I, Marada G, Kende D, Szentpetery A. Impaired oral health-related quality of life in Hungary. *Acta Odontol Scand* 2011;69:108–17.
22. Lindhe J, *periodontologia clínica e implantologia odontológica*, editorial medica panamericana, 5, 2015
23. Almeida A, Esper L, Pegoraro T, Gingival Recession in Individuals with Cleft Lip and Palate: Prevalence and Severity, *Cleft Palate–Craniofacial Journal*, January 2012. 92-95.
24. Hall,W. The current status of mucogingival problems and their therapy. *J. Period*, 1981; 52: 569-575.

25. Tugnait A, clerehug V, review gingival resección-its significance and managment, journal of dentistry, 2001. 381-39
26. Serino G, Wennstrom JL, Undhe J, Eneroth L. The prevalence and distribution of gingival recession in subjects with a high standard of oral hygiene. *J Clin Periodontol* 1994;2:57-63.
27. Kassab M, Cohen R. The etiology and prevalence of gingival recession. *JADA* 2003; 2220-225.
28. Carranza F, *Periodontologia clinica de Carranza*, Almolca, 11, 2014.
29. Sullivan HC, Atkins JH. Free autogenous gingival grafts. 3. Utilization of grafts in the treatment of gingival recession. *Periodontics*. agosto de 1968;6:152-60.
30. Mlinek A, Smukler H, Buchner A. The use of free gingival grafts for the coverage of denuded roots. *J Periodontol*.1973;44:248-54.
31. Miller PD. Root coverage grafting for regeneration and aesthetics. *Periodontol* 2000. 1993;1:118-127.
32. Miller PD. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 1985;5:8-13.
33. Pini-Prato G. The Miller classification of gingival recession: limits and drawbacks. *J Clin Periodontol*. 2011;38:243-5.
34. Smith RG. Gingival recession. Reappraisal of an enigmatic condition and a new index for monitoring. *J Clin Periodontol*.1997;24:201-5.
35. Takei, HH., Atzi, RR. & Han, TJ. (2006) Periodontal plastic and esthetic surgery. In: Carranza's Clinical Periodontology, 10,1005–1029.
36. Chambrone L, Dimitris N, Periodontal Soft Tissue Root Coverage Procedures: A Systematic Review From the AAP Regeneration Workshop, *J Periodontol*, 2015, 86, 8-51
37. ChambroneL, ChambroneD, PustiglioniFE, Chambrone LA, Lima LA. Can subepithelial connective tissue grafts be considered the gold standard procedure in the treatment of Miller ClassI andII recession-typedefects? *JDent* 2008;36,659-671.
38. Bouchard P, Malet J, Borghetti A. Decision-making in aesthetics: root coverage revisited. *Periodontology* 2000 2001;27:72-96.
39. Bunge, M. *La Investigación Científica*, Barcelona. Ariel, 2, 1989
40. Clark-Carter D, *Investigación Cuantitativa en Psicología: Del diseño experimental al reporte de investigación*. México: Oxford University Press. 2002.
41. Abrahamson, M, *social research methods*. Englewood cliffs, Prentice hall 1983.
42. Alonso J, Prieto L, Anto JM. The spanish versión of the nottingham health profile: A review of adaptation an instrument characteristics *Qual Llife Res*. 1994,3:385-393.

43. Nunally, J. Teoría Psicométrica. México: McGraw-Hill, 1987.
44. Thorndike, R. Psicometría Aplicada. México: Limusa, 1989.
45. Kerlinger, F. y Lee, H. Investigación del Comportamiento: Métodos de Investigación en Ciencias Sociales. México: McGraw-Hill, 2002.
46. Hogan, T. Pruebas Psicológicas: Una introducción práctica. México: Manual Moderno, 2004.
47. Aiken, L. (2003) Test Psicológicos y Evaluación (11va Edición). México: Prentice Hall
48. Fernández L. ¿Cómo se elabora un cuestionario? Butlletí LaRecerca, Institut de Ciències de l'Educació. Universitat de Barcelona. 2007.
49. Martínez, F. El cuestionario. Un instrumento para la investigación en las ciencias sociales. Barcelona: Laertes Psicopedagogía, 2002.
50. Hernández R, Fernández C. y Baptista L. (2003) Metodología de la investigación (3a ed.). México: McGraw-Hill.
51. Blaxter, L., Hughes, C. y Tight, M. Cómo se hace una investigación. Colección Herramientas Universitarias. Barcelona: Gedisa, 2000.
52. León, O. y Montero, I. Métodos de investigación en psicología y educación. Madrid: McGraw-Hill, 3, 2002.
53. Ding, C. & Hershberger, S.. Assessing content validity and content equivalence using structural equation modeling. Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 2002, 9, 283-297.
54. McGartland, D. Berg, M., Tebb, S. S., Lee, E. S. & Rauch, S. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. Social Work Research, 2003, 27, 94-104.
55. Hyrkäs, K., Appelqvist-Schmidlechner, K & Oksa, L. Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. International Journal of nursing studies, 2003, 40, 619 -625.
56. Escobar, J, Cuervo, A, Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. Avances en Medición, 2008 6, 27-36
57. Skjong, R. & Wentworth, B. Expert Judgement and risk perception. 2000,

58. Linstone H., Turrof, M., The Delphi method, techniques and applications, Addison wesley publishing, 1975.
59. Loe, H., Anerud, A. & Boysen, H. The natural history of periodontal disease in man: prevalence, severity, and extent of gingival recession. *Journal of Periodontology*, 1992, 63, 489–495.
60. Ioi H, Nakata S, Counts AL. Effects of buccal corridors on smile esthetics in Japanese. *Angle Orthod*. 2009; 79,628-33.
61. Vingolo R, Lopez A, Influencia de la exposición gingival en la percepción estética de la *sonrisa*, *Rev. Estomatol Herediana*. 2013;23, 76-82.
62. Wennstrom, J. L. Mucogingival therapy. *Annals of Periodontology*, 1996, 1, 671–701.

## 9. ANEXOS

### INSTRUMENTO

DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAR LA PERCEPCIÓN FRENTE A LAS RECESIONES GINGIVALES								
Nombre _____				Fecha _____				
Tipo de identificación _____			C.C. _____		T.I. _____			
<p><b>Se agradece responder con la mayor transparencia y veracidad las preguntas de la presente encuesta, marque con una (X) el recuadro que considere mas pertinente de acuerdo a su situación.</b></p>								
SOCIODEMOGRÁFICO	1. ¿En qué rango de edad se encuentra?							
	<input type="checkbox"/>	1. 14-18	<input type="checkbox"/>	2. 19-26	<input type="checkbox"/>	3. 27-43	<input type="checkbox"/>	4. 44-59
	<input type="checkbox"/>	5. 60-70	<input type="checkbox"/>	6. 71-80	<input type="checkbox"/>	7. más de 80	<input type="checkbox"/>	
	2. ¿En qué región del país nació?							
	<input type="checkbox"/>	1. Caribe	<input type="checkbox"/>	2. Andina	<input type="checkbox"/>	3. Pacífico	<input type="checkbox"/>	4. Orinoquía
	<input type="checkbox"/>	5. Amazonas	Cuántos años lleva viviendo en Bogotá? _____					
	3. Marque su sexo							
	<input type="checkbox"/>	1. Mujer	<input type="checkbox"/>	2. Hombre				
	4. ¿Cuál es su nivel educativo? Por favor marque con una x el último nivel educativo aprobado.							
	<input type="checkbox"/>	1. Primaria	<input type="checkbox"/>	2. Bachillerato	<input type="checkbox"/>	3. Técnico	<input type="checkbox"/>	4. Universitario
<input type="checkbox"/>	5. Postgrado	<input type="checkbox"/>	6. Maestría/ Doctorado	<input type="checkbox"/>	7. Sin ningún nivel educativo			
5. ¿Cómo se identifica?								
<input type="checkbox"/>	1. Mestizo	<input type="checkbox"/>	2. Afrodescendiente	<input type="checkbox"/>	3. Indígena	<input type="checkbox"/>	4. Rrom o gitano	
6. Indique su estrato socioeconómico								
<input type="checkbox"/>	1. Uno	<input type="checkbox"/>	2. Dos	<input type="checkbox"/>	3. Tres	<input type="checkbox"/>	4. Cuatro	
<input type="checkbox"/>	5. Cinco	<input type="checkbox"/>	6. Seis					
7. ¿A qué actividad dedica la mayor parte de su tiempo?								
<input type="checkbox"/>	1. Trabajar	<input type="checkbox"/>	2. Estudiar	<input type="checkbox"/>	3. Es pensionado	<input type="checkbox"/>	4. Trabaja y Estudia	
<input type="checkbox"/>	5. Cuidado del hogar							

AUTOCUIDADO	8. ¿Qué importancia tiene para usted la salud oral?										
	<input type="checkbox"/>	1. Importante	<input type="checkbox"/>	2. No es importante	<input type="checkbox"/>	Nunca lo había pensado					
	9. ¿Cuántas veces al día se cepilla?										
	<input type="checkbox"/>	1. Un vez	<input type="checkbox"/>	2. Dos veces	<input type="checkbox"/>	3. Tres veces	<input type="checkbox"/>	Cuatro o más			
	10. ¿Qué elementos usa para cepillar los dientes?										
	<input type="checkbox"/>	1. Cepillo y Crema	<input type="checkbox"/>	2. Cepillo, Crema y Seda	<input type="checkbox"/>	3. Cepillo, Crema y Enjuague	<input type="checkbox"/>	3. Cepillo, Crema, Seda y Enjuague			
	<input type="checkbox"/>	4. Otro	Cuál _____								
	11. ¿Es fumador activo?										
	<input type="checkbox"/>	1. Si	<input type="checkbox"/>	2. No	<input type="checkbox"/>	3. Ocasional					
	PERCEPCION	12. ¿Con qué frecuencia observa sus dientes ?									
		<input type="checkbox"/>	1. Nunca	<input type="checkbox"/>	2. A veces	<input type="checkbox"/>	3. Siempre				
13. ¿ Cuando revisa sus dientes, ha observado si alguno o algunos de sus dientes se ven más largos que el resto de su dentadura?											
<input type="checkbox"/>		1. Si	<input type="checkbox"/>	2. No							
14. ¿ Ha notado que su encía es más pequeña?											
<input type="checkbox"/>		1. Si	<input type="checkbox"/>	2. No							
15. ¿ Cuando se cepilla los dientes, ha notado algún cambio en la encía?											
<input type="checkbox"/>	1. Si	<input type="checkbox"/>	2. No								
16. Si marco SI, ¿Qué cambio ha notado con más frecuencia?											
<input type="checkbox"/>	1. Sangrado	<input type="checkbox"/>	2. Sensibilidad	<input type="checkbox"/>	3. Otro	Cuál _____					



## LISTA DE CHEQUEO

DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAR LA PERCEPCIÓN FRENTE A LAS RECESIONES GINGIVALES					
<p>La lista de chequeo pretende identificar si el contenido del instrumento, es pertinente para cumplir su objetivo: identificar la percepción de los pacientes frente a las recesiones gingivales.</p> <p>En esta lista se responderá cada pregunta teniendo en cuenta los siguientes criterios: 1.No cumple; 2. Bajo nivel; 3. Moderado nivel; 4. Alto nivel.</p> <p>Por favor marque con una X el que considere pertinente.</p>					
NOMBRE DEL EXPERTO:					
LISTA DE CHEQUEO					
Categoría de medición	1	2	3	4	Observaciones
<b>N° CLARIDAD</b>					
1	¿Las preguntas permiten caracterizar la población encuestada?				
2	¿Las preguntas están formuladas con un lenguaje adecuado para la población objeto?				
3	¿Las preguntas del instrumento son coherentes en cuanto a su redacción?				
4	¿El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario?				
5	¿El número de ítems es suficiente para recoger la información?. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a				
6	¿Es pertinente la finalidad de este instrumento?				
<b>FIABILIDAD</b>					
7	¿Considera que las preguntas están correlacionadas?				
8	¿Las preguntas dan prioridad a lo que se pretende buscar?				
9	¿Usted cree que este instrumento se puede implementar en la clínica?				
10	¿Si el instrumento se volviera a aplicar en la misma población, considera que se obtendrán los mismos resultados?				
11	¿Considera que los dominios tenidos en cuenta son suficientes?				

VALIDEZ				
¿Los ítems elegidos son indicadores de lo que se pretende medir?				
¿Considera que los dominios son suficientes para cumplir con el propósito del instrumento?				
¿Considera que los resultados se podrán interpretar de forma correcta?				
¿Se han suministrado las suficientes preguntas para la finalidad del instrumento?				
SUFICIENCIA				
¿El instrumento comprende los aspectos en calidad y cantidad?				
REPRODUCIBILIDAD				
¿Cree que el instrumento puede ser aplicado en otra region o país?				
¿El instrumento es útil y adecuado para la investigación?				

## TABLA DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	MEDIDA DE LA ESCALA
Género	Diferencia entre hombre y mujer	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1: Masculino 2: Femenino
Edad	Edad en años cumplidos	Cuantitativa	Razón Discreta	Número de años cumplidos
Tabaquismo	Fuma No fuma	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1:Si 2:No

Cepillado dental	Frecuencia de cepillado dental	Cualitativa	Nominal	Número de veces que se cepilla los dientes/diario
Dolor	Si presenta o no	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1: Si 2: No
Estética	Si percibe o no los dientes largos	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1: Si 2: No

