

Angela Maria Aquize Diaz

AQUIZE DIAZ, ANGELA MARIA-COMPETENCIAS DE PERIODONCISTAS IMPLANTÓLOGOS Y EL DIAGNÓSTICO DE ...

 Quick Submit Quick Submit Universidad Politécnica del Perú

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::1:3160694450

Fecha de entrega

20 feb 2025, 12:24 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

20 feb 2025, 12:27 a.m. GMT-5

Nombre de archivo

MPLANT_LOGOS_Y_EL_DIAGN_STICO_DE_ENFERMEDADES_PERIODONTALES.docx

Tamaño de archivo

1.2 MB

128 Páginas

25,127 Palabras

147,270 Caracteres

10% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Coincidencias menores (menos de 20 palabras)

Fuentes principales

- 9%  Fuentes de Internet
- 0%  Publicaciones
- 6%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 9% Fuentes de Internet
- 0% Publicaciones
- 6% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Trabajos del estudiante	
	Universidad Alas Peruanas	1%
2	Trabajos del estudiante	
	Universidad Politécnica del Perú	1%
3	Internet	
	hdl.handle.net	1%
4	Internet	
	repositorio.uap.edu.pe	<1%
5	Internet	
	pesquisa.teste.bvsalud.org	<1%
6	Internet	
	repositorio.epnewman.edu.pe	<1%
7	Internet	
	repositorio.ucsg.edu.ec	<1%
8	Internet	
	www.researchgate.net	<1%
9	Internet	
	renati.sunedu.gob.pe	<1%
10	Internet	
	revcmpinar.sld.cu	<1%
11	Trabajos del estudiante	
	Universidad Católica de Santa María	<1%

12	Internet	es.slideshare.net	<1%
13	Trabajos del estudiante	Ilerna Online	<1%
14	Internet	reciena.esPOCH.edu.ec	<1%
15	Internet	repositorio.usmp.edu.pe	<1%
16	Internet	repositorio.uigv.edu.pe	<1%
17	Internet	www.odontogenesis.com.mx	<1%
18	Trabajos del estudiante	unapiquitos	<1%
19	Internet	dspace.ucuenca.edu.ec	<1%
20	Trabajos del estudiante	Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco	<1%
21	Internet	alicia.concytec.gob.pe	<1%
22	Trabajos del estudiante	Universidad Rey Juan Carlos	<1%
23	Internet	ocw.ehu.eus	<1%
24	Internet	ninive.uaslp.mx	<1%
25	Internet	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov	<1%

26	Trabajos del estudiante	Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez	<1%
27	Trabajos del estudiante	Facultad De Teología Pontificia Y Civil De Lima	<1%
28	Trabajos del estudiante	ITESM: Instituto Tecnologico y de Estudios Superiores de Monterrey	<1%
29	Trabajos del estudiante	Universidad Javeriana - Académico	<1%
30	Internet	draanniecruz.files.wordpress.com	<1%
31	Internet	idus.us.es	<1%
32	Internet	repositorio.uan.edu.co	<1%



**UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
VICERRECTORADO ACADÉMICO
ESCUELA DE POSGRADO**

**COMPETENCIAS DE PERIODONCISTAS IMPLANTÓLOGOS Y
EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES PERIODONTALES
PREVALENTES EN TACNA - 2024**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
DOCTOR EN ESTOMATOLOGÍA**

**PRESENTADO POR:
Mg ANGELA MARÍA AQUIZE DÍAZ
CÓDIGO ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9793-201X>**

**Asesor : Dr. GUSTAVO ELISEO ALLASI TEJADA
Codigo orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3371-7003>**

**TACNA – PERÚ
2024**

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación está dedicado a mi familia, su sola presencia me anima a continuar mi capacitación y trazarme nuevas metas. En especial, a mi madre, su fortaleza motiva mi camino.

AGRADECIMIENTO

A Dios, porque cada día me da la oportunidad de mejorar como persona.

RECONOCIMIENTO

Vaya mi reconocimiento para aquellos docentes que me incentivaron a una capacitación permanente.

1

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RECONOCIMIENTO	iv
ÍNDICE GENERAL	v
INDICE DE TABLAS	viii
INDICE DE FIGURAS	ix
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
RESUMO	3
INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
1.1 Descripción de la realidad problemática	6
1.2 Delimitación de la investigación	7
1.2.1 Delimitación espacial	7
1.2.2 Delimitación social	7
1.2.3 Delimitación temporal	7
1.2.4 Delimitación conceptual	8
1.3 Problemas de investigación	8
1.3.1 Problema general	8
1.3.2 Problemas específicos	8
1.4 Objetivos de la investigación	8
1.4.1 Objetivo General	8
1.4.2 Objetivos Específicos	8
1.5 Justificación e importancia	9
1.5.1 Justificación	9
1.5.2 Importancia	10
1.6 Factibilidad de investigación	11
1.7 Limitaciones del estudio	11
CAPÍTULO II: MARCO FILOSÓFICO	12
2.1 Fundamentación epistemológica	12
2.2 Fundamentación ontológica	14

2

1

CAPITULO III: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL. 16

3.1 Antecedentes del problema 16

3.1.1. Ámbito internacional 16

3.1.2. Ámbito nacional 19

3.1.3. Ámbito regional 20

3.2 Bases teóricas o científicas 22

3.2.1. Competencias de periodoncistas implantólogos 22

3.2.2. Diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes 29

1

3.3 Definición de términos básicos 39

CAPÍTULO IV: HIPÓTESIS Y VARIABLES 42

4.1 Hipótesis general 42

4.2 Hipótesis específicas 42

4.3 Definición conceptual y operacional de variables 42

4.4 Cuadro de operacionalización de variables 44

CAPÍTULO V: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN 46

5.1 Enfoque, tipo y nivel de investigación 46

5.1.1 Enfoque de la investigación 46

5.1.2 Tipo de investigación 46

5.1.3 Nivel de investigación 46

5.2 Métodos y diseño de investigación 47

5.2.1 Métodos de Investigación científica 47

5.2.2 Diseño de la Investigación científica 47

2

5.3 Población y muestra de la investigación 48

5.3.1 Población 48

5.3.2 Muestra 48

5.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos 49

5.4.1 Técnicas 49

5.4.2 Instrumento 49

5.4.3 Validez y confiabilidad 50

5.4.4 Procesamiento y análisis de datos 52

5.4.5 Ética en la investigación 53

CAPÍTULO VI: RESULTADOS 54

6.1 Análisis Descriptivo 54

6.1.1	Variable: Competencias de Periodoncistas Implantólogos	54
6.1.2	Variable: Diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes	67
1	6.2 Análisis Inferencial	86
	6.2.1 Prueba de normalidad	86
	6.2.2 Contrastación de las hipótesis	87
	CAPÍTULO VII: DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	92
	CONCLUSIONES	96
	RECOMENDACIONES	97
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
	ANEXOS	105
	Anexo N°1: Matriz de consistencia	106
	Anexo N°2: Instrumento según cada variable y dimensiones	107
4	Anexo N°3: Matriz de elaboración de instrumento	110
	Anexo N°4: Formato de validación de instrumento	111
	Anexo N°5: Copia de la data procesada	114
	Anexo N°6: Consentimiento Informado	115
	Anexo N°7: Declaratoria de autenticidad del informe de tesis	Error!
	Bookmark not defined.	116

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01: Clasificación de las enfermedades y condiciones periodontales y periimplantarias 2017	24
Tabla 02: Características de salud periodontal en periodonto intacto y en periodonto reducido	32
Tabla 03: Criterios diagnósticos para salud gingival y gingivitis inducida por placa en la práctica clínica	34
Tabla 04: Clasificación de la periodontitis basada en estadios definidos por la severidad, complejidad, extensión/distribución	37
Tabla 05: Clasificación de la periodontitis por grados basada en criterios primarios y modificadores	38
Tabla 06: Características clínicas de la encía en condiciones de salud	54
Tabla 07: Profundidad del surco gingival en condiciones de salud e integridad de los tejidos periodontales	55
Tabla 08: Consecuencias de la inflamación de los tejidos gingivales	56
Tabla 09: Características de la bolsa periodontal en la progresión de la enfermedad periodontal	57
Tabla 10: Tiempo de espera para registrar el índice de sangrado al sondaje después de pasar la sonda por el surco gingival	58
Tabla 11: Superficies de los dientes a evaluar en el índice de sangrado al sondaje	59
Tabla 12: Ubicación de la cresta ósea alveolar en la evaluación radiográfica en condiciones de integridad de los tejidos periodontales	60
Tabla 13: Identificación de la pérdida ósea vertical en la evaluación radiográfica	61
Tabla 14: Modificación de criterio sobre la importancia de realizar el índice de sangrado gingival como procedimiento de evaluación periodontal de un paciente	62
Tabla 15: Modificación de criterio sobre el momento de indicar una evaluación radiográfica en paciente con periodonto reducido e índice de sangrado $\geq$ 30% sin presencia de bolsas periodontales	63
Tabla 16: Modificación de criterio sobre la importancia de conocer el antecedente de pérdida de piezas dentarias por periodontitis para un correcto diagnóstico periodontal	64

Tabla 17: Con la nueva clasificación ha modificado su criterio respecto a la importancia de conocer el porcentaje de pérdida ósea alveolar en las piezas afectadas por periodontitis	65
Tabla 18: Competencias de periodoncistas implantólogos en la ciudad de Tacna -2024	66
Tabla 19: Nivel de inflamación gingival consistente con la salud clínica periodontal	67
Tabla 20: Índice de elección para evaluar la inflamación gingival	68
Tabla 21: Porcentaje del índice de sangrado al sondaje que puede revelar presencia de gingivitis	69
Tabla 22: Criterios que permiten diagnosticar gingivitis en un periodonto reducido en pacientes sin antecedentes de periodontitis	70
Tabla 23: Definición de caso de periodontitis por pérdida de NIC interproximal ..	71
Tabla 24: Definición de caso de periodontitis por pérdida de NIC en cara libre ...	72
Tabla 25: Principal criterio para clasificar la salud gingival	73
Tabla 26: Características de la salud gingival prístina	74
Tabla 27: clasificación de un paciente que presenta un índice de BOP de 20%, sin pérdida ósea, con una PS máxima de 3mm y sin factores de riesgo sistémico	75
Tabla 28: Diagnóstico de un paciente con antecedentes de tratamiento exitoso de periodontitis, que presente periodonto reducido, signos de inflamación clínica en sitios específicos, con ISS de 10%, PS es ≤ 3 mm	76
Tabla 29: Criterios primarios que determinan el grado de la periodontitis	77
Tabla 30: Diagnóstico de un paciente que presenta signos de inflamación clínica, pérdida de NIC hasta 4 mm, pérdida ósea radiográfica del 40% y sin antecedentes de pérdida dentaria debida a periodontitis	78
Tabla 31: Diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes	79
Tabla 32: Distribución de frecuencia y porcentual entre la Competencias de periodoncistas implantólogos y el Diagnóstico Salud Periodontal en la ciudad de Tacna – 2024	80

Tabla 33: Distribución de frecuencia y porcentual entre las Competencias de periodoncistas implantólogos y el Diagnóstico de gingivitis en la ciudad de Tacna – 2024	82
Tabla 34: Distribución de frecuencia y porcentual entre la Competencias de periodoncistas implantólogos y el Diagnóstico de periodontitis en la ciudad de Tacna – 2024	84
Tabla 35: Puntuaciones z Kolmogorov Smirnov para la satisfacción en sus dimensiones	86

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 01: Características clínicas de la encía en condiciones de salud	54
Figura 02: Profundidad del surco gingival en condiciones de salud e integridad de los tejidos periodontales	55
Figura 03: Consecuencias de la inflamación de los tejidos gingivales	56
Figura 04: Características de la bolsa periodontal en la progresión de la enfermedad periodontal	57
Figura 05: Tiempo de espera para registrar el índice de sangrado al sondaje después de pasar la sonda por el surco gingival	58
Figura 06: Superficies de los dientes a evaluar en el índice de sangrado al sondaje	59
Figura 07: Ubicación de la cresta ósea alveolar en la evaluación radiográfica en condiciones de integridad de los tejidos periodontales	60
Figura 08: Identificación de la pérdida ósea vertical en la evaluación radiográfica	61
Figura 09: Modificación de criterio sobre la importancia de realizar el índice de sangrado gingival como procedimiento de evaluación periodontal de un paciente	62
Figura 10: Modificación de criterio sobre el momento de indicar una evaluación radiográfica en paciente con periodonto reducido e índice de sangrado $\geq$ 30% sin presencia de bolsas periodontales	63
Figura 11: Modificación de criterio sobre la importancia de conocer el antecedente de pérdida de piezas dentarias por periodontitis para un correcto diagnóstico periodontal	64
Figura 12: Con la nueva clasificación ha modificado su criterio respecto a la importancia de conocer el porcentaje de pérdida ósea alveolar en las piezas afectadas por periodontitis	65
Figura 13: Competencias de periodoncistas implantólogos en la ciudad de Tacna -2024	66
Figura 14: Nivel de inflamación gingival consistente con la salud clínica periodontal	67
Figura 15: Índice de elección para evaluar la inflamación gingival	68
Figura 16: Porcentaje del índice de sangrado al sondaje que puede revelar presencia de gingivitis	69

Figura 17: Criterios que permiten diagnosticar gingivitis en un periodonto reducido en pacientes sin antecedentes de periodontitis	70
Figura 18: Definición de caso de periodontitis por pérdida de NIC interproximal ..	71
Figura 19: Definición de caso de periodontitis por pérdida de NIC en cara libre ...	72
Figura 20: Principal criterio para clasificar la salud gingival	73
Figura 21: Características de la salud gingival prístina	74
Figura 22: clasificación de un paciente que presenta un índice de BOP de 20%, sin pérdida ósea, con una PS máxima de 3mm y sin factores de riesgo sistémico	75
Figura 23: Diagnóstico de un paciente con antecedentes de tratamiento exitoso de periodontitis, que presente periodonto reducido, signos de inflamación clínica en sitios específicos, con ISS de 10%, PS es ≤ 3 mm	76
Figura 24: Criterios primarios que determinan el grado de la periodontitis	77
Figura 25: Diagnóstico de un paciente que presenta signos de inflamación clínica, pérdida de NIC hasta 4 mm, pérdida ósea radiográfica del 40% y sin antecedentes de pérdida dentaria debida a periodontitis	78
Figura 26: Diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes	79
Figura 27: Distribución de frecuencia y porcentual entre la Competencias de periodoncistas implantólogos y el Diagnóstico Salud Periodontal en la ciudad de Tacna – 2024	80
Figura 28: Distribución de frecuencia y porcentual entre las Competencias de periodoncistas implantólogos y el Diagnóstico de gingivitis en la ciudad de Tacna – 2024	83
Figura 29: Distribución de frecuencia y porcentual entre la Competencias de periodoncistas implantólogos y el Diagnóstico de periodontitis en la ciudad de Tacna – 2024	84

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar la relación entre las competencias de periodoncistas implantólogos y el diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes en Tacna - 2024. Las variables de estudio fueron las competencias de periodoncistas implantólogos con sus dimensiones conocimientos, prácticas y actitudes; de otro lado, la variable diagnóstico enfermedades periodontales prevalentes con sus dimensiones diagnóstico de salud gingival, diagnóstico de gingivitis y diagnóstico de periodontitis. En esta investigación la metodología empleada considera un tipo de estudio básico, de nivel descriptivo relacional, método hipotético deductivo y diseño no experimental. La población de estudio estuvo compuesta por 70 especialistas en periodoncia e implantología de la ciudad de Tacna, se tomó una muestra representativa de la población mediante muestreo probabilístico de población finita. Para la obtención de datos se utilizó la técnica de encuesta y un cuestionario de 12 preguntas por cada variable. En la contrastación de la hipótesis general se encontró que las competencias de periodoncistas implantólogos se relacionan significativamente con el diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes en la provincia de Tacna – 2024 a un nivel de significancia bilateral de 0,05 (p valor = 0,035). Además, se evidenció que, a un nivel de significancia de 0,05 (p valor = 0,041), existe una relación significativa entre las competencias de los periodoncistas implantólogos y el diagnóstico de salud gingival; a un nivel de significancia de 0,05 (p valor = 0,023), existe una relación significativa entre las competencias de los periodoncistas implantólogos y el diagnóstico de gingivitis y a un nivel de significancia de 0,05 (p valor = 0,025), también existe una relación significativa con el diagnóstico de periodontitis en Tacna - 2024.

ABSTRACT

4 The objective of the research was to determine the relationship between the competencies of implant periodontists and the diagnosis of prevalent periodontal diseases in Tacna - 2024. The study variables were the competencies of implant periodontists with their dimensions knowledge, practices and attitudes; on the other hand, the variable diagnosis of prevalent periodontal diseases with its dimensions diagnosis of gingival health, diagnosis of gingivitis and diagnosis of periodontitis. In this research, the methodology used considers a type of basic study, with a relational descriptive level, hypothetical deductive method and non-experimental design. The study population was made up of 70 specialists in periodontics and implantology from the city of Tacna, a representative sample of the population was taken through probabilistic finite population sampling. To obtain data, the survey technique and a questionnaire of 12 questions for each variable were used. In the testing of the general hypothesis, it was found that the competencies of implant periodontists are significantly related to the diagnosis of prevalent periodontal diseases in the province of Tacna - 2024 at a bilateral significance level of 0.05 (p value = 0.035). Furthermore, it was evidenced that, at a significance level of 0.05 (p value = 0.041), there is a significant relationship between the competencies of implant periodontists and the diagnosis of gingival health; at a significance level of 0.05 (p value = 0.023), there is a significant relationship between the competencies of implant periodontists and the diagnosis of gingivitis and at a significance level of 0.05 (p value = 0.025), there is also a significant relationship with the diagnosis of periodontitis in Tacna - 2024

RESUMO

O objetivo da pesquisa foi determinar a relação entre as competências dos implantodontistas e o diagnóstico de doenças periodontais prevalentes em Tacna - 2024. As variáveis do estudo foram as competências dos implantodontistas com suas dimensões de conhecimentos, práticas e atitudes; por outro lado, a variável diagnóstico de doenças periodontais prevalentes com suas dimensões diagnóstico de saúde gengival, diagnóstico de gengivite e diagnóstico de periodontite. Nesta pesquisa, a metodologia utilizada considera um tipo de estudo básico, com nível descritivo relacional, método hipotético dedutivo e desenho não experimental. A população do estudo foi composta por 70 especialistas em periodontia e implantologia da cidade de Tacna, uma amostra representativa da população foi obtida através de amostragem probabilística de população finita. Para obtenção dos dados utilizou-se a técnica de levantamento e um questionário de 12 questões para cada variável. No teste da hipótese geral, constatou-se que as competências dos implantodontistas estão significativamente relacionadas ao diagnóstico de doenças periodontais prevalentes na província de Tacna - 2024 a um nível de significância bilateral de 0,05 (valor $p = 0,035$). Além disso, evidenciou-se que, ao nível de significância de 0,05 (valor de $p = 0,041$), existe uma relação significativa entre as habilidades dos implantodontistas e o diagnóstico de saúde gengival; A um nível de significância de 0,05 (valor de $p = 0,023$), existe uma relação significativa entre as competências dos periodontistas implantoterapeutas e o diagnóstico de gengivite e a um nível de significância de 0,05 (valor de $p = 0,025$), existe também uma relação significativa com o diagnóstico de periodontite em Tacna - 2024.

INTRODUCCIÓN

13 La periodoncia e implantología es una especialidad de la odontología que se ocupa de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan a los tejidos periodontales y periimplantarios. Dentro del campo de la periodoncia y la implantología se han reportado el mayor número de investigaciones en odontología, entonces cabe resaltar la importancia de esta especialidad en la odontología basada en la evidencia científica. En la especialidad en Periodoncia e Implantología se forman profesionales con habilidades y conocimientos avanzados para tomar las mejores decisiones clínicas, fundamentadas en la mejor evidencia científica para prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades periodontales y periimplantarias. Durante la formación profesional y de especialidad se aplica una educación por competencias cuyo logro evidencia que el estudiante ha adquirido las determinadas en el perfil de egreso del programa. Dentro de estas competencias debe encontrarse el aprendizaje continuo, todo profesional debe tener la obligación de actualizar sus conocimientos.

El cambio permanente del conocimiento obliga a los profesionales de la salud a tener una capacitación constante, ya que se debe garantizar una atención óptima y mejorar la calidad de vida de los pacientes. En la especialidad de Periodoncia e Implantología se producen innovaciones tanto en biotecnología como en la mejor comprensión de las patologías y condiciones de las que se ocupa, precisamente en este último aspecto, en el sistema de clasificación de las enfermedades y condiciones periodontales del 2017, se dio un cambio necesario para el establecimiento de un diagnóstico y tratamiento periodontal correctos. Las enfermedades y condiciones periodontales y periimplantarias, de las que se ocupa esta especialidad de la odontología, son muy numerosas y diversas; sin embargo, son pocas las que se presentan con mayor prevalencia en la población, en diversos estudios se ha visto que la salud periodontal, gingivitis y periodontitis son las condiciones y enfermedades periodontales más prevalentes, por ello se necesita de actualización permanente para la mejora continua de las competencias de los especialistas para su diagnóstico y tratamiento.

En este trabajo de investigación se evaluarán las competencias de periodoncistas implantólogos y el diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes en Tacna 2024. Para ello, se ha dividido el trabajo en seis capítulos que permitirán abordar el tema a investigar de una manera sistemática.

En el Capítulo I, dedicado al Planteamiento del problema, se presenta la descripción de la problemática que reviste la actualización de las competencias de los especialistas en Periodoncia e Implantología para realizar el diagnóstico de las enfermedades periodontales más frecuentes en el campo clínico. Además, se precisa la delimitación y problema de investigación, objetivos, justificación, factibilidad y limitaciones de la investigación. El marco filosófico que sustenta este trabajo de investigación será considerado en el Capítulo II, se encontrarán las corrientes filosóficas que se emplearon para fundamentar el pensamiento complejo que se da en la adquisición de las competencias diagnósticas en estudio. Dentro del Capítulo III, se encontrarán los antecedentes nacionales e internacionales de la investigación, así como el marco teórico donde se amplía la descripción de las competencias de los especialistas en Periodoncia e Implantología, así como, las características del diagnóstico de las enfermedades periodontales más prevalentes. El Capítulo IV está dedicado a las hipótesis que se pretende demostrar con la investigación, las variables y la operacionalización de estas variables. En el Capítulo V se considera la metodología de la investigación, que comprende: tipo, nivel, métodos, diseño, población, muestra, técnicas e instrumentos. Finalmente, en el Capítulo VI, de la administración de la investigación, se presentan los recursos humanos, presupuesto, cronograma y referencias bibliográficas.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Todo programa de estudios termina con la adquisición de un perfil de egreso que integra una serie de competencias adquiridas a lo largo de su formación, los especialistas en Periodoncia e Implantología se forman con competencias específicas para realizar el diagnóstico y tratamiento de las condiciones y patologías de las que se ocupa esta especialidad con la base científica del momento de su formación.¹ El perfil de egreso también debe lograr formar habilidades de aprendizaje que les permitan continuar con su capacitación de modo auto dirigido o autónomo para adecuarse a los continuos cambios del conocimiento.

13 La nueva clasificación de las enfermedades y condiciones periodontales y periimplantarias fue elaborada, por consenso entre la Academia Americana de Periodoncia (AAP) y la Federación Europea de Periodoncia (FEP), basándose en la evidencia científica más sólida en ese momento con la finalidad de facilitar el diagnóstico y así brindar un adecuado tratamiento, así como unificar criterios entre los investigadores de la etiología, patogénesis, historia natural y tratamiento de las enfermedades y condiciones periodontales y periimplantarias.²

La gingivitis y la periodontitis son las patologías periodontales más prevalentes y de preocupación para los clínicos,^{3,4} ya que el diagnóstico temprano y la instauración de un tratamiento adecuado son importantes debido a que la evolución natural de la enfermedad lleva a la pérdida de las piezas dentarias lo cual

compromete la salud integral de las personas. De igual forma, identificar la condición de salud periodontal resulta importante para establecer las medidas de prevención que logren preservarla en el tiempo.

Las competencias de los especialistas deben adaptarse a los cambios de la nueva forma de clasificar las condiciones y enfermedades periodontales, las bases para la elaboración de un diagnóstico certero deben ser asimiladas, así como la nueva terminología de la clasificación. En nuestra experiencia, tanto a nivel local como nacional, se ha podido percibir algunas deficiencias en las competencias de periodoncistas implantólogos para elaborar el diagnóstico de las enfermedades periodontales prevalentes; en tanto, a nivel internacional la situación no difiere mucho. De otro lado, las enfermedades periodontales más prevalentes destacan como problema de salud pública que es necesario dar solución para evitar el potencial edentulismo de los pacientes que las presentan, para ello, es gravitante realizar un diagnóstico certero.

El cuestionamiento sobre este problema de investigación es válido y su ejecución viable de aplicar en la ciudad de Tacna durante el año 2024 entre los especialistas en Periodoncia e Implantología.

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

- **Delimitación espacial**, el área geográfica donde se enfoca esta investigación es la ciudad de Tacna ubicada en el departamento de Tacna –Perú.
- **Delimitación social**, la unidad de investigación estará conformada por el especialista en Periodoncia e Implantología.
- **Delimitación temporal**, la investigación se iniciará en el mes de diciembre del 2023 y se extenderá hasta el mes de mayo del 2024.

- **Delimitación conceptual**, se usará bibliografía de carácter científico que fundamenta la investigación, se tomará en cuenta los estudios científicos realizados por los grupos de trabajo de reconocidos especialistas a nivel mundial que avalan la clasificación de las enfermedades y condiciones periodontales y periimplantarias del 2017.⁴

1.3. PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

1.3.1. Problema General

¿Cuál es la relación entre las competencias de periodoncistas implantólogos y el diagnóstico de las enfermedades periodontales prevalentes en Tacna - 2024?

1.3.2. Problemas Específicos

¿Cuál es la relación entre las competencias de periodoncistas implantólogos y el diagnóstico de salud periodontal en Tacna - 2024?

¿Cuál es la relación entre las competencias de periodoncistas implantólogos y el diagnóstico de gingivitis en Tacna - 2024?

¿Cuál es la relación entre las competencias de periodoncistas implantólogos y el diagnóstico de periodontitis en Tacna - 2024?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo General

Determinar la relación entre las competencias de periodoncistas implantólogos y el diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes en Tacna - 2024.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Identificar la relación entre las competencias de periodoncistas implantólogos y el diagnóstico de salud periodontal en Tacna - 2024.

- Establecer la relación entre las competencias de periodoncistas implantólogos y el diagnóstico de gingivitis en Tacna - 2024.
- Conocer la relación entre las competencias de periodoncistas implantólogos y el diagnóstico de periodontitis en Tacna - 2024.

1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. Justificación

Justificación teórica: Desde el punto de vista teórico, realizar este trabajo de investigación generará reflexión en los periodoncistas implantólogos sobre las nuevas bases teóricas en las que se fundamenta la clasificación de las enfermedades y condiciones periodontales que se encuentra vigente desde el 2017, serán motivados a revisar las publicaciones científicas que se han dado desde entonces.

Justificación práctica: En la práctica de la periodoncia, diagnosticar correctamente las enfermedades y condiciones periodontales es un paso ineludible para plantear y ejecutar un tratamiento eficaz, por ello, es necesario analizar las competencias diagnósticas que presentan los periodoncistas implantólogos al haber surgido modificaciones sustanciales al sistema de clasificación de las condiciones y enfermedades periodontales.

Justificación metodológica: La metodología a aplicar es la adecuada para el tipo, diseño y enfoque en el que se encuadra este trabajo de investigación y que permitirán la contrastación de las hipótesis planteadas. El instrumento que se aplicará es un cuestionario de creación propia debido a que no existe uno que valore, adecuadamente, las competencias de los periodoncistas implantólogos y según los resultados de la prueba estadística aplicada es confiable y pudiera ser utilizado en otras investigaciones.

Justificación social: Socialmente, si los especialistas se preocupan por actualizar continuamente sus conocimientos, sus competencias serán adecuadas para elaborar un diagnóstico certero usando el sistema de clasificación vigente; de esta forma, se tendrá confianza que los pacientes reciban un correcto tratamiento que incluya el mantenimiento de la salud periodontal y la recuperación de las enfermedades periodontales que resultan muy importantes para ejecutar correctamente cualquier otro procedimiento odontológico, los tejidos periodontales saludables son la base del éxito del tratamiento odontológico.

1.5.2. Importancia

Relevancia Personal: Como especialista en Periodoncia e Implantología se tiene la motivación de establecer si los colegas actualizan sus competencias como parte del aprendizaje continuo que deben tener, aplicando la nueva clasificación de la salud periodontal, gingivitis y periodontitis; condición y enfermedades que son las más frecuentes en la práctica de esta especialidad.

Relevancia Social: La elevada prevalencia de las condiciones y enfermedades periodontales que se presenta en la población hace que sea necesario y revista importancia establecer un diagnóstico preciso y determinar el tratamiento más adecuado para evitar los efectos de estas patologías, que pueden ir desde una pequeña inflamación hasta la pérdida de toda la dentadura; las consecuencias de las enfermedades periodontales pueden llegar a influir en el desarrollo de otras patologías a nivel sistémico que tienen una base inmunoinflamatoria como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares cuyo control estaría comprometido. De otro lado, el compromiso estético y psicológico de la alteración o pérdida dentaria puede crear deficiencias en la comunicación social de las personas que las padecen. Por ello, resultará de gran importancia llevar a cabo esta investigación para promover una mayor preocupación de los especialistas en Periodoncia e Implantología en su capacitación continua para brindar una atención de calidad, basada en evidencia científica, a los pacientes que acuden a sus consultas. Se tiene gran expectativa en el desempeño de los

especialistas como responsables de la atención a pacientes con problemas periodontales.

Relevancia Académica: Resulta importante determinar si los especialistas de Periodoncia e Implantología se preocupan por mantener sus competencias actualizadas, revisando la bibliografía no se encuentran estudios que aporten datos sobre las competencias que tienen dichos especialistas para el diagnóstico de las condiciones y patologías más prevalentes. Por ello, resultó de gran interés académico realizar una investigación que determine el nivel de las competencias de los periodoncistas implantólogos para el diagnóstico de enfermedades periodontales.

Valor Teórico: Este trabajo de investigación permitirá una mejor comprensión del diagnóstico de la salud periodontal, gingivitis inducida por biofilm dental y periodontitis; a partir de lo cual, se abrirá paso a nuevas investigaciones dentro del campo de la periodoncia.

1.6. FACTIBILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio es posible de realizar ya que se cuenta con las bases teóricas necesarias para elaborar el instrumento adecuado, se pudo establecer comunicación con los especialistas en Periodoncia e Implantología, de tal manera que se obtendrán los datos necesarios y se aplicará la metodología estadística adecuada para alcanzar resultados y conclusiones.

1.7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El presente trabajo de investigación presenta algunas limitantes:

- Se evaluará solamente las competencias de los especialistas para realizar el diagnóstico de la salud periodontal, gingivitis y periodontitis como patologías y condición más prevalentes a nivel mundial; ya que la nueva clasificación se ocupa de un número mucho mayor de condiciones y enfermedades.

CAPÍTULO II MARCO FILOSÓFICO

2.1. FUNDAMENTACIÓN EPISTEMOLÓGICA

El conocimiento científico es una forma particular de conocimiento, una teoría de la ciencia que pudiera explicar la naturaleza, la diversidad, los orígenes, los objetivos y limitaciones del conocimiento científico. La Epistemología es una rama de la filosofía encargada de los problemas filosóficos que rodean la teoría del conocimiento científico, deriva etimológicamente de la palabra griega episteme que significa, conocimiento verdadero.⁵

Teniendo en cuenta que la fundamentación epistemológica permite explicar el origen y profundiza el estudio científico mediante el análisis crítico de perspectivas teóricas y filosóficas que caracterizan la producción de conocimiento en el campo de las ciencias,⁶ las investigaciones en el campo de la periodoncia requieren apoyarse en las teorías epistemológicas para orientar las razones, el sentido y dirección de lo que se desea investigar.⁷ En referencia a la presente investigación, en el campo de la periodoncia, evidencias de conocimientos de las enfermedades periodontales se pueden encontrar en antiguos escritos chinos y egipcios. Posteriormente, se han encontrado referencias de la evolución de los conocimientos sobre periodoncia en diferentes culturas. A inicios del siglo XIX, la enfermedad periodontal era conocida como “piorrea”, su etiología y patogenia eran prácticamente desconocidas; las primeras clasificaciones se elaboraron en base a lo que Armitage denominó paradigma de las características clínicas sin

ninguna evidencia científica, también indica que el segundo paradigma fue el de la patología clásica cuya influencia se presentó entre 1920 a 1970; y desde ese año hasta la actualidad el paradigma infección/respuesta es el que permanece vigente⁵. La OMS, en su informe técnico 207 de 1961, reconoció tres tipos de patologías: Procesos inflamatorios: (gingivitis y periodontitis) causados por irritantes químico-infecciosos o físicos que afectan la integridad de los tejidos periodontales, procesos degenerativos (paradontosis) relacionados a alteración metabólica general o local y procesos neoplásicos. Por lo tanto, la epistemología es necesaria para que las investigaciones científicas puedan aprender, enseñar, investigar y solucionar problemas como una ciencia de la salud.

Como ciencia de la salud, el conocimiento de cómo se relacionan las competencias de los especialistas en periodoncia e implantología con el diagnóstico de las enfermedades más prevalentes se inicia en la aprehensión del conocimiento de las bases biológicas de los tejidos periodontales que deben manejar los especialistas de esta área y en el origen de los procesos patológicos que suceden desde la salud periodontal, pasando por la gingivitis hasta la instalación de la periodontitis. Comprenden procedimientos analíticos, buscando conexiones causales y observables, pero la concepción de la naturaleza del conocimiento es mucho más amplia.

En este caso, los especialistas en Periodoncia e Implantología se enfrentan a un avance notable que deben asumir en aspectos básicos del diagnóstico de las enfermedades y condiciones periodontales y cobra mayor importancia por el impacto sobre la salud de la población de las afecciones y condiciones más prevalentes: gingivitis, periodontitis y salud periodontal. Este cambio, estos avances en la ciencia no deberían sorprender a los especialistas confiados en la seguridad y permanencia de los conocimientos aprendidos durante su formación de la segunda especialidad, se debe permanecer en expectativa del nuevo conocimiento, ser capaces de revisar nuestras teorías y conceptos para acogerlo realmente, en lugar de sentirnos forzados a aceptarlo; la integración del nuevo conocimiento debe aparecer como un principio y una necesidad permanentes.⁸

2.2.FUNDAMENTACIÓN ONTOLÓGICA

Desde la fundamentación ontológica y filosófica, se debe considerar que la ontología percibe el ser en el ser, como base filosófica de la investigación científica, la ontología es una rama de la filosofía que estudia la naturaleza del ser, la existencia y la realidad. Su objetivo es determinar qué entidades existen y cuáles son sus características esenciales y las relaciones fundamentales entre ellas.^{6,7}

Para esta investigación, la fundamentación ontológica considera la identificación y clasificación de las enfermedades periodontales prevalentes; la determinación del diagnóstico de la condición o enfermedad periodontal que pudiese padecer una persona, asegurará que se pueda planificar y aplicar un plan de tratamiento que controle o elimine la enfermedad devolviendo la salud al paciente, la condición de salud es una característica inherente al ser humano que le permite su desarrollo y desenvolvimiento en la sociedad.

La ontología aborda preguntas como: ¿Qué significa ser? ¿Qué tipos de cosas existen? ¿Cuáles son las categorías más básicas de la realidad?.⁹ En esta investigación se busca precisar cómo se relacionan las competencias de los especialistas con el diagnóstico de las enfermedades periodontales prevalentes, para ello se debe identificar la clasificación que deberían manejar adecuadamente los especialistas para realizar un adecuado diagnóstico y con ello poder dar el mejor tratamiento posible para procurar el restablecimiento de la salud de las personas afectadas.

La existencia de diversos criterios diagnósticos que ayudan al reconocimiento de las patologías, ha conducido a los investigadores y clínicos a organizar y resumir este conocimiento en sistemas de clasificación que deben ser modificados cada cierto tiempo.

La Academia Americana de Periodoncia (AAP) ha presentado varias clasificaciones que han ido evolucionando de acuerdo a los procesos infección-respuesta que se van descubriendo. En 1977, la AAP clasificó en periodontitis juvenil y periodontitis crónica marginal, en 1986 definió que la enfermedad periodontal se debía clasificar en: 1) Periodontitis juvenil (Prepuberal, localizada y generalizada), 2) Periodontitis del adulto, 3) Gíngivo-periodontitis ulceronecrosante y 4) Periodontitis refractaria. Para 1989, la clasificación propuesta fue: 1) Periodontitis de comienzo precoz (Prepuberal, periodontitis

15 juvenil y periodontitis rápidamente progresiva), 2) Periodontitis del adulto, 3) Periodontitis ulceronecrosante, 4) Periodontitis refractaria y 5) Periodontitis asociada a las enfermedades sistémicas. Para 1999, la AAP incluyó ampliamente las alteraciones gingivales: I. Enfermedades gingivales, II. Periodontitis crónica, III. Periodontitis agresiva, IV. Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas, V. Enfermedades periodontales necrotizantes, VI. Abscesos del periodonto, VII. Periodontitis asociada a lesiones endodónticas y VIII. Condiciones y deformidades adquiridas y del desarrollo.

28 Como única forma de desarrollar la ciencia, se debe relacionar el conocimiento con la vida, tomando en consideración los valores éticos y morales, el respeto, la justicia, la responsabilidad y la honestidad. La ontología trata de definir categorías y jerarquías del ser, identificando lo que es fundamental y esencial en cualquier realidad.^{9,10} Como parte del desarrollo en esta área del conocimiento, en 2017 se dio a conocer una nueva clasificación de las enfermedades y condiciones periodontales y periimplantarias.⁴ Esta nueva organización de las características y definiciones está basada en numerosos estudios científicos, cada uno de los cuales siguió el método científico donde los pensamientos complejos cuestionaron lo que se tenía por cierto hasta ese momento. Es así que se presentó, por primera vez una clasificación de salud periodontal y se introdujeron nuevos criterios para la identificación y clasificación de la gingivitis y periodontales.

CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

3.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

3.1.1. Ámbito Internacional

Al Malak A, El Masri Y, Haidar C, Salameh P. Conocimiento sobre la enfermedad periodontal y enfermedades sistémicas relacionadas entre estudiantes universitarios: un estudio transversal. 2023 – Líbano.¹¹

El propósito de este estudio transversal fue examinar el conocimiento de los estudiantes de la Universidad Libanesa sobre la salud periodontal y las enfermedades sistémicas relacionadas.

En total, 461 estudiantes participaron, completaron una encuesta en línea que incluía preguntas sobre el periodonto saludable y su relación con las enfermedades sistémicas.

Los participantes estaban conscientes del color y consistencia saludable del periodonto (83,5%), (66,2%) y de la necesidad de controles dentales (68,1%); sin embargo, con respecto a la textura gingival sólo el 15,8% de los estudiantes creía que tenía apariencia de piel de naranja, mientras que la mayoría (65,7%) pensaba que era lisa. El 54,7% tenían conocimiento que la placa dental es el factor iniciador de la enfermedad periodontal. Alrededor del 60% de los estudiantes no pudo reconocer todos los signos indicadores de enfermedad periodontal.

Mendoza Torres N. Conocimientos de la nueva clasificación de periodontitis 2017, en odontólogos especialistas en periodoncia en Ecuador. 2022 – Ecuador.¹²

Este trabajo busca determinar el conocimiento acerca de la nueva clasificación de Periodontitis 2017, en Odontólogos especialistas en Periodoncia en Ecuador. Materiales y métodos: Se realizó una encuesta en Ecuador a 30 especialistas en Periodoncia sobre el nivel de conocimiento de la nueva clasificación de Periodontitis 2017, las preguntas de la encuesta y sus resultados fueron realizadas en Google Formularios.

Dentro de nuestra muestra de 30 especialistas en periodoncia encuestados, con relación al dominio y conocimiento del nuevo sistema de clasificación de enfermedades periodontales 23(76,7%) especialistas respondieron que si, 6(20%) muy poco y 1(3.3%) que no tenían conocimiento acerca de la nueva clasificación. Los especialistas en Periodoncia poseen un nivel alto de conocimiento en cuanto de la nueva clasificación.

Gandhi KK, Katwal D, Chang J, et al. Diagnosis and treatment planning using the 2017 classification of periodontal diseases among three dental schools. 2022 - Estados Unidos.¹³

Objetivo: Evaluar el conocimiento sobre diagnóstico periodontal y tratamiento utilizando la nueva clasificación, entre los estudiantes de odontología de las facultades de Odontología de la Universidad de Indiana (IUSD), Universidad de Texas en Houston (UTSD) y Universidad de Louisville (ULSD).

Métodos: Participaron un total de 263 estudiantes. Se aplicaron 10 registros de casos anónimos de Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPPA) y un cuestionario sobre el diagnóstico y planificación del tratamiento de cada caso establecido por tres periodoncistas certificados.

Resultados: En general, el 22,6% de las respuestas del IUSD, 25,2% de UTSD y 27,6% de ULSD fueron correctas para el diagnóstico (sin diferencias estadísticamente significativas). Para el plan de tratamiento, el 64,9% de las respuestas del IUSD, 66,2% de UTSD y el 68,9% de ULSD fueron correctas (sin diferencias estadísticamente significativas).

Dannan A. Una experiencia académica sobre la implementación del sistema de clasificación de enfermedades periodontales de 2018 en el plan de estudios de la Universidad Internacional de Ciencia y Tecnología. 2022 – Siria.¹⁴

Este trabajo de investigación demuestra la experiencia de la Facultad de Odontología de la Universidad Internacional de Ciencia y Tecnología con respecto a la inclusión de la moderna clasificación de las enfermedades periodontales en el currículo educativo, acompañado de un estudio descriptivo simplificado basado en cuestionarios de autopercepción de los estudiantes. El grado de asimilación y comprensión de la nueva clasificación de las enfermedades periodontales osciló entre (muy bueno) (36,9%), (bueno) (49,4%), (moderado) (10,8%) y (malo). (2,8%). Entre todos los elementos de diagnóstico asociados con la nueva clasificación de periodontitis, la mayoría de los estudiantes, el 66,4%, informaron que enfrentaron la mayor dificultad para determinar la "estadificación" de la periodontitis.

Hegab MM, Abdelkawy M. Clasificación de las enfermedades periodontales: ¿lo viejo es oro o lo nuevo es audaz? Un estudio de encuesta en Egipto. 2020.¹⁵

Este trabajo buscó determinar la comprensión de la nueva clasificación entre los periodoncistas egipcios. Métodos: Se utilizó un cuestionario anónimo distribuido en varias universidades de Egipto. Resultados: La claridad de la nueva clasificación fue el único predictor significativo de satisfacción. Un aumento en las puntuaciones de claridad se asoció directamente con un aumento en las puntuaciones de satisfacción (odds ratio = 5,521, IC del 95 % = 2,198 – 8,844, valor P = 0,001). Sólo el 24,2% de los participantes aplicó realmente la nueva clasificación. Hubo un alto índice de aprobación sobre la introducción de la “salud con periodonto reducido” y la clasificación de las condiciones periimplantarias. Sin embargo, hubo una gran insatisfacción con la aplicación del sistema de estadificación y clasificación, así como la omisión de periodontitis agresiva. Conclusiones: Se ha identificado brechas importantes entre la teoría y la práctica y cerrar estas brechas revisando los puntos controvertidos ayudaría a desarrollar un sistema más claro y simple para que los médicos mejoren la salud bucal de los pacientes.

3.1.2. Ámbito Nacional

Díaz Abanto O. Nivel de conocimiento y actitudes de las Enfermedades periodontales de estudiantes de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán. 2023 – Chiclayo.¹⁶

El objetivo de esta investigación es determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre las enfermedades periodontales de los estudiantes de estomatología de la USS. La metodología utilizada en este estudio fue de tipo cuantitativo, con un diseño no experimental, también fue descriptiva, prospectiva, observacional y transversal, se realizó una encuesta a 231 estudiantes entre los ciclos VII y X de la USS, con 16 preguntas, para medir el nivel de conocimiento se representó en 3 dimensiones las cuales son definición de las enfermedades periodontales, tipos en enfermedades periodontales y tratamiento de las enfermedades periodontales, y para medir la actitud se representó mediante otra dimensión. En los resultados se observó si existe una correlación entre el nivel de conocimiento y la actitud, y para sus dimensiones las cuales son definición de las enfermedades periodontales con 54.7%, conocimiento de los tipos de enfermedades periodontales con 51.9% y tratamiento de las enfermedades periodontales con 60.4%, fueron regulares mientras que para la actitud fue favorable con un 80%. Se concluye que existe una relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre las enfermedades periodontales de los estudiantes de Estomatología de la USS.

Velita Guerreros A., Huaroc Huaroc G. Conocimiento y actitud de estudiantes de estomatología sobre la enfermedad periodontal y su afectación a la salud general - Estudio on line. 2021 – Huancayo.¹⁷

Se consideró como objetivo identificar el nivel de conocimiento y actitud de estudiantes del I a VI ciclo de estomatología sobre la enfermedad periodontal y su afectación a la salud general, en la Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt 2021. La muestra estuvo conformada por 249 estudiantes de los ciclos académicos del I al VI de la escuela profesional de Estomatología correspondientes al ciclo académico 2021-I, seleccionada mediante el muestreo no probabilístico intencional por conveniencia. En los resultados se evidenció que

el 62,7% de estudiantes fueron de sexo femenino y el 37,3% de sexo masculino, que el 76,3% tiene un nivel de conocimiento “alto” y un 77,3% de nivel de actitud “alto”, por consecuencia se concluyó que el 83,9% de estudiantes del I a VI ciclo de estomatología tienen un nivel “alto” nivel de conocimiento y actitud sobre la enfermedad periodontal y su afectación a la salud general.

Norabuena Huapaya MT. Nivel de conocimiento en patologías Odontológicas y su relación con la educación preventiva para la salud bucal en estudiantes de Odontología de la USMP Filial norte. 2019-Lima.¹⁹

El presente estudio tuvo como objetivo establecer la relación entre las variables nivel de conocimiento en patologías odontológicas con la educación preventiva para la salud bucal en los jóvenes estudiantes de la facultad de odontología de la USMP Filial Norte 2018, con tal finalidad se aplicó el diseño observacional, no experimental para recabar la información necesaria para este estudio, la población estuvo constituida por todos los estudiantes que cursaban el primer año de la Facultad de Odontología de la USMP Filial Norte que fueron en total 69 alumnos. Mediante la técnica de evaluación y cuestionario; se describieron las variables conocimiento en patologías odontológicas, los resultados obtenidos fueron de muy bueno 15.9%, bueno 31.9%, regular con 37.7%, malo 13.1% y muy malo 1.4%. y para la variable educación preventiva para la salud bucal los resultados obtenidos fueron muy bueno 14.5%, bueno 46.4%, regular 27.5%, malo 7.2% y muy malo 4.4%. En el presente estudio se estableció un coeficiente de Rho de Spearman entre ambas variables de ($p < 0,05$).

3.1.3. Ámbito Regional

Falcón-Guerrero B, Falcón-Pasapera G. Conocimiento de la nueva clasificación de enfermedades periodontales en estudiantes de Odontología. Tacna 2020.¹⁸

Este estudio tuvo como objetivo determinar el conocimiento de la nueva clasificación de enfermedades y condiciones periodontales y periimplantarias en los estudiantes que asisten al último semestre de pregrado en odontología durante el año 2020. Métodos: Estudio descriptivo, transversal y cuantitativo; se aplicó un

8

cuestionario virtual. El nivel de conocimiento se categorizó según la escala de Staninos en bajo, regular y malo. Los datos fueron analizados utilizando IBM SPSS Statistics 22 a un nivel de significación del 5 %. Resultados: Se revisaron un total de 27 cuestionarios. En general el nivel de conocimiento es regular con 70,4 % (n=19), y 29,6 % (n=8) de estudiantes tiene un conocimiento bajo. Se encontró un predominio de alumnos que no se encontraban preparados en relación a la salud periodontal (55,6 %), seguido de los que tenían un conocimiento regular (44,4 %). El 63,0 % poseía un nivel de conocimiento insuficiente y el 37,0% un nivel aceptable respecto al conocimiento sobre periodontitis y su clasificación.

8

10

Falcón GBE. Competencias de los periodoncistas para la atención de gestantes con enfermedades periodontales, Tacna 2016.²⁰

5

Objetivo: Evaluar cómo son las competencias que poseen los periodoncistas para poder manejar las enfermedades periodontales que afectan a las gestantes. **Material y métodos:** Es una investigación de nivel relacional-bivariada, transversal; trabajada en relación con los indicadores: conocimiento, actitud y práctica, y las características sociodemográficas. El procesamiento de datos se hizo con la escala de evaluación con base en las medias: 1= Nivel bajo, 2 = Nivel regular, 3 = Nivel alto. Para la prueba de hipótesis se usó la t de Student y el análisis relacional se realizó con la prueba de χ^2 . **Resultados:** Resultando que las características sociodemográficas no influyen significativamente sobre las competencias; el nivel de conocimiento es bajo con una media de 1.62, la actitud tiene una media de 2.98 por lo que se considera regular y la práctica es baja presentando una media de 1.98. Encontrándose que las competencias son bajas con una media de 1.92. **Conclusión:** Las competencias de los periodoncistas son deficientes; y las características sociodemográficas no influyen sobre los resultados de las competencias.

3.2. BASES TEÓRICAS

Esta parte del trabajo de investigación se orienta a clarificar los aspectos teóricos relacionados al diagnóstico de las enfermedades y condiciones periodontales más prevalentes que sustentan la nueva clasificación presentada en el año 2017. El análisis y reflexión sobre estos tópicos contribuirán a difundir la necesidad de la capacitación constante que debe tener un especialista.

3.2.1. Competencias de Periodoncistas Implantólogos

Las competencias profesionales se alcanzan durante la formación y a lo largo de la actuación cotidiana del profesional, ya que todo conocimiento es dinámico, por ello las competencias también lo son, lo que lleva a resolver situaciones de trabajo diferentes. La característica principal de las competencias es la relación entre la teoría y la práctica, un profesional requiere de ciertos conocimientos para ejecutar los procedimientos necesarios y con la actitud adecuada para resolver una situación concreta o problema.²¹ Se han definido las competencias educativas como la integración de conocimientos, habilidades y actitudes que le permiten a un individuo realizar satisfactoriamente un desempeño.²² Para precisar estos conceptos:

Conocimiento: Constituye el saber. Se adquiere conocimiento cuando se alcanza la comprensión de un saber a partir del entendimiento total de lo que se conoce, esto permite seguir profundizando en su construcción y desarrollo independiente de un contexto.^{21,22}

Habilidad: Corresponde al hacer. Se adquiere habilidad cuando el entendimiento y comprensión del conocimiento relacionado con una situación real se evidencia y permite su aplicación sobre la realidad específica para su transformación.²²

Actitud: Pertenece al querer hacer. Las actitudes son saberes valorativos que se relacionan con la inclinación, predisposición y motivación para el autoaprendizaje, para ser autodidacta, para saber convivir; también son valores asociados a la capacidad para establecer y desarrollar relaciones sociales.²²

3.2.1.1. Conocimientos de los especialistas en Periodoncia e Implantología

La especialidad de Periodoncia e Implantología es una de las dieciséis especialidades odontológicas reconocidas por el Colegio Odontológico del Perú

que se imparten en las universidades peruanas. Para llegar a obtener el título de especialista se debe evidenciar un conocimiento profundo de las estructuras anatómicas periodontales, para el presente trabajo de investigación se ha considerado trabajar con las características de salud de los tejidos periodontales y sus alteraciones patológicas, debido a que estos conocimientos son básicos para analizar la pertinencia de nuevas teorías que surjan en el área producto de los avances científicos.²³

3.2.1.1.1. Características de salud de los tejidos periodontales²⁴⁻²⁶

El periodonto está definido como una unidad anatómica y funcional, formado por cuatro componentes que se dividen en: Periodonto de protección, constituido por la encía; y periodonto de inserción: ligamento periodontal, cemento y hueso alveolar.

La salud e integridad de estos tejidos periodontales se evidencia en el nivel de inserción clínica (NIC), que es la distancia entre el UCE y el fondo del surco gingival.

A. Encía: Es parte de la mucosa masticatoria que protege las apófisis alveolares de los maxilares y rodea la porción cervical de los dientes, se distingue:^{25,26}

- Encía marginal o libre, de color rosado coral, lisa, firme, festoneada, se extiende desde la cresta gingival hasta el fondo del surco y mide 1,5 mm aproximadamente.
- Encía papilar o interdientaria, de color rosado coral, ocupa toda la tronera o espacio interdentario, su tamaño varía de acuerdo al segmento de la arcada.
- Encía insertada o adherida, de color rosado coral, de textura puntillada, firme, festoneada, se extiende desde el margen gingival hasta la línea mucogingival que la separa de la mucosa oral.
- Adherencia epitelial, a través de hemidesmosomas del epitelio de unión se produce y mantiene la inserción clínica entre la encía y la superficie del diente.

- Surco gingival, es la hendidura que se extiende desde la cresta gingival hasta la adherencia epitelial, es decir, el fondo del surco.

B. Ligamento periodontal: Es un tejido blando, muy vascularizado, innervado y celular que ocupa el espacio limitado por el hueso alveolar y la superficie radicular.^{24,25} Numerosos filamentos de colágeno se disponen paralelamente y forman una fibra de colágeno que reunidas en haces conforman las fibras de Sharpey, las cuales se insertan al hueso alveolar por un extremo y por el otro, al cemento radicular.

C. Cemento: Es un tejido mineralizado (65%), delgado que recubre la raíz de los dientes, se caracteriza porque se deposita durante toda la vida, no sufre remodelación o resorción fisiológica, no presenta vasos sanguíneos ni linfáticos.^{24,25}

D. Hueso alveolar: Los procesos alveolares se desarrollan con la formación de los dientes. Se aprecian tres estructuras en el hueso alveolar: Hueso alveolar propiamente dicho, hueso trabecular y hueso compacto.²⁵

La cresta ósea alveolar sigue el contorno del UCE de los dientes y se encuentra a $\pm 2\text{mm}$.²⁷

3.2.1.1.2. Alteraciones patológicas de los tejidos periodontales

Para establecer el diagnóstico periodontal se debe identificar las alteraciones patológicas de una enfermedad a partir de sus signos y síntomas, esta identificación se realiza a partir de la exploración clínica y radiográfica del periodonto. En el presente trabajo de investigación se considera la inflamación periodontal, bolsa periodontal y pérdida de inserción clínica como principales alteraciones patológicas de los tejidos periodontales.²⁷⁻²⁹

A. Inflamación periodontal: Clínicamente, la inflamación periodontal se nota en la aparición de hallazgos patológicos:^{27,30}

- Alteración del color de los tejidos gingivales debido a la vasodilatación.
- Edema gingival con alteración de la textura, consistencia blanda.
- Agrandamiento gingival.
- Recesión gingival.
- Movilidad dentaria.

- Lesión de furcas.
- Sangrado gingival, que puede ser provocado por el cepillado, la masticación o, en etapas avanzadas, espontáneo.
- Supuración.

B. Bolsa Periodontal: Definida como la profundización anómala del surco gingival asociada a signos de inflamación clínica, se forma por la destrucción de los tejidos de soporte periodontal dentro del curso natural de la enfermedad periodontal; se considera como bolsa periodontal las profundizaciones a partir de 4 mm.^{27,28}

C. Pérdida de inserción clínica: La destrucción de los tejidos periodontales de soporte ocasionan la migración apical de la adherencia epitelial, evidenciado en un NIC positivo que debe ser valorado junto con los demás signos y síntomas para establecer la magnitud de la enfermedad periodontal.²⁷

3.2.1.2. Prácticas de los especialistas en Periodoncia e Implantología

Los especialistas en Periodoncia e Implantología al egresar de sus estudios de segunda especialidad, deben cumplir con un perfil de egreso en el cual se incluyen las habilidades clínicas necesarias para establecer un diagnóstico periodontal correcto que lleve al establecimiento de un tratamiento adecuado a la condición clínica evaluada. En la evaluación periodontal es importante la práctica del índice de sangrado gingival, así como la evaluación radiográfica del hueso alveolar.²⁷⁻²⁹

3.2.1.2.1. Índice de sangrado gingival

La aparición de sangrado al sondaje suele preceder otros signos clínicamente detectables, es un signo temprano y preciso de inflamación gingival. El procedimiento elegido para determinar objetivamente la salud periodontal es el índice de Sangrado al Sondaje (ISS) que permite evaluar y clasificar la presencia de inflamación gingival. El ISS es calculado como la proporción de zonas sangrantes en el momento de la estimulación con una sonda periodontal estandarizada con una fuerza controlada (0,2 N) en 6 zonas de cada pieza

dentaria presente, si el sangrado se presenta dentro de 10 segundos se registra un hallazgo positivo.^{23,30,31}

3.2.1.2.2. Evaluación radiográfica del hueso alveolar

Un aspecto crítico de la evaluación periodontal es la evaluación radiográfica del hueso alveolar ya que depende de la calidad de la imagen radiográfica a analizar.^{31,32} Las características radiográficas de un periodonto normal, anatómicamente intacto incluye integridad de la cortical y cresta alveolar (CA) cuya porción más coronal se encuentre a 2 mm, en promedio, del UCE.³¹

Una vez que la enfermedad periodontal se ha desarrollado y el proceso inflamatorio de los tejidos de soporte provoca la destrucción del hueso alveolar, la evaluación radiográfica es un auxiliar diagnóstico importante para determinar el patrón y la severidad de la pérdida ósea alveolar. El patrón de pérdida ósea horizontal se observa con mayor frecuencia, la altura ósea disminuye en sentido transversal y la cresta ósea alveolar es paralelo al UCE. El patrón de pérdida ósea vertical, conocido también como defecto angular o vertical, revela destrucción avanzada de los tejidos periodontales de soporte en un lado del hueso alveolar que se aprecian en el hueso interproximal ≥ 2 mm.³² La severidad de la pérdida ósea alveolar mide la gravedad de la pérdida con respecto a las raíces de las piezas dentarias expresada en porcentaje de pérdida ósea alveolar: Leve, la pérdida se encuentra dentro del tercio coronal ($< 15\%$); moderada, cuando la pérdida alcanza todo el tercio coronal (15 % al 33%) y se considera una pérdida ósea severa cuando se extiende a la mitad o tercio apical radicular.³³

3.2.1.3. Actitudes de los especialistas en Periodoncia e Implantología

Las actitudes son parte de las competencias profesionales de los especialistas, se relacionan con saberes valorativos que permiten solucionar problemas que se presentan en el campo de su actividad profesional; la predisposición e inclinación para el aprendizaje autónomo, así como, hacia la adaptación al cambio, aportan en la toma de decisiones en la práctica clínica basándose en la mejor evidencia disponible.^{24,28}

3.2.1.3.1. Aprendizaje autónomo

Se denomina así al proceso que permite a las personas adquirir conocimientos de forma independiente, controlando el desarrollo y profundidad de los tópicos elegidos, autorregulando el dónde, cuándo y cómo los adquiere; esto es, la persona se hace consciente y responsable de su propio aprendizaje; esta toma de conciencia se denomina metacognición.³⁴ La necesidad de trabajar con una base científica, exige a los especialistas a realizar una búsqueda constante de la mejor evidencia científica disponible para la toma de decisiones en la práctica clínica, que obliga al profesional a un aprendizaje continuo.

Como consecuencia de los avances en la comprensión de los procesos patológicos de los tejidos periodontales, las dos instituciones más importantes en periodoncia, la Academia Americana de Periodoncia (AAP) y la Federación Europea de Periodoncia (EFP) elaboraron un nuevo sistema de clasificación de las condiciones y enfermedades periodontales y periimplantarias.² A partir de su publicación mediante un acceso libre, se han publicado artículos que presentan, comentan e interpretan la nueva clasificación; ello permite a todo especialista interesado, adquirir este nuevo conocimiento.

Tabla 1. Clasificación de las enfermedades y condiciones periodontales y periimplantarias 2017

Enfermedades y Condiciones Periodontales										
Salud Periodontal, Enfermedades y Condiciones Gingivales Chapple, Mealey, et al. 2018 Reporte de Consenso Trombelli et al. 2018 Definición de casos			Periodontitis Papapanou, Sanz et al. 2018 Reporte de Consenso Jeppsen, Caton et al. 2018 Reporte de Consenso Tonetti, Greenwell, Komman. 2018 Definición de casos			Otras Condiciones que Afectan al Periodonto Jeppsen, Caton et al. 2018 Reporte de Consenso Papapanou, Sanz et al. 2018 Reporte de Consenso				
Salud Periodontal y Salud Gingival	Gingivitis: Inducida por Biofilm Dental	Enfermedades Gingivales: No inducida por Biofilm Dental	Enfermedades Periodontales Necrotizantes	Periodontitis	Periodontitis como Manifestación de Enfermedades Sistémicas	Enfermedades o condiciones sistémicas que afectan los tejidos periodontales de soporte	Abscesos Periodontales y Lesiones Endodóntico Periodontales	Deformidades y Condiciones Mucogingivales	Fuerzas Traumáticas Oclusales	Factores Relacionados a Dientes y Prótesis
Enfermedades y Condiciones Peri-implantarias Berglundh, Armitage et al. 2018 Reporte de Consenso										
Salud Peri-Implantaria	Mucositis Peri-Implantaria			Peri-Implantitis			Deficiencias de Tejido Blando y Duro Peri-Implantar			

Adaptado de Tabla 1. Clasification of periodontal and periimplant diseases and conditions 2017. Caton J y cols²

3.2.1.3.2. Adaptación al cambio

Los avances científicos y tecnológicos se presentan con mucha rapidez y frecuencia para cambiar todo lo que se tenía por cierto hasta ese momento, la adaptación al cambio resulta crucial para mantener vigencia en la profesión. La adaptación al cambio es la inclinación a asimilar la nueva información, desaprender el conocimiento desfasado y generar cambios que faciliten la resolución de problemas.²¹

En diversas áreas de la odontología se han producido avances significativos que han permitido un mejor control de las enfermedades odontogénicas, con la adaptación al cambio de diversos paradigmas se han aceptado nuevas teorías, técnicas y procedimientos, aplicando tratamientos con un enfoque preventivo que limitan el daño.³⁵

La nueva clasificación presenta cambios relevantes, nuevas definiciones para las patologías y alteraciones periodontales, y por primera vez, se clasifican las patologías y alteraciones periimplantarias. Los cambios más importantes que se han dado en relación a nuestra investigación sobre las condiciones y enfermedades más prevalentes son:

- A. Una novedad es la introducción de la salud periodontal como condición que debe ser diagnosticada, se describen las variantes que pueden presentarse.^{31,36}
- B. El cambio en los cuadros gingivales se enfocó en las diferencias del proceso inflamatorio gingival inducida por biofilm dental en periodontos con y sin antecedentes de enfermedad periodontal.^{30,36}
- C. Un cambio importante se presenta en la clasificación de la periodontitis, anteriormente se distinguía en periodontitis crónica y periodontitis agresiva, actualmente se ha clasificado sólo como periodontitis y se caracteriza por medio de estadios y grados.^{23,37}

La nueva clasificación, nacida del consenso de las instituciones más importantes de la especialidad, ofrece una clasificación y definiciones de casos, permitiendo trabajar en la atención clínica con un diagnóstico certero que

determine el pronóstico y tratamiento correspondientes. Además, ofrece un lenguaje unificado que favorece la comunicación entre los investigadores y la mejor comprensión de las comunicaciones de los avances científicos por parte de los clínicos.

3.2.2. Diagnóstico de las enfermedades periodontales prevalentes

Establecer un diagnóstico requiere realizar un análisis de la información del paciente, interpretar los signos y síntomas, esto es, analizar el cuadro clínico que presenta el paciente y así definir la condición o enfermedad que lo afecta basada en la evidencia científica disponible.³⁸

Se reconoce que tanto la gingivitis como la periodontitis constituyen un importante problema de salud pública debido a su alta prevalencia. La mayoría de los estudios epidemiológicos determinan que las enfermedades y condiciones periodontales más prevalentes son la salud periodontal, la gingivitis y la periodontitis; la de mayor prevalencia es la gingivitis que se presenta en alrededor del 50%, el rango de prevalencia de la periodontitis oscila entre el 14% y el 40%; mientras poco más del 30% de la población presenta la condición de salud periodontal.^{37,39,40} Con datos tan concluyentes de la elevada prevalencia de la gingivitis y periodontitis se hace necesario realizar un diagnóstico precoz.

En los siguientes párrafos nos ocuparemos del diagnóstico de la salud periodontal, gingivitis y periodontitis, motivo de esta investigación.

3.2.2.1. Diagnóstico de salud periodontal

Al determinar los parámetros que definen la salud periodontal, se puede establecer un punto de referencia importante para evaluar la aparición de la enfermedad periodontal y si el tratamiento aplicado ha tenido éxito. Una de las principales innovaciones de la nueva clasificación es la inclusión de un grupo correspondiente a salud periodontal; el grupo de trabajo, liderado por Niklaus P. Lang, estableció como definición de la salud periodontal al estado libre de enfermedad periodontal inflamatoria.³¹

3.2.2.1.1. Indicadores de salud periodontal

La condición clínica de salud periodontal debe evaluarse considerando los siguientes indicadores:

- **Sangrado al Sondaje:** Se acepta que existe una vigilancia inmune fisiológica que mantiene la hemostasia en los tejidos periodontales, algún nivel de inflamación que es congruente con salud gingival clínica; por ello, se ha aceptado que un ISS < 10% es indicativo de salud periodontal. Se han realizado diversas investigaciones que han demostrado el valor predictivo de la ausencia de Sangrado al Sondaje (SS) como indicador de la estabilidad periodontal, valores negativos en exámenes repetidos indican la confiabilidad.^{41,42}
- **Profundidad de sondaje periodontal:** Se ha establecido que surcos gingivales poco profundos se corresponden con salud, así como que surcos gingivales profundos no necesariamente corresponden a sitios con enfermedad; los surcos profundos pueden permanecer estables y sin signos inflamatorios sobre todo si se establece terapia de mantenimiento, este tipo de bolsas se denominan bolsas saludables. El grupo de Lang y Bartold concluyeron que el indicador más útil de la enfermedad es la evidencia clínica de presencia de sangrado gingival como signo temprano de un proceso inflamatorio.³⁷
- **Características radiográficas de la salud periodontal:** Como auxiliar del diagnóstico la evaluación radiográfica de un periodonto normal incluyen la identificación de la lámina dura, sin evidencia de pérdida ósea en las zonas de furcación y una distancia promedio de 2 mm desde la Cresta Alveolar (CA) hasta la Unión Cemento-Esmalte (UCE). Otra característica radiográfica que se observa es el espacio del ligamento periodontal.
- **Movilidad dentaria:** Evaluada como la amplitud del desplazamiento de la corona resultante de la aplicación de una fuerza definida.⁴³ Se ha determinado que la movilidad fisiológica es hasta 0,2mm, valores superiores se han considerado patológicos.²⁰ Según Nyman y Lindhe la movilidad dentaria se clasifica en:⁴³

- Grado 1, movilidad dentaria de 0,2mm a 1mm en sentido horizontal.
- Grado 2, movilidad dentaria >1mm en sentido horizontal.
- Grado 3, movilidad dentaria en sentido horizontal y vertical.

3.2.2.1.2. Clasificación de salud periodontal

Resulta muy importante disponer de una definición de salud y bienestar periodontal para clasificar la enfermedad gingival y periodontal, para realizar investigaciones epidemiológicas, para establecer criterios finales terapéuticos ideales y aceptables para los tratamientos periodontales y para evaluar periódicamente el riesgo individual del paciente en el manejo óptimo del mantenimiento. En la nueva clasificación de las condiciones y enfermedades periodontales y periimplantarias, el grupo de estudio de Lang y Bartold, hace diferencia entre dos condiciones de salud periodontal:

- Salud clínica con un periodonto intacto.
- Salud gingival clínica en presencia de un periodonto reducido (paciente con periodontitis estable o paciente no afectado por periodontitis)

A. Salud gingival clínica sobre periodonto intacto

En presencia de un periodonto intacto puede presentarse como salud gingival prístina y como salud periodontal clínica. Ambos casos se caracterizan por respuestas fisiológicas relacionadas con la homeostasia.

- **Salud Gingival Prístina:** Se caracteriza por la ausencia de alteraciones histológicas de inflamación periodontal y por falta de evidencia de cambio anatómico en el periodonto.
- **Salud Periodontal Clínica:** Condición que define la ausencia, o reducción importante, de inflamación periodontal cuando se evalúa clínicamente un periodonto intacto. La vigilancia fisiológica en este caso explica los bajos niveles de signos de

inflamación (sangrado al sondaje, eritema y edema), ausencia de pérdida de inserción clínica y ósea.

Las condiciones periodontales y los resultados esperados con respecto a la salud periodontal de los signos de la inflamación y control de los factores determinantes del hospedero, se presentan en la Tabla 3, dentro del contexto de un periodonto intacto y reducido.

Tabla 2 Características de salud periodontal en periodonto intacto y en periodonto reducido

	Salud periodontal prístina	Salud clínica periodontal (periodonto intacto)	Gingivitis	Periodontitis (periodonto reducido)	
				Estabilidad periodontal de la enfermedad	Remisión/control de enfermedad periodontal
Sangrado al sondaje	No	No/Mínima	Si	No/Mínima	Significativamente reducida
Profundidad normal del surco gingival	Si	Si	Si	No	No
Altura ósea normal	Si	Si	Si	No	No
Factores modificantes	Controlados	Controlados	Puede estar presente	Controlados	No controlados completamente
Factores predisponentes	Controlados	Controlados	Puede estar presente	Controlados	No controlados completamente

Adaptado de Lang y Bartold. Salud Periodontal. 2018³¹

B. Salud gingival clínica sobre periodonto reducido

Dentro de este grupo se consideran los pacientes que presentan piezas dentarias con periodonto reducido, esto es, con disminución del aparato de inserción; pacientes que han sufrido gingivitis o periodontitis que recibieron tratamiento y lograron regresar a un estado de salud clínica periodontal. En la Tabla 2 se resumen las características que corresponde a esta condición. El periodonto reducido se presenta también en pacientes que no han sufrido periodontitis, como aquellos que presentan recesión gingival o

alargamiento coronario; estos casos se caracterizan por ausencia de SS, eritema, edema y $PSP \leq 3\text{mm}$. Considerando los resultados exitosos de la terapia periodontal, se pueden definir dos niveles de resultados que restauran la salud periodontal sobre un periodonto reducido:

- **Estabilidad periodontal de la enfermedad**, definida como un estado en el que la periodontitis ha sido tratada con éxito y se han controlado los factores locales y sistémicos, de manera tal que se logra un ISS mínimo ($<10\%$ de las zonas), ausencia de zonas con profundidades de sondaje de 4 mm o más que sangran al sondaje, incremento de los niveles de adherencia clínica y ausencia de progresión de la destrucción periodontal.^{31,36}
- **Remisión/control de la enfermedad periodontal**, definida como la etapa durante el tratamiento de la periodontitis que resulta en la disminución de los signos de inflamación, reducción en PSP y alguna mejoría en los niveles de inserción; a este grupo pertenecen pacientes que no han controlado completamente factores contribuyentes o sistémicos. afecciones médicas crónicas.^{31,36}

3.2.2.2. Diagnóstico de gingivitis inducida por biofilm dental

Se define la gingivitis inducida por biofilm dental como una lesión resultado de la interacción de la placa bacteriana y la respuesta inmune-inflamatoria del hospedero, cuyos signos y síntomas están contenidos dentro del tejido periodontal de protección y que no se extienden hacia la adherencia mucogingival ni a los tejidos periodontales de soporte.^{36,40}

3.2.2.2.1. Criterios diagnósticos de la gingivitis

Las alteraciones provocadas por el biofilm dental sólo afectan los tejidos gingivales, existe estabilidad en los niveles de adherencia existentes al inicio de la gingivitis, sea en periodonto intacto o reducido y es una lesión

reversible luego de aplicar la terapia correspondiente que altera o elimina el biofilm.

La acumulación de biofilm microbiano que origina inflamación gingival es un importante factor de riesgo para la progresión de gingivitis a periodontitis; por tanto, el control de la gingivitis es crucial para la prevención primaria de la periodontitis. Como ya se ha establecido el sangrado gingival es el signo más temprano que evidencia la inflamación gingival, por ello, en la definición de caso de gingivitis tanto en periodonto intacto como en periodonto reducido se usa el ISS, en la Tabla 3 se presentan los criterios diagnósticos que definen un caso clínico de salud gingival y gingivitis inducida por biofilm bucal.

Tabla 3: Criterios diagnósticos para salud gingival y gingivitis inducida por placa en la práctica clínica.

Periodonto intacto	Salud	Gingivitis
Pérdida de inserción al sondaje	No	No
Profundidad de sondaje (asumiendo ausencia de pseudobolsas)	≤ 3 mm	≤ 3 mm
Sangrado al sondaje	$< 10\%$	Sí ($\geq 10\%$)
Pérdida ósea radiográfica	No	No
Periodonto reducido en paciente sin periodontitis		
Pérdida de inserción al sondaje	Sí	Sí
Profundidades de sondaje (todas las zonas y asumiendo ausencia de pseudobolsas)	≤ 3 mm	≤ 3 mm
Sangrado al sondaje	$< 10\%$	Sí ($\geq 10\%$)
Pérdida ósea radiográfica	Posible	Posible
Paciente con periodontitis tratado con éxito y estable		
Pérdida de inserción al sondaje	Sí	Sí
Profundidad de sondaje (asumiendo ausencia de pseudobolsas)	≤ 4 mm (ninguna zona ≥ 4 mm con SS)	≤ 3 mm
Sangrado al sondaje	$< 10\%$	Sí ($\geq 10\%$)
Pérdida ósea radiográfica	Sí	Sí

^a Se asume una presión a sondaje leve de 0,2 a 0,25 N.

Adaptado de Chapple ILC, Mealey BL y cols.³⁶

3.2.2.2. Clasificación de la gingivitis

El grupo de trabajo de Murakami revisó toda la literatura sobre gingivitis publicada desde 1999 y para la nueva clasificación de las condiciones y enfermedades periodontales y periimplantarias, proponen una clasificación de la gingivitis inducida por biofilm dental:

A. Gingivitis asociada sólo a biofilm dental

Debido a la gran acumulación de placa bacteriana se produce un desequilibrio de la simbiosis entre el biofilm y la respuesta inmune-inflamatoria del hospedero, originando una disbiosis incipiente. La gingivitis es un diagnóstico clínico, por ello se deben evaluar los síntomas que presentan los pacientes que incluyen sangrado al cepillado, hinchazón y enrojecimiento de encías; los signos que se pueden encontrar en la inspección incluyen eritema, edema, sangrado, sensibilidad y agrandamiento.⁴⁰

B. Gingivitis mediada por factores de riesgo sistémicos o locales^{36,40}

La gingivitis inducida por biofilm dental puede presentar variaciones en su severidad por la presencia de factores modificadores sistémicos o locales.

- **Factores de riesgo sistémicos**, denominados también factores modificantes, son aquellas características que presenta un individuo, que pueden incidir negativamente en la respuesta inmune-inflamatoria frente al acúmulo de biofilm dental ocasionando inflamación exagerada, éstas pueden ser: Elevación de hormonas sexuales esteroideas, hiperglicemia, tabaco, severa deficiencia de vitamina C, condiciones hematológicas o agentes farmacológicos^{40,44,45}
- **Factores de riesgo locales**, o predisponentes, son aquellos que se comportan como nichos ecológicos para el crecimiento y acumulación del biofilm dental y que dificultan su remoción durante el cepillado. En diversos estudios se evidencia que los márgenes de restauraciones subgingivales sobrecontorneados, factores dentarios anatómicos, hiposalivación^{40,46}

C. Agrandamiento gingival influenciado por drogas

Se han reportado una diversidad de drogas que pueden llegar a afectar las dimensiones de los tejidos gingivales, como por ejemplo las drogas anti-epilépticas, inmunosupresoras, altas dosis de anticonceptivos

orales. Estos agrandamientos sólo se producirán en presencia de biofilm dental, con diversos patrones de agrandamiento.^{40,47}

3.2.2.3. Diagnóstico de Periodontitis

La periodontitis es una enfermedad inflamatoria crónica multifactorial, caracterizada por la destrucción progresiva de los tejidos periodontales de soporte y asociada a la alteración de la homeostasia del biofilm dental; se manifiesta radiográficamente por pérdida ósea alveolar y clínicamente por pérdida del Nivel de Inserción Clínica (NIC), presencia de bolsas periodontales y sangrado gingival.^{33,39,48,49} La elevada prevalencia de la periodontitis, reportada entre el 60 – 65 %, así como la posibilidad de pérdida de piezas dentarias afectadas la convierten en uno de los principales problemas de salud pública que compromete la función y estética.

3.2.2.3.1. Determinantes de un caso de periodontitis

La pérdida de inserción periodontal caracteriza a la periodontitis y se detecta durante la evaluación de la dentición erupcionada con una sonda periodontal teniendo como referencia la Unión Cemento Esmalte (UCE). En los casos de mayor severidad, la pérdida de NIC constituye el elemento diagnóstico fehaciente para diagnosticar el caso. El grupo de trabajo 2 del Taller Mundial 2017 estableció que para identificar un caso clínico de periodontitis deben darse las siguientes condiciones.^{33,39}

- a. La pérdida de NIC interdental es detectable en ≥ 2 dientes no adyacentes, o
- b. Pérdida de NIC de cara libre ≥ 3 mm con profundidad de sondaje > 3 mm detectable en ≥ 2 dientes.

3.2.2.3.2. Clasificación de la periodontitis^{33,39}

Como resultado de las deliberaciones del grupo de trabajo a cargo de la clasificación de la periodontitis, se estableció un sistema multidimensional de estadios y grados. Los cuatro estadios están en relación a la gravedad del cuadro clínico en cuanto a su extensión, distribución y a la complejidad de su manejo (Tabla 4); mientras que, los

grados (A,B y C) se basan en la información complementaria sobre las características biológicas de la enfermedad, incluyendo la historia clínica que considera el análisis de la tasa de progresión de la periodontitis, evaluación del riesgo de mayor progresión, análisis de posibles malos resultados de tratamiento y evaluación del riesgo que la enfermedad o su tratamiento puedan afectar negativamente la salud general del paciente (Tabla 5).

Tabla 4 Clasificación de la periodontitis basada en estadios definidos por la severidad, complejidad, extensión/distribución.

Estadio de Periodontitis		Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV
Severidad	NIC Interdental (sitio de la > pérdida)	1 a 2 mm	3 a 4 mm	≥ 5 mm	≥ 5 mm
	Pérdida ósea radiográfica	Tercio coronal (<15%)	Tercio coronal (15% a 33%)	Extendida al tercio medio o apical radicular	Extendida al tercio medio o apical radicular
	Pérdidas dentarias	Sin pérdida dentaria debida a periodontitis		Pérdida dentaria debida a periodontitis ≤ 4 dientes	Pérdida dentaria debida a periodontitis ≥ 5 dientes
Complejidad	Local			Adicionalmente a la complejidad del Estadio II:	Adicionalmente a la complejidad del Estadio III:
		PS máxima ≤ 4 mm	PS máxima ≤ 5 mm	PS ≥ 6 mm	Necesidad de rehabilitación compleja debido a:
		Pérdida ósea principalmente horizontal	Pérdida ósea principalmente horizontal	Pérdida ósea vertical ≥ 3 mm	Disfunción masticatoria
				Lesión de furca Clase II o III	Trauma oclusal secundario (movilidad dentaria grado 2)
				Defecto crestral moderado	Defecto crestral severo
					Colapso de mordida, migraciones, abanicamiento dentario
					Menos de 20 dientes remanentes (10 pares opuestos)
Extensión y distribución	Adicionar al estadio como descriptor	Para cada estadio, describe la extensión como: localizada (<30 % de dientes involucrados), generalizada o patrón molar/incisivo.			

Adaptado de Tonetti y cols 2018³⁹

La etapa o estadio inicial debe determinarse usando la pérdida de NIC o, a falta de ésta, se debe usar la pérdida ósea radiográfica. El antecedente de pérdida de dientes atribuible a periodontitis puede modificar la definición del estadio, incluso en ausencia de factores de complejidad; la presencia de éstos últimos puede cambiar la etapa a un nivel superior independientemente de la pérdida de NIC. Las diferencias entre el estadio

III y el estadio IV se encuentran, básicamente, en los factores de complejidad, solo se requiere la presencia de uno de ellos para cambiar el diagnóstico a un estadio más alto. Para los pacientes después del tratamiento, la pérdida de NIC y pérdida ósea radiográfica siguen siendo los determinantes de la etapa primaria; si el tratamiento elimina un factor o factores de complejidad, el estadio no debe retroceder a uno inferior ya que el factor de complejidad del estadio original siempre se debe considerar en el manejo de la fase de mantenimiento.

Tabla 5 Clasificación de la periodontitis por grados basada en criterios primarios y modificadores

Grado de periodontitis		Grado A: Progresión lenta	Grado B: Progresión moderada	Grado C: Progresión rápida
Criterios primarios	Evidencia directa	Datos longitudinales (Radiografías o evaluación periodontal en los 5 años anteriores)	No se evidencia pérdida ósea o NIC	Pérdida < 2 mm
		Porcentaje de pérdida ósea/edad	< 0,25	0,25 a 1,0
	Evidencia indirecta	Fenotipo	Grandes depósitos de biofilm con niveles bajos de destrucción	Destrucción proporcional a los depósitos de biofilm
				Grado de destrucción que excede lo esperado dado los depósitos de biofilm; patrones clínicos específicos que sugieren periodos de progresión rápida y/o enfermedad de aparición temprana (Ejm. Patrón molar/incisivo; falta de respuesta prevista a terapia de control bacteriano habituales)
Modificadores del grado	Factores de riesgo	Tabaquismo	No fumador	Fuma < 10 cigarros/día
		Diabetes	Normoglicémico/No diabético	Fuma ≥ 10 cigarros/día
			HbA1c < 7,0 % en diabéticos	HbA1c ≥ 7,0 % en diabéticos

Adaptado de Tonetti y cols 2018³⁹

El grado se usa como indicador de la tasa de progresión de la periodontitis. Los criterios primarios están basados en evidencia directa o indirecta de progresión. Siempre que esté disponible, se usa la evidencia directa; en su ausencia, se realiza una estimación indirecta usando la pérdida ósea en función de la edad en el diente más afectado. Los clínicos deben asumir

inicialmente el caso como de grado B y buscar evidencia específica para cambiar hacia el grado A o C. Una vez que se establece el grado en función de la evidencia de progresión, se puede modificar en función de la presencia de factores de riesgo.

3.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

3.3.1. Competencia

Integración de conocimientos, habilidades y actitudes que le permiten a un individuo realizar satisfactoriamente un desempeño.^{22,50}

Conocimiento: Constituye el saber. Se adquiere conocimiento cuando se alcanza la comprensión de un saber a partir del entendimiento total de lo que se conoce, esto permite seguir profundizando en su construcción y desarrollo independiente de un contexto.²²

Práctica: Corresponde al hacer. Se adquiere habilidad cuando el entendimiento y comprensión del conocimiento relacionado con una situación real se evidencia y permite su aplicación sobre la realidad específica para su transformación.²²

Actitudes: Pertenece al querer hacer. Las actitudes son saberes valorativos que se relacionan con la inclinación, predisposición y motivación para el autoaprendizaje, para ser autodidacta, para saber convivir; también son valores asociados a la capacidad para establecer y desarrollar relaciones sociales.²²

3.3.2. Características de salud de los tejidos periodontales

Son las características de los componentes del periodonto:

- Encía, es parte de la mucosa masticatoria que protege las apófisis alveolares de los maxilares y rodea la porción cervical de los dientes.^{25,26}
- Ligamento periodontal, es un tejido blando, muy vascularizado, innervado y celular; ocupa el espacio entre el hueso alveolar y la superficie radicular.^{24,25}
- Cemento: tejido que recubre la raíz de los dientes, se caracteriza porque se deposita durante toda la vida, no sufre remodelación o resorción fisiológica, no presenta vasos sanguíneos ni linfáticos.^{24,25}
- Hueso alveolar, conformado por los procesos alveolares, se desarrolla con la formación de los dientes, se aprecian tres estructuras.²⁵

3.3.3. Alteraciones patológicas de los tejidos periodontales

Son los signos y síntomas identificados a partir de la exploración clínica y radiográfica del periodonto. En el presente trabajo de investigación se considera la inflamación periodontal, bolsa periodontal y pérdida de inserción clínica como principales alteraciones patológicas de los tejidos periodontales.²⁷⁻²⁹

3.3.4. Índice de sangrado gingival

Este índice es calculado como la proporción de zonas sangrantes en el momento de la estimulación con una sonda periodontal estandarizada con una fuerza controlada (0,2 N) en 6 zonas de cada pieza dentaria presente.^{23,30,31}

3.3.5. Evaluación radiográfica del hueso alveolar

Las características radiográficas de un periodonto normal, anatómicamente intacto incluye integridad de la cortical y cresta alveolar.³¹

3.3.6. Aprendizaje autónomo

Se denomina así al proceso que permite a las personas adquirir conocimientos de forma independiente, controlando el desarrollo y profundidad de los tópicos elegidos, autorregulando el dónde, cuándo y cómo los adquiere; esto es, la persona se hace consciente y responsable de su propio aprendizaje; esta toma de conciencia se denomina metacognición.³⁴ Como parte del aprendizaje autónomo de los especialistas se considera la nueva clasificación de las enfermedades y condiciones periodontales y periimplantarias 2017.²

3.3.7. Adaptación al cambio

La adaptación al cambio es la inclinación a asimilar la nueva información, desaprender el conocimiento desfasado y generar cambios que faciliten la resolución de problemas.²⁴ La nueva clasificación presenta cambios relevantes, nuevas definiciones para las patologías y alteraciones periodontales que deben ser adoptadas.

3.3.8. Diagnóstico

Proceso inferencial, realizado a partir de un «cuadro clínico», destinado a definir la enfermedad que afecta a un paciente.⁵¹

3.3.9. Determinantes, indicadores y clasificación de salud periodontal

En la evaluación de la salud periodontal, además de los niveles y control del biofilm dental, se deben estimar todos los factores que influyen en la aparición de la enfermedad y en la restauración y mantenimiento de la salud periodontal. Los indicadores que se usan para evaluar la salud periodontal son: Sangrado al sondaje, profundidad de sondaje, características radiográficas y movilidad dentaria.^{30,31}

Se hace diferencia entre dos condiciones de salud periodontal:³¹

- Salud clínica con un periodonto intacto.
- Salud gingival clínica en presencia de un periodonto reducido

3.3.10. Criterios diagnósticos y clasificación de gingivitis

Los criterios diagnósticos que permiten identificar un caso de gingivitis son: Sangrado al sondaje, profundidad de sondaje, pérdida de inserción clínica y pérdida ósea radiográfica.³⁶

De acuerdo a la clasificación vigente, la gingivitis se clasifica en:⁴⁰

- Gingivitis asociada sólo a biofilm dental.
- Gingivitis mediada por factores de riesgo sistémicos o locales.
- Agrandamiento gingival influenciado por drogas.

3.3.11. Determinantes del caso y clasificación de periodontitis

En la clasificación de 2017, se estableció que para identificar un caso clínico de periodontitis deben darse las siguientes condiciones:^{33,39}

- La pérdida de NIC interdental es detectable en ≥ 2 dientes no adyacentes, o
- Pérdida de NIC de cara libre ≥ 3 mm con profundidad de sondaje > 3 mm detectable en ≥ 2 dientes.

En la clasificación vigente se estableció un sistema multidimensional de estadios y grados. Son cuatro estadios que están en relación a la gravedad del cuadro clínico en cuanto a su extensión, distribución y a la complejidad de su manejo; mientras que, los grados se basan en la información complementaria sobre las características biológicas de la enfermedad.^{2,33}

CAPÍTULO IV HIPÓTESIS Y VARIABLES

4.1. HIPÓTESIS GENERAL

H1: Las competencias de periodoncistas implantólogos se relacionarán significativamente con el diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes en la provincia de Tacna – 2024.

4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- Las competencias de periodoncistas implantólogos se relacionarán significativamente con el diagnóstico de salud periodontal en la Provincia de Tacna – 2024.
- Las competencias de periodoncistas implantólogos se relacionarán significativamente con el diagnóstico de gingivitis en la Provincia de Tacna – 2024.
- Las competencias de periodoncistas implantólogos se relacionarán significativamente con el diagnóstico de periodontitis en la Provincia de Tacna – 2024.

4.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

El proyecto de investigación presenta dos variables:

4.3.1. Variable X: Competencias de periodoncistas implantólogos

4.3.1.1. Definición Conceptual

Las competencias de los especialistas en Periodoncia e Implantología se alcanzan al finalizar su formación; basadas en componentes cognitivos, procedimentales y actitudinales, permiten a los especialistas tomar decisiones para solucionar satisfactoriamente problemas que afrontarán en el mundo laboral.^{22,50} Para llegar a obtener el título de especialista se debe evidenciar un conocimiento profundo de las estructuras anatómicas periodontales, para el presente trabajo de investigación se ha considerado trabajar con las características de salud de los tejidos periodontales y sus alteraciones patológicas, debido a que estos conocimientos son básicos para analizar la pertinencia de nuevas teorías que surjan en el área producto de los avances científicos.²⁴ Las prácticas que el especialista debe tener al momento de su egreso incluyen las habilidades clínicas necesarias para establecer un diagnóstico periodontal correcto; en la evaluación periodontal es importante la práctica del índice de sangrado gingival, así como la evaluación radiográfica del hueso alveolar.²⁷⁻³⁰ Las actitudes se relacionan con saberes valorativos que permiten solucionar problemas que se presentan en el campo de la especialidad de Periodoncia e Implantología, para este trabajo de investigación se consideran la predisposición e inclinación para el aprendizaje autónomo, así como, hacia la adaptación al cambio en la toma de decisiones durante la práctica clínica basándose en la mejor evidencia disponible.^{21,22}

4.3.1.2. Definición Operacional

Para la variable X, competencias de especialistas implantólogos se han considerado 3 dimensiones: conocimientos, prácticas y actitudes; cada dimensión tiene dos indicadores. En el cuestionario que se aplicará se ha considerado dos preguntas para cada indicador, o sea, 4 preguntas por dimensión, en total serán 12 preguntas para valorar esta variable.

4.3.2. Variable Y: Diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes

4.3.2.1. Definición conceptual

Identificar las enfermedades periodontales prevalentes, requiere realizar un análisis de la información del paciente, interpretar los signos y síntomas; esto es, analizar el cuadro clínico que presenta el paciente y así definir la condición o enfermedad que lo afecta basada en la evidencia científica disponible.³⁸ La importancia de llevar a cabo un correcto diagnóstico recae en el crucial rol que adquiere la comprensión de la situación clínica, su gravedad y la toma de decisiones terapéuticas considerando el pronóstico de la situación diagnosticada. La mayoría de los estudios epidemiológicos determinan que las enfermedades y condiciones periodontales más prevalentes son la salud periodontal, la gingivitis y la periodontitis.^{3,4,39,40}

4.3.2.2. Definición operacional

Para la variable Y, diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes, se han considerado 3 dimensiones: diagnóstico de salud periodontal, de gingivitis y de periodontitis; cada dimensión tiene dos indicadores. En el cuestionario que se aplicará se ha considerado dos preguntas para cada indicador, o sea, 4 preguntas por dimensión, en total serán 12 preguntas para valorar esta variable.

4.4. CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

COMPETENCIAS DE PERIODONCISTAS IMPLANTOLOGOS Y EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES PERIODONTALES PREVALENTES EN TACNA - 2024

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA	ESCALA DE VALORES
VARIABLE X Competencias de periodoncistas implantólogos	Conocimiento	Características de salud de los tejidos periodontales / Alteraciones patológicas de los tejidos periodontales	Parte I 1,2,3,4	Ordinal	Avanzado Medio Básico
	Práctica	Indice de sangrado gingival / Evaluación radiográfica del hueso alveolar	Parte I 5,6,7,8	Ordinal	Avanzado Medio Básico
	Actitud	Aprendizaje autónomo / Adaptación al cambio	Parte I 9,10,11,12	Ordinal	Avanzado Medio Básico
VARIABLE Y Diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes	Salud periodontal	Indicadores del caso / Clasificación de salud periodontal	Parte II 13,14,15,16	Ordinal	Bueno Regular Deficiente
	Gingivitis	Criterios diagnósticos / Clasificación de gingivitis	Parte II 17,18,19,20	Ordinal	Bueno Regular Deficiente
	Periodontitis	Determinantes del caso / Clasificación de periodontitis	Parte II 21,22,23,24	Ordinal	Bueno Regular Deficiente

CAPÍTULO V METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. ENFOQUE, TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

5.1.1. Enfoque de la Investigación

Se trata de una investigación con enfoque cuantitativo porque sigue una secuencia ordenada y rigurosa que se inicia en la delimitación y planteamiento de una idea, se determinan objetivos, se revisa la literatura para la construcción de un marco teórico, se establecen hipótesis y variables y mediante un diseño se miden las variables que luego de su análisis se extraen conclusiones.⁵²

5.1.2. Tipo de Investigación

El tipo de investigación es:

- Según el objetivo de la investigación, es una investigación básica centrada en evaluar las competencias de los especialistas en Periodoncia e Implantología para realizar el diagnóstico de las enfermedades periodontales más prevalentes.⁵³

5.1.3. Nivel de la Investigación

Por su complejidad se trata de una investigación descriptiva porque fundamentalmente se caracterizará las competencias de los especialistas en Periodoncia e Implantología respecto del diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes, siendo un campo poco estudiado.^{52,53} A su vez, es una investigación correlacional ya que se medirán dos variables: La Variable X, competencias de los periodoncistas implantólogos y la Variable Y, diagnóstico de

enfermedades periodontales prevalentes; y se establecerá una relación estadística entre ellas.^{55,56}

5.2. MÉTODOS Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

5.2.1. Método de Investigación

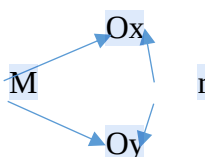
Se aplicó el método hipotético inductivo, ya que se usará la forma lógica de pensamiento que se basa en supuestos generales, que en el caso de este trabajo de investigación será que las competencias de los periodoncistas implantólogos tienen una relación significativa con el diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes, al aplicar el instrumento elaborado se llegará a una conclusión apegada a la realidad que existe en Tacna – 2024.^{54,55}

5.2.2. Diseño de Investigación

Esta investigación tiene un diseño no experimental, ya que no se manipulará ninguna de las variables en estudio; el diseño no experimental a usar permitirá estudiar la relación entre las competencias de los periodoncistas implantólogos y el diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes.^{54,55}

Según el tipo de seguimiento de las variables es de tipo transversal ya que se evaluarán las competencias de los especialistas en un momento y lugar determinado.^{53,54}

Además, la investigación fue transversal debido a que se recolectaron los datos en un solo momento Hernández y Mendoza (2018).



Ox Competencias de periodoncistas implantólogos

Oy Diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes

r: Relación

M muestra

5.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

5.3.1. Población

Referida al conjunto de unidades de análisis (personas, casos, etc.) que serán materia de estudio y análisis y sobre las que se aspira generalizar resultados.^{54,55} En este estudio la población está constituida por los 70 especialistas en Periodoncia e Implantología de la ciudad de Tacna.

5.3.2. Muestra

Es una parte de la población en la que se llevará a cabo la investigación, es una parte representativa de la población.^{55,57} Se considerará un muestreo probabilístico de población finita:

$$n = N * Z^2 * p * q / e^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Tamaño de la población

Z = Parámetro estadístico que depende del nivel de confianza

p = Probabilidad de que ocurra el evento

q = Probabilidad de que no ocurra el evento

e = Error de estimación máximo aceptado

Para nuestra investigación será:

$$n = 70 (1,96)^2 (0,5) (0,5) / (0,05)^2 (70 - 1) + (1,96)^2 (0,5) (0,5)$$

$$n = 67,228 / 1.1329$$

$$n = 59,34 = 59$$

La muestra poblacional para la presente investigación será de 59 especialistas en Periodoncia e Implantología.

Criterios de Inclusión

- Especialistas en Periodoncia e Implantología que ejerzan en la ciudad de Tacna.

Criterios de Exclusión

- Especialistas en Periodoncia e Implantología que no deseen participar en el presente trabajo de investigación.
- Especialistas en Periodoncia e Implantología que ejerzan en otras ciudades.

5.4.TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

5.4.1. Técnicas

Se usará la técnica de Encuesta, es uno de los métodos usados por los investigadores para recoger y analizar diferentes formas de datos en un momento determinado con el fin de buscar recoger información útil para investigar los objetivos planteados. La encuesta es el método más adecuado para recolectar los datos necesarios, mediante el contacto indirecto o directo, sobre el tema que se investiga con una muestra representativa de la población en estudio.^{55,58}

5.4.2. Instrumento

Un cuestionario es una herramienta que debe diseñarse con cuidado para una máxima efectividad, se trata de un conjunto de preguntas ordenadas de forma lógica y coherente con la naturaleza de la investigación, expresadas con un lenguaje comprensible para la muestra seleccionada; no es necesaria la intervención del encuestador.^{52,55}

Se construyó un instrumento que consta de 24 preguntas, 12 para la variable X y 12 preguntas para la variable Y; y como se muestra en el cuadro de operacionalización de variables, se incluyen las dimensiones e indicadores de cada variable. Las 24 preguntas son objetivas-cerradas (de respuesta única), de la pregunta 1 a la 12 evalúan las competencias de los especialistas en Periodoncia e Implantología, las preguntas 13 a 24 están destinadas a evaluar el diagnóstico de las enfermedades periodontales más prevalentes. La elección de una respuesta correcta corresponde 1 punto y la elección

de una respuesta incorrecta le corresponde 0 puntos. Para agrupar el puntaje se aplica la escala de Estaninos para establecer los límites de confianza.⁵²

Su fórmula:

$$X \pm 0,75 (Sx)$$

Donde:

$$X = \text{media}$$

$$Sx = \text{Desviación estándar}$$

Los límites de confianza para la distribución de puntajes en categorías son:

$$a = \text{media} - 0,75 (Sx)$$

$$b = \text{media} + 0,75 (Sx)$$

Categoría básico /deficiente: puntaje mínimo hasta (a)

Categoría medio/regular: mayor de (a) hasta (b)

Categoría avanzado /bueno: mayor de (b) hasta el puntaje máximo

Por el puntaje obtenido se determinará la categoría obtenida en el cuestionario:

Para la Variable X: Competencias de los especialistas periodoncistas implantólogos

Categoría Básico: 0 a 5 puntos

Categoría Medio: 6 a 7 puntos

Categoría Avanzado: 8 a 12 puntos

Para la Variable Y: Diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes

Categoría Básico: 0 a 5 puntos

Categoría Medio: 6 a 7 puntos

Categoría Avanzado: 8 a 12 puntos

5.4.3. Validez y Confiabilidad

El instrumento se elaboró teniendo como base otros instrumentos usados en otras investigaciones y ha sido validado por opinión de expertos, método usado para validar el contenido y calidad de las preguntas del instrumento en base a la opinión informada de personas que tienen trayectoria en la materia de la investigación y el grado o título necesarios, a quienes se facilitó el instrumento, la matriz de consistencia y la tabla de operacionalización de variables.⁵⁹

Para medir la consistencia interna del instrumento se utilizó la prueba de confiabilidad por mitades, ya que el instrumento se aplicará una sola vez, de esta manera se mide la correlación que existe entre los componentes del instrumento.⁶⁰ Se midió la consistencia interna para cada variable, se dividió las preguntas tomando de un lado las pares y de otro lado, las impares. De esta forma se obtuvieron los siguientes resultados:

- Para la Variable X, competencias de los periodoncistas implantólogos, se obtuvo un coeficiente de correlación = 0,91132238.
- Para la Variable Y, diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes, se obtuvo un coeficiente de correlación = 0,83050847

Entonces, se tiene un coeficiente de correlación para todo el instrumento de 0.87091542

Teniendo en cuenta que el coeficiente de correlación puede tener un rango de valores de +1 a -1: el valor 0 indica que no hay asociación entre los elementos del instrumento, un valor cercano a 1 indica una elevada correlación. Por ello, se puede decir que el instrumento tiene una alta correlación entre sus componentes.⁶⁰

Una vez que se ha obtenido el coeficiente de correlación se utilizó la fórmula de Spearman-Brown para valorar la confiabilidad del instrumento:

$$r_{xx} = \frac{2r_{ab}}{1+r_{ab}}$$

Donde:

r_{xx} = Coeficiente de confiabilidad

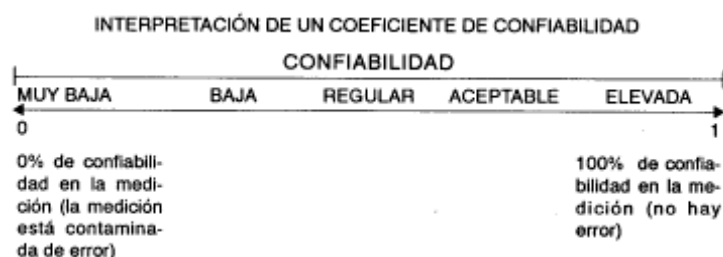
r_{ab} = Coeficiente de correlación

Aplicando la fórmula, se obtuvieron los siguientes resultados:

- Para la Variable X, competencias de periodoncistas implantólogos, se obtuvo un coeficiente de confiabilidad = 0,95360405
- Para la Variable Y, diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes, se obtuvo un coeficiente de confiabilidad = 0,90740741

Entonces, se tiene un coeficiente de correlación para todo el instrumento de 0.93050573

En conclusión, teniendo en cuenta que los coeficientes mientras más se acerquen a la unidad son más confiables.⁶⁰



El instrumento diseñado para usar en la presente investigación tiene una elevada confiabilidad y debe ser aplicado a la muestra.

5.4.4. Procesamiento y Análisis de Datos

Los datos obtenidos serán procesados digitalmente. Se usará el programa Microsoft Word 2010 para realizar el vaciado y procesamiento de los datos recolectados e informe final; para la parte estadística se usará el software estadístico SPSS-24 aplicando la Prueba de normalidad para determinar qué prueba estadística se usará (en datos que siguen la distribución normal la Prueba de R de Pearson y en datos que no tienen una distribución normal se utiliza la Prueba Rho de Spearman) y el Microsoft Excel 2010. Los resultados se organizarán en tablas de frecuencia y porcentajes. La interpretación de los resultados se realizará mediante los métodos de inducción.^{52,55}

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CARÁCTER ESTADÍSTICO	ESCALA DE MEDICIÓN	ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA
Competencias de periodoncistas implantólogos	Conocimientos	Características de salud	Ordinal	Avanzado Medio Básico	Frecuencia, porcentajes, medidas de tendencia central
		Características patológicas			
	Prácticas	Índice de sangrado gingival	Ordinal	Avanzado Medio Básico	Frecuencia, porcentajes, medidas de tendencia central
		Evaluación radiográfica del H.A.			
	Actitudes	Aprendizaje continuo	Ordinal	Avanzado Medio Básico	Frecuencia, porcentajes, medidas de tendencia central
		Adaptación al cambio			
Diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes	Diagnóstico de salud periodontal	Determinantes del caso	Ordinal	Bueno Regular Deficiente	Frecuencia, porcentajes, medidas de tendencia central
		Clasificación de salud periodontal	Ordinal		
	Diagnóstico de gingivitis	Criterios diagnósticos	Ordinal	Bueno Regular Deficiente	Frecuencia, porcentajes, medidas de tendencia central
		Clasificación de gingivitis	Ordinal		
	Diagnóstico de periodontitis	Determinantes del caso	Ordinal	Bueno Regular Deficiente	Frecuencia, porcentajes, medidas de tendencia central
		Clasificación de periodontitis	Ordinal		

5.4.5. Ética en la Investigación

Siendo la investigación científica una actividad clave para la adquisición de nuevos conocimientos sobre los que se va a cimentar el desarrollo de un campo del saber y que necesariamente va tener repercusión sobre la vida de los seres humanos en algún momento, es imprescindible que los investigadores y los procesos investigativos guarden una conducta que refleje integridad en todo momento: en la gestación de un proyecto, en su desarrollo, cuanto en el reporte de los resultados que deben ser claros y al alcance de toda la comunidad.⁶¹

CAPÍTULO VI RESULTADOS

6.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

6.1.1. Variable: Competencias de periodoncistas implantólogos

Tabla 06: Características clínicas de la encía en condiciones de salud

Válido	Frecuencia	Porcentaje
Color rosa coral, encía marginal y adherida lisa y firme, encía papilar de textura puntillada.	9	15,3
Color rosa coral, encía marginal lisa, encía adherida puntillada y firme.	41	69,5
Color rosa coral, encía marginal, insertada y papilar puntillada y firme.	9	15,3
Total	59	100,0

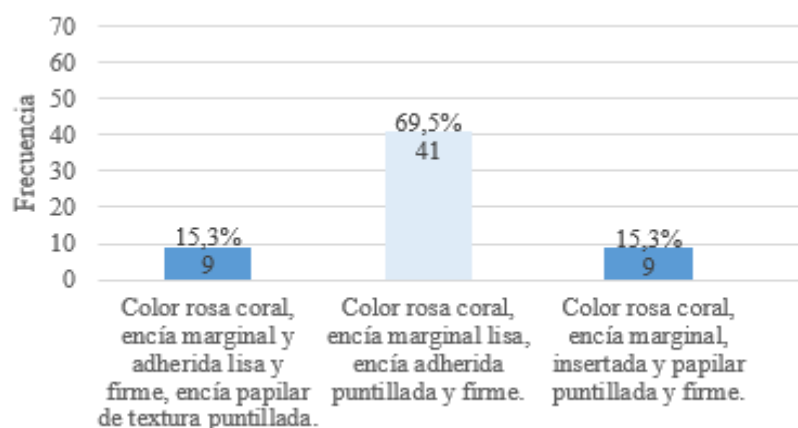


Figura 01: Características clínicas de la encía en condiciones de salud

En la figura 01 se encuentra la distribución de frecuencia respecto a las características clínicas de la encía en condiciones de salud valoradas por los periodoncistas implantólogos, se observa que un mayor porcentaje 69,5% respondió correctamente que la encía tiene como características: color rosa coral, encía marginal lisa, encía adherida puntillada y firme.

Tabla 07: Profundidad del surco gingival en condiciones de salud e integridad de los tejidos periodontales

Válido	Frecuencia	Porcentaje
En caras libres hasta 2 mm, en zona interproximal hasta 4 mm	4	6,8
En caras libres hasta 3mm, en zona interproximal hasta 2 mm	11	18,6
En caras libres hasta 2mm, en zona interproximal hasta 3 mm	44	74,6
Total	59	100,0

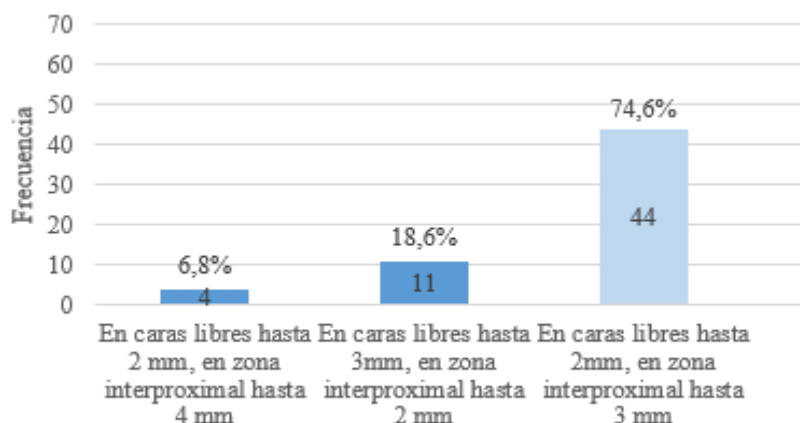


Figura 02: Profundidad del surco gingival en condiciones de salud e integridad de los tejidos periodontales

En la figura 02 se encuentra la distribución de frecuencia respecto a la profundidad del surco gingival en condiciones de salud e integridad de los tejidos periodontales, valoradas por los periodoncistas implantólogos, se observa que un mayor porcentaje 74,6% respondió correctamente que la profundidad del surco gingival mide en caras libres hasta 2mm y en zona interproximal hasta 3 mm; mientras que el menor porcentaje 6,8% respondió que en caras libres mide hasta 2 mm y en zona interproximal hasta 4 mm.

Tabla 08: Consecuencias de la inflamación de los tejidos gingivales

Válido	Frecuencia	Porcentaje
Cambio de coloración y textura de la encía marginal e insertada	47	79,7
Resorción de la cresta ósea alveolar.	2	3,4
Ensanchamiento del ligamento periodontal.	10	16,9
Total	59	100,0

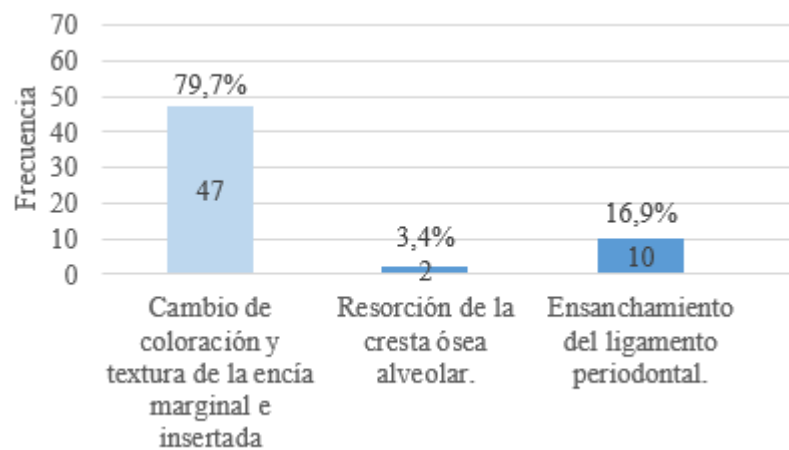


Figura 03: Consecuencias de la inflamación de los tejidos gingivales

En la figura 03 se encuentra la distribución de frecuencia respecto a las consecuencias de la inflamación de los tejidos gingivales, se observa que un mayor porcentaje 79,1% de los periodoncistas implantólogos respondió correctamente: Cambio de coloración y textura de la encía marginal e insertada; mientras que el menor porcentaje 3,4% respondió que resorción de la cresta ósea alveolar.

Tabla 09: Características de la bolsa periodontal en la progresión de la enfermedad periodontal

Válido	Frecuencia	Porcentaje
Profundización anómala del surco gingival debida a la destrucción de los tejidos gingivales	11	18,6
Profundización del surco gingival ocasionada por la erupción de las piezas dentarias.	2	3,4
Profundización del surco gingival se produce por la destrucción de los tejidos periodontales de soporte.	46	78,0
Total	59	100,0

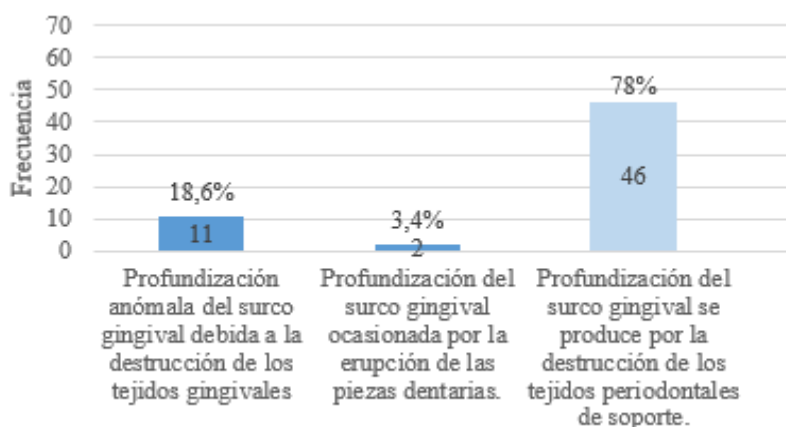


Figura 04: Características de la bolsa periodontal en la progresión de la enfermedad periodontal

En la figura 04 se encuentra la distribución de frecuencia respecto a las características de la bolsa periodontal que ocasiona la progresión de la enfermedad periodontal, se observa que un mayor porcentaje 78% de los periodoncistas implantólogos respondió acertadamente que se caracteriza por la profundización del surco gingival se produce por la destrucción de los tejidos periodontales de soporte; mientras que el menor porcentaje 3,4% respondió que es la profundización del surco gingival ocasionada por la erupción de las piezas dentarias.

Tabla 10: Tiempo de espera para registrar el índice de sangrado al sondaje después de pasar la sonda por el surco gingival

Válido	Frecuencia	Porcentaje
5"	15	25,4
10"	38	64,4
15"	6	10,2
Total	59	100,0

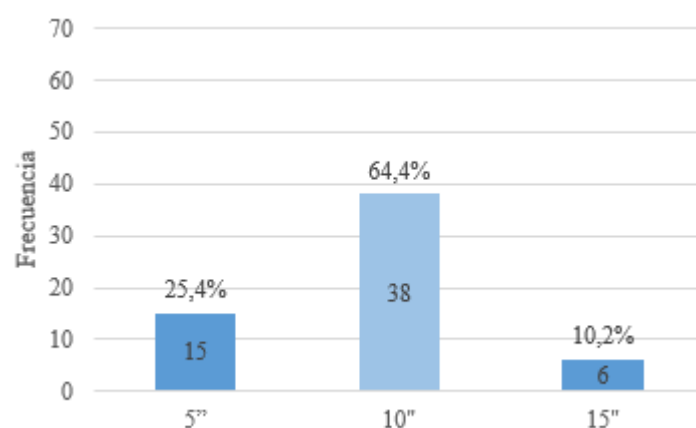


Figura 05: Tiempo de espera para registrar el índice de sangrado al sondaje después de pasar la sonda por el surco gingival

En la figura 05 se encuentra la distribución de frecuencia respecto al tiempo de espera para registrar el índice de sangrado al sondaje después de pasar la sonda por el surco gingival, se observa que un mayor porcentaje 64,4% de los periodoncistas implantólogos respondió acertadamente que se debe esperar 10 segundos; por otro lado, el menor porcentaje 10,2% respondió 15 segundos.

Tabla 11: Superficies de los dientes a evaluar en el índice de sangrado al sondaje

Válido	Frecuencia	Porcentaje
Mesio-bucal, medio-bucal, disto-bucal y mesio-lingual	13	22,0
Mesio-lingual, medio-bucal, disto-lingual y medio-lingual	4	6,8
Mesio-bucal, medio-bucal, disto-bucal, mesio-lingual, medio-lingual y disto-lingual	42	71,2
Total	59	100,0

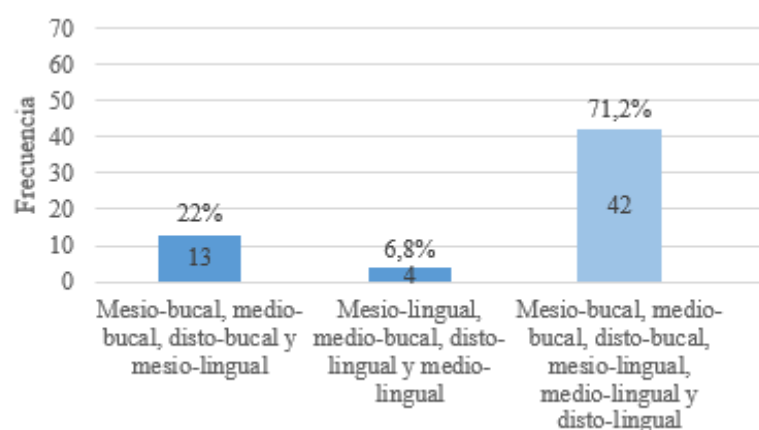


Figura 06: Superficies de los dientes a evaluar en el índice de sangrado al sondaje

En la figura 06 se encuentra la distribución de frecuencia respecto a las superficies de los dientes a evaluar en el índice de sangrado al sondaje, se aprecia que un mayor porcentaje 71,2%% de los periodoncistas implantólogos respondió acertadamente que se debe evaluar las superficies mesio-bucal, medio-bucal, disto-bucal, mesio-lingual, medio-lingual y disto-lingual; por otro lado, el menor porcentaje 6,8% indicó que se debe examinar sólo 4 superficies mesio-lingual, medio-bucal, disto-lingual y medio-lingual.

Tabla 12: Ubicación de la cresta ósea alveolar en la evaluación radiográfica en condiciones de integridad de los tejidos periodontales

Válido	Frecuencia	Porcentaje
A +/- 1 mm	4	6,8
A +/- 1,5 mm	17	28,8
A +/- 2 mm	38	64,4
Total	59	100,0

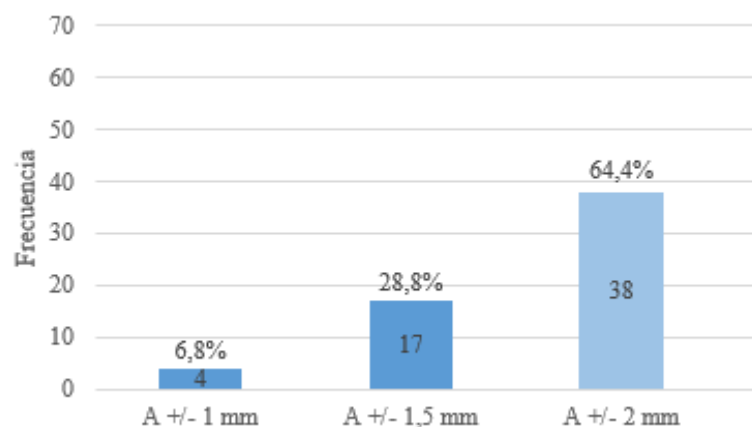


Figura 07: Ubicación de la cresta ósea alveolar en la evaluación radiográfica en condiciones de integridad de los tejidos periodontales

En la figura 07 se encuentra la distribución de frecuencia respecto a la ubicación de la cresta ósea alveolar en la evaluación radiográfica en condiciones de integridad de los tejidos periodontales, se aprecia que un mayor porcentaje 64,4% de los periodoncistas implantólogos respondió acertadamente que se encuentra a +/- 2 mm; por otro lado, el menor porcentaje 6,8% indicó que se encuentra a +/-1 mm.

Tabla 13: Identificación de la pérdida ósea vertical en la evaluación radiográfica

Válido	Frecuencia	Porcentaje
Resorción en un lado de la cresta alveolar interproximal ≥ 2	38	64,4
Resorción de la cresta ósea alveolar paralela al UCE	7	11,9
Pérdida de la cortical alveolar y hueso alveolar que siguen la orientación del UCE	14	23,7
Total	59	100,0

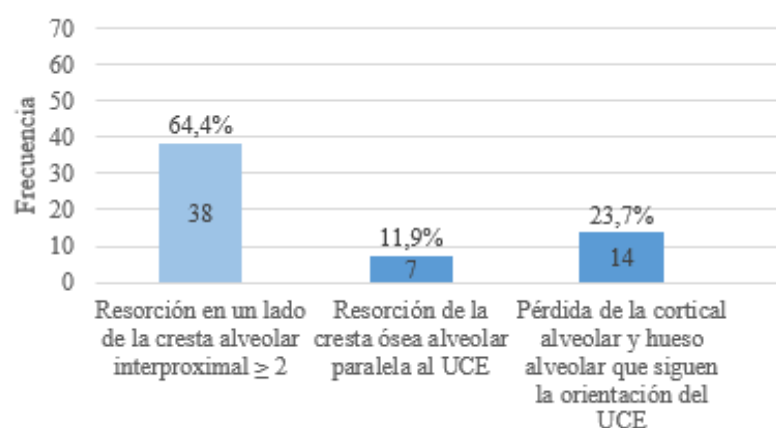


Figura 08: Identificación de la pérdida ósea vertical en la evaluación radiográfica

En la figura 08 se encuentra la distribución de frecuencia respecto a la identificación de la pérdida ósea vertical en la evaluación radiográfica, se aprecia que un mayor porcentaje 64,4% de los periodoncistas implantólogos respondió acertadamente que la resorción vertical se presenta en un lado de la cresta alveolar interproximal ≥ 2 mm; mientras que el menor porcentaje 11,9% señaló que es la resorción de la cresta ósea alveolar paralela a la UCE.

Tabla 14: Modificación de criterio sobre la importancia de realizar el índice de sangrado gingival como procedimiento de evaluación periodontal de un paciente

Válido	Frecuencia	Porcentaje
Si	48	81,4
No	4	6,8
Depende de la integridad del periodonto	7	11,9
Total	59	100,0

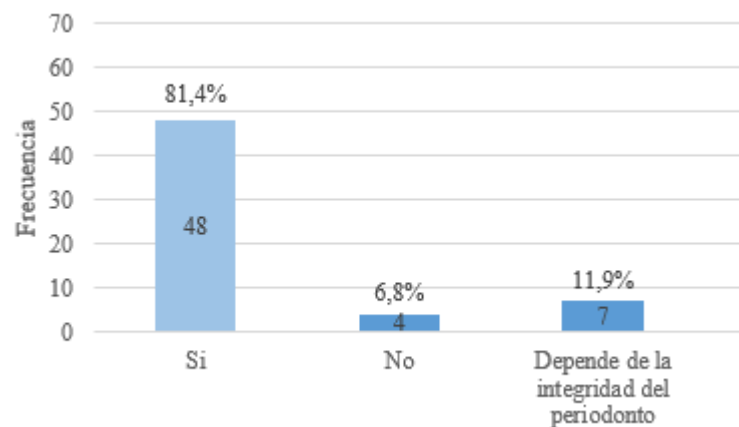


Figura 09: Modificación de criterio sobre la importancia de realizar el índice de sangrado gingival como procedimiento de evaluación periodontal de un paciente

En la figura 09 se encuentra la distribución de frecuencia respecto a la modificación de criterio de los periodoncistas implantólogos sobre la importancia de realizar el índice de sangrado gingival como procedimiento de evaluación periodontal de un paciente con la nueva clasificación, se aprecia que un mayor porcentaje 81,4% respondió afirmativamente; mientras que el menor porcentaje 6,8% respondió negativamente.

Tabla 15: Modificación de criterio sobre el momento de indicar una evaluación radiográfica en paciente con periodonto reducido e índice de sangrado $\geq 30\%$ sin presencia de bolsas periodontales

Válido	Frecuencia	Porcentaje
Si	45	76,3
No	5	8,5
Depende del porcentaje de pérdida ósea	9	15,3
Total	59	100,0

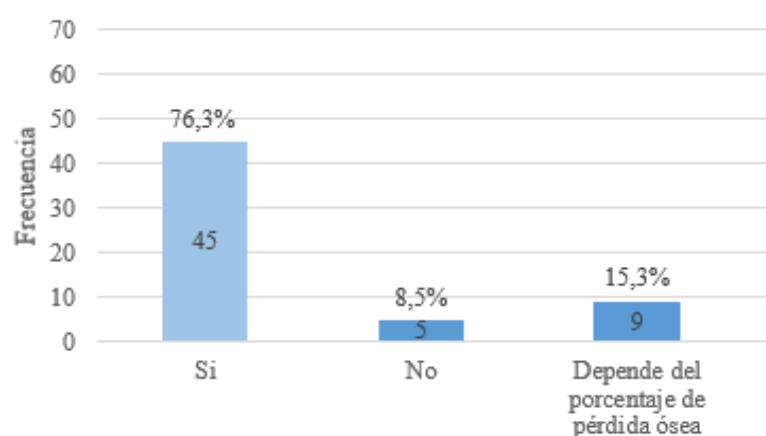


Figura 10: Modificación de criterio sobre el momento de indicar una evaluación radiográfica en paciente con periodonto reducido e índice de sangrado $\geq 30\%$ sin presencia de bolsas periodontales

En la figura 10 se encuentra la distribución de frecuencia respecto a la modificación de criterio de los periodoncistas implantólogos sobre el momento de indicar una evaluación radiográfica en paciente con periodonto reducido e índice de sangrado $\geq 30\%$ sin presencia de bolsas periodontales, se aprecia que un mayor porcentaje 76,3% respondió afirmativamente; mientras que el menor porcentaje 8,5% respondió negativamente.

Tabla 16: Modificación de criterio sobre la importancia de conocer el antecedente de pérdida de piezas dentarias por periodontitis para un correcto diagnóstico periodontal

Válido	Frecuencia	Porcentaje
Si	45	76,3
No	12	20,3
Depende de la antigüedad de la pérdida	2	3,4
Total	59	100,0

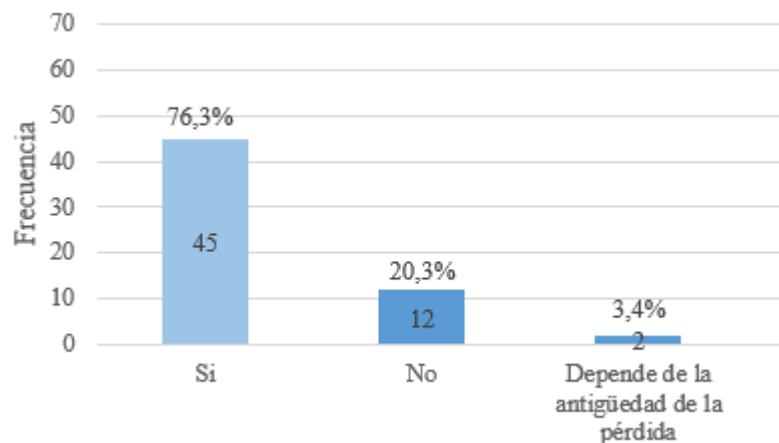


Figura 11: Modificación de criterio sobre la importancia de conocer el antecedente de pérdida de piezas dentarias por periodontitis para un correcto diagnóstico periodontal

En la figura 11 se encuentra la distribución de frecuencia respecto a la modificación de criterio de los periodoncistas implantólogos sobre la importancia de conocer el antecedente de pérdida de piezas dentarias por periodontitis para un correcto diagnóstico periodontal, se aprecia que un mayor porcentaje 76,3% respondió afirmativamente; mientras que, el menor porcentaje 3,4% respondió que dependía de la antigüedad de la pérdida.

Tabla 17: Con la nueva clasificación ha modificado su criterio respecto a la importancia de conocer el porcentaje de pérdida ósea alveolar en las piezas afectadas por periodontitis

Válido	Frecuencia	Porcentaje
Si	45	76,3
No	10	16,9
Depende del tipo de pérdida ósea	4	6,8
Total	59	100,0

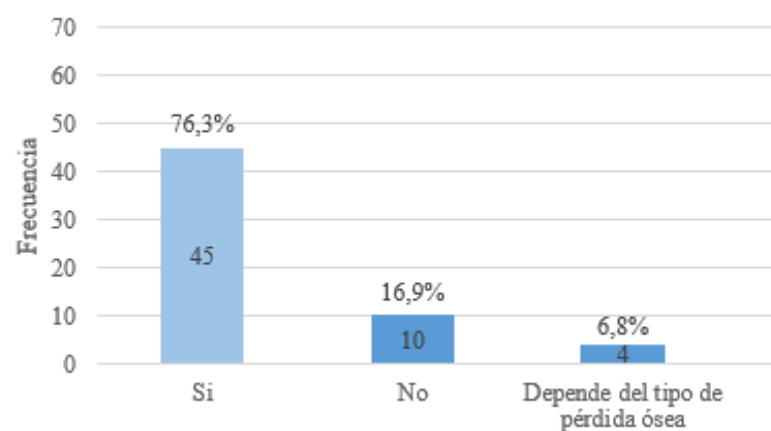


Figura 12: Modificación de criterio sobre la importancia de conocer el porcentaje de pérdida ósea alveolar en las piezas afectadas por periodontitis

En la figura 12 se encuentra la distribución de frecuencia respecto a la modificación de criterio de los periodoncistas implantólogos sobre la importancia de conocer el porcentaje de pérdida ósea alveolar en las piezas afectadas por periodontitis, se aprecia que un mayor porcentaje 76,3% respondió afirmativamente; mientras que el menor porcentaje 6,8% respondió que dependía del tipo de pérdida ósea.

Tabla 18: Competencias de periodoncistas implantólogos en la ciudad de Tacna -2024

COMPETENCIAS DE PERIODONCISTAS IMPLANTÓLOGOS		
	Frecuencia	Porcentaje
Básico	6	10,1
Medio	44	74,6
Avanzado	9	15,3
Total	59	100,0

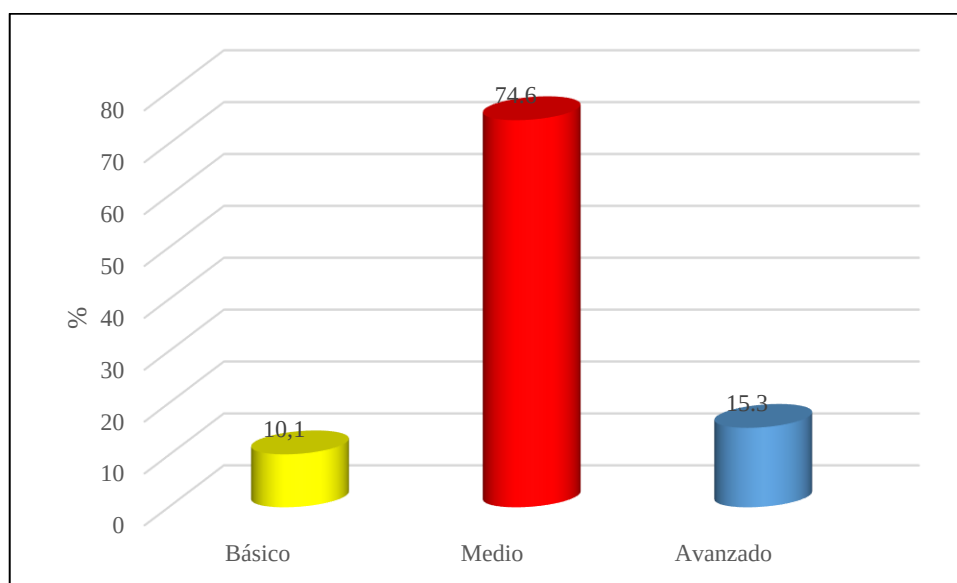


Figura 13: Competencias de periodoncistas implantólogos en la ciudad de Tacna -2024

En la figura 13 se presenta la distribución de frecuencia que tienen las competencias de periodoncistas implantólogos, se observa que un mayor porcentaje de 74,6% tuvo competencias de nivel medio, mientras que el menor porcentaje 10,1% tuvo competencias de nivel básico.

6.1.2. Variable: Diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes

Tabla 19: Existencia de nivel de inflamación gingival consistente con la salud clínica periodontal

Válido	Frecuencia	Porcentaje
Si	39	66,1
No	8	13,6
Depende de los antecedentes periodontales	12	20,3
Total	59	100,0

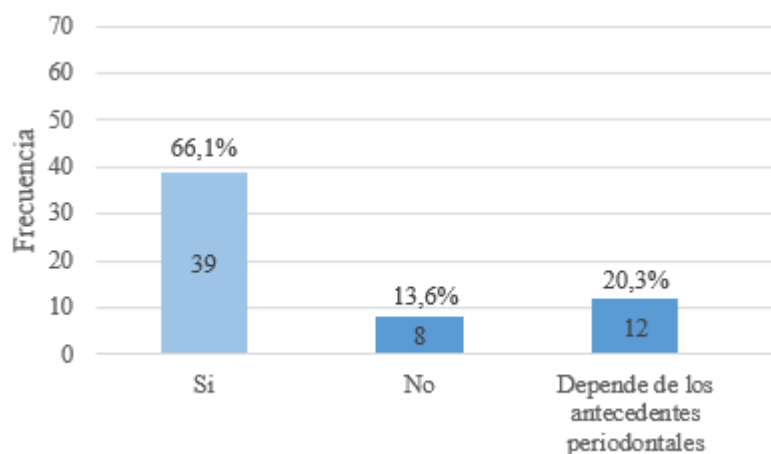


Figura 14: Existencia de nivel de inflamación gingival consistente con la salud clínica periodontal

En la figura 14 se encuentra la distribución de frecuencia respecto a la existencia de algún nivel de inflamación gingival que sea consistente con la salud clínica periodontal, se aprecia que un mayor porcentaje 66,1% respondió afirmativamente; mientras que el menor porcentaje 13,6% respondió negativamente.

Tabla 20: Índice de elección para evaluar la inflamación gingival

Válido	Frecuencia	Porcentaje
Índice de Ramfjord	6	10,2
Índice de Ainamo	42	71,2
Índice de O'Leary	11	18,6
Total	59	100,0

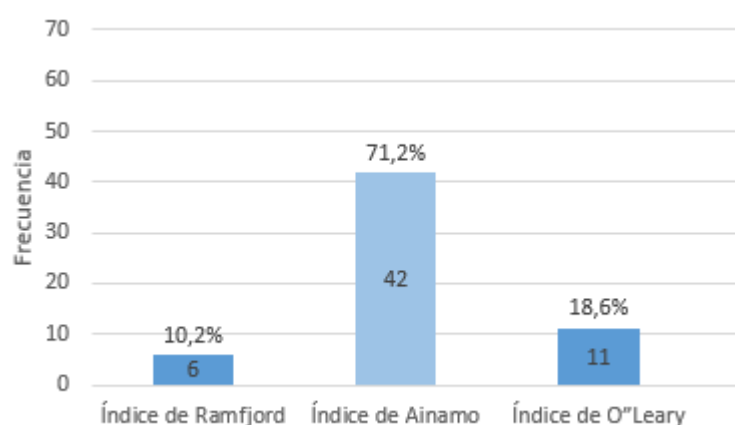


Figura 15: Índice de elección para evaluar la inflamación gingival

En la figura 15 se encuentra la distribución de frecuencia respecto al índice de elección para evaluar la inflamación gingival, se aprecia que los especialistas en periodoncia e implantología en un mayor porcentaje 71,2% eligió, acertadamente, el índice de Ainamo; mientras que el menor porcentaje 10,2% indicó, erróneamente, que el índice de Ramfjord permite evaluar la inflamación gingival.

Tabla 21: Porcentaje del índice de sangrado al sondaje que puede revelar presencia de gingivitis

Válido	Frecuencia	Porcentaje
> 10 %	21	35,6
≥ 10 %	34	57,6
> 15 %	4	6,8
Total	59	100,0

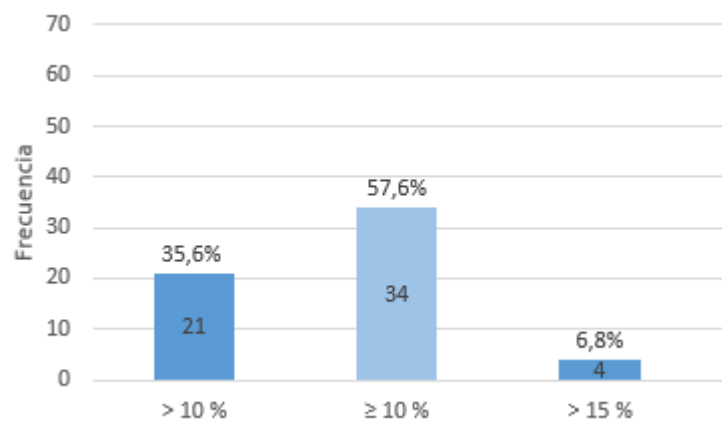


Figura 16: Porcentaje del índice de sangrado al sondaje que puede revelar presencia de gingivitis

En la figura 16 se encuentra la distribución de frecuencia respecto al porcentaje del índice de sangrado al sondaje que puede revelar presencia de gingivitis, se aprecia que los especialistas en periodoncia e implantología en un mayor porcentaje 57,6% eligió acertadamente $\geq 10\%$; mientras que el menor porcentaje 6,8% indicó erróneamente que el porcentaje que puede revelar presencia de gingivitis es $> 15\%$.

Tabla 22: Criterios que permiten diagnosticar gingivitis en un periodonto reducido en pacientes sin antecedentes de periodontitis

Válido	Frecuencia	Porcentaje
Profundidad de sondaje $\leq 3\text{mm}$, sangrado al sondaje $\geq 10\%$, pérdida de adherencia clínica y posible pérdida ósea radiográfica.	36	61,0
Profundidad de sondaje $\leq 4\text{mm}$, sangrado al sondaje $< 10\%$, pérdida de adherencia clínica y posible pérdida ósea radiográfica.	10	16,9
Profundidad de sondaje $\leq 4\text{mm}$, sangrado al sondaje $\geq 10\%$, sin pérdida de adherencia clínica y sin pérdida ósea radiográfica.	13	22,0
Total	59	100,0

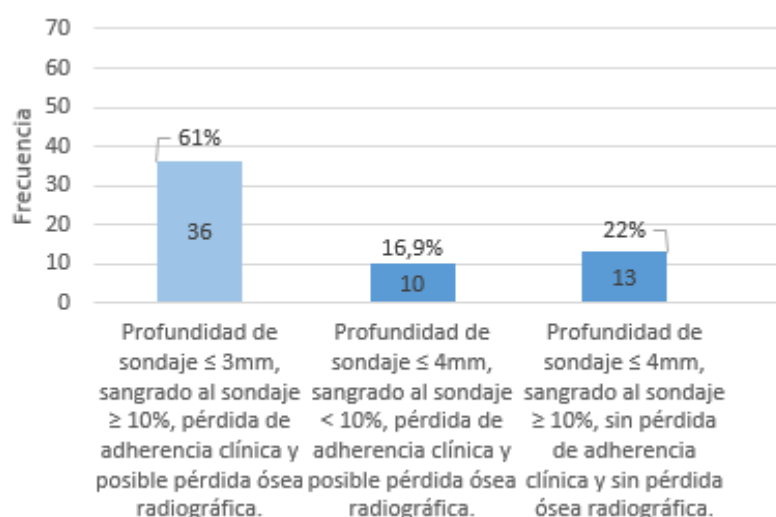


Figura 17: Criterios que permiten diagnosticar gingivitis en un periodonto reducido en pacientes sin antecedentes de periodontitis

En la figura 17 se encuentra la distribución de frecuencia respecto a los criterios que permiten diagnosticar gingivitis en un periodonto reducido en pacientes sin antecedentes de periodontitis, se aprecia que los especialistas en periodoncia e implantología en un mayor porcentaje 61% indicó acertadamente profundidad de sondaje $\leq 3\text{mm}$, sangrado al sondaje $\geq 10\%$, pérdida de adherencia clínica y posible pérdida ósea radiográfica; mientras que el menor porcentaje 16,9% indicó erróneamente profundidad de sondaje $\leq 4\text{mm}$, sangrado al sondaje $< 10\%$, pérdida de adherencia clínica y posible pérdida ósea radiográfica.

Tabla 23: Definición de caso de periodontitis por pérdida de NIC interproximal

Válido	Frecuencia	Porcentaje
Pérdida de NIC interproximal detectable en 2 piezas dentarias adyacentes	8	13,6
Pérdida de NIC interproximal detectable en ≥ 2 piezas dentarias no adyacentes	40	67,8
Pérdida de NIC interproximal detectable en > 3 piezas dentarias no adyacentes.	11	18,6
Total	59	100,0

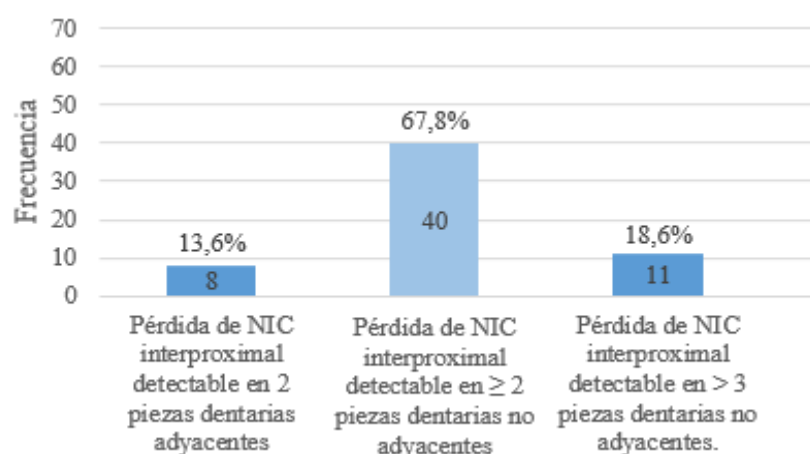


Figura 18: Definición de caso de periodontitis por pérdida de NIC interproximal

En la figura 18 se encuentra la distribución de frecuencia respecto a los criterios que definen la existencia de un caso de periodontitis, se aprecia que los especialistas en periodoncia e implantología en un mayor porcentaje 67,8% indicó acertadamente pérdida de NIC interproximal detectable en ≥ 2 piezas dentarias no adyacentes; mientras que el menor porcentaje 13,6%% indicó pérdida de NIC interproximal detectable en 2 piezas dentarias adyacentes.

Tabla 24: Definición de caso de periodontitis por pérdida de NIC en cara libre

Válido	Frecuencia	Porcentaje
Pérdida de NIC en cara libre >2 mm con profundidad de sondaje > 2 mm detectable en ≥ 2 dientes	3	5,1
Pérdida de NIC en cara libre >3 mm con profundidad de sondaje > 3 mm detectable en ≥ 2 dientes	9	15,3
Pérdida de NIC en cara libre ≥ 3 mm con profundidad de sondaje > 3 mm detectable en ≥ 2 dientes.	47	79,7
Total	59	100,0

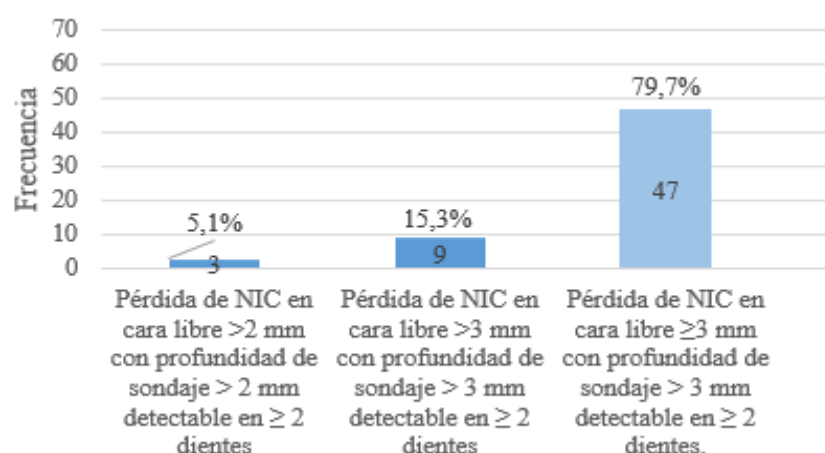


Figura 19: Definición de caso de periodontitis por pérdida de NIC en cara libre

En la figura 19 se encuentra la distribución de frecuencia respecto a los criterios que definen la existencia de un caso de periodontitis, se aprecia que los especialistas en periodoncia e implantología en un mayor porcentaje 79,7% indicó acertadamente pérdida de NIC en cara libre ≥ 3 mm con profundidad de sondaje > 3 mm detectable en ≥ 2 dientes; mientras que el menor porcentaje 5,1% indicó pérdida de NIC en cara libre >2 mm con profundidad de sondaje > 2 mm detectable en ≥ 2 dientes.

Tabla 25: Principal criterio para clasificar la salud gingival

Válido	Frecuencia	Porcentaje
Integridad del periodonto.	38	64,4
Aspecto clínico de la encía.	8	13,6
Nivel de inflamación gingival	13	22,0
Total	59	100,0

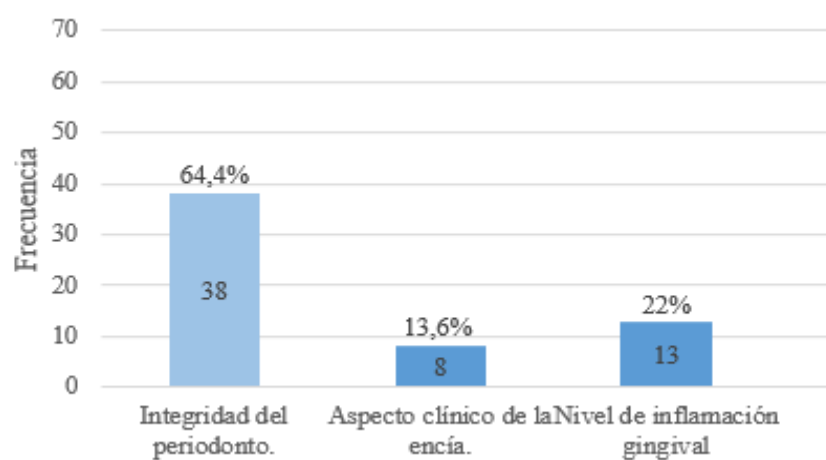


Figura 20: Principal criterio para clasificar la salud gingival

En la figura 20 se encuentra la distribución de frecuencia respecto al principal criterio para clasificar la salud gingival, se aprecia que los especialistas en periodoncia e implantología en un mayor porcentaje 64,4% indicó acertadamente integridad del periodonto; mientras que el menor porcentaje 13,6% indicó erróneamente aspecto clínico de la encía.

Tabla 26: Características de la salud gingival prístina

Válido	Frecuencia	Porcentaje
Presencia de una cantidad mínima de inflamación en encías en periodonto reducido	3	5,1
Presencia de una mínima cantidad de inflamación en periodonto intacto	9	15,3
Ausencia de alteraciones de inflamación periodontal en periodonto intacto	47	79,7
Total	59	100,0

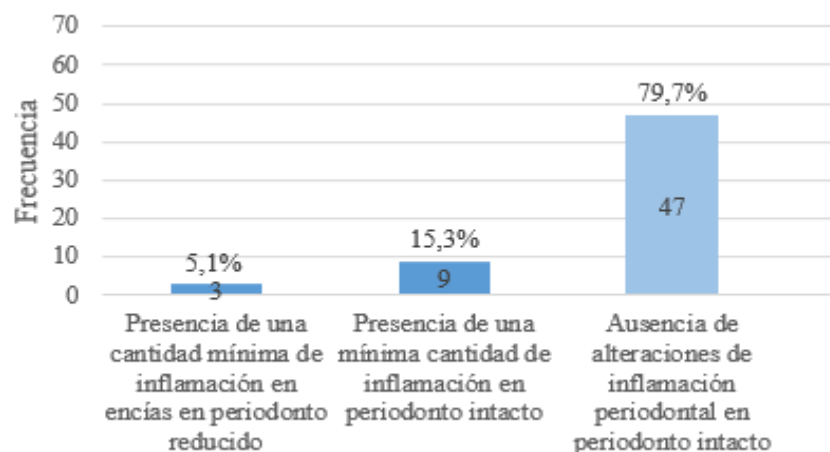


Figura 21: Características de la salud gingival prístina

En la figura 21 se encuentra la distribución de frecuencia respecto a las características de la salud gingival prístina, se aprecia que los especialistas en periodoncia e implantología en un mayor porcentaje 79,7% indicó acertadamente la ausencia de alteraciones de inflamación periodontal en periodonto intacto; mientras que el menor porcentaje 5,1% indicó erróneamente presencia de una cantidad mínima de inflamación en encías en periodonto reducido.

Tabla 27: Clasificación de un paciente que presenta un índice de BOP de 20%, sin pérdida ósea, con una PS máxima de 3mm y sin factores de riesgo sistémico

Válido	Frecuencia	Porcentaje
Gingivitis generalizada asociada sólo a biofilm dental en periodonto intacto	11	18,6
Gingivitis localizada asociada sólo a biofilm dental en periodonto intacto	46	78,0
Gingivitis generalizada asociada sólo a biofilm dental en periodonto reducido.	2	3,4
Total	59	100,0

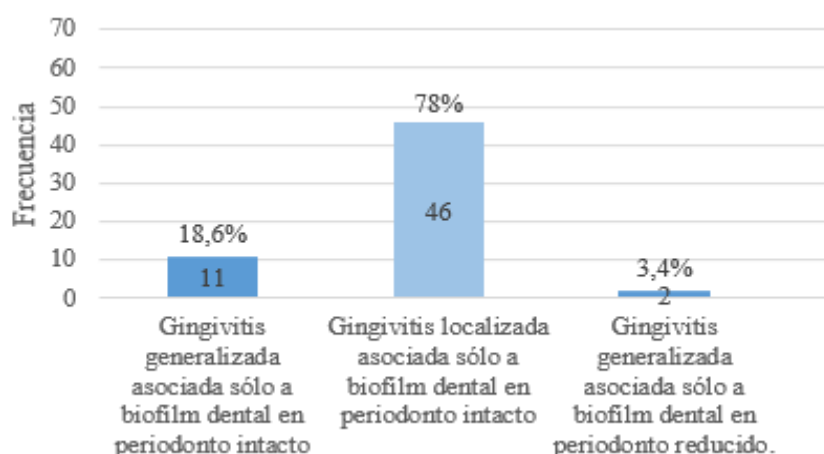


Figura 22: Clasificación de un paciente que presenta un índice de BOP de 20%, sin pérdida ósea, con una PS máxima de 3mm y sin factores de riesgo sistémico

En la figura 22 se encuentra la distribución de frecuencia respecto a la clasificación de un paciente que presenta un índice de BOP de 20%, sin pérdida ósea, con una PS máxima de 3mm y sin factores de riesgo sistémico, se aprecia que los especialistas en periodoncia e implantología en un mayor porcentaje 78% indicó acertadamente ausencia de alteraciones de inflamación periodontal en periodonto intacto; mientras que el menor porcentaje 3,4% indicó gingivitis generalizada asociada sólo a biofilm dental en periodonto reducido errando el diagnóstico del caso presentado.

Tabla 28: Diagnóstico de un paciente con antecedentes de tratamiento exitoso de periodontitis, que presente periodonto reducido, signos de inflamación clínica en sitios específicos, con ISS de 10%, PS es ≤ 3 mm

Válido	Frecuencia	Porcentaje
Salud clínica gingival en periodonto reducido	11	18,6
Inflamación gingival en paciente con historia de periodontitis	30	50,8
Gingivitis en paciente con historia de periodontitis	18	30,5
Total	59	100,0

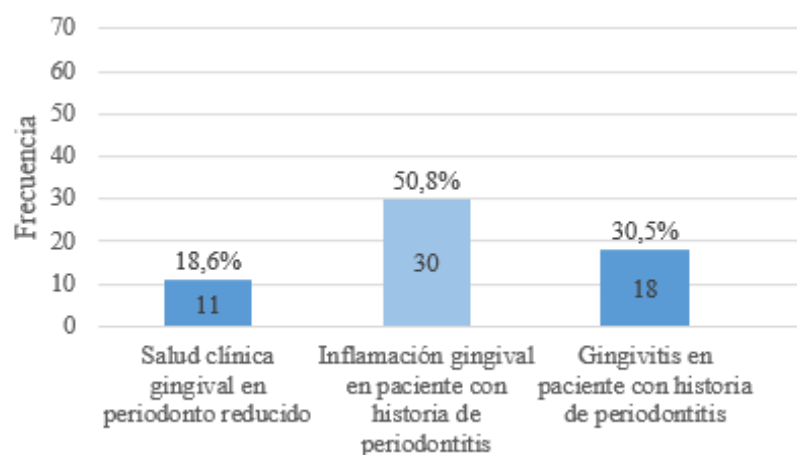


Figura 23: Diagnóstico de un paciente con antecedentes de tratamiento exitoso de periodontitis, que presente periodonto reducido, signos de inflamación clínica en sitios específicos, con ISS de 10%, PS es ≤ 3 mm

En la figura 23 se encuentra la distribución de frecuencia respecto al diagnóstico de un paciente con antecedentes de tratamiento exitoso de periodontitis, que presente periodonto reducido, signos de inflamación clínica en sitios específicos, con ISS de 10%, PS es ≤ 3 mm, se aprecia que los especialistas en periodoncia e implantología en un mayor porcentaje 50,8% indicó acertadamente inflamación gingival en paciente con historia de periodontitis; mientras que el menor porcentaje 18,6% indicó salud clínica gingival en periodonto reducido errando el diagnóstico del caso presentado.

Tabla 29: Criterios primarios que determinan el grado de la periodontitis

Válido	Frecuencia	Porcentaje
Relación pérdida ósea alveolar/ edad del paciente.	52	88,1
Cantidad de cigarrillos que fuma al día.	5	8,5
Nivel de hemoglobina glucosilada	2	3,4
Total	59	100,0

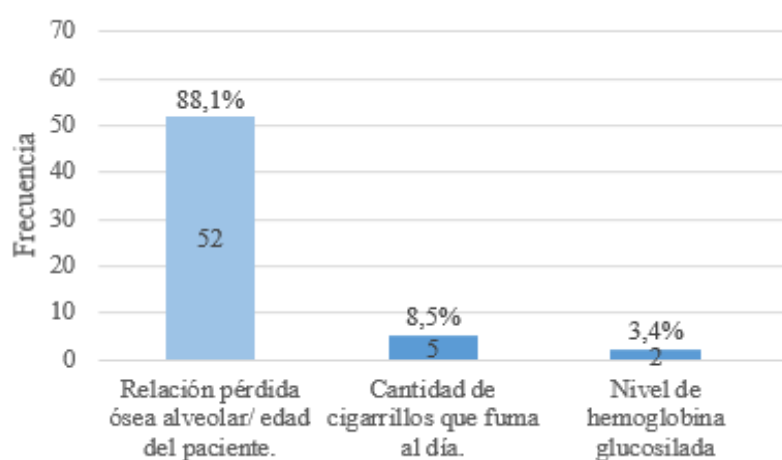


Figura 24: Criterios primarios que determinan el grado de la periodontitis

En la figura 24 se encuentra la distribución de frecuencia respecto a los criterios primarios que determinan el grado de la periodontitis, se aprecia que los especialistas en periodoncia e implantología en un mayor porcentaje 88,1% indicó acertadamente relación pérdida ósea alveolar/ edad del paciente; mientras que el menor porcentaje 3,4% indicó Nivel de hemoglobina glucosilada.

Tabla 30: Diagnóstico de un paciente que presenta signos de inflamación clínica, pérdida de NIC hasta 4 mm, pérdida ósea radiográfica del 40% y sin antecedentes de pérdida dentaria debida a periodontitis

Válido	Frecuencia	Porcentaje
Periodontitis de estadio I.	2	3,4
Periodontitis de estadio II.	27	45,8
Periodontitis de estadio III.	30	50,8
Total	59	100,0

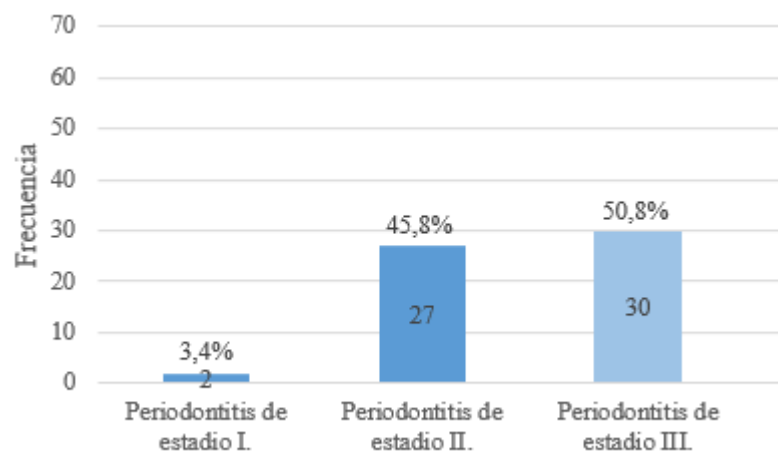


Figura 25: Diagnóstico de un paciente que presenta signos de inflamación clínica, pérdida de NIC hasta 4 mm, pérdida ósea radiográfica del 40% y sin antecedentes de pérdida dentaria debida a periodontitis

En la figura 25 se encuentra la distribución de frecuencia respecto al diagnóstico de un paciente que presenta signos de inflamación clínica, pérdida de NIC hasta 4 mm, pérdida ósea Rx del 40% y sin antecedentes de pérdida dentaria debida a periodontitis, se aprecia que los especialistas en periodoncia e implantología en un mayor porcentaje 50,8% indicó acertadamente periodontitis de estadio III; mientras que el menor porcentaje 3,4% indicó periodontitis estadio I errando el diagnóstico de la condición presentada.

Tabla 31: Diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes

DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES PERIODONTALES PREVALENTES		
	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	14	23,7
Regular	30	50,8
Bueno	15	25,5
Total	59	100,0

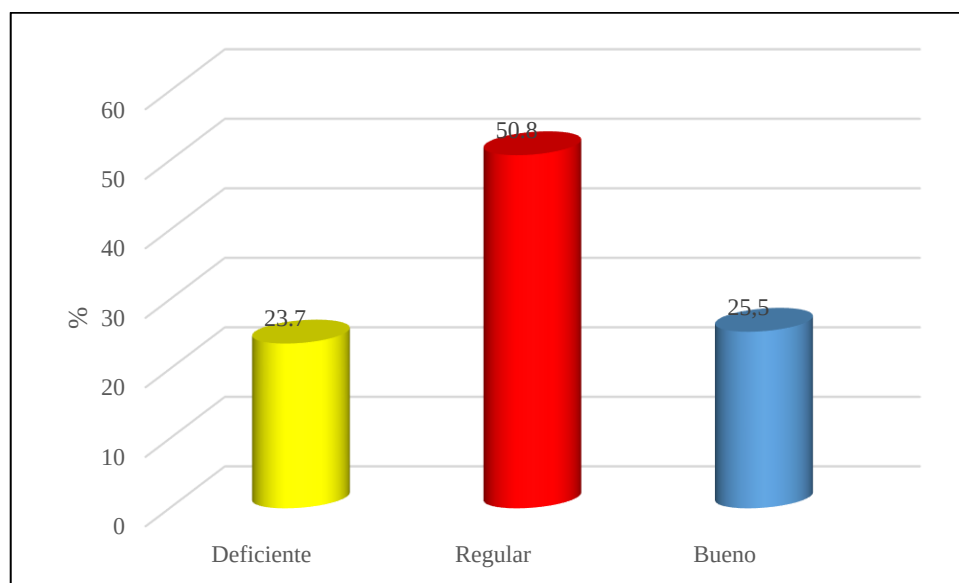


Figura 26: Diagnóstico de enfermedades periodontales prevalente

En la figura 26 se presenta la distribución de frecuencia respecto a la evaluación del diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes que realizaron los periodoncistas implantólogos, se observa que un mayor porcentaje de 50,8% tuvo un diagnóstico de enfermedades periodontales en un nivel regular, mientras el menor porcentaje 23,7% presentó un nivel deficiente.

6.1.3. Relación entre variables

Tabla 32: Distribución de frecuencia y porcentual entre las Competencias de periodoncistas implantólogos y el Diagnóstico Salud Periodontal en la ciudad de Tacna - 2024.

Competencias de periodoncistas implantólogos		Diagnóstico Salud Periodontal			Total
		Deficiente	Regular	Bueno	
Básico	N	2	2	2	6
	%	33,3	33,3	33,3	100,0
Medio	N	8	24	12	44
	%	18,2	54,5	27,3	100,0
Avanzado	N	2	3	4	9
	%	22,2	33,3	44,5	100,0
Total	N	12	29	18	59
	%	20,3	49,2	30,5	100,0

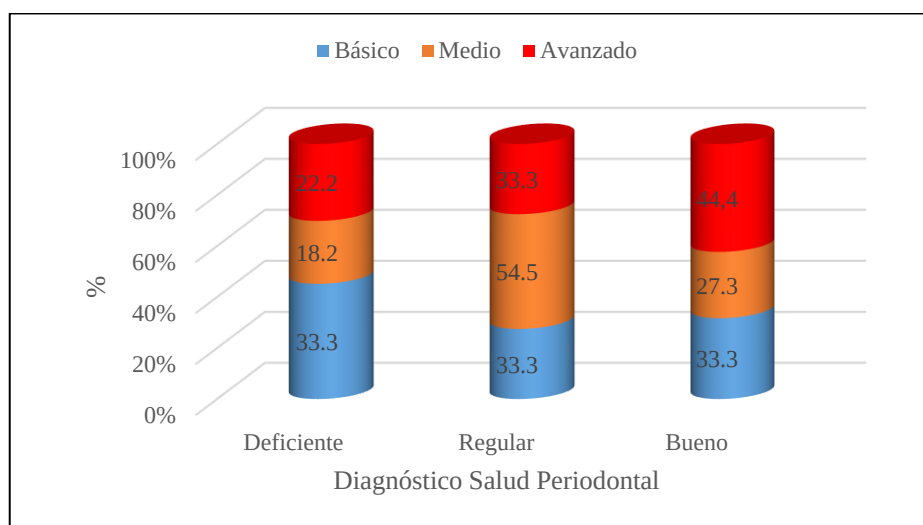


Figura 27: Distribución de frecuencia y porcentual de las Competencias de periodoncistas implantólogos y el Diagnóstico Salud Periodontal en la ciudad de Tacna - 2024.

En la figura 27 se puede visualizar la distribución de los porcentajes en referencia a la Competencias de periodoncistas implantólogos y Diagnóstico Salud Periodontal en la ciudad de Tacna -2024, se observa:

Competencias de periodoncistas implantólogos básico: el porcentaje de 33,3% realizó un diagnóstico de salud periodontal de nivel deficiente, regular y bueno.

Competencias de periodoncistas implantólogos medio: el mayor porcentaje 54,5% tuvo una evaluación diagnóstica de salud periodontal de nivel regular y el menor porcentaje 18,2% tuvieron un nivel deficiente.

Competencias de periodoncistas implantólogos avanzado: el mayor porcentaje 44,4% tuvo una evaluación del diagnóstico salud periodontal de nivel bueno y el menor porcentaje 22,2% tuvieron deficiente.

Tabla 33: Distribución de frecuencia y porcentual entre las Competencias de periodoncistas implantólogos y el Diagnóstico de gingivitis en la ciudad de Tacna - 2024

Competencias de periodoncistas implantólogos		Diagnóstico de gingivitis			Total
		Deficiente	Regular	Bueno	
Básico	N	1	5	0	6
	%	16,7	83,3	0,0	100,0
Medio	N	0	44	0	44
	%	0,0	100,0	0,0	100,0
Avanzado	N	1	8	0	9
	%	11,1	88,9	0,0	100,0
Total	N	2	57	0	59
	%	3,4	96,6	0,0	100,0

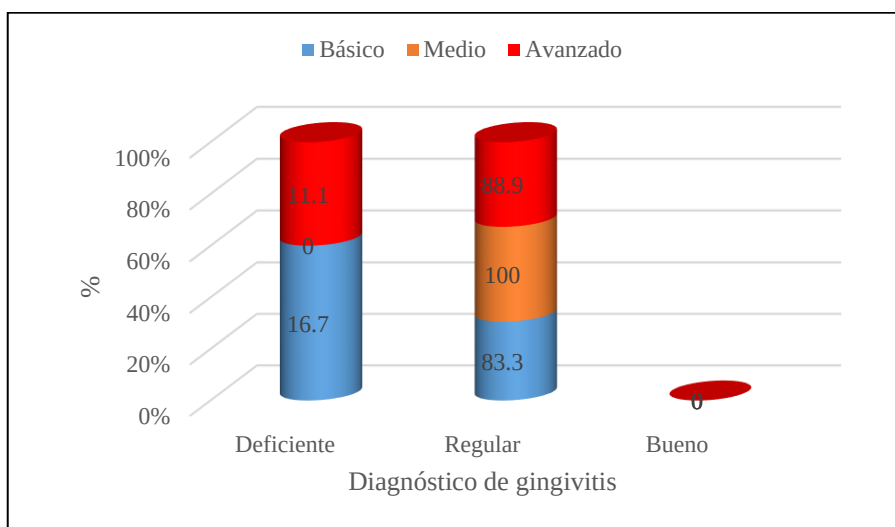


Figura 28: Distribución de frecuencia y porcentual entre la Competencias de periodoncistas implantólogos y el Diagnóstico de gingivitis en la ciudad de Tacna - 2024

En la figura 28 se puede visualizar la distribución de los porcentajes en referencia a la Competencias de periodoncistas implantólogos y el diagnóstico de gingivitis en la ciudad de Tacna -2024, se observa:

Competencias de periodoncistas implantólogos de nivel básico: el mayor porcentaje de 83,3% tuvieron un nivel regular en el diagnóstico gingivitis y el menor porcentaje 16,7% presentó un nivel deficiente.

Competencias de periodoncistas implantólogos medio: el 100% tuvo diagnóstico gingivitis de nivel regular.

Competencias de periodoncistas implantólogos avanzado: el mayor porcentaje 88,9% realizó un diagnóstico de gingivitis en nivel regular y el menor porcentaje 11,1% lo hizo en nivel deficiente.

Tabla 34: Distribución de frecuencia y porcentual entre la Competencias de periodoncistas implantólogos y el Diagnóstico de periodontitis en la ciudad de Tacna - 2024

Competencias de periodoncistas implantólogos		Diagnóstico de periodontitis			Total
		Deficiente	Regular	Bueno	
Básico	N	2	3	1	6
	%	33,3	50,0	16,7	100,0
Medio	N	8	26	10	44
	%	18,2	59,1	22,7	100,0
Avanzado	N	0	7	2	9
	%	0,0	77,8	22,2	100,0
Total	N	10	36	13	59
	%	16,9	61,0	22,0	100,0

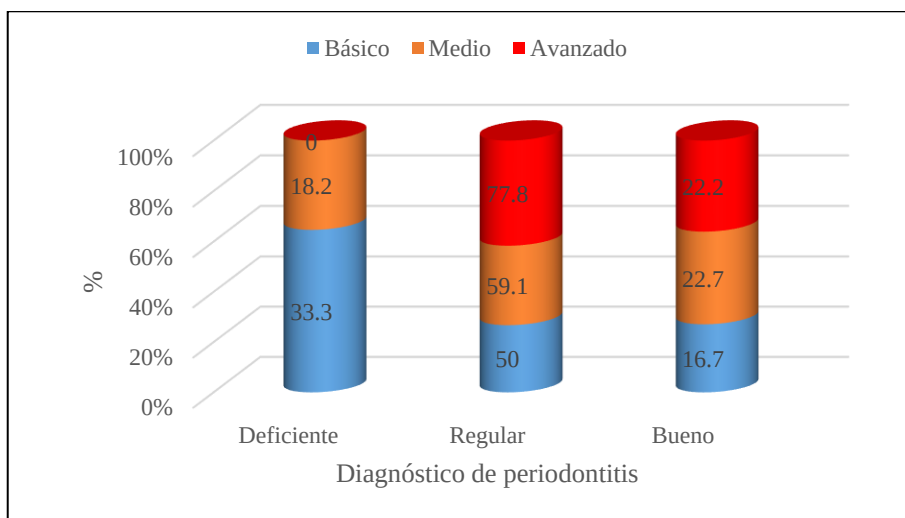


Figura 29: Distribución de frecuencia y porcentual entre la Competencias de periodoncistas implantólogos y el Diagnóstico de periodontitis en la ciudad de Tacna - 2024

En la figura 29 se puede visualizar la distribución de los porcentajes en referencia a la Competencias de periodoncistas implantólogos y diagnóstico de periodontitis en la ciudad de Tacna -2024, se observa:

Competencias de periodoncistas implantólogos básico: El mayor porcentaje de 50% tuvieron un nivel regular en el diagnóstico de periodontitis y el menor porcentaje 16,7% tuvo un nivel bueno.

Competencias de periodoncistas implantólogos medio: El mayor porcentaje 59,1% realizó diagnóstico de periodontitis en nivel regular y el menor porcentaje 18,2% lo hizo en nivel deficiente.

Competencias de periodoncistas implantólogos avanzado: el mayor porcentaje 77,8% tuvo un nivel regular en el diagnóstico de periodontitis y el menor porcentaje 22,2% lo realizó en nivel bueno.

6.2. ANÁLISIS INFERENCIAL

6.2.1. Prueba de normalidad

H0: Los datos siguen una distribución normal.

H1: Los datos no siguen una distribución normal.

Tabla 35: Puntuaciones z Kolmogorov Smirnov para la satisfacción en sus dimensiones

	Pruebas de normalidad		
	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
VARIABLE X	,135	59	,009
Competencias de periodoncistas implantólogos			
VARIABLE Y	,186	59	,000
Diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes			
a. Corrección de significación de Lilliefors			

Para 59 periodoncistas implantólogos se utilizó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, y por la significancia bilateral de 0,009 para la variable Competencias de periodoncistas implantólogos y de 0,000 para la variable Diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes, ambas menor a $P = 0,05$ nos permite rechazar la hipótesis nula y aceptar que los datos no siguen una distribución normal. Por lo tanto, para la contrastación de las hipótesis se utilizó la prueba no paramétrica de Rho de Spearman.

6.2.2. Contrastación de las hipótesis

Hernández, 2003, p.532 baremos de interpretación

Escala de valores del coeficiente de correlación

Rango	Relación
-1	Correlación negativa grande y perfecta
-0.9 a -0.99	Correlación negativa muy alta
-0.7 a -0.89	Correlación negativa alta
-0.4 a -0.69	Correlación negativa moderada
-0.2 a -0.39	Correlación negativa baja
-0.01 a -0.19	Correlación negativa muy baja
0	Correlación nula
0.01 a 0.19	Correlación positiva muy baja
0.2 a 0.39	Correlación positiva baja
0.4 a 0.69	Correlación positiva moderada
0.7 a 0.89	Correlación positiva alta
0.9 a 0.99	Correlación positiva grande y perfecta

Contrastación de la Hipótesis General

H0: Las competencias de periodoncistas implantólogos no se relacionan significativamente con el diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes en la provincia de Tacna – 2024.

H1: Las competencias de periodoncistas implantólogos se relacionan significativamente con el diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes en la provincia de Tacna – 2024.

Nivel de confianza: es el 95% y $\alpha = 0.05$

Regla de decisión: Si $p \geq \alpha$, se acepta H_0 ; Si $p < \alpha$, se rechaza H_0 .

Prueba estadística: Rho Spearman

		Correlaciones	
Rho de Spearman		Variable X: Competencias de periodoncistas implantólogos	Variable Y: Diagnóstico de enfermedades periodontales
Variable X: Competencias de periodoncistas implantólogos	Coefficiente de correlación	1,000	,275*
	Sig. (bilateral)	.	,035
	N	59	59
Variable Y: Diagnóstico de enfermedades periodontales	Coefficiente de correlación	,275*	1,000
	Sig. (bilateral)	,035	.
	N	59	59

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Según el coeficiente de correlación Rho Spearman 0,275 nos indica una correlación positiva baja, y según la significancia bilateral de 0,035 que es menor a $P = 0,05$, para ambas variables, lo que nos permite rechazar la H_0 y aceptar que: Las competencias de periodoncistas implantólogos se relacionan significativamente con el diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes en la provincia de Tacna – 2024.

Contrastación de la Hipótesis específica 1

Ho: Las competencias de periodoncistas implantólogos no se relacionarán significativamente con el diagnóstico de salud periodontal en la Provincia de Tacna – 2024.

H₁: Las competencias de periodoncistas implantólogos se relacionarán significativamente con el diagnóstico de salud periodontal en la Provincia de Tacna – 2024.

Nivel de confianza: es el 95% y $\alpha = 0.05$

Regla de decisión: Si $p \geq \alpha$, se acepta Ho; Si $p < \alpha$, se rechaza Ho.

Prueba estadística: Rho Spearman

Correlaciones

Rho de Spearman		Variable X: Competencias de periodoncistas implantólogos	Dimensión 4: Salud Periodontal
Variable X: Competencias de periodoncistas implantólogos	Coefficiente de correlación	1,000	,267*
	Sig. (bilateral)	.	,041
	N	59	59
Dimensión 4: Salud Periodontal	Coefficiente de correlación	,267*	1,000
	Sig. (bilateral)	,041	.
	N	59	59

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Se observa que según el coeficiente de correlación Rho Spearman 0,267 nos indica un grado de correlación positiva baja y según la significancia bilateral de 0,041, para ambas variables nos permite rechazar la H₀ y aceptar que: Las competencias de periodoncistas implantólogos se relacionarán significativamente con el diagnóstico de salud periodontal en la Provincia de Tacna – 2024.

Contrastación de la Hipótesis específica 2

Ho: Las competencias de periodoncistas implantólogos no se relacionarán significativamente con el diagnóstico de gingivitis en la Provincia de Tacna – 2024.

H₁: Las competencias de periodoncistas implantólogos se relacionarán significativamente con el diagnóstico de gingivitis en la Provincia de Tacna – 2024.

Nivel de confianza: es el 95% y $\alpha = 0.05$

Regla de decisión: Si $p \geq \alpha$, se acepta Ho; Si $p < \alpha$, se rechaza Ho.

Prueba estadística: Rho Spearman

Correlaciones

Rho de Spearman		Variable X: Competencias de periodoncistas implantólogos	Dimensión 5: Gingivitis
Variable X: Competencias de periodoncistas implantólogos	Coefficiente de correlación	1,000	,295*
	Sig. (bilateral)	.	,023
	N	59	59
Dimensión 5: Gingivitis	Coefficiente de correlación	,295*	1,000
	Sig. (bilateral)	,023	.
	N	59	59

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Según el coeficiente de correlación Rho Spearman de 0,295 nos indica un grado de correlación positiva baja y de acuerdo al nivel de significancia, $p = 0,023$, para ambas variables nos permite rechazar la H₀ y aceptar que: Las competencias de periodoncistas implantólogos se relacionarán significativamente con el diagnóstico de gingivitis en la Provincia de Tacna – 2024.

Contrastación de la Hipótesis específica 3

H₀: Las competencias de periodoncistas implantólogos no se relacionarán significativamente con el diagnóstico de periodontitis en la Provincia de Tacna – 2024.

H₁: Las competencias de periodoncistas implantólogos se relacionarán significativamente con el diagnóstico de periodontitis en la Provincia de Tacna – 2024.

Nivel de confianza: es el 95% y $\alpha = 0.05$

Regla de decisión: Si $p \geq \alpha$, se acepta H₀; Si $p < \alpha$, se rechaza H₀.

Prueba estadística: Rho Spearman

Correlaciones

Rho de Spearman		Variable X: Competencias de periodoncistas implantólogos	Dimensión 6: Periodontitis
Variable X: Competencias de periodoncistas implantólogos	Coefficiente de correlación	1,000	,292*
	Sig. (bilateral)	.	,025
	N	59	59
Dimensión 6: Periodontitis	Coefficiente de correlación	,292*	1,000
	Sig. (bilateral)	,025	.
	N	59	59

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Según el coeficiente de correlación Rho Spearman de 0,292 nos da un grado de correlación positiva baja y de acuerdo al nivel de significancia, $p = 0,025$, para ambas variables nos permite rechazar la H₀ y aceptar que: Las competencias de periodoncistas implantólogos se relacionarán significativamente con el diagnóstico de periodontitis en la Provincia de Tacna – 2024.

CAPÍTULO VII: DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En la especialidad de Periodoncia e Implantología, una de las últimas innovaciones, que colabora en la mejor comprensión de las numerosas patologías y condiciones de las que se ocupa, es el sistema de clasificación de las enfermedades y condiciones periodontales publicada en el año 2017 que da cambios necesarios para el establecimiento de un diagnóstico correcto y con ello poder establecer un tratamiento periodontal adecuado a la condición clínica, previniendo enfermedades y condiciones periodontales más graves.

En este trabajo de investigación se analizó la relación entre las competencias de los especialistas en Periodoncia e Implantología y el diagnóstico de las enfermedades periodontales prevalentes en la ciudad de Tacna – 2024; la salud periodontal, gingivitis y periodontitis son las condiciones y enfermedades periodontales más prevalentes, por ello se necesita de actualización permanente que permita a los especialistas mantener sus competencias para realizar diagnósticos acertados y tratamientos eficaces de acuerdo al avance científico. Según el coeficiente de correlación Rho Spearman es de 0,275 nos indica una correlación positiva baja, y según la significancia bilateral de 0,035 que es menor a $P = 0,05$, para ambas variables, quedó comprobado que las competencias de periodoncistas implantólogos se relacionan significativamente con el diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes en la provincia de Tacna – 2024.

En nuestra investigación, se encontró que el 74,6% de los especialistas en Periodoncia e Implantología de la ciudad de Tacna - 2024 cumplen con las competencias profesionales necesarias para tener un desempeño positivo a un nivel medio, el 15,3% en un nivel avanzado

y sólo el 10,1% presenta un nivel básico; este nivel de competencias les permite solucionar satisfactoriamente diferentes situaciones en el ámbito profesional. Nuestros resultados, referidos a las competencias de los especialistas en periodoncia e implantología para el diagnóstico periodontal, son diferentes a las conclusiones alcanzadas por Mendoza Torres N.¹² en su estudio sobre conocimientos de la nueva clasificación de periodontitis 2017 en odontólogos especialistas en periodoncia en Ecuador 2022, donde el 76,7% respondieron que lo dominaban y conocían y sólo el 3,3% no tenían conocimiento. Nuestros resultados tampoco concuerdan con los encontrados por Dannan,¹⁴ el que, en su estudio de autopercepción, encontró un 36,9% de estudiantes con muy buena asimilación y comprensión de la nueva clasificación de las enfermedades periodontales, a diferencia del 15,3% de nivel avanzado de competencias de los periodoncistas implantólogos. En nuestras observaciones, se encontró que el 59,3% de la muestra, presentó un nivel medio de prácticas profesionales, mientras el 6,9% tuvo prácticas de nivel básico; resultados que son similares a los encontrados por Al Malak A y cols¹¹ que cerca del 60% de los estudiantes no pudo reconocer todos los signos indicadores de enfermedad periodontal.

De otro lado, nuestros resultados permiten afirmar que, en nivel regular o avanzado, el 89,9% de los profesionales cumplen con las competencias de su especialidad, esto es, que tienen los conocimientos y prácticas que les permiten comprender la clasificación vigente de las enfermedades y condiciones periodontales y periimplantarias y tienen una actitud positiva de asimilar los cambios que se presentan en esta especialidad. Estos resultados difieren de los encontrados por Hegab y cols¹⁵ encontró que la claridad de la nueva clasificación fue el único predictor significativo de satisfacción y una gran insatisfacción con la aplicación del sistema de estadificación y clasificación de la periodontitis.

En el estudio realizado por Gandhi KK, Katwal D, Chang J, et al¹³ en el 2022: Diagnóstico y plan de tratamiento usando la clasificación de las enfermedades periodontales del 2017 en tres escuelas dentales de Estados Unidos, encontraron que el 25,2% del global de los estudiantes realizaban un diagnóstico correcto; estos resultados son similares a los nuestros ya que se encontró que el 25.5% de los especialistas periodoncistas implantólogos realizan un correcto diagnóstico periodontal a nivel bueno.

En referencia a la investigación realizada por Diaz Abanto O¹⁶ en la Universidad Señor de Sipán, que encontró un nivel de conocimiento del 54,7% de las enfermedades periodontales

en nivel regular, presenta resultados diferentes a los que se ha encontrado en nuestro estudio, 74,6% de competencias de nivel medio; en cambio, se encuentran resultados similares en cuanto al diagnóstico, Díaz Abanto encontró 51,9% de tipificación de las enfermedades periodontales en nivel regular y en nuestros resultados se encontró un 50,8% de diagnóstico a nivel medio de las enfermedades periodontales prevalentes. Por otro lado, en el estudio realizado por Velita Guerreros y Huaroc Huaroc, se encontró un 76,3% de nivel de conocimiento alto sobre la enfermedad periodontal; estos resultados no concuerdan con los encontrados en nuestra investigación, 15,3% de la muestra presentó un nivel alto de competencias.

Un adecuado manejo del proceso diagnóstico es muy importante para identificar con claridad las enfermedades y condiciones de los tejidos periodontales, esto permitirá una correcta planificación terapéutica y así controlar las alteraciones patológicas; errores en el diagnóstico se traducen en terapias erróneas o insuficientes que agravarán la condición o patología evaluada, pudiendo llegar a la pérdida dentaria. Nuestro trabajo de investigación reveló que el 74,6% de los especialistas presentan un nivel medio y el 10,2% un nivel básico de competencias, resultados que no concuerdan con los obtenidos por Falcón-Guerrero y Falcón-Pasapera¹⁸ que encontraron el nivel de conocimiento regular en el 70,4% y 29,6% de estudiantes con conocimiento bajo. En la misma investigación se encontró un predominio de alumnos que no se encontraban preparados en relación a la salud periodontal (55,6 %), seguido de los que tenían un conocimiento regular (44,4 %) y respecto al conocimiento sobre periodontitis y su clasificación, encontraron que el 63,0 % poseía un nivel de conocimiento insuficiente y el 37,0% un nivel aceptable. Estos resultados difieren de los obtenidos en nuestra investigación, donde el 49,2% de los periodoncistas implantólogos en nivel medio y 30,5% en nivel bueno y 20,3% en nivel básico realizaron la valoración diagnóstica de la salud periodontal; mientras que el 61% en nivel medio, 22% en nivel bueno y 16,9% en nivel básico realizaron la valoración diagnóstica de la periodontitis. Esto se ve corroborado al aplicar el coeficiente de correlación Rho Spearman, según el 0,267 encontrado, indica un grado de correlación positiva baja y según la significancia bilateral de 0,041, para las variables competencias de periodoncistas implantólogos y diagnóstico de la salud gingival, quedó comprobado ambas variables se relacionan significativamente en la Provincia de Tacna – 2024; y según el coeficiente de correlación Rho Spearman de 0,292 que da un grado de correlación positiva baja y de acuerdo al nivel de significancia, $p = 0,025$, para las

variables competencias de periodoncistas implantólogos y diagnóstico de periodontitis, queda comprobada una relación significativa entre ambas variables; adicionalmente, según el coeficiente de correlación Rho Spearman de 0,295 que indica un grado de correlación positiva baja y de acuerdo al nivel de significancia, $p = 0,023$ para las variables competencias de periodoncistas implantólogos y diagnóstico de gingivitis permite aceptar que existe relación significativa entre ambas variables en la Provincia de Tacna – 2024.

Nuestro trabajo de investigación reveló que el 74,6% y 15,3% de los especialistas presentan nivel medio y nivel avanzado, respectivamente, de competencias para realizar el análisis de la información del paciente y la interpretación de signos y síntomas; esto es, analizan el cuadro clínico que se presenta para así definir la condición o enfermedad que lo afecta basados en la clasificación vigente de las enfermedades y condiciones periodontales como mejor evidencia científica disponible; sin embargo, en el nivel básico se encuentra el 10,2%.

Las bases biológicas periodontales son parte de las competencias del especialista en Periodoncia e Implantología, así como la actitud para asimilar los cambios que se presentan de acuerdo a los avances científicos en esa área del conocimiento; Falcón G²⁰ en su estudio sobre las competencias de los periodoncistas para la atención de gestantes con enfermedades periodontales en Tacna 2016, encontró competencias deficientes de los especialistas para la atención de este grupo poblacional; este resultado no concuerda con los resultados encontrados en nuestra investigación, 74,6% y 15,3% de los especialistas presentan nivel medio y nivel avanzado, respectivamente. Con este nivel de conocimientos, los especialistas están en capacidad de analizar la pertinencia de nuevas teorías, producto de los avances científicos en esta área del conocimiento.

Un buen estado periodontal siempre será el cimiento de tratamientos exitosos de cualquier área de la odontología, por ello, la importancia de establecer un diagnóstico periodontal preciso y con ello un tratamiento adecuado. Esta investigación promovió la preocupación de los especialistas en Periodoncia e Implantología en su capacitación continua para brindar atención de calidad, basada en evidencia científica, a los pacientes que acuden a sus consultas. Se pudo establecer que las competencias de los periodoncistas implantólogos se relacionan significativamente con el diagnóstico de las enfermedades periodontales prevalentes en Tacna, año 2024.

CONCLUSIONES

1. A un nivel de significancia de 0,05 (p valor = 0,035), se encontró que existe una relación significativa entre las competencias de los periodoncistas implantólogos y el diagnóstico de las enfermedades periodontales prevalentes en Tacna - 2024.
2. Se evidenció que, a un nivel de significancia de 0,05 (p valor = 0,041), existe una relación significativa entre las competencias de los periodoncistas implantólogos y el diagnóstico de salud gingival en Tacna - 2024.
3. Se encontró que, a un nivel de significancia de 0,05 (p valor = 0,023), existe una relación significativa entre las competencias de los periodoncistas implantólogos y el diagnóstico de gingivitis en Tacna - 2024.
4. Se descubrió que, a un nivel de significancia de 0,05 (p valor = 0,025), existe una relación significativa entre las competencias de los periodoncistas implantólogos y el diagnóstico de periodontitis en Tacna - 2024.

RECOMENDACIONES

1. A pesar de encontrar una relación significativa entre las competencias de los especialistas en periodoncia e implantología y el diagnóstico de las enfermedades periodontales más prevalentes en la ciudad de Tacna - 2024, se recomienda mejorar las competencias de los especialistas e incrementar su capacitación en la clasificación vigente en beneficio del diagnóstico y tratamiento de los pacientes.
2. Se encontró que la mayoría de los especialistas en Periodoncia e Implantología de la ciudad de Tacna presentan un nivel medio de competencias profesionales necesarias para su desempeño, por lo que se recomienda una continua actualización de las competencias de los especialistas ya que la investigación e innovación en este campo de la odontología es permanente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Champin D. Evaluación por competencias en la educación médica. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014;31(3):566-71. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v31n3/a23v31n3.pdf>
2. Caton J, Armitage G, Berglundh T, et al. A new classification scheme for periodontal and periimplant diseases and conditions – Introduction and key changes from the 1999 classification. J Clin Periodontol. 2018;45(Suppl 20):S1–S8. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12935>
3. Pérez Hernández, L y cols.. Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados. Policlínico Pedro Borrás, Pinar del Río. Rev. Ciencias Médicas. Abr-Jun. 2011. 15 (2):53-64. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v15n2/rpr06211.pdf>
4. Carrillo MJ y cols. Estudio epidemiológico de las enfermedades periodontales. Revista ADM 2000;LVII(6):205-213
5. Martínez, A., Ríos, F. Los Conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma, como Base Diferencial en la Orientación Metodológica del Trabajo de Grado 2006. Cinta De Moebio. Revista De Epistemología De Ciencias Sociales, (25). Recuperado a partir de <https://cintademoebio.uchile.cl/index.php/CDM/article/view/25960>
6. Ramírez, M., Delgado, N., Solís, P., Ramírez, J., Estrada, M. Guía para redactar el plan de tesis y el informe final de tesis 2023. Editorial Grupo Compás. DOI: <https://doi.org/10.31876/978-9942-33-683-5>
7. Rodríguez, W. Epistemología y quehacer investigativo. 2007. Enlace, 4(1), 31-38. Recuperado en 20 de diciembre de 2024, de

http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-75152007000100003&lng=es&tlng=es.

8. García San Juan Carla María, García Núñez Rubén Darío, San Juan Bosch María Aurelia. Clasificación de las condiciones y enfermedades periodontales y perimplantares desde una perspectiva evolutiva. Medisur [Internet]. 2021 Ago [citado 2023 Nov 23] ; 19(4): 642-655. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2021000400642&lng=es. Epub 30-Ago-2021
9. González López, R. (2010). Sustentos ontológicos, teleológicos y metodológicos de los modelos de evaluación curricular aplicados en el ámbito de la educación superior en Venezuela. Revista Electrónica de Investigación Educativa, 12 (1). Consultado el 8 de agosto de 2020 en: <http://redie.uabc.mx/vol12no1/contenido-gonzalezlopez.html>
10. Ortiz OA y cols. Ontología y episteme de los modelos pedagógicos. Revista educación en ingeniería. Julio a Diciembre de 2014, Vol. 9, N°. 18 <http://www.educacioneningenieria.org>
11. Al Malak A, El Masri Y, Haidar C, Salameh P. Conocimiento sobre la enfermedad periodontal y enfermedades sistémicas relacionadas entre estudiantes universitarios: un estudio transversal. J Salud bucal mundial 2023;6:8-14. Disponible en: <https://jglobaloralhealth.org/view-pdf/?article=2f6cb944abf517453b8518417607f39cB715iuMw6nE=>
12. Mendoza Torres N. Conocimientos de la nueva clasificación de periodontitis 2017, en odontólogos especialistas en periodoncia en Ecuador. Tesis Universidad Católica de Santiago de Guayaquil Titulación Carrera de Odontología. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/17813>
13. Gandhi KK, Katwal D, Chang J, et al. Diagnosis and treatment planning using the 2017 classification of periodontal diseases among three dental schools. J Dent Educ. 2022;1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/jdd.12964>
14. Dannan A. Una experiencia académica sobre la implementación del sistema de clasificación de enfermedades periodontales de 2018 en el plan de estudios de la Universidad Internacional de Ciencia y Tecnología. J Clin Stud Med Caso Rep. 9: 0139. [Internet]. 2 de junio de 2022 [consultado el 28 de noviembre de 2023] DOI: 10.24966/CSMC-8801/1000139

15. Hegab MM, Abdelkawy M. Clasificación de las enfermedades periodontales: ¿lo viejo es oro o lo nuevo es audaz? Un estudio de encuesta en Egipto. Perio J [Internet]. 28 de junio de 2020 [consultado el 28 de noviembre de 2023];4(1):11-23. Disponible en: <https://www.perioj.com/ojs/index.php/perioj/article/view/46>
16. Diaz Abanto O. Nivel de conocimiento y actitudes de las Enfermedades periodontales de estudiantes de Estomatología de la USS. [Tesis para obtener el título de cirujano-dentista] Pimentel: Perú. Universidad Señor de Sipán; 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12802/11007>
17. Velita Guerreros A., Huaroc Huaroc G. Conocimiento y actitud de estudiantes de estomatología sobre la enfermedad periodontal y su afectación a la salud general - Estudio on line. [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista] Huancayo-Perú. Universidad Roosevelt; 2021. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.14140/733>
18. Falcón-Guerrero B, Falcón-Pasapera G. Conocimiento de la nueva clasificación de enfermedades periodontales en estudiantes de Odontología. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río [revista en Internet]. 2021 [citado 2023 Nov 26]; 25(4):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4846>
19. Norabuena Huapaya MT. Nivel de conocimiento en patologías Odontológicas y su relación con la educación preventiva para la salud bucal en estudiantes de Odontología de la USMP Filial norte. [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista] Lima: Perú. Universidad San Martín de Porres; 2019. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/6470>
20. Falcón GBE. Competencias de los periodoncistas para la atención de gestantes con enfermedades periodontales. Revista ADM 2019; 76 (1): 14-19
21. Guanilo C. Competencias Laborales en Odontología. [Investigación bibliográfica – Título Profesional] Lima – Perú. Universidad Cayetano Heredia. 2007. Disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/investigacionbibliografica/CARLAPATRICIAGUANILOVALDEZ.pdf>
22. Galdeano C, Valiente A. Competencias profesionales. Evaluación Educativa. Educ. quím., 21(1), 28-32, 2010. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eq/v21n1/v21n1a4.pdf>

23. Herrera D, Figuero E, Shapira L, Jin L, Sanz M. La nueva clasificación de las enfermedades periodontales y periimplantarias. Periodoncia Clínica. Diagnóstico y Tratamiento Periodontal. Revista Científica de la Sociedad Española de Periodoncia. 2018/11. https://www.sepa.es/web_update/wp-content/uploads/2018/10/p11ok.pdf
24. Wolf H, Hassel T. Atlas a Color de Periodontología. Venezuela. Ed. AMOLCA. 2011
25. Lindhe J, Karring T, Araújo M. Anatomía de los tejidos periodontales. En: Lindhe J. Anatomía. Ed. Médica Panamericana. Disponible en: http://bibliotecas.unr.edu.ar/muestra/medica_panamericana/9789500615594.pdf
26. Cho M, Garant P. Development and general structure of the periodontium. Periodontology 2000, Vol. 24, 2000, 9–27
27. Botero J, Bedoya E. Determinantes del diagnóstico periodontal. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral Vol. 3(2); 94-99, 2010. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/piro/v3n2/art07.pdf>
28. Mombelli A. Parámetros clínicos: validez biológica y utilidad clínica. Periodontology 2000 (Ed Esp), Vol. 14, 2006, 30-39
29. Velden U. Finalidad y problemas de la clasificación de la enfermedad periodontal. Periodontology 2000 (Ed Esp), Vol. 14, 2006, 13-21
30. Trombelli L, Farina R, Silva CO, Tatakis DN. Plaque-induced gingivitis: Case definition and diagnostic considerations. J Clin Periodontol. 2018;45(Suppl 20):S44–S67. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12939>
31. Lang NP, Bartold PM. Periodontal health. J Clin Periodontol. 2018;45 (Suppl 20):S9–S16. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12936>
32. Brägger U. Parámetros radiológicos: Alcance biológico y uso clínico. Periodontology 2000 (Ed Esp), Vol. 14, 2006, 73-90.
33. Papapanou PN, Sanz M, et al. Periodontitis: Consensus report of Workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. J Clin Periodontol. 2018;45(Suppl 20):S162–S170. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12946>
34. Crispin M, et al. Aprendizaje autónomo: Orientaciones para la docencia. Universidad Iberoamericana. México.2011. Versión electrónica, disponible en: http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/dcsyp-uia/20170517031227/pdf_671.pdf

35. Cardozo M, Sorate Y, Herrera M. Odontología Basada en la Evidencia: Paradigma del Siglo XXI. Acta Odontol. Venez v.47 n.2 Caracas jun. 2009. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000200027
36. Chapple ILC, Mealey BL, et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. J Clin Periodontol. 2018;45(Suppl 20): S68–S77. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12940>
37. Tonetti, MS & Sanz M. Clasificación de enfermedades periodontales y periimplantarias. 02 Periodontitis. Orientación para clínicos. European Federation of Periodontology. Traducción al español por SEPA..2019 Disponible en: https://www.efp.org/fileadmin/uploads/efp/Documents/Campaigns/New_Classification/Guidance_Notes/report-02.pdf
38. Capurro D, Rada G. El proceso diagnóstico. Rev Méd Chile. 2007;135:534-8. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v135n4/art18.pdf>
39. Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. J Clin Periodontol. 2018; 45(Suppl 20):S149–S161. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12945>
40. Murakami S, Mealey BL, Mariotti A, Chapple ILC. Dental plaque–induced gingival conditions. J Clin Periodontol. 2018;45(Suppl 20):S17–S27. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12937>
41. Lang NP, Adler R, Joss A, Nyman S. Absence of bleeding on probing. An indicator of periodontal stability. J Clin Periodontol. 1990;17:714–721.
42. Joss A, Adler R, Lang NP. Bleeding on probing. A parameter for monitoring periodontal conditions in clinical practice. J Clin Periodontol. 1994;21:402–408.
43. Nyman SR, Lang NP. Tooth mobility and the biological rationale for splinting teeth. Periodontol 2000. 1994;4:15–22.
44. Chapple ILC, Genco R. working group 2 of the joint EFP/AAP workshop. Diabetes and periodontal diseases: Consensus report of the Joint EFP/AAP workshop on periodontitis and systemic diseases. J Periodontol. 2013;84(Suppl. 4):S106-S112.
45. Koushyar P, Hernandez A. Tabaquismo: Factor de riesgo para la enfermedad periodontal. Revista ADM 2010; 67(3):101-13. <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2010/od103c.pdf>

46. Schätzle M, Land NP, Anerud A, Boysen H, Bürgin W, Loe H. The influence of margins of restorations of the periodontal tissues over 26 years. *J Clin Periodontol.* 2001;28:57–64
47. Seymour RA, Ellis JS, Thomason JM. Risk factors for drug-induced gingival overgrowth. *J Clin Periodontol.* 2000;27:217–223
48. Needleman I, Garcia R , Gkranias N , et al. Mean annual attachment, bone level, and tooth loss: A systematic review . *J Clin Periodontol.* 2018 ; 45 (Suppl 20):S 112 – S129. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12943>
49. Billings M, Holtfreter B, Papapanou PN, Mitnik GL, Kocher T, Dye BA. Age-dependent distribution of periodontitis in two countries: Findings from NHANES 2009 to 2014 and SHIP-TREND 2008 to 2012. *Journal of Clinical Periodontology.* 2018; 45(Suppl 20):S130–S148. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12944>
50. Carlos FK, Gomes LP. Proyecto Tuning América Latina en las Universidades Brasileñas: Características y ámbitos en el área de la educación. *Paradigma* vol.34 no.1 Maracay jun. 2013
51. Falcón GBE. Competencias de los periodoncistas para la atención de gestantes con enfermedades periodontales. *Revista ADM* 2019; 76 (1): 14-19
52. Hernández Sampieri, R. Metodología de la Investigación. México. Ed. Mc Graw Hill. 2014. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
53. Sanca Tinta, M. Tipos de investigación científica. *Revista de Actualización Clínica.* Vol.9-2011; 621-624
54. Rodríguez M, Mendivelso F. Diseño de investigación de corte transversal. *Rev.Medica.Sanitas* 21 (3): 141-146, 2018. Disponible en: https://www.unisanitas.edu.co/Revista/68/07Rev%20Medica%20Sanitas%2021-3_MRodriguez_et_al.pdf
55. Ramírez Julca, Máximo, Delgado Viera, Nino, Solís Cespedes, Pedro Aníbal, Ramírez Cerna, Johana Milagritos, Estrada Gamboa, Mauro (2023). GUÍA PARA REDACTAR EL PLAN DE TESIS Y EL INFORME FINAL DE TESIS. <http://142.93.18.15:8080/jspui/handle/123456789/947>
56. Cancela G., Rocío; Cea M., Noelia; Galindo L., Guido; Valilla G., Sara. (2010). Metodología de la Investigación Educativa: Investigación ex post facto. Universidad Autónoma de Madrid, p. 8. En línea:

http://www.uam.es/personal_pdi/jmurillo/InvestigaciónEE/Presentaciones/Curso_10/EX-POST-FACTO_Trabajo.pdf

57. LOPEZ, Pedro Luis. POBLACIÓN MUESTRA Y MUESTREO. Punto Cero, Cochabamba , v. 09, n. 08, p. 69-74, 2004 . Disponible en http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762004000100012&lng=es&nrm=iso. Accedido en 10 enero 2024
58. WordPress.com. Técnicas de recolección de datos. Disponible en: <https://gabriellebet.files.wordpress.com/2013/01/tecnicas-de-recoleccic3b3n4.pdf>
Revisado el 11/01/2024
59. Robles P, Rojas M. La validación por juicio de expertos: dos investigaciones cualitativas en Lingüística aplicada. Revista Nebrija. 2015. Disponible en: <https://www.nebrija.com/revista-linguistica/la-validacion-por-juicio-de-expertos-dos-investigaciones-cualitativas-en-linguistica-aplicada.html>
60. Barraza Macías, A. Apuntes sobre metodología de la investigación Confiabilidad. INED. No, 6 enero de 2007. Universidad Pedagógica de Durango
61. Salazar M, Icaza M, Alejo O. La importancia de la ética en la investigación. Universidad y Sociedad vol.10 no.1 Cienfuegos ene.-mar. 2018 Epub 02-Mar-2018. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202018000100305

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: COMPETENCIAS DE PERIODONCISTAS IMPLANTOLOGOS Y EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES PERIODONTALES PREVALENTES - TACNA 2024

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	TIPO Y DISEÑO	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTOS
PROBLEMA GENERAL ¿Cuál es la relación entre las competencias de periodoncistas implantólogos y el diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes en Tacna - 2024?	Determinar la relación entre las competencias de periodoncistas implantólogos y el diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes en Tacna - 2024.	H1: Las competencias de periodoncistas implantólogos se relacionarán significativamente con el diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes en la provincia de Tacna – 2024. Ho: No existe relación significativa entre las competencias de periodoncistas implantólogos y el diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes en la provincia de Tacna – 2024.	TIPO Básica Cuantitativa Transversal	Competencias de periodoncistas implantólogos	Conocimientos	Características de salud de los tejidos periodontales / Alteraciones patológicas de los tejidos periodontales	Formulario de preguntas
					Prácticas	Índice de sangrado gingival / Evaluación radiográfica del hueso alveolar	Formulario de preguntas
					Actitudes	Aprendizaje autónomo / Adaptación al cambio	Formulario de preguntas
PROBLEMAS ESPECÍFICOS ¿Cuál es la relación entre las competencias de periodoncistas implantólogos y el diagnóstico de salud periodontal en Tacna - 2024?	Identificar la relación entre las competencias de periodoncistas implantólogos y el diagnóstico de salud periodontal en Tacna – 2024.	Las competencias de periodoncistas implantólogos se relacionarán significativamente con el diagnóstico de salud periodontal en la Provincia de Tacna – 2024.	DISEÑO Descriptivo No experimental	Diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes	Diagnóstico de Salud Periodontal	Indicadores / Clasificación de salud periodontal	Formulario de preguntas
¿Cuál es la relación entre las competencias de periodoncistas implantólogos y el diagnóstico de gingivitis en Tacna - 2024?	Establecer la relación entre las competencias de periodoncistas implantólogos y el diagnóstico de gingivitis en Tacna - 2024.	Las competencias de periodoncistas implantólogos se relacionarán significativamente con el diagnóstico de gingivitis en la Provincia de Tacna – 2024.			Diagnóstico de Gingivitis	Criterios diagnósticos / Clasificación de gingivitis	Formulario de preguntas
¿Cuál es la relación entre las competencias de periodoncistas implantólogos y el diagnóstico de periodontitis en Tacna - 2024?	Conocer la relación entre las competencias de periodoncistas implantólogos y el diagnóstico de periodontitis en Tacna - 2024.	Las competencias de periodoncistas implantólogos se relacionarán significativamente con el diagnóstico de periodontitis en la Provincia de Tacna – 2024.			Diagnóstico de Periodontitis	Determinantes del caso / Clasificación de periodontitis	Formulario de preguntas

ANEXO 2

INSTRUMENTO

Título de la investigación
COMPETENCIAS DE PERIODONCISTAS IMPLANTÓLOGOS Y EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES PERIODONTALES PREVALENTES EN TACNA - 2024

VX: Competencias de periodoncistas implantólogos
D1: Conocimiento
1. En condiciones de salud las características clínicas de la encía son: a. Color rosa coral, encía marginal y adherida lisa y firme, encía papilar de textura puntillada. b. Color rosa coral, encía marginal lisa, encía adherida puntillada y firme. c. Color rosa coral, encía marginal, insertada y papilar puntillada y firme.
2. En condiciones de salud e integridad de los tejidos periodontales, la profundidad del surco gingival mide: a. En caras libres hasta 2 mm, en zona interproximal hasta 4 mm b. En caras libres hasta 3mm, en zona interproximal hasta 2 mm c. En caras libres hasta 2mm, en zona interproximal hasta 3 mm
3. La inflamación de los tejidos gingivales ocasiona: a. Cambio de coloración y textura de la encía marginal e insertada. b. Resorción de la cresta ósea alveolar. c. Ensanchamiento del ligamento periodontal.
4. La presencia de bolsa periodontal advierte la progresión de la enfermedad periodontal, se caracteriza por: a. Profundización anómala del surco gingival debida a la destrucción de los tejidos gingivales. b. Profundización del surco gingival ocasionada por la erupción de las piezas dentarias. c. Profundización del surco gingival se produce por la destrucción de los tejidos periodontales de soporte.
D2: Práctica
5. Al realizar el índice de sangrado al sondaje después de pasar la sonda por el surco gingival, para registrar el hallazgo usted espera: a. 5" b. 10" c. 15"
6. El índice de sangrado al sondaje se realiza evaluando las superficies de los dientes por: a. Mesio-bucal, medio-bucal, disto-bucal y mesio-lingual b. Mesio-lingual, medio-bucal, disto-lingual y medio-lingual c. Mesio-bucal, medio-bucal, disto-bucal, mesio-lingual, medio-lingual y disto-lingual
7. En la evaluación radiográfica se considera que la cresta ósea alveolar en condiciones de integridad de los tejidos periodontales sigue el contorno del UCE de los dientes y se encuentra: a. A +/- 1 mm b. A +/- 1,5 mm c. A +/- 2 mm

8. En la evaluación radiográfica, se considera como pérdida ósea alveolar vertical cuando se produce: a. Resorción en un lado de la cresta alveolar interproximal ≥ 2 b. Resorción de la cresta ósea alveolar paralela al UCE c. Pérdida de la cortical alveolar y hueso alveolar que siguen la orientación del UCE
D3: Actitud
9. ¿Con la nueva clasificación ha modificado su criterio respecto a la importancia de realizar el índice de sangrado gingival como procedimiento de evaluación periodontal de un paciente? a. SI b. NO c. Depende de la integridad del periodonto.
10. ¿Con la nueva clasificación ha modificado su criterio al momento de indicar una evaluación radiográfica en paciente con periodonto reducido e índice de sangrado $\geq 30\%$ sin presencia de bolsas periodontales? a. SI b. NO c. Depende del porcentaje de pérdida ósea.
11. ¿Con la nueva clasificación considera importante conocer el antecedente de pérdida de piezas dentarias por periodontitis para un correcto diagnóstico periodontal? a. SI b. NO c. Depende de la antigüedad de la pérdida.
12. ¿Con la nueva clasificación considera importante conocer el porcentaje de pérdida ósea en las piezas afectadas por periodontitis? a. SI b. NO c. Depende del tipo de pérdida ósea

VY: Diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes
D4: Salud periodontal
13. ¿Existe algún nivel de inflamación gingival que sea consistente con la salud clínica periodontal? a. SI b. NO c. Depende de los antecedentes periodontales.
14. ¿Cuál es el índice de elección para evaluar la inflamación gingival? a. Índice de Ramfjord b. Índice de Ainamo c. Índice de O'Leary
15. El principal criterio para clasificar la salud gingival es: a. Integridad del periodonto. b. Aspecto clínico de la encía. c. Nivel de inflamación gingival.
16. La salud gingival prístina se caracteriza por: a. Presencia de una cantidad mínima de inflamación en encías en periodonto reducido. b. Presencia de una mínima cantidad de inflamación en periodonto intacto. c. Ausencia de alteraciones de inflamación periodontal en periodonto intacto.

D5: Gingivitis
17. El porcentaje de índice de sangrado al sondaje que puede revelar presencia de gingivitis es: a. > 10 % b. ≥ 10 % c. > 15 %
18. En un periodonto reducido en pacientes sin antecedentes de periodontitis, los criterios que permiten diagnosticar gingivitis son: a. Profundidad de sondaje ≤ 3mm, sangrado al sondaje ≥ 10%, pérdida de adherencia clínica y posible pérdida ósea radiográfica. b. Profundidad de sondaje ≤ 4mm, sangrado al sondaje < 10%, pérdida de adherencia clínica y posible pérdida ósea radiográfica. c. Profundidad de sondaje ≤ 4mm, sangrado al sondaje ≥ 10%, sin pérdida de adherencia clínica y sin pérdida ósea radiográfica.
19. Un paciente que presenta un índice de sangrado al sondaje de 20%, sin pérdida ósea, con una profundidad de sondaje máxima de 3mm y sin factores de riesgo sistémico es clasificado como: a. Gingivitis generalizada asociada sólo a biofilm dental en periodonto intacto b. Gingivitis localizada asociada sólo a biofilm dental en periodonto intacto. c. Gingivitis generalizada asociada sólo a biofilm dental en periodonto intacto.
20. Al examinar a un paciente con antecedentes de tratamiento exitoso de periodontitis, que presente periodonto reducido, con presencia de signos de inflamación clínica en sitios específicos, con índice de sangrado gingival de 10% donde la profundidad de sondaje es ≤ 3 mm; usted lo diagnostica como: a. Salud clínica gingival en periodonto reducido. b. Inflamación gingival en paciente con historia de periodontitis. c. Gingivitis en paciente con historia de periodontitis.
D6: Periodontitis
21. Se define un caso de periodontitis, si existe: a. Pérdida de NIC interproximal detectable en 2 piezas dentarias adyacentes. b. Pérdida de NIC interproximal detectable en ≥ 2 piezas dentarias no adyacentes. c. Pérdida de NIC interproximal detectable en > 3 piezas dentarias no adyacentes.
22. Se define un caso de periodontitis, si existe: a. Pérdida de NIC en cara libre >2 mm con profundidad de sondaje > 2 mm detectable en ≥ 2 dientes. b. Pérdida de NIC en cara libre >3 mm con profundidad de sondaje > 3 mm detectable en ≥ 2 dientes. c. Pérdida de NIC en cara libre ≥3 mm con profundidad de sondaje > 3 mm detectable en ≥ 2 dientes.
23. Los criterios primarios que determinan el grado de la periodontitis, tienen en cuenta: a. Relación pérdida ósea alveolar/ edad del paciente. b. Cantidad de cigarrillos que fuma al día. c. Nivel de hemoglobina glucosilada.
24. En un paciente que presenta signos de inflamación clínica, pérdida de NIC hasta 4 mm, pérdida ósea radiográfica del 40% y sin antecedentes de pérdida dentaria debida a periodontitis, usted lo diagnostica como: a. Periodontitis de estadio I. b. Periodontitis de estadio II. c. Periodontitis de estadio III.

ANEXO 3

MATRIZ DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
		0 - 20 %	21 - 40 %	41 - 60%	61 - 80 %	81-100%
Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible					6
Objetividad	Permite medir hechos observables					6
Actualidad	Adecuado avance de la ciencia y tecnología					6
Organización	Presentación ordenada					6
Suficiencia	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficientes					6
Pertinencia	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados					6
Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos técnicos					6
Coherencia	Entre variables, indicadores y los items					6
Metodología	La estrategia responde al propósito de la investigación					6
Aplicación	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente					6
CONTEO TOTAL DE MARCAS						60
(Realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)		A	B	C	D	E

Coeficiente de validez = $\frac{1 \times A + 2 \times B + 3 \times C + 4 \times D + 5 \times E}{50}$

50

CALIFICACIÓN GLOBAL

CATEGORÍA	INTERVALO
Desaprobado	0,00 - 0,60
Observado	<0,61 - 0,70
Aprobado	<0,71 - 1,00

ANEXO 4

FICHAS DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN POR CRITERIO DE JUECES

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del jurado: Allari Teyada, Eliseo Gustavo
 1.2. Cargo e institución donde labora: Docente, Universidad Privada Tacna
 1.3. Nombre del instrumento evaluado: Evaluación de las competencias de periodoncistas Implantólogos y el diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes - Tacna 2024
 1.4. Autor del instrumento: Mg. Angela María Aquize Díaz

II. ASPECTOS DE EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
		0 - 20 %	21 - 40 %	41 - 60 %	61 - 80 %	81 - 100 %
Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible					✓
Objetividad	Permite medir hechos observables					✓
Actualidad	Adecuado avance de la ciencia y tecnología					✓
Organización	Presentación ordenada					✓
Suficiencia	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficientes					✓
Pertinencia	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados					✓
Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos técnicos					✓
Coherencia	Entre variables, indicadores y los ítems					✓
Metodología	La estrategia responde al propósito de la investigación					✓
Aplicación	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente					✓
CONTEO TOTAL DE MARCAS (Realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de validez} = \frac{1 \times A + 2 \times B + 3 \times C + 4 \times D + 5 \times E}{50} = 1$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

CATEGORÍA	INTERVALO
Desaprobado	0,00 - 0,60
Observado	<0,61 - 0,70
Aprobado	<0,71 - 1,00

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Aprobada para ser aplicada

Tacna, 15 de Enero del 2024

Firma del juez


VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN POR CRITERIO DE JUECES

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del jurado: Alarico Cohaila, Luis Alberto
 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann Tacna
 1.3 Nombre del instrumento evaluado: Evaluación de las competencias de periodoncistas implantólogos y el diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes - Tacna 2024
 1.4 Autor del instrumento: Mg. Angela María Aquiluz Díaz

II. ASPECTOS DE EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
		0 - 20 %	21 - 40 %	41 - 60 %	61 - 80 %	81-100%
Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible					✓
Objetividad	Permite medir hechos observables					✓
Actualidad	Adecuado avance de la ciencia y tecnología					✓
Organización	Presentación ordenada					✓
Suficiencia	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficientes					✓
Pertinencia	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados					✓
Consistencia	Permite conseguir datos basados en teorías o modelos técnicos					✓
Coherencia	Entre variables, indicadores y los ítems					✓
Metodología	La estrategia responde al propósito de la investigación					✓
Aplicación	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente					✓
CONTEO TOTAL DE MARCAS (Realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de validez} = \frac{1 \times A + 2 \times B + 3 \times C + 4 \times D + 5 \times E}{50} = \frac{1}{1}$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

CATEGORÍA	INTERVALO
Desaprobado	0,00 - 0,60
Observado	<0,61 - 0,70
Aprobado	<0,71 - 1,00

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Aprobado para ser aplicado

Tacna, 12 de Enero del 2024

Firma del juez


VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN POR CRITERIO DE JUECES

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombre del jurado: CALLA Echevariz Wilber Dante
- 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente UNBOG
- 1.3 Nombre del instrumento evaluado: Evaluación de las competencias de periodoncistas implantólogos y el diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes - Tacna 2024
- 1.4 Autor del instrumento: Mg. Angela María Aquino Díaz

II. ASPECTOS DE EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
		0 - 20 %	21 - 40 %	41 - 60 %	61 - 80 %	81 - 100 %
Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible					✓
Objetividad	Permite medir hechos observables					✓
Actualidad	Adecuado avance de la ciencia y tecnología					✓
Organización	Presentación ordenada					✓
Suficiencia	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficientes					✓
Pertinencia	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados					✓
Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos técnicos					✓
Coherencia	Entre variables, indicadores y los ítems					✓
Metodología	La estrategia responde al propósito de la investigación					✓
Aplicación	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente					✓
CONTEO TOTAL DE MARCAS (Realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de validez} = \frac{1 \times A + 2 \times B + 3 \times C + 4 \times D + 5 \times E}{50} = 1$$

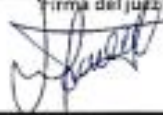
III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

CATEGORÍA	INTERVALO
Desaprobado	0,00 - 0,60
Observado	<0,61 - 0,70
Aprobado	<0,71 - 1,00

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Aprobado para ser aplicado

Tacna, 12 de Enero del 2024

Firma del jurado



ANEXO 5

COPIA DE LA DATA PROCESADA

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59		
P1	b	b	b	b	b	a	a	b	c	b	b	a	c	b	b	b	b	b	b	c	c	b	b	a	b	a	c	b	c	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	c	b	b	0	b	b	b	b	b	b	b	c	b	a	b	a	c	b	a			
P2	b	c	c	b	c	c	c	c	b	c	c	c	b	c	c	c	a	b	c	c	b	b	b	c	c	c	a	c	a	c	c	c	c	c	c	c	c	c	b	c	c	c	a	b	c	c	c	b	c	c	c	c	c	c	c	c	c				
P3	c	a	a	a	a	a	c	a	a	a	a	a	a	b	c	a	c	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	c	a	a	a	a	a	a	c	a	a	a	a	b	a	a	a	a	a	a	a	c	a	a	c	a	a	a	a					
P4	c	c	c	c	c	c	c	c	a	c	a	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	b	c	c	c	c	a	c	c	c	c	a	a	c	c	c	b	c	a	c	c	a	c	c	a	c	c	a	c	c	a	c	a	c	c					
P5	a	b	b	a	b	b	a	c	b	b	b	a	b	b	b	a	b	b	b	a	b	b	b	b	b	b	c	a	a	c	a	b	a	a	a	b	b	b	b	b	c	b	c	a	b	c	b	b	b	a	b	b	b	b	a	b	b	b			
P6	a	c	c	a	c	c	c	c	c	c	c	c	b	a	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	a	c	a	a	b	c	a	a	c	c	c	c	c	a	a	a	c	c	b	b	c	c	c	c	a	c	a	c	c	c	c					
P7	c	b	c	c	c	c	b	b	b	c	c	c	b	c	c	c	c	a	c	b	b	c	c	c	b	c	c	b	b	a	c	b	c	b	c	b	a	c	c	c	a	c	b	c	c	c	b	c	c	b	c	b	c	c	c	c	c				
P8	b	a	a	a	a	c	c	a	a	a	a	a	b	b	a	c	c	a	a	a	a	a	a	a	a	a	c	a	a	b	a	c	a	a	a	c	c	a	b	a	b	a	c	c	c	c	a	a	a	a	a	a	b	a	a	c	c	a	a		
P9	a	a	a	a	c	a	c	c	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	b	a	a	a	a	a	a	a	a	a	b	a	b	a	c	c	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	c	c	a	a	a	b	a	a	a	a	a	a			
P10	a	a	a	a	c	a	a	a	c	a	a	a	a	b	a	a	a	b	a	a	a	a	b	a	a	c	a	a	a	c	a	a	a	a	c	a	a	a	c	a	a	c	a	a	a	b	a	b	a	a	a	a	c	a	a	c	a	a			
P11	a	a	a	a	b	a	a	a	b	a	a	a	a	c	a	a	a	c	a	a	a	a	b	a	a	b	a	a	a	b	a	a	a	b	a	a	a	a	b	a	a	b	a	a	b	a	a	a	b	a	a	a	a	a	a	b	a	b	a		
P12	a	b	a	a	b	a	a	a	a	a	c	a	a	a	a	a	a	a	a	c	a	a	b	a	a	a	a	a	a	a	b	a	a	b	a	a	a	b	a	c	a	a	a	a	b	c	a	a	a	a	a	a	b	b	a	a	a	b	a		
P13	a	c	a	a	a	c	c	c	b	a	a	a	c	a	a	a	a	a	a	a	a	a	b	a	a	a	a	a	c	c	c	a	a	b	b	a	a	c	b	a	c	a	a	b	b	a	a	a	a	b	a	a	a	b	a	a	a	c	a	a	
P14	c	b	b	c	b	b	a	c	b	b	b	b	b	b	b	b	c	b	a	b	a	b	c	c	b	b	b	b	c	b	b	b	b	a	a	c	b	b	c	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	c	b	b	a	b	c	b	b		
P15	a	a	b	a	b	b	b	b	a	b	b	b	b	c	a	a	b	b	b	a	a	b	b	c	b	b	b	a	a	b	b	a	a	b	a	a	b	c	b	b	a	b	b	c	b	b	a	b	b	a	b	a	b	a	a	b	a	b	b		
P16	c	a	a	a	a	a	a	a	c	a	a	a	a	c	b	c	a	a	a	b	c	a	a	c	a	a	a	c	c	a	a	b	b	a	c	c	a	c	a	a	b	a	a	c	a	a	b	a	a	a	b	a	a	b	a	a	b	a	c	b	
P17	b	b	a	a	b	b	c	b	a	b	b	b	b	b	c	c	b	b	a	b	b	b	c	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	c	b	b	b	c	b	a	b	b	a	a	b	b	b	a	b	c	b	c	c	b	b	b	c	b		
P18	c	c	c	c	c	a	c	b	c	c	c	c	c	c	b	c	b	c	c	c	c	c	b	c	c	c	c	b	c	c	c	c	c	c	c	a	c	c	c	c	c	c	c	c	c	b	c	c	c	c	c	c	a	c	c	c	c	b	c		
P19	a	c	c	a	c	c	a	c	b	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	b	a	a	a	a	a	a	a	c	a	a	b	a	c	c	a	a	a	b	a	b	a	a	b	a	c	c	a	b	b	a	a	a	a	a	a	a	a	a	
P20	c	c	b	c	c	c	c	b	c	c	b	c	c	c	c	c	c	a	c	b	c	c	c	c	a	c	a	c	b	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	b	b	c	c	c	c	c	c	b	c	c	c	c	c	c	c	b			
P21	a	b	b	a	b	b	b	b	a	b	b	a	b	b	b	b	b	a	b	b	a	b	b	b	b	b	a	b	b	b	b	b	b	c	b	c	b	b	b	b	b	a	b	a	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	a	b	b	b		
P22	c	c	b	a	b	a	c	b	c	b	a	b	a	b	c	c	c	b	b	c	b	b	b	a	a	c	b	c	b	c	b	c	b	b	b	c	b	b	b	c	a	a	b	b	c	b	b	c	b	c	b	a	b	b	a	b	a	c	b		
P23	a	a	a	a	a	a	b	a	b	a	a	a	a	a	c	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	b	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	b	a	a	a	b	a	c	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a		
P24	b	c	c	b	c	c	b	c	c	a	c	b	c	c	b	c	b	c	b	b	c	b	c	c	a	b	c	b	b	c	b	b	c	b	b	c	b	b	c	c	c	b	b	c	c	b	b	b	c	b	c	b	b	c	c	c	c	c	c	c	c

ANEXO 6

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN COMO VOLUNTARIO

Estimado colega, se está llevando a cabo la tesis “COMPETENCIAS DE PERIODONCISTAS IMPLANTOLOGOS Y EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES PERIODONTALES PREVALENTES - TACNA 2024” dirigida por la magister Angela María Aquize Díaz para la obtención del grado de Doctor en Estomatología en la Universidad Alas Peruanas.

PROPÓSITO

Esta investigación tiene por objetivo analizar la relación entre las competencias de periodoncistas implantólogos y el diagnóstico de enfermedades periodontales prevalentes.

PARTICIPACIÓN

Al responder/firmar el cuestionario de Google Form/Físico:

- Acepto participar voluntariamente en la presente investigación.
- Declaro haber sido informado/a que mi participación no involucra ningún daño o peligro para la salud física o mental, que, siendo voluntaria, puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.
- Declaro que mi participación no representa ningún beneficio económico para el encuestado, ni tampoco costo alguno.
- Declaro saber que la información entregada será confidencial. Entiendo que la información será analizada por el investigador en forma grupal y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de cada participante de modo personal. La información que se obtenga será guardada por la investigadora responsable y será utilizada sólo para este estudio.

CONTACTO: Cualquier inquietud acerca de la investigación contactarse con la investigadora al correo: angela2aquize@gmail.com

ANEXO 7
DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

VICERRECTORADO ACADÉMICO
ESCUELA DE POSGRADO

DECLARACIÓN JURADA DE TESIS

Yo, ANGELA MARÍA AQUIZE DÍAZ estudiante del Programa de Doctorado en Estomatología de la Universidad Alas Peruanas con Código N^o 2014240781, identificada con DNI: 29372980 con la Tesis titulada:

COMPETENCIAS DE PERIODONCISTAS IMPLANTOLOGOS Y EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES PERIODONTALES PREVALENTES - TACNA 2024

Declaro bajo juramento que:

1. El Informe de Tesis es de mi autoría.
2. He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
3. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni copiados y por tanto los resultados que se presentan en la tesis se constituirán en aporte a la realidad investigada.

De identificarse la falta de fraude (datos falsos), de plagio (información sin citar a autores), de piratería (uso ilegal de información ajena) o de falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que mi acción se deriven, sometiendo a la normatividad vigente de la Universidad ALAS PERUANAS.

Tacna, 20 de mayo del 2024.



DNI: 29372980