



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

Placa dentobacteriana asociada a hábitos alimenticios de las nacionalidades indígenas amazónicas ecuatorianas en una población de jóvenes y adultos.

Trabajo de Titulación para optar al título de Odontólogo

Autor:

Escobar Acosta, Jennifer Estefanía

Tutor:

Msc. Dennys Vladimir Tenelanda López

Riobamba, Ecuador. 2025

DECLARATORIA DE AUTORÍA

Yo, Jennifer Estefanía Escobar Acosta, con cédula de ciudadanía 185010079-1, autora del trabajo de investigación titulado: Placa dentobacteriana asociada a hábitos alimenticios de las nacionalidades indígenas amazónicas ecuatorianas en una población de jóvenes y adultos, certifico que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mí exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será de mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, a los 12 días del mes de mayo de 2025.



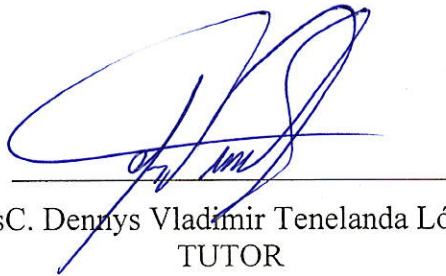
Jennifer Estefanía Escobar Acosta

C.I: 1850100791

DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR

Quien suscribe, **MsC. Dennys Vladimir Tenelanda López** catedrático adscrito a la **Facultad de Ciencias de la Salud**, por medio del presente documento certifico haber asesorado y revisado el desarrollo del trabajo de investigación titulado: **"Placa dentobacteriana asociada a hábitos alimenticios de las nacionalidades indígenas amazónicas ecuatorianas en una población de jóvenes y adultos."** bajo la autoría de **Jennifer Estefanía Escobar Acosta**; por lo que se autoriza ejecutar los trámites legales para su sustentación.

Es todo cuanto informar en honor a la verdad; en Riobamba, a los 14 días del mes de mayo de 2025



MsC. Dennys Vladimir Tenelanda López
TUTOR

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación: **Placa dentobacteriana asociada a hábitos alimenticios de las nacionalidades indígenas amazónicas ecuatorianas en una población de jóvenes y adultos**, presentado por Jennifer Estefanía Escobar Acosta con cédula de identidad número **1850100791**, bajo la tutoría de **Msc. Dennys Vladimir Tenelanda López**; certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba, a los 29 días del mes de mayo de 2025.

Dra. Sandra Marcela Quisiguiña Guevara
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO



Dr. Carlos Alberto Albán Hurtado
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



Dr. Víctor Israel Crespo Mora
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO





CERTIFICACIÓN

Que, **ESCOBAR ACOSTA JENNIFER ESTEFANIA** con CC: **1850100791**, estudiante de la Carrera de **ODONTOLOGÍA**, Facultad de **CIENCIAS DE LA SALUD**; ha trabajado bajo mi tutoría el trabajo de investigación titulado " **PLACA DENTOBACTERIANA ASOCIADA A HÁBITOS ALIMENTICIOS DE LAS NACIONALIDADES INDÍGENAS AMAZÓNICAS ECUATORIANAS EN UNA POBLACIÓN DE JÓVENES Y ADULTOS.**", que corresponde al dominio científico **SALUD COMO PRODUCTO SOCIAL, ORIENTADO AL BUEN VIVIR** y alineado a la línea de investigación **SALUD**, cumple con el 7%, reportado en el sistema Anti plagio COMPILATIO, porcentaje aceptado de acuerdo a la reglamentación institucional, por consiguiente autorizo continuar con el proceso.

Riobamba, 14 de mayo de 2025



MsC. Dennys Vladimir Tenelanda López
TUTOR

DEDICATORIA

En primer lugar dedico mi trabajo de titulación a Dios quien me ha dado la motivación día a día para salir adelante y por haberme dado a la mejor madre, quien ha sido el pilar fundamental y mi mayor apoyo para cumplir con esta meta, que siempre ha estado conmigo en cada momento, también se la dedico a mi hermano Mario Danilo que está en el cielo, quien fue mi gran aliento día con día para realizarme como una profesional y cumplirle con la promesa de graduarme, asimismo a mis hermanos Alex y Erika que siempre han estado presentes en este camino y me han apoyado de mil maneras y a mi papá porque siempre ha tenido un consejo para mí y una palabra de aliento.

De igual manera a mi prima Liz Acosta y mi mejor amiga que han sabido ser un gran apoyo para mí, que día con día me han animado a seguir adelante, que me han acompañado en este largo camino, lleno de altibajos, de alegrías y tristezas y que nunca me han dejado sola.

Con cariño y amor.

Jennifer

AGRADECIMIENTO

A mi querida Universidad Nacional de Chimborazo por haberme brindado la oportunidad de pertenecer a su comunidad estudiantil y permitirme desarrollar mis capacidades y crecer a nivel académico. Agradezco en gran manera a mi tutor Msc. Dennys Tenelanda quien ha sido de gran guía y apoyo en cada paso para desarrollar mi proyecto de titulación, por su paciencia, sabiduría, compromiso y su gran calidad humana, ayudándome a culminar con el trabajo de una excelente manera. Asimismo, extendo mi agradecimiento a cada uno de los docentes que han sido parte de mi formación a lo largo de esta grandiosa carrera y fueron un pilar para mi crecimiento profesional y personal. A todos mis amigos y familiares que han sido mi apoyo y me han brindado su compañía, consejos y palabras de aliento para poder cumplir con esta meta.

Jennifer

ÍNDICE GENERAL

DECLARATORIA DE AUTORÍA	
DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR	
CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL	
CERTIFICADO ANTIPLAGIO	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
ÍNDICE GENERAL	
ÍNDICE DE TABLAS	
RESUMEN	
ABSTRACT	

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	13
1.1 Antecedentes	13
1.2 Planteamiento del Problema.....	14
1.3 Justificación.....	15
1.4 Objetivos	16
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	17
2.1 PLACA DENTOBACTERIANA.....	17
2.2 HÁBITOS ALIMENTICIOS	19
2.3. GRUPOS ETARIOS	21
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.	22
3.1 Tipo de investigación.....	22
3.2 Diseño de la investigación	22
3.3. Población.....	22
3.4. Muestra.....	22
3.5. Criterios de selección.....	22
3.6. Entorno.....	22
3.7. Técnicas e instrumentos	22
3.8. Análisis estadístico	24
3.9. Intervenciones.....	24
3.10. Operacionalización de las variables.....	24
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	26
4.1. RESULTADOS	26
4.2 DISCUSIÓN.....	43
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES	46

5.1. CONCLUSIONES.....	46
5.2. RECOMENDACIONES	47
BIBLIOGRAFÍA.....	48
ANEXOS.....	55

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de la variable dependiente placa dentobacteriana	24
Tabla 2. Operacionalización de la variable independiente hábitos alimenticios	25
Tabla 3. Promedio de placa con relación al nivel de instrucción	26
Tabla 4. Promedio de cálculo con relación al nivel de instrucción	27
Tabla 5. Promedio de gingivitis con relación al nivel de instrucción	28
Tabla 6. Hábitos generales y perspectiva alimentaria con relación al nivel de instrucción	29
Tabla 7. Hábitos cariostáticos con relación al nivel de instrucción.....	30
Tabla 8. Hábitos cariogénicos con relación al nivel de instrucción.....	31
Tabla 9. Promedio de placa con relación a la edad.....	32
Tabla 10. Promedio de cálculo con relación a la edad.....	33
Tabla 11. Promedio de gingivitis con relación a la edad	34
Tabla 12. Hábitos generales y perspectiva alimentaria con relación a la edad	35
Tabla 13. Hábitos cariostáticos con relación a la edad	36
Tabla 14. Hábitos cariogénicos con relación a la edad	37
Tabla 15. Relación del promedio de gingivitis y el nivel de instrucción.....	38
Tabla 16. Relación de los hábitos generales y perspectiva alimentaria y la edad	39
Tabla 17. Relación de los hábitos cariogénicos y la edad.....	40
Tabla 18. Relación del promedio de cálculo y la edad	41
Tabla 19. Relación de los hábitos alimenticios y el nivel de placa dental en jóvenes y adultos.	42

RESUMEN

La placa dentobacteriana es un biofilm de microorganismos que se adhieren a los tejidos duros y blandos de la boca, los hábitos alimenticios pueden aportar a la formación de esta y desencadenar en enfermedades dentales como caries, enfermedad periodontal, entre otras. El objetivo fue analizar la asociación entre la presencia de placa dentobacteriana y los hábitos alimenticios en jóvenes y adultos de las nacionalidades indígenas amazónicas ecuatorianas. La investigación fue de tipo descriptivo, observacional y de corte transversal, conforma por una población de alrededor de 100 personas de nacionalidad Zápara y se aplicó una muestra no probabilística por conveniencia. No existió una asociación estadísticamente significativa entre hábitos alimenticios y placa dental, indicando que existen otros determinantes que afectan la salud oral de estas comunidades. Se concluyó, que la población de estudio presentó buenos niveles de higiene bucal lo que indico que refleja bajos niveles de placa dentobacteriana. Además, se observó mayor inclinación por hábitos alimenticios saludables.

Palabras claves: Placa dentobacteriana, Índice de placa, Hábitos alimenticios, Comunidades indígenas, Jóvenes, Adultos

ABSTRACT

Dental plaque is a biofilm composed of microorganisms that adhere to both hard and soft tissues of the oral cavity. Dietary habits can contribute to its formation and potentially lead to dental conditions such as caries and periodontal disease. This study aimed to analyze the association between dental plaque and dietary habits among adolescents and adults in Indigenous Amazonian communities in Ecuador. A descriptive, observational, and cross-sectional study was conducted with a convenience sample of approximately 100 individuals from the Zápara nationality. No statistically significant association was found between dietary habits and the presence of dental plaque, suggesting that other factors may influence oral health in these communities. The study population demonstrated generally good oral hygiene, as evidenced by low levels of dental plaque. Additionally, a tendency toward healthy eating habits was observed.

Keywords: *dental plaque, plaque index, dietary habits, Indigenous communities, adolescents, adults*



Reviewed by:

Mgs. Lorena Solís Viteri

ENGLISH PROFESSOR

c.c. 0603356783

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes

Zerón (1) en su investigación menciona que en el siglo XIX se describió a la placa dental, y en el siglo XX tomo el nombre de placa bacteriana y posteriormente se la conoció como placa dentobacteriana (PDB). La PDB es un biofilm microbiano caracterizado por microorganismos que se adhieren a un sustrato de forma irreversible y están inmersos en una matriz fuerte que contiene sustancias poliméricas extracelulares generadas por ellos mismo.

Barbosa et al (2), realizaron una revisión sistemática sobre los índices de placa dentobacteriana en el que definen la PDB o biofilm dental como una comunidad organizada de microorganismos que se unen a los tejidos duros y blandos de la boca conformado por bacterias y glucoproteínas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (3), menciona que el biofilm dental es un ecosistema de bacterias que está en un proceso de cambio constante.

Zaga (4), ya que esta influye sobre la integridad del diente según el consumo de los diferentes alimentos y la frecuencia afectándolos directamente e indica que los hábitos alimenticios son comportamientos de forma consciente y repetitiva, en el cual se consume alimentos específicos. Valencia (5), indica que los hábitos alimenticios son de forma equilibrada y lo que representa un factor de riesgo para la enfermedad bucal son los carbohidratos fermentables.

Rivera (6) y Huaman (7) definen a la nutrición como una ingesta de alimentos que está relacionada según la necesidad de cada organismo, coincidiendo que el consumo de alimentos está relacionado directamente con nuestro estado de salud general y bucal, y que los hábitos alimenticios se obtienen en el hogar y se consolidan en la adolescencia.

Cruz et al (8), describió que el índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) es un método visual eficaz para la valoración de la placa dental, el cual está compuesto por el índice de placa blanda o detritus simplificado y el índice de placa dura o de cálculo simplificado. El objetivo de la presente investigación es analizar la asociación entre la presencia de placa dentobacteriana y los hábitos alimenticios en jóvenes y adultos de las nacionalidades indígenas amazónicas ecuatorianas.

1.2 Planteamiento del Problema

La placa dentobacteriana generalmente es el inicio que desencadena diferentes enfermedades bucales. La OMS (9) estimó en su informe mundial sobre la salud bucodental, que cerca de 3500 millones de personas se encontraban afectadas y 3 personas de cada 4 están viviendo en un país con ingresos medios. Las enfermedades bucales más comunes van en aumento a nivel mundial debido a la creciente urbanización y los cambios en las condiciones en que vive la gente. Se debe a la falta de flúor, el acceso limitado a servicios odontológicos, además de la gran disponibilidad y acceso que tienen las comunidades a alimentos altos en azúcar.

Estudios investigados a nivel mundial sobre la prevalencia, como el de la OMS (10) en 2004, mostró del 60 al 90% en escolares y casi el 100% en adultos, y la Federación Dental Internacional en 2010, encontró el 44%, afectando a casi la mitad de la población. Los datos epidemiológicos de Guatemala sobre la placa dentobacteriana con respecto al sexo revelaron que existe un 28% de hombres con una alta cantidad de placa dental, 30% con un nivel moderado y 42% con bajo nivel de PDB, por otro lado, un 29% de mujeres poseen un nivel alto de PDB, 35% con una cantidad moderada y 36% un nivel bajo.

En Ecuador, la presencia de PDB es más frecuente en hombres jóvenes, alcanzando su punto máximo en personas mayores de 35 años con una prevalencia del 40%. Otros estudios, como el de Romero-Castro et al (11), indicó que en 2016 hubo una mayor incidencia de PDB en varones menores de 30 años. Por su parte, Morales en 2015 encontró que los jóvenes de ambos sexos menores de 25 años tienen porcentajes similares de placa dental. Sin embargo, en hombres de 25 a 35 años se observa una prevalencia más alta, mientras que en mujeres de ese mismo rango de edad se reporta un índice menor de PDB.

1.3 Justificación

El trabajo de investigación está basado en los hábitos alimenticios de la población de jóvenes y adultos de las comunidades indígenas amazónicas, enfocada en la nacionalidad Zápara y la incidencia que tiene estos en la formación de placa dentobacteriana, asimismo es importante, ya que, afecta al estado de salud general. Pretende, además, que se planteen soluciones tempranas ante dichos hábitos y que se les dé la importancia adecuada.

Los hábitos alimenticios y su repercusión sobre la salud dental es un tema que perdura desde tiempos pasados y que, en la actualidad, aun forma parte de los factores etiológicos que predisponen a las personas a padecer enfermedades dentales. Además, la alimentación y la nutrición desempeñan un papel importante en el desarrollo dental, craneofacial y de la mucosa oral y en la prevención y tratamiento de enfermedades causada en la cavidad bucal.(12)

Por lo que es importante dicha investigación, ya que, ayudará a generar conciencia sobre los hábitos alimenticios que tienen las diferentes poblaciones y tomar medidas preventivas, no solo en jóvenes y adultos, sino en todas las edades, y crear así buenos hábitos de alimentación, que traerán repercusiones positivas en el estado de salud general y dental.

Los beneficiarios directos de dicha investigación serán los pobladores de la comunidad Zápara, en la que se enfoca dicho proyecto, además de los lectores que estén interesados sobre el tema. Se podrá establecer estrategias para mejorar la alimentación y garantizar una buena salud dental. Además, aportar información de alta relevancia sobre dicho tema.

El presente trabajo desde el punto de vista académico, es factible realizarlo porque el investigador que lo llevará a cabo pertenece al área de Salud, específicamente forma parte de la carrera de Odontología. Por lo que se puede asegurar que la información recolectada será precisa, confiable y sin datos innecesarios o que no correspondan al tema de investigación.

Para dicha investigación se realizó previamente un presupuesto desglosado con el detalle y costo de los materiales e instrumental que se utilizarán en el desarrollo de esta, con dicho presupuesto se pudo determinar que ésta se podrá costear por parte del investigador, ya que, dichos gastos son alcanzables y podrán ser cubiertos en su totalidad por el mismo.

Desde el punto de vista temporal, es un proyecto factible, ya que, se estima realizarlo en un lapso de seis meses. El nivel de placa será calculado gracias al índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) cuyo instrumento ayudará a determinar si la higiene bucal es eficiente o deficiente.

Por último, cabe recalcar que ya existen investigaciones sobre el tema, sin embargo, es un tema muy importante, ya que, al ser la placa dentobacteriana un problema a nivel mundial de alto impacto, este debe seguir siendo investigado y de esta manera llegar a la población de todo el mundo.

1.4 Objetivos

1.4.1 General

Analizar la asociación entre la presencia de placa dentobacteriana y los hábitos alimenticios en jóvenes y adultos de las nacionalidades indígenas amazónicas ecuatorianas.

1.4.2 Específicos

- Identificar los hábitos alimenticios predominantes en jóvenes y adultos de las nacionalidades indígenas amazónicas y ecuatorianas.
- Determinar la frecuencia de placa dentobacteriana presente en la población de estudio.
- Establecer la correlación entre los hábitos alimenticios y la formación de placa dental.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 PLACA DENTOBACTERIANA

2.1.1 Definición

La placa dental está compuesta por microorganismos que conviven en biopelículas orales adheridas a la superficie de los dientes. Esta biopelícula es un factor etiológico principal de enfermedades bucales comunes como las caries y la periodontitis. Por ello, controlar cuidadosamente la acumulación de biopelículas de placa dental es fundamental para optimizar las estrategias de manejo de enfermedades bucales relacionadas con la placa. La evaluación de la placa dental generalmente se realiza mediante índices de puntuación visual en el consultorio, utilizando o no un detector de placa. (13)

Los índices usados con mayor frecuencia son el Índice de Higiene Bucal de la Universidad de Mississippi (UM-OHI), Modificación de Turesky del índice de placa de Quigley-Hein (TM-QHPI), y el índice de placa de Silness y Løe (SLI). Estas herramientas son simples de utilizar para evaluar la salud bucal, pero presentan ciertas limitaciones a la hora de calcular el nivel de placa dentobacteriana. Dichas limitaciones están dadas por el uso de puntuaciones binarias representadas con 0 para ausencia y 1 para presencia, además del criterio subjetivo del evaluador. (14)

2.1.2 Microbiología asociada a la PDB

El pionero en observar que las bacterias habitaban en la boca fue Antoni Van Leeuwenhoek hace más de tres siglos. Describía a la PDB como “materia blanca entres los dientes”, posteriormente se observó con el microscopio óptico que estaba compuesta por *Streptococos* en forma de cadena, *Actinomyces* en forma de varilla y *Fusobacteria* en forma de espirales. Estas investigaciones sobre los microorganismos de la cavidad bucal tomaron gran importancia a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, aumentando el conocimiento. (15)

2.1.3 Proceso de formación

Según Digel et al (16), este proceso ocurre en varias etapas: primero, se da la formación de película adquirida; luego se da la colonización primaria o temprana con proliferación de microorganismos; posteriormente ocurre la colonización secundaria o coagregación; y finalmente, la maduración de la biopelícula. La adhesión inicial se da mediante fuerzas fisicoquímicas y bioquímicas entre las moléculas de la superficie del diente y las bacterias. Estos procesos permiten la colonización efectiva de los tejidos bucales y la maduración de la biopelícula.

2.1.4 Composición del biofilm de la PDB

La matriz de las biopelículas microbianas está compuesta por sustancias poliméricas extracelulares los cuales son carbohidratos, ácidos nucleicos, proteínas y polímeros de la pared celular como lípidos y peptidoglicanos. Los polisacáridos que se consideran como

factores de virulencia más importantes son el glucano y el fructano, cuyos polímeros se acumulan en la superficie cuando han sido colonizado por células microbianas, esta colonización suele ser escasa en las primeras dos horas, siendo más evidente con microscopía electrónica después de dos horas. (17)

2.1.5 Clasificación

Según Sarduy (18), se clasifica en: placa supragingival, es aquella que se encuentra unida a la superficie del diente y predominantemente formada por *Actinomyces*; y en placa subgingival, se puede formar tanto en la raíz adhiriéndose al cemento y a la superficie del epitelio de la bolsa, el desarrollo va a estar determinado por el ambiente que proporciona el surco gingival y los microorganismos más frecuentes son las espiroquetas y especies gramnegativas como *Porphyromonas gingivalis* y *Treponema denticola*.

2.1.6 Consecuencias de la acumulación de placa

Las principales consecuencias de la acumulación de placa es el desarrollo de caries, formación de cálculos dentales y enfermedades periodontales, además puede provocar infecciones endodónticas, alveolitis y amigdalitis. (19)

2.1.7 Gingivitis

Es una enfermedad en donde existe sangrado, enrojecimiento, dolor e inflamación de las encías causado con frecuencia por una infección bacteriana debido al acúmulo de PDB, a diferencia de la periodontitis no existe pérdida de inserción. Los microorganismos relacionados con la etiología de la enfermedad son: *Streptococcus*, *Treponema*, *Actinomyces*, *Eikenella*, *Fusobacterium* y *Bacteroides*. (20)

2.1.8 Periodontitis

Se asocia a la acumulación de PDB subgingival y presenta destrucción del aparato de soporte de las piezas dentales, incluyendo el ligamento periodontal y el hueso alveolar. Esta enfermedad ocurre por: la interacción de bacterias específicas y complejas como *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia*, y *Treponema denticola*, las cuales albergan las bolsas periodontales; respuestas destructivas inmunes propias del huésped; y factores ambientales como el tabaco. (21)

2.1.9 Cálculo dental

Se define como la mineralización de la PDB, puede encontrarse subgingival o supragingival en todas las poblaciones y varía según los hábitos de higiene bucal, frecuencia de visitas odontológicas, edad, salud general y sistémica, alimentación y etnia. (22) Se desarrolla por la presencia de sales minerales, fosfato de calcio, que incluye fosfato octacálcico, hidroxiapatita, whitlockita y fosfato dicálcico dihidratado, también está conformado por

componentes orgánicos como carbohidratos y proteínas internamente y en su exterior tiene una capa de placa viable. (23)

Según Wei (24) mecanismo de formación del cálculo dental está dado por diversos factores: bacterianos, formado por bacterias que se adhieren a los dientes formando colonias estabilizadas dentro de una matriz polimérica; inmunes, ya que el líquido crevicular de las bolsas periodontales, rico en células inmunitarias, activa macrófagos y neutrófilos, estos últimos protegen contra infecciones y favorecen la mineralización del cálculo; y del huésped, dado por el estilo de vida, como el tabaquismo, que aumenta el calcio en la saliva, y una dieta rica en carbohidratos, que facilita la colonización bacteriana.

2.1.10 Tratamiento de la placa dental

El mejor tratamiento es la eliminación exhaustiva y de manera regular de la PDB mediante un cepillo dental, el cual existe en varias presentaciones, variando en la forma del mango, cabezal, disposición y textura de las cerdas, incluyendo cepillos eléctricos los cuales se han usado desde 1940. (25)

Generalmente comienza con la eliminación primaria de la PDB y se realiza un desbridamiento mecánico no quirúrgico, considerando al raspado y alisado radicular como un gold estándar. Hoy en día se está usando la terapia guiada de PDB que consiste en eliminar la placa y el de aire cálculo de forma secuencial, usando un agente revelador, seguido de un polvo abrasivo y finalmente con instrumentos especializados se elimina el sarro subgingival y supragingival. (26)

2.1.11 Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS)

El IHOS permite establecer de forma cuantitativa el estado de salud en el que se encuentra la cavidad bucal de diferentes grupos de población, este fue dado por Greene y Vermillion en 1960, en este se considera la placa blanda, la placa dura o cálculo y la gingivitis. (27)(28) Este índice usa valores de 0 a 3, para evaluar individualmente una cantidad de 6 dientes y obteniendo una puntuación que va de 0 a 6, en donde 0 es igual a una excelente salud bucal, 0.1 a 1.2 es una salud buena, 1.3 a 3.0 es regular y de 3.1 a 6 es mala, esta escala se usa tanto para placa como para el cálculo dental. (29)

Para la gingivitis la escala que se usará es la propuesta por Kürschner (30), en el que: < 10% indica gingivitis leve; 10-20% indica gingivitis leve; 20-50%, gingivitis moderada; y 50-100%, inflamación intensa y generalizada del periodonto.

2.2 HÁBITOS ALIMENTICIOS

2.2.1 Definición

Los hábitos alimenticios son actos que se realizan de forma consciente y repetitiva, estos pueden afectar a la salud general como a la salud oral, la nutrición va más allá que la alimentación, porque a través de ella obtenemos nutrientes para un adecuado metabolismo. En la nutrición se involucra el recibir, preparar alimentos y todo lo que se consume o bebe en el día a día. La dieta es un factor importante para un correcto crecimiento y desarrollo

tanto cognitivo y físico, una mala alimentación, por el contrario, pueden causar desnutrición, enfermedades sistémicas y bucales. (31)

2.2.2 Alimentos cariogénicos.

Consumir una alta cantidad de azúcar provoca que el pH de la cavidad bucal descienda de 5.5, lo que causa desmineralización del esmalte. Los alimentos son cariogénicos dependiendo de la presencia de moléculas de azúcar que tengan en su estructura molecular. Las frutas, verduras y alimentos ricos en almidón tienen azúcares internos por lo que su cariogenicidad es baja. Los azúcares externos presentes en lácteos no son cariogénicos, pero depende del tiempo presente en boca, por otro lado, los alimentos de máxima cariogenicidad son los que tienen azúcares externos no lácteos. (32)

Consumir carbohidratos fermentables de manera regular causa un desequilibrio en la homeostasis de los microorganismos que causan el desarrollo de caries, además promueve el desarrollo de enfermedades inflamatorias crónicas. En 1880, se identificó que la sacarosa tiene un gran potencial cariogénico, esta es un disacárido formado de glucosa y fructosa presente en varios alimentos. Por otra parte, los hidratos de carbono favorecen el crecimiento de la placa dental, ya que, forman peptidoglicanos que ayudan a la formación de la pared celular de bacterias. (33,34)

Los principales alimentos cariogénicos son todo tipo de dulces, azúcar, miel, jarabes, bebidas azucaradas, jugos y bebidas carbonatadas como la soda, también se incluye el almidón gelatinizado, los alimentos pegajosos como caramelos tipo toffee, dulce de leche, galletas o papas fritas. Además, aquellos alimentos que causan que el pH de la placa descienda como los cítricos, verduras encurtidas, vinagre y todos aquellos que incluyan ácido málico, cítrico, carbónico y fosfórico. (34)(35)

2.2.3 Alimentos cariostáticos

Son aquellos que por su composición química y efectos sobre el medio bucal ayudan a que el desarrollo de procesos patológicos no se lleve a cabo. La lactosa se fermenta con más lentitud que la sacarosa por lo que el pH se mantiene, es así como las proteínas de la leche ayudan a que las bacterias cariogénicas no se adhieran a los dientes y no se metabolice el azúcar por lo que la formación de placa disminuye. Por ello, los productos lácteos como quesos duros se recomiendan para la prevención de formación de placa que posteriormente derivara en caries. (36)

El consumo de componentes antiinflamatorios, como los ácidos grasos que contienen omega-3, las vitaminas C y D, minerales y antioxidantes, y reducir el consumo de ácidos grasos de omega-6 y los hidratos de carbono, especialmente azúcares y harinas que son proinflamatorios ayudan a fortalecer el sistema inmune, provocan cambios en los componentes de la microbiota de la cavidad oral, reduce la cantidad de *Streptococo mitis* grupo, *Granulicatella adiacens*, *Actinomyces*spp, y *Fusobacterias*spp que existen en la placa supragingival. (37)

Otros alimentos que poseen efectos cariostáticos son aquellos ricos en: grasas, ya que, estos recubren el diente y ayudan a que los azúcares y la placa no se retenga al diente; proteínas, protegen el esmalte y aumentan la capacidad de la saliva para que exista un equilibrio en el

pH; calcio y flúor. Además, a aquellos alimentos que estimulan el flujo salival, existiendo el efecto tampón que da la saliva y ayudan con la remineralización del esmalte. (38)

2.3. GRUPOS ETARIOS

2.3.1. Jóvenes

La Ley de la Juventud, en Ecuador, considera jóvenes a las personas cuya edad oscila entre 18 a 29 años. Generalmente en este grupo etario se desarrollan relaciones, una carrera profesional, se consolida la identidad de cada uno, existen responsabilidades nuevas, en ocasiones se busca formar una familia e independizarse económicamente. Los adultos jóvenes son aquellas personas cuya edad se encuentra entre los 30 a 44 años, en esta etapa al igual que los jóvenes, desarrollan su vida profesional y familiar. (39)(40)

2.3.2. Adultos

Los adultos netos tienen una edad entre 45 a 59 años, en esta edad se enfocan en reflexionar sobre la vida, cuidar de sus hijos, prepararse para la vejez, jubilarse y dar su carrera por finalizada. Las personas a partir de los 60 años son reconocidas adultos mayores o de edad avanzada. Dependiendo, para algunos representa una etapa feliz o una que está llena de sufrimiento y problemas de salud. Suele estar vinculada con el fin de una etapa productiva, pero llena de experiencias y sabiduría que comparten con los demás. (41) (42)

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.

3.1 Tipo de investigación

La investigación realizada es de tipo descriptivo, observacional y de corte transversal. Se usó técnicas como la observación y la aplicación de una encuesta, enfocadas en analizar diversos factores que influyen en la salud bucal al momento de escoger hábitos alimenticios.

3.2 Diseño de la investigación

El diseño de la presente investigación utilizó un enfoque cuantitativo no experimental, en el cual se analizó variables siguiendo criterios numéricos, expresados cuantitativamente, con el propósito de lograr los objetivos establecidos.

3.3. Población

La población estuvo integrada por alrededor de 100 personas de la nacionalidad Zápara, que forman parte del proyecto-Programa de Salud Oral integral.

3.4. Muestra

El tipo de muestra utilizado es no probabilístico por conveniencia, se seleccionó a las personas que cumplían con los criterios establecidos, lo que determinó su participación en la presente investigación.

3.5. Criterios de selección

- Pacientes de la nacionalidad Zápara que formen parte del proyecto de investigación.
- Pacientes entre 18 y 65 años.
- Pacientes que hayan firmado el consentimiento informado.
- Pacientes sin trastornos mentales.
- Disponibilidad de los participantes durante el tiempo que dure la investigación.

3.6. Entorno

- Esta investigación se llevó a cabo en la parroquia Shell, cantón Mera, provincia de Pastaza.

3.7. Técnicas e instrumentos

El estudio empleó como herramientas principales la historia clínica odontológica (formulario 033) y un cuestionario sobre hábitos alimenticios relacionados con la salud oral, con el objetivo de recopilar datos para evaluar el nivel de placa dentobacteriana, cálculo y gingivitis, los hábitos alimenticios y su relación en jóvenes y adultos de la comunidad Zápara. Los datos se obtuvieron a partir de historias clínicas abiertas dentro del "Programa de Salud Oral Integral", aprobado mediante la Resolución N° 40 - CIV-1-3-2023.

La historia clínica odontológica utilizada fue diseñada en 2007 por la Comisión Ministerial de la Historia Clínica (MSP), con apoyo técnico de la OPS. (43) Se utilizó el Índice de

Higiene Oral Simplificado (IHOS), el cual evalúa solamente seis dientes: cuatro posteriores y dos anteriores, fue desarrollado en 1964 por Greene y Vermillion quienes modificaron el Índice de Higiene Oral (IHO), en el cual se evaluaba la dentición completa. Este índice mide la salud bucal de los dientes permanentes a través del nivel de placa, nivel de cálculo y gingivitis (44).

El cuestionario sobre Hábitos Alimenticios en Salud Oral fue elaborado por Tenelanda (45), se aplicó mediante Google Forms. Consistió en preguntas cerradas distribuidas en cuatro dimensiones, evaluando los niveles de hábitos generales y su relación con alimentos cariogénicos y cariostáticos.

1. **Primera dimensión (Datos sociodemográficos):** Incluyó edad, nivel de instrucción y sexo.
2. **Segunda dimensión (Hábitos generales y perspectiva alimenticia):** Evaluó:
 - Muy buenos hábitos: 12–15.5
 - Buenos hábitos: 8–11.5
 - Regulares: 4–7.5
 - Malos: 0–3.5
3. **Tercera dimensión (Alimentos cariostáticos):** Clasificó el consumo de alimentos cariostáticos en:
 - Muy buenos hábitos: 17.5–23
 - Buenos hábitos: 11.5–17
 - Regulares: 5.5–11
 - Malos: 0–5
4. **Cuarta dimensión (Alimentos cariogénicos):** Evaluó el consumo de alimentos cariogénicos con las siguientes categorías:
 - Muy buenos hábitos: 13.5–18
 - Buenos hábitos: 8.5–13
 - Regulares: 4.5–8
 - Malos: 0–4

Estas herramientas permitieron una evaluación integral de los hábitos y condiciones de salud oral de los participantes.

3.8. Análisis estadístico

Los resultados de la investigación fueron analizados e interpretados utilizando gráficos y tablas generados con el software estadístico SPSS versión 25.

3.9. Intervenciones

Para desarrollar este apartado, se recopilaron datos mediante historias clínicas, el formulario 033 y una encuesta sobre hábitos alimenticios.

Fase 1. Gestión Administrativa.

Los datos recopilados formaron parte del Proyecto de Salud Oral Integral, aprobado mediante la Resolución N° 40 - CIV-1-3-2023.

Fase 2. Visita in situ- Levantamiento de información de campo

La población de estudio se seleccionó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, basado en los criterios de selección establecidos. La recolección de información se realizó de manera manual para el Índice de Higiene Oral Simplificado (registrado en el formulario 033) y, para los hábitos alimenticios, a través de la plataforma Google Forms.

Fase 3. Organización de información.

Tras recopilar la información obtenida mediante ambos instrumentos, se organizó utilizando un programa estadístico para facilitar su posterior análisis e interpretación.

3.10. Operacionalización de las variables

3.10.1. Variable Dependiente: Placa Dentobacteriana

Tabla 1. Operacionalización de la variable dependiente placa dentobacteriana

Caracterización	Dimensión	Indicador	Técnica	Instrumento
La placa dental está compuesta por microorganismos que conviven en biopelículas orales adheridas a la superficie de los dientes.	Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOs)	• 0 es igual a una excelente salud bucal. • 0.1 a 1.2 es una salud buena. • 1.3 a 3.0 es regular. • 3.1 a 6 es mala.	Observación	Historia Clínica Odontológica. Formulario 033

Elaborado por: autora del estudio

3.10.2. Variable Independiente: Hábitos alimenticios en jóvenes y adultos.

Tabla 2. Operacionalización de la variable independiente hábitos alimenticios

Caracterización	Dimensión	Indicador	Técnica	Instrumento
Los hábitos alimenticios son patrones dietéticos recurrentes que se mantienen a lo largo de un período prolongado.	Hábitos alimenticios	Dimensión: Datos Sociodemográficos. Dimensión: Hábitos generales y perspectiva alimenticia: • Muy buenos hábitos: 12 - 15.5 • Buenos hábitos: 8 - 11.5 • Hábitos regulares: 4 - 7.5 • Malos hábitos: 0 - 3.5 Dimensión: Alimentos Cariostáticos: • Muy buenos hábitos respecto al consumo de alimentos cariostáticos: 17.5 - 23 • Buenos hábitos respecto al consumo de alimentos cariostáticos: 11.5 - 17 • Hábitos regulares respecto al consumo de alimentos cariostáticos: 5.5 - 11 • Malos hábitos respecto al consumo de alimentos cariostáticos: 0 - 5 Dimensión: Alimentos Cariogénicos: • Muy buenos hábitos respecto al consumo de alimentos cariogénicos: 13.5 - 18 • Buenos hábitos respecto al consumo de alimentos cariogénicos: 8.5 - 13 • Hábitos regulares respecto al consumo de alimentos cariogénicos: 4.5 - 8 • Malos hábitos respecto al consumo de alimentos cariogénicos: 0 - 4	Encuesta	Cuestionario sobre Hábitos Alimenticios en salud oral

Elaborado por: autora del estudio

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

Tabla 3. Promedio de placa con relación al nivel de instrucción

		Promedio de Placa (Nivel de salud bucal)			
			Bueno	Regular	Total
Nivel de Instrucción	Sin nivel de instrucción	Recuento	4	2	6
		% dentro de Nivel de Instrucción	66.7%	33.3%	100.0%
		% del total	12.5%	6.3%	18.8%
	Primario	Recuento	3	2	5
		% dentro de Nivel de Instrucción	60.0%	40.0%	100.0%
		% del total	9.4%	6.3%	15.6%
	Secundario	Recuento	12	3	15
		% dentro de Nivel de Instrucción	80.0%	20.0%	100.0%
		% del total	37.5%	9.4%	46.9%
	Universitario	Recuento	4	2	6
		% dentro de Nivel de Instrucción	66.7%	33.3%	100.0%
		% del total	12.5%	6.3%	18.8%
	Total	Recuento	23	9	32
		% dentro de Nivel de Instrucción	71.9%	28.1%	100.0%
		% del total	71.9%	28.1%	100.0%

Elaborado por: autora del estudio

Análisis e interpretación

Con relación al promedio de placa de acuerdo con el nivel de instrucción, se observa que predomina una buena salud bucal con un total de 71,9%. En todos los niveles de instrucción predomina una buena salud bucal. El grupo con instrucción secundaria muestra un 80% en “Bueno” siendo el que menor acumulación de placa presenta y el grupo con instrucción primaria presenta un 40% en “regular” por lo que indica que esta población podría necesitar mayor atención en su higiene oral. También se puede observar que nadie posee una salud bucal “Mala”, ni “Excelente”.

Tabla 4. Promedio de cálculo con relación al nivel de instrucción

		Promedio de Cálculo				
			Excelente	Bueno	Regular	Total
Nivel de Instrucción	Sin nivel de instrucción	Recuento	1	4	1	6
		% dentro de Nivel de Instrucción	16.7%	66.7%	16.7%	100.0%
		% del total	3.1%	12.5%	3.1%	18.8%
	Primario	Recuento	0	5	0	5
		% dentro de Nivel de Instrucción	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
		% del total	0.0%	15.6%	0.0%	15.6%
	Secundario	Recuento	4	11	0	15
		% dentro de Nivel de Instrucción	26.7%	73.3%	0.0%	100.0%
		% del total	12.5%	34.4%	0.0%	46.9%
	Universitario	Recuento	2	4	0	6
		% dentro de Nivel de Instrucción	33.3%	66.7%	0.0%	100.0%
		% del total	6.3%	12.5%	0.0%	18.8%
	Total	Recuento	7	24	1	32
		% dentro de Nivel de Instrucción	21.9%	75.0%	3.1%	100.0%
		% del total	21.9%	75.0%	3.1%	100.0%

Elaborado por: autora del estudio

Análisis e interpretación

Un 75% de la población presenta un nivel “Bueno” de higiene oral. En el nivel que más predomina una salud bucal “Buena” es en el primario con un 100%, aunque este posee una representatividad total menor, seguido del nivel secundario con un 73,3%. Por otra parte, el nivel “Universitario” presenta el porcentaje más alto correspondiente con una salud oral excelente representada por 33,3%. Además, se puede observar que nadie tiene un nivel de cálculo “Malo”.

Tabla 5. Promedio de gingivitis con relación al nivel de instrucción

		Promedio Gingivitis				
		Sin signo de alteración				
			Moderada	Intensa	Total	
Nivel de Instrucción	Sin nivel de instrucción	Recuento	0	1	5	6
		% dentro de Nivel de Instrucción	0.0%	16.7%	83.3%	100.0%
		% del total	0.0%	3.1%	15.6%	18.8%
	Primario	Recuento	4	0	1	5
		% dentro de Nivel de Instrucción	80.0%	0.0%	20.0%	100.0%
		% del total	12.5%	0.0%	3.1%	15.6%
	Secundario	Recuento	10	4	1	15
		% dentro de Nivel de Instrucción	66.7%	26.7%	6.7%	100.0%
		% del total	31.3%	12.5%	3.1%	46.9%
	Universitario	Recuento	4	1	1	6
		% dentro de Nivel de Instrucción	66.7%	16.7%	16.7%	100.0%
		% del total	12.5%	3.1%	3.1%	18.8%
Total		Recuento	18	6	8	32
		% dentro de Nivel de Instrucción	56.3%	18.8%	25.0%	100.0%
		% del total	56.3%	18.8%	25.0%	100.0%

Elaborado por: autora del estudio

Análisis e interpretación

El 56,3% de participantes no tienen signos de alteración. En la población “Sin nivel de instrucción” predomina una gingivitis intensa con un 83,3%, por otro lado, la población con menor porcentaje en gingivitis intensa es la de nivel “secundario” con un 6,7%. El nivel “primario” destaca con un 80% por no presentar alteraciones visibles. Se observa que ninguno de los participantes presenta un nivel de gingivitis “Leve”.

Tabla 6. Hábitos generales y perspectiva alimentaria con relación al nivel de instrucción

1era Sección Hábitos Generales y Perspectiva alimentaria						
Nivel de Instrucción	Sin nivel de instrucción	Recuento	Regular	Bueno	Muy bueno	Total
			3	1	2	6
		% dentro de Nivel de Instrucción	50.0%	16.7%	33.3%	100.0%
		% del total	9.4%	3.1%	6.3%	18.8%
	Primario	Recuento	1	2	2	5
		% dentro de Nivel de Instrucción	20.0%	40.0%	40.0%	100.0%
		% del total	3.1%	6.3%	6.3%	15.6%
	Secundario	Recuento	0	4	11	15
		% dentro de Nivel de Instrucción	0.0%	26.7%	73.3%	100.0%
		% del total	0.0%	12.5%	34.4%	46.9%
	Universitario	Recuento	0	2	4	6
		% dentro de Nivel de Instrucción	0.0%	33.3%	66.7%	100.0%
		% del total	0.0%	6.3%	12.5%	18.8%
Total		Recuento	4	9	19	32
		% dentro de Nivel de Instrucción	12.5%	28.1%	59.4%	100.0%
		% del total	12.5%	28.1%	59.4%	100.0%

Elaborado por: autora del estudio

Análisis e interpretación

El 59,4% de la población tiene hábitos alimenticios “Muy bueno”. El nivel “Secundario” tiene el porcentaje más alto en “Muy bueno” con un 73,3%, seguido del nivel “Universitario” con un 66,7%. Por otra parte, aquellos “Sin nivel de instrucción” presentan un 50% en la categoría “Regular”, lo que puede indicar una menor educación nutricional. Por otro lado, ninguno de los participantes posee hábitos alimenticios generales “Malos”.

Tabla 7. Hábitos cariostáticos con relación al nivel de instrucción

2da Sección Hábitos Cariostáticos						
Nivel de Instrucción	Sin nivel de instrucción	Recuento	Regular	Bueno	Muy bueno	Total
			4	2	0	6
		% dentro de Nivel de Instrucción	66.7%	33.3%	0.0%	100.0%
		% del total	12.5%	6.3%	0.0%	18.8%
	Primario	Recuento	2	3	0	5
		% dentro de Nivel de Instrucción	40.0%	60.0%	0.0%	100.0%
		% del total	6.3%	9.4%	0.0%	15.6%
	Secundario	Recuento	8	6	1	15
		% dentro de Nivel de Instrucción	53.3%	40.0%	6.7%	100.0%
		% del total	25.0%	18.8%	3.1%	46.9%
	Universitario	Recuento	3	3	0	6
		% dentro de Nivel de Instrucción	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%
		% del total	9.4%	9.4%	0.0%	18.8%
Total		Recuento	17	14	1	32
		% dentro de Nivel de Instrucción	53.1%	43.8%	3.1%	100.0%
		% del total	53.1%	43.8%	3.1%	100.0%

Elaborado por: autora del estudio

Análisis e interpretación

El 53,1% de los participantes tiene hábitos cariostáticos “Regulares”, predominando con un 66,7% en el grupo “Sin nivel de instrucción”. Solo un 3,1% de la población presenta hábitos cariostáticos “Muy buenos”, lo que indica la necesidad de promover un mayor consumo de alimentos que posean propiedades protectoras dentales. A nivel general, no existe población con hábitos cariostáticos “Malos”.

Tabla 8. Hábitos cariogénicos con relación al nivel de instrucción

		3era Sección Hábitos Cariogénicos			
			Bueno	Muy bueno	Total
Nivel de Instrucción	Sin nivel de instrucción	Recuento	3	3	6
		% dentro de Nivel de Instrucción	50.0%	50.0%	100.0%
		% del total	9.4%	9.4%	18.8%
	Primario	Recuento	1	4	5
		% dentro de Nivel de Instrucción	20.0%	80.0%	100.0%
		% del total	3.1%	12.5%	15.6%
	Secundario	Recuento	3	12	15
		% dentro de Nivel de Instrucción	20.0%	80.0%	100.0%
		% del total	9.4%	37.5%	46.9%
	Universitario	Recuento	4	2	6
		% dentro de Nivel de Instrucción	66.7%	33.3%	100.0%
		% del total	12.5%	6.3%	18.8%
Total		Recuento	11	21	32
		% dentro de Nivel de Instrucción	34.4%	65.6%	100.0%
		% del total	34.4%	65.6%	100.0%

Elaborado por: autora del estudio

Análisis e interpretación

El 65,6% de los participantes presentan hábitos cariogénicos "Muy buenos". Este resultado es más común con un 80% en los grupos "Primario" y "Secundario". Y en el nivel "Universitario" solo un 33,3% corresponde a la categoría "Muy buenos" siendo el más bajo. No se registran casos de participantes que posean hábitos cariogénicos "Malos" o "Regulares".

Tabla 9. Promedio de placa con relación a la edad

			Promedio de Placa		
			Bueno	Regular	Total
Edad (Agrupada)	Jóvenes	Recuento	12	3	15
		% dentro de Edad (Agrupada)	80.0%	20.0%	100.0%
		% del total	37.5%	9.4%	46.9%
	Adultos Jóvenes	Recuento	5	4	9
		% dentro de Edad (Agrupada)	55.6%	44.4%	100.0%
		% del total	15.6%	12.5%	28.1%
	Adultos netos	Recuento	5	1	6
		% dentro de Edad (Agrupada)	83.3%	16.7%	100.0%
		% del total	15.6%	3.1%	18.8%
	Adultos Mayores	Recuento	1	1	2
		% dentro de Edad (Agrupada)	50.0%	50.0%	100.0%
		% del total	3.1%	3.1%	6.3%
Total	Recuento		23	9	32
	% dentro de Edad (Agrupada)		71.9%	28.1%	100.0%
	% del total		71.9%	28.1%	100.0%

Elaborado por: autora del estudio

Análisis e interpretación

El 71,9% de los participantes indican tener una higiene bucal “Buena”. En relación con la edad el grupo de "Adultos netos" muestra el porcentaje más alto con un 83,3% con niveles "Buenos" de salud bucal, mientras que "Adultos mayores" registran la mayor proporción con un 50% en la categoría "Regular".

Tabla 10. Promedio de cálculo con relación a la edad

		Promedio de Cálculo				
			Excelente	Bueno	Regular	Total
Edad (Agrupada)	Jóvenes	Recuento	6	9	0	15
		% dentro de Edad (Agrupada)	40.0%	60.0%	0.0%	100.0%
		% del total	18.8%	28.1%	0.0%	46.9%
	Adultos Jóvenes	Recuento	1	8	0	9
		% dentro de Edad (Agrupada)	11.1%	88.9%	0.0%	100.0%
		% del total	3.1%	25.0%	0.0%	28.1%
	Adultos netos	Recuento	0	6	0	6
		% dentro de Edad (Agrupada)	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
		% del total	0.0%	18.8%	0.0%	18.8%
	Adultos Mayores	Recuento	0	1	1	2
		% dentro de Edad (Agrupada)	0.0%	50.0%	50.0%	100.0%
		% del total	0.0%	3.1%	3.1%	6.3%
Total	Recuento	7	24	1	32	
	% dentro de Edad (Agrupada)	21.9%	75.0%	3.1%	100.0%	
	% del total	21.9%	75.0%	3.1%	100.0%	

Elaborado por: autora del estudio

Análisis e interpretación

Un 75% de los participantes indica un nivel "Bueno" de cálculo dental. Los "Adultos netos" destacan con un 100% en esta categoría. Por otro lado, los "Adultos mayores" tienen el mayor porcentaje con un 50% en la categoría "Regular".

Tabla 11. Promedio de gingivitis con relación a la edad

		Promedio Gingivitis					
		Sin signo de alteración	Moderada	Intensa	Total		
Edad (Agrupada)	Jóvenes	Recuento	10	3	2	15	
		% dentro de Edad (Agrupada)	66.7%	20.0%	13.3%	100.0%	
		% del total	31.3%	9.4%	6.3%	46.9%	
	Adultos	Recuento	4	2	3	9	
		Jóvenes	% dentro de Edad (Agrupada)	44.4%	22.2%	33.3%	100.0%
			% del total	12.5%	6.3%	9.4%	28.1%
	Adultos		Recuento	4	1	1	6
		netos	% dentro de Edad (Agrupada)	66.7%	16.7%	16.7%	100.0%
			% del total	12.5%	3.1%	3.1%	18.8%
	Adultos		Recuento	0	0	2	2
		Mayores	% dentro de Edad (Agrupada)	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
			% del total	0.0%	0.0%	6.3%	6.3%
Total	Recuento		18	6	8	32	
	% dentro de Edad (Agrupada)	56.3%	18.8%	25.0%	100.0%		
	% del total	56.3%	18.8%	25.0%	100.0%		

Elaborado por: autora del estudio

Análisis e interpretación

El 66,7% de los "Jóvenes" no presenta signos de gingivitis, mientras que los "Adultos mayores" muestran un 100% en gingivitis intensa. Esto indica que existe mayor prevalencia de enfermedades periodontales en las personas de mayor edad probablemente por factores como enfermedades sistémicas o la menor capacidad de producir saliva.

Tabla 12. Hábitos generales y perspectiva alimentaria con relación a la edad

		1era Sección Hábitos Generales y Perspectiva alimentaria					
			Regular	Bueno	Muy bueno	Total	
Edad (Agrupada)	Jóvenes	Recuento	2	4	9	15	
		% dentro de Edad (Agrupada)	13.3%	26.7%	60.0%	100.0%	
		% del total	6.3%	12.5%	28.1%	46.9%	
	Adultos	Recuento	0	2	7	9	
		Jóvenes	% dentro de Edad (Agrupada)	0.0%	22.2%	77.8%	100.0%
			% del total	0.0%	6.3%	21.9%	28.1%
	Adultos netos		Recuento	0	3	3	6
		Jóvenes	% dentro de Edad (Agrupada)	0.0%	50.0%	50.0%	100.0%
			% del total	0.0%	9.4%	9.4%	18.8%
	Adultos Mayores		Recuento	2	0	0	2
		Jóvenes	% dentro de Edad (Agrupada)	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
			% del total	6.3%	0.0%	0.0%	6.3%
Total	Recuento		4	9	19	32	
	Jóvenes	% dentro de Edad (Agrupada)	12.5%	28.1%	59.4%	100.0%	
		% del total	12.5%	28.1%	59.4%	100.0%	

Elaborado por: autora del estudio

Análisis e interpretación

La categoría que predomina es la de hábitos “Muy buenos” con un 59,4% y el más bajo es el “Regular” con un 12,5%. El 77,8% de "Adultos jóvenes" tiene hábitos "Muy buenos", mientras que los "Adultos mayores" presentan un 100% en la categoría "Regular". Esto puede deberse a que con el envejecimiento existe cambios en la dieta o menor conciencia con los hábitos alimenticios saludables.

Tabla 13. Hábitos carioestáticos con relación a la edad

2da Sección Hábitos Cariostáticos						
			Regular	Bueno	Muy bueno	Total
Edad (Agrupada)	Jóvenes	Recuento	7	8	0	15
		% dentro de Edad (Agrupada)	46.7%	53.3%	0.0%	100.0%
		% del total	21.9%	25.0%	0.0%	46.9%
	Adultos	Recuento	4	4	1	9
	Jóvenes	% dentro de Edad (Agrupada)	44.4%	44.4%	11.1%	100.0%
		% del total	12.5%	12.5%	3.1%	28.1%
	Adultos netos	Recuento	4	2	0	6
		% dentro de Edad (Agrupada)	66.7%	33.3%	0.0%	100.0%
		% del total	12.5%	6.3%	0.0%	18.8%
	Adultos Mayores	Recuento	2	0	0	2
		% dentro de Edad (Agrupada)	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
		% del total	6.3%	0.0%	0.0%	6.3%
Total		Recuento	17	14	1	32
		% dentro de Edad (Agrupada)	53.1%	43.8%	3.1%	100.0%
		% del total	53.1%	43.8%	3.1%	100.0%

Elaborado por: autora del estudio

Análisis e interpretación

La mayoría de la población posee hábitos “Regulares” con un 53,1%. Los "Adultos mayores" destacan con un 100% en esta categoría. Los “Adultos jóvenes presentan hábitos carioestáticos “Muy buenos” con un 11,1%. Por el contrario, el resto de los grupos etarios presentan un 0% en esta categoría, por lo que es la categoría con el porcentaje más bajo correspondiente a un total de 3,1%.

Tabla 14. Hábitos cariogénicos con relación a la edad

		3era Sección Hábitos Cariogénicos			
			Bueno	Muy bueno	Total
Edad (Agrupada)	Jóvenes	Recuento	7	8	15
		% dentro de Edad (Agrupada)	46.7%	53.3%	100.0%
		% del total	21.9%	25.0%	46.9%
	Adultos Jóvenes	Recuento	1	8	9
		% dentro de Edad (Agrupada)	11.1%	88.9%	100.0%
		% del total	3.1%	25.0%	28.1%
	Adultos netos	Recuento	1	5	6
		% dentro de Edad (Agrupada)	16.7%	83.3%	100.0%
		% del total	3.1%	15.6%	18.8%
	Adultos Mayores	Recuento	2	0	2
		% dentro de Edad (Agrupada)	100.0%	0.0%	100.0%
		% del total	6.3%	0.0%	6.3%
Total		Recuento	11	21	32
		% dentro de Edad (Agrupada)	34.4%	65.6%	100.0%
		% del total	34.4%	65.6%	100.0%

Elaborado por: autora del estudio

Análisis e interpretación

El 65,6% de la población tiene hábitos cariogénicos "Muy buenos" y el 34,4% corresponde a un nivel "Bueno", mientras que en la categoría "Regular" no existe un porcentaje. Los "Adultos jóvenes" y "Jóvenes" presentan los mejores resultados, con un 88,9% y un 53,3%, respectivamente tomando en cuenta el número de participantes. Por otro lado, los "Adultos mayores" tiene un 100% en la categoría "Bueno".

Tabla 15. Relación del promedio de gingivitis y el nivel de instrucción

Pruebas de chi-cuadrado			Significación asintótica (bilateral)
	Valor	Df	
Chi-cuadrado de Pearson	16,148 ^a	6	0.013
Razón de verosimilitud	18.061	6	0.006
Asociación lineal por lineal	6.891	1	0.009
N de casos válidos	32		

Elaborado por: autora del estudio

Análisis e interpretación

H_1 = existen diferencias estadísticamente significativas entre el promedio de gingivitis con respecto al nivel de instrucción.

H_0 = no existen diferencias estadísticamente significativas entre el promedio de gingivitis con respecto al nivel de instrucción.

Se puede observar que, al relacionar el promedio de gingivitis con respecto al nivel de instrucción, se puede aceptar la hipótesis alternativa, pues se evidencia una asociación estadísticamente significativa de p-valor (0,013).

Tabla 16. Relación de los hábitos generales y perspectiva alimentaria y la edad

Pruebas de chi-cuadrado			Significación asintótica (bilateral)
	Valor	df	
Chi-cuadrado de Pearson	17,630 ^a	6	0.007
Razón de verosimilitud	13.597	6	0.034
Asociación lineal por lineal	2.201	1	0.138
N de casos válidos	32		

Elaborado por: autora del estudio

Análisis e interpretación

H_1 = existen diferencias estadísticamente significativas entre los hábitos generales y perspectiva alimentaria con respecto a la edad.

H_0 = no existen diferencias estadísticamente significativas entre los hábitos generales y perspectiva alimentaria con respecto a la edad.

Al observar la tabla anterior se evidencia una asociación estadísticamente significativa de p-valor (0,007) al relacionar los hábitos generales y perspectiva alimentaria con respecto a la edad por lo que se acepta la hipótesis alternativa.

Tabla 17. Relación de los hábitos cariogénicos y la edad

Pruebas de chi-cuadrado			Significación asintótica (bilateral)
	Valor	df	
Chi-cuadrado de Pearson	7,816 ^a	3	0.050
Razón de verosimilitud	8.770	3	0.033
Asociación lineal por lineal	0.012	1	0.913
N de casos válidos	32		

Elaborado por: autora del estudio

Análisis e interpretación

H_1 = existen diferencias estadísticamente significativas entre los hábitos cariogénicos con respecto a la edad.

H_0 = no existen diferencias estadísticamente significativas entre los hábitos cariogénicos con respecto a la edad.

Tomando en cuenta los rangos con los que se mide los hábitos cariogénicos, se evidenció que, al relacionar los hábitos cariogénicos con respecto a la edad, existió una asociación estadísticamente significativa de p-valor (0,050), por esta razón se acepta la hipótesis alternativa.

Tabla 18. Relación del promedio de cálculo y la edad

Pruebas de chi-cuadrado			Significación asintótica (bilateral)
	Valor	df	
Chi-cuadrado de Pearson	20,828 ^a	6	0.002
Razón de verosimilitud	12.776	6	0.047
Asociación lineal por lineal	7.970	1	0.005
N de casos válidos	32		

Elaborado por: autora del estudio

Análisis e interpretación

H_1 = existen diferencias estadísticamente significativas entre el promedio de cálculo con respecto a la edad.

H_0 = no existen diferencias estadísticamente significativas entre el promedio de cálculo con respecto a la edad.

De acuerdo con los valores indicados en la tabla, se puede aceptar la hipótesis alternativa, ya que se evidencia una asociación estadísticamente significativa de p-valor (0,002), con una correlación positiva, es decir, que a mayor edad existe mayor índice de cálculo.

Tabla 19. Relación de los hábitos alimenticios y el nivel de placa dental en jóvenes y adultos.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Primera Sección Hábitos Generales y Perspectiva alimentaria	3,563 ^a	2	0.168
Segunda Sección Hábitos Cariostáticos	0,407 ^a	2	0.816
Tercera Sección Hábitos Cariogénicos	0,563 ^a	1	0.453

Elaborado por: autora del estudio

Análisis e interpretación

H_1 = existen diferencias estadísticamente significativas entre el promedio de placa dental relacionado con las diferentes secciones de hábitos alimenticios.

H_0 = no existen diferencias estadísticamente significativas entre el promedio de placa dental relacionado con las diferentes secciones de hábitos alimenticios.

Se rechaza la hipótesis alternativa, ya que, los valores indicados en la tabla permiten aceptar la hipótesis nula. Esto significa que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de placa dental y los hábitos alimenticios evaluados. En la primera sección (Hábitos Generales y Perspectiva alimentaria) el valor de significancia fue 0.168; en la segunda sección (Hábitos Cariostáticos) el valor fue 0.816; y en la tercera sección (Hábitos Cariogénicos) fue de 0.453. Todos los valores son mayores a 0.05 lo que apoya la conclusión de que no existe relaciones significativas.

4.2 DISCUSIÓN

Respondiendo al objetivo 1 de la presente investigación “Identificar los hábitos alimenticios predominantes en jóvenes y adultos de nacionalidades indígenas amazónicas y ecuatorianas”, pudo apreciarse que varios de los hábitos alimenticios presentes en la población de estudio confluyen en mantener dietas saludables y sanas, las mismas que son obtenidas de la propia localidad en la cual se sitúan las nacionalidades amazónicas, indicando que, pese a poseer niveles de instrucción no tan altos, mantienen una buena educación nutricional. (46) Estos resultados han sido respaldados por estudios similares como es el caso de Shafiee et al (47), quienes mencionan que los pueblos indígenas urbanos (Métis o Primeras Naciones) de las ciudades de Saskatoon, Regina y Prince Albert que se ubican en Saskatchewan, Canadá muestran mayor inclinación hacia la comida saludable, alimentos ricos en nutrientes, de preferencia el mínimo consumo de alimentos procesados, manteniendo así una dieta tradicional indígena de la localidad, que, además, hace énfasis en la promoción de la cultura y su patrimonio en el momento de la alimentación. De acuerdo con Goettke et al (48), el tema alimenticio es un aspecto de suma importancia en las comunidades indígenas (Cree) de Eeyou Istchee en Nemaska, Canadá, en su estudio menciona que la alimentación juega un aspecto fundamental al momento de conservar una buena salud integral de estas comunidades, haciendo que sea un saber nutricional ancestral transmitidos generación tras generación, prevaleciendo aquellos alimentos tradicionales en su dieta, por sobre aquellos productos procesados. En este sentido, aquellas comunidades remotas o casi remotas de São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil tienden a mantener una mayor preferencia por alimentos altos en nutrientes, según Forti et al (49) con relación al patrón alimenticio, se evidenció mayor aprovechamiento de la ingesta de nutrientes en grupos cuya dieta estaba basada en alimentos mínimamente procesados, mostrando mayores índices de salud al priorizar alimentos saludables y tradicionales.

En contraposición a lo antes mencionado Kesharvaz et al (50), mencionan que la introducción de los hábitos de la cultura occidental urbana ha perjudicado el ambiente nutricional de las comunidades indígenas (Inuit y Primeras Naciones) que se encuentran en las afueras de Canadá, indica en su estudio la prevalencia de hábitos alimenticios nocivos para la salud, destacando alimentos altos en azúcar lo cual lo calificaban de mantener una dieta de baja calidad en la comunidad, tanto en adultos como jóvenes, la misma que contribuía al desarrollo de enfermedades crónicas a futuro. Esto es respaldado por Setiono et al (51), quienes explican que la mayor parte de las comunidades nativas americanas de adultos del medio oeste y suroeste de Estados Unidos que han sido población de estudio confluyen en mantener una dieta variable no saludable, tales como la ingesta de alimentos fritos, procesados, carnes en exceso, aunque incluían en su dieta alimentos como frutas y verduras, las proporciones de estas últimas eran inferiores a las recomendadas, por lo cual, el hábito alimenticio que predominaba era deficiente. Estos malos hábitos alimenticios determinan una correlación alarmante en cuanto a la presencia de enfermedades crónicas.

Con respecto al segundo objetivo “Determinar la prevalencia de placa dentobacteriana presente en la población de estudio”, en el presente estudio se evidenció que existen índices bajos de placa, lo cual indica la presencia de buenos hábitos de higiene oral. De esta manera,

es posible apreciar que las comunidades indígenas incluidas en este estudio mantienen buenas prácticas de aseo bucodental, reflejado en niveles inferiores de placa. Este resultado es sustentado por estudios de similar índole, como refiere la investigación llevado a cabo por Baldisserotto et al (52) en donde, tras haber realizado una encuesta correspondiente a las comunidades indígenas guaraníes residentes en el estado de Río Grande do Sul en Brasil sobre los hábitos de higiene y el cuidado juntamente las visitas odontológicas, se pudo obtener que mantienen una higiene promedio, en donde se reflejan bajos niveles de presencia de enfermedades que afectan al periodonto, así como el índice de caries y la presencia de placa. Así mismo se recopilaron datos presentes en la encuesta que indican moderada a buena preocupación por el cuidado dental de estas comunidades pese a la dificultad de acceso al sitio. Basado en esto, indican que el acceso a los artículos de aseo y los servicios de salud favorecen y promueven el cuidado bucodental. Esto se asemeja con lo que describen Vorobyova et al (53) en su estudio basado en la salud dental de la comunidad indígena (Nenets) que habitan en la isla de Vaigach al norte de Rusia, en donde indagó la prevalencia e incidencia de enfermedades y afecciones dentales mediante visitas odontológicas e inspecciones clínicas para recopilar datos correspondientes a los índices de salud bucal, presentando índices moderados a bajos de placa, enfermedad periodontal y caries, concluyendo en la presencia de un nivel de higiene bueno, de manera que en la comunidades remotas de población indígena mantienen hábitos de higiene moderadamente buenos lo que contribuye a mantener buenos índices de salud bucodental.

Aquellos resultados contrastan con el estudio de Días et al (54), en el que se evaluó el nivel de salud oral presente en la comunidad de Maká, Paraguay, en el cual, tras haber realizado una exploración intraoral para obtener datos correspondientes a los índices de salud oral de este sector menciona que existes niveles altos en el índice CPO-D, al igual que el índice de Loë y Silness, además del índice de O'Leary, el cual se concentra en determinar la cantidad de placa bacteriana presente en los dientes, cuyos valores indican una gran presencia de placa dentobacteriana en la población objetivo de estudio, además la falta de higiene oral regular de la comunidad contribuye a mantener índices elevados de placa bacteriana, así como los demás indicadores de la salud. El estudio de Hussain et al (55) presentó resultados similares en poblaciones indígenas canadienses (Primeras Naciones, Métis o Inuit), en el cual se determinó la ausencia de higiene en gran parte de la población, por ende, la higiene bucodental fue decadente, lo cual conlleva a problemas de salud e índices de salud oral elevados en las comunidades indígenas. Aquino-Canchari et al (56) se suma a estos resultados al encontrar similitudes en el estudio llevado a cabo en las comunidades nativas indígenas de Perú, en donde, al ser un estudio observacional, se apreciaron los deplorables niveles de salud bucal, ya que se encontraron no solo índices de placa elevados, sino también altos índices de caries en varias piezas dentales así como gran cantidad de dientes perdidos, presentando de esta manera incluso niveles más elevados que los estudios anteriores, indicando de este modo que las comunidades remotas poseen bajos índices de higiene oral además de la falta de atención odontológica que puede llegar a dichos sectores.

Finalmente, respondiendo al objetivo 3 “Establecer la correlación entre los hábitos alimenticios y la formación de placa dental”, en el presente estudio no se encontró una

relación estadísticamente significativa entre los hábitos alimenticios y la placa dentobacteriana. Cabe destacar que no existen estudios que puedan indicar una relación directa entre los hábitos alimenticios y la formación de placa bacteriana en poblaciones remotas. Tampoco se han mostrado resultados que descarten dicha relación o una relación inversa, como el caso hipotético de índices deplorables de salud bucal asociado a la dieta regional. Algunos autores presentan resultados que se contraponen a los expuestos previamente, así como, Abdallah et al (57) en su estudio vinculado con el efecto de la dieta en la salud oral encontró que, una población indígena (Marwi) del estado de Khartoum cuyos hábitos alimenticios son más ricos en nutrientes y proteínas, baja en carbohidratos y alimentos saturados, presenta mejores índices de salud oral en comparación con un grupo control cuya dieta está basada en alimentos procesados, ya que en este último se encontró mayor propensión de desarrollo de enfermedades bucodentales asociadas a la dieta. Molinsky et al (58) indicaron que existe una correlación entre la salud oral y los hábitos alimenticios, ya que puntualizaron que una dieta variada basada en alimentos de origen vegetal con alto valor nutricional no procesado está asociado a una baja diversidad en la microbiota oral, lo cual se traduce como niveles bajos de acumulación de placa bacteriana y por consiguiente, falta de sustrato para el desarrollo de las bacterias no saprófitas de la cavidad oral que pueden devenir en enfermedades bucodentales; así se mantiene en equilibrio la salud oral. Esto es corroborado por Robati et al (59), debido a que mencionan el efecto de la nutrición en la cavidad oral, ya que indica que una dieta balanceada contribuye a mantener la salud oral y general. Indicó que una dieta alta en comidas saturadas y procesadas pueden llegar a causar varias enfermedades en la cavidad oral, tales como candidiasis, hipoplasias, caries, entre otras enfermedades que empiezan con el acúmulo de placa dentobacteriana.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Se identificó que, los hábitos dentro de la población de estudio en su mayoría mantienen niveles muy buenos tanto en la categoría de hábitos generales, cariostáticos y cariogénicos. En la primera categoría correspondiente a hábitos generales destacan los jóvenes, adultos jóvenes y adultos con hábitos muy buenos, mientras que solo los adultos mayores presentan un nivel regular en un 100%. Mientras que en la categoría de hábitos cariostáticos lo jóvenes presentan buenos hábitos, mientras que adultos y adultos mayores destacan por tener hábitos regulares. Por último, en la sección de hábitos cariogénicos, solo la totalidad de adultos mayores presentan buenos hábitos, mientras que los demás grupos etarios destacan on muy buenos hábitos.

Se determinó que la población de estudio presenta en ambos grupos etarios tanto jóvenes como adultos una baja prevalencia de placa dentobacteriana en la comunidad Zápara, ya que, predomina una buena higiene oral con un 71,9%.

Se estableció que no existe una asociación significativa entre hábitos alimenticios y la formación de placa dental. Sin embargo, existió una correlación positiva alta entre la edad y los hábitos alimenticios generales-perspectiva alimentaria; edad y hábitos cariogénicos; promedio de cálculo y edad; lo que evidencia que la edad es un factor que determina los hábitos alimenticios y que a mayor edad mayor es el promedio de cálculo. Adicionalmente, existió correlación positiva alta entre el promedio de gingivitis y el nivel de instrucción, lo que indica que según la educación la población posee menos conocimiento sobre una correcta higiene bucal que prevenga la gingivitis.

5.2. RECOMENDACIONES

Se recomienda implementar charlas enfocadas en la buena alimentación y hábitos alimenticios saludables y la importancia de estos tanto en la salud general como en la salud bucal, así de esta forma prevenir enfermedades generales o bucales.

Se recomienda fomentar e implementar programas educativos sobre promoción de la higiene oral enfocados en la placa dentobacteriana y el cálculo dental; y sobre la prevención de patologías orales que pueden desarrollarse por una higiene incorrecta, considerar especialmente a los adultos mayores que ya tienen hábitos establecidos.

Se recomienda considerar en futuros estudios los tiempos de alimentación de la población, la presencia de asistencia sanitaria en el sector y el tipo de higiene bucal mantenido por esta, además aumentar el tamaño de la población de estudio para tener resultados mas profundos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zerón A. Rebelión en el biofilm. Una historia de hadas. Revista ADM [Internet]. 2024 [citado 26 de octubre de 2024];81(4):197-200. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2024/od244a.pdf>
2. Barbosa K, Hernández J, Hormiga L. Índices de placa dentobacteriana: Revisión sistemática [Internet]. [Bucaramanga]: Universidad Santo Tomás; 2020 [citado 25 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/30813>
3. Organización Mundial de la Salud. Salud Bucodental [Internet]. 2025 [citado 25 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
4. Zaga O. Índice de CPOD y su relación con los hábitos alimenticios en adultos jóvenes deportistas (de 17 a 25 años) que acuden a gimnasios de Zona Urbana y Zona Sub Urbana, Arequipa 2019 [Internet]. [Colombia]: Universidad Católica de Santa María; 2020 [citado 25 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/b8044fc0-191d-4ae5-8bab-58ee1aec8955/content>
5. Valencia K. Hábitos de higiene oral y hábitos alimenticios en pacientes que acuden al Centro de Salud San Francisco en Tacna – 2021 [Internet]. [Huancayo]: Universidad Privada Huancayo Franklin Roosevelt; 2021 [citado 25 de octubre de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.uroosevelt.edu.pe/handle/20.500.14140/730>
6. Rivera E. Relación entre placa bacteriana, caries dental y hábitos alimenticios en estudiantes de la Universidad Alas Peruanas – 2017 – 2C [Internet]. [Perú]: Universidad Alas Peruanas; 2018 [citado 25 de octubre de 2024]. Disponible en: https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/7479/Tesis-Placa_Caries_Estudiantes.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Huaman J. Hábitos alimenticios y su relación con el desgaste dentario en pacientes adultos que asisten a la Clínica Dents Total Ayacucho 2022 [Internet]. [Ayacucho]: Universidad Alas Peruanas; 2023 [citado 26 de octubre de 2024]. Disponible en: https://repositorio.uap.edu.pe/jspui/bitstream/20.500.12990/11771/1/Tesis_H%C3%A1bitos%20alimenticios_Su%20relaci%C3%B3n%20con%20el%20desgaste%20dentario_Pacientes%20adultos%20Cl%C3%ADnica%20Dents%20Total%20Ayacucho%202022.pdf
8. Cruz J, Pariona M. Cantidad de placa dental y autopercepción periodontal en niños de 12 años: Estudio correlacional. Revista Cuatrimestral “Conecta Libertad” [Internet]. 2021 [citado 25 de octubre de 2024];5(1):1-11. Disponible en: <https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/170/391>
9. Organización Mundial de la Salud. La OMS destaca que el descuido de la salud bucodental afecta a casi la mitad de la población mundial [Internet]. 2022 [citado 25 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/18-11-2022-who-highlights-oral-health-neglect-affecting-nearly-half-of-the-world-s-population#:~:text=El%20informe%20muestra%20que%20casi,de%20ingreso%20bajo%20y%20mediano.>

10. Meier C, Chamorro W, Peres N, Roman C, Sani J, Sani A. Estudio epidemiológico sobre índice de placa bacteriana y CPO. *Odontologia (Lima)* [Internet]. 30 de julio de 2021 [citado 25 de octubre de 2024];23(2):e2177. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8307873.pdf>
11. Rosado G, Zapata R, Orozco R, Vidal J. Prevalence of dental calculus in a young adult population in a suburban community of the city of San Francisco de Campeche 2021. *ECORFAN Journal Republic of Guatemala* [Internet]. 31 de diciembre de 2022 [citado 25 de octubre de 2024];8(14):1-12. Disponible en: https://www.ecorfan.org/republicofguatemala/journal/vol8num14/ECORFAN_Journal_Republic_of_Guatemala_V8_N14_1.pdf
12. Suasnabas E, Lorenty L, Montesdeoca C, Zurita S. Odontología y nutrición. *RECIMUNDO* [Internet]. 2023 [citado 16 de noviembre de 2024];7(2):383-92. Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/2064>
13. Sánchez G. Prevalencia de Biofilm en estudiantes de primer semestre vs estudiantes de noveno semestre de la facultad de Odontología de la UDLA en el periodo 2020-1 [Internet]. [Ecuador]: Universidad de las Américas; 2020 [citado 16 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/11933/1/UDLA-EC-TOD-2020-04.pdf>
14. La Rosa G, Chapple I, Polosa R, Pedullà E. A scoping review of new technologies for dental plaque quantitation: Benefits and limitations. *J Dent* [Internet]. 1 de diciembre de 2023 [citado 16 de noviembre de 2024];139:104772. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300571223003585?via%3Dihub>
15. Brown J, Johnston W, Delaney C, Short B, Butcher M, Young T, et al. Polymicrobial oral biofilm models: Simplifying the complex. *J Med Microbiol* [Internet]. 12 de agosto de 2019 [citado 16 de noviembre de 2024];68(11):1573-84. Disponible en: <https://eprints.gla.ac.uk/192785/1/192785.pdf>
16. Digel I, Kern I, Geenen E, Akimbekov N. Dental plaque removal by ultrasonic toothbrushes. *Dent J (Basel)* [Internet]. 23 de marzo de 2020 [citado 16 de noviembre de 2024];8(1). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7175112/>
17. Jakubovics N, Goodman S, Mashburn L, Stafford G, Cieplik F. The dental plaque biofilm matrix. *Periodontol 2000* [Internet]. 1 de junio de 2021 [citado 16 de noviembre de 2024];86(1):32-56. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9413593/>
18. Sarduy L, González M. La biopelícula: una nueva concepción de la placa dentobacteriana. *Medicentro Electrónica* [Internet]. 2016 [citado 16 de noviembre de 2024];20(3):167-75. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432016000300002
19. Abdulkareem A, Al-Taweel F, Al-Sharqi A, Gul S, Sha A, Chapple I. Current concepts in the pathogenesis of periodontitis: from symbiosis to dysbiosis. *J Oral Microbiol* [Internet]. 2023 [citado 16 de noviembre de 2024];15(1):2197779. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10071981/>

20. Rathee M, Jain P. Gingivitis. Australian Journal of Pharmacy [Internet]. 27 de marzo de 2023 [citado 16 de noviembre de 2024];96(1141):64-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557422/>
21. Kwon T, Lamster I, Levin L. Current Concepts in the Management of Periodontitis. Int Dent J [Internet]. 1 de diciembre de 2021 [citado 16 de noviembre de 2024];71(6):462-76. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9275292/>
22. Forshaw R. Dental calculus - oral health, forensic studies and archaeology: a review. Br Dent J [Internet]. 9 de diciembre de 2022 [citado 16 de noviembre de 2024];233(11):961-7. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9734501/>
23. Li Q, Luo K, Su Z, Huang F, Wu Y, Zhou F, et al. Dental calculus: A repository of bioinformation indicating diseases and human evolution. Front Cell Infect Microbiol [Internet]. 12 de diciembre de 2022 [citado 16 de noviembre de 2024];12:1035324. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9791188/>
24. Wei Y, Dang G, Ren Z, Wan M, Wang C, Li H, et al. Recent advances in the pathogenesis and prevention strategies of dental calculus. NPJ Biofilms Microbiomes [Internet]. 2024 [citado 16 de noviembre de 2024];10(1):56. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11246453/>
25. van der Sluijs E, Slot D, Hennequin N, Valkenburg C, van der Weijden F. The efficacy of an oscillating-rotating power toothbrush compared to a high-frequency sonic power toothbrush on parameters of dental plaque and gingival inflammation: A systematic review and meta-analysis. Int J Dent Hyg [Internet]. 2022 [citado 16 de noviembre de 2024];21(1):77-94. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10084121/>
26. Shrivastava D, Natoli V, Srivastava K, Alzoubi I, Nagy A, Hamza M, et al. Novel approach to dental biofilm management through guided biofilm therapy (Gbt): A review. Microorganisms [Internet]. 2021 [citado 16 de noviembre de 2024];9(9):1966. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8468826/>
27. Ortiz A, Ortiz R, Guillen R, Irigoyen J. Índice de higiene oral simplificada en el Ecuador. RECIMUNDO. 2024;8(1):224-38.
28. Quinzo F, Ávila C, Pataron K, Sigcho T. “Evaluación del Índice de Higiene Oral Simplificado en Estudiantes de 6 a 13 Años, del Cantón Riobamba, Provincia de Chimborazo- Ecuador 2024”. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar [Internet]. 2024 [citado 16 de noviembre de 2024];8(2):6198-212. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/11042>
29. Mora K, Calle D, Sacoto F. Índice de higiene oral simplificado en escolares de 6 años de edad, Ecuador, 2016. Odontología Vital [Internet]. 2020 [citado 26 de noviembre de 2024];(33):73-8. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-07752020000200073&lng=en&nrm=iso&tlng=es
30. Kürschner A. Índices aplicados en la profilaxis y el tratamiento periodontal. Quintessence [Internet]. noviembre de 2011 [citado 26 de noviembre de 2024];

- 2024];24(9):517-23. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-quintessence-9-articulo-indices-aplicados-profilaxis-el-tratamiento-X0214098511395915>
31. Espinoza G, Armijos J, Machuca S, Gavilánez S. Potencial cariogénico en alimentos incluidos en las loncheras y su influencia en la salud oral. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud Salud y Vida* [Internet]. 2022 [citado 26 de noviembre de 2024];6(3):313-26. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8966223>
 32. Gholami M, Mohebbi S, Mafakheri M, Shahhosseini H. Evaluation of frequency of consumption of cariogenic snacks by freshmen versus the senior dental students in Tehran and the related factors: a cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 30 de septiembre de 2024 [citado 21 de enero de 2025];14(9):e086041. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11448127/>
 33. Tennert C, Reinmuth A, Bremer K, Al-Ahmad A, Karygianni L, Hellwig E, et al. An oral health optimized diet reduces the load of potential cariogenic and periodontal bacterial species in the supragingival oral plaque: A randomized controlled pilot study. *Microbiologyopen* [Internet]. 2020 [citado 21 de enero de 2025];9(8). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7424251/>
 34. Tungare S, Paranjpe A. Diet and Nutrition to Prevent Dental Problems. *StatPearls* [Internet]. 10 de julio de 2023 [citado 21 de enero de 2025]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534248/>
 35. Mazurkiewicz D, Pustulka M, Ambrozik J, Bienkiewicz M. Dietary Habits and Oral Hygiene as Determinants of the Incidence and Intensity of Dental Caries—A Pilot Study. *Nutrients* [Internet]. 19 de noviembre de 2023 [citado 21 de enero de 2025];15(22):4833. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10674309/>
 36. Shkembi B, Huppertz T. Impact of Dairy Products and Plant-Based Alternatives on Dental Health: Food Matrix Effects. *Nutrients* [Internet]. 2023 [citado 21 de enero de 2025];15(6):1469. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10056336/>
 37. Kurek A, Walczynska W, Felitti R, Baron S, Olczyk P. Propolis and Diet Rich in Polyphenols as Cariostatic Agents Reducing Accumulation of Dental Plaque. *Molecules* [Internet]. 2 de enero de 2022 [citado 21 de enero de 2025];27(1):271. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8746943/>
 38. Tenelanda D, Valdivia P, Castro M. Eating Habits and Their Relationship to Oral Health. *Nutrients* [Internet]. 2020 [citado 9 de febrero de 2025];12(9):2619. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6643/12/9/2619>
 39. Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional F de P de las NU. Segundo Informe Nacional de Juventudes [Internet]. 2020 [citado 9 de febrero de 2025]. Disponible en: https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/informe_jovenes.pdf
 40. Consejo de Igualdad Intergeneracional. Estado de situación de la juventud [Internet]. [citado 9 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.igualdad.gob.ec/estado-de-situacion-de-la-juventud/>

41. Campo S. ¿Eres un adulto mayor o un anciano? Esta es la clasificación de la OMS para las personas desde los 60 hasta los 90 años [Internet]. 2024 [citado 9 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.infobae.com/peru/2024/10/25/eres-un-adulto-mayor-o-un-anciano-esta-es-la-clasificacion-de-la-oms-para-las-personas-desde-los-60-hasta-los-90-anos/>
42. Quinatar A. Análisis de la calidad de vida en Adultos Mayores del Municipio de Tetepango, Hidalgo: a través del instrumento WHOQOL-BREF [Internet]. [Hidalgo]: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2010 [citado 9 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/431e4d95-46d9-4de6-a0a6-d41b1cb7d0b9/content>
43. Ministerio de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual de Uso del Formulario 033. Historia Clínica Única de Odontología [Internet]. [citado 16 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/HISTORIA%20CL%C3%8DNICA%20%C3%9ANICA%20DE%20SALUD%20BUCAL.pdf>
44. Garg S, Nasir S. Comparative evaluation of oral hygiene status by using oral hygiene index, simplified oral hygiene index, and modified oral hygiene index: Revalidation of modified oral hygiene index. J Indian Soc Periodontol [Internet]. 2025 [citado 10 de febrero de 2025];28(4):461-7. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11864336/>
45. Zapata G. Validación de un instrumento sobre hábitos alimenticios en salud oral. 26 de enero de 2024 [citado 16 de noviembre de 2024]; Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/12286>
46. Zurita M. Cultivando las plantas y la sociedad waorani. Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi Ciências Humanas [Internet]. 2017 [citado 18 de marzo de 2025];12(2):495-516. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/bgoeldi/a/GVx5yfk3CCSXjLrXxjzYtQs/?lang=es>
47. Shafiee M, Al-Bazz S, Lane G, Szafron M, Vatanparast H. Exploring Healthy Eating Perceptions, Barriers, and Facilitators among Urban Indigenous Peoples in Saskatchewan. Nutrients [Internet]. julio de 2024 [citado 11 de febrero de 2025];16(13). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38999754/>
48. Goettke E, Reynolds J. “It’s all interconnected... like a spider web”: a qualitative study of the meanings of food and healthy eating in an Indigenous community. Int J Circumpolar Health [Internet]. 2019 [citado 11 de febrero de 2025];78(1):1648969. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6711030/>
49. Forti H, Nogueira A, Castilho A, Ferreira M, Machado A, De Cássia R. Comparison of Nutrient Intake Across Different Dietary Patterns in Brazilian Community-Dwelling Older Adults. Nutrients [Internet]. 7 de febrero de 2025 [citado 11 de febrero de 2025];17(4):603. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6643/17/4/603>
50. Keshavarz P, Lane G, Pahwa P, Lieffers J, Shafiee M, Finkas K, et al. Dietary Patterns of Off-Reserve Indigenous Peoples in Canada and Their Association with Chronic

- Conditions. *Nutrients* [Internet]. 2023 [citado 11 de febrero de 2025];15(6):1485. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6643/15/6/1485>
51. Setiono F, Jock B, Trude A, Wensel C, Poirier L, Pardilla M, et al. Associations between Food Consumption Patterns and Chronic Diseases and Self-Reported Morbidities in 6 American Indian Communities. *Curr Dev Nutr* [Internet]. febrero de 2019 [citado 11 de febrero de 2025];3:69-80. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/345430057_Associations_between_Food_Consumption_Patterns_and_Chronic_Diseases_and_Self-Reported_Morbidities_in_6_American_Indian_Communities
 52. Baldisserotto J, Moreira A, Maria C. Artigo Original Condições de saúde bucal da população indígena guarani moradora no Sul do Brasil Oral health status of the guarani indigenous population living in southern Brazil. 2019 [citado 20 de marzo de 2025];27(4):468-75. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/337496480_Condicoes_de_saude_bucal_da_populacao_indigena_guarani_moradora_no_Sul_do_Brasil
 53. Vorobyeva N, Kunavina K, Golubovich A, Vorobyeva A. ORAL HEALTH OF THE INDIGENOUS PEOPLE OF VAIGACH ISLAND, ARCTIC RUSSIA. *Ekologiya cheloveka (Human Ecology)* [Internet]. 2021 [citado 20 de marzo de 2025];28(4):25-9. Disponible en: <https://hum-ecol.ru/1728-0869/article/view/70890>
 54. Diaz C, Pérez N, Ferreira M, Sanabria D, Aponte L, Arévalos M, et al. Evaluación de la salud oral en nativos de la comunidad Maká . *RevNac (Itauguá)* [Internet]. 2014 [citado 20 de marzo de 2025];6(2). Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/884811/v6n2a03.pdf>
 55. Hussain A, Bravo S, Crizzle A. Predictors of self-rated oral health in Canadian Indigenous adults. *BMC Oral Health* [Internet]. 2021 [citado 20 de marzo de 2025];21(430):1-11. Disponible en: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-021-01796-6>
 56. Aquino C, Caro H, Crisol D, Zurita J, Barrientos J, Villavicencio E. Perfil clínico epidemiológico de salud oral en comunidades nativas peruanas. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* [Internet]. 11 de noviembre de 2019 [citado 20 de marzo de 2025];18(6):907-19. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1804/180462399007/html/>
 57. Abdallah R, Gareeb A, Imam S, Hassan Y. Effect Of Diet And Dietary Habits On The Dental Tissues Of Ancient And Current Population In Sudan - *IJAR - Indian Journal of Applied Research*. *Indian J Appl Res* [Internet]. octubre de 2024 [citado 1 de mayo de 2025];14(10). Disponible en: [https://www.worldwidejournals.com/indian-journal-of-applied-research-\(IJAR\)/fileview/effect-of-diet-and-dietary-habits-on-the-dental-tissues-of-ancient-and-current-population-in-sudan_October_2024_1720983497_3711820.pdf](https://www.worldwidejournals.com/indian-journal-of-applied-research-(IJAR)/fileview/effect-of-diet-and-dietary-habits-on-the-dental-tissues-of-ancient-and-current-population-in-sudan_October_2024_1720983497_3711820.pdf)
 58. Molinsky R, Johnson A, Marotz L, Roy S, Bohn B, Goh C, et al. Association Between Dietary Patterns and Subgingival Microbiota: Results From the Oral Infections, Glucose Intolerance, and Insulin Resistance Study (ORIGINS). *J Clin Periodontol* [Internet]. 2024 [citado 1 de mayo de 2025];52(1):2-15. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11671169/>

59. Robati B, Mirhedayati E, Mirhedayati A. Exploring Connections Between Diet, Saliva Production, and Oral Health. International Journal of New Findings in Health and Educational Sciences (IJHES) [Internet]. 2024 [citado 1 de mayo de 2025];2(4):59-65. Disponible en: <https://ijhespub.org/index.php/pub/article/view/100/88>

ANEXOS

Anexo 1. Resolución de aprobación del proyecto

	Dirección de Investigación VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN, VINCULACIÓN Y POSTGRADO	<i>en movimiento</i>  SGC SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
Riobamba, marzo 3 de 2023 Oficio No. 40-S-CIV-UNACH-2023		
MsC. Mónica Valdiviezo Maygua SUBDECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD PhD. Carlos Gafas González COORDINADOR CID DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD PhD. Carlos Espinoza Chávez DIRECTOR DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Mgs. Vicente Benítez GESTIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Presente		
De nuestra consideración:		
Una vez aprobada el Acta de la sesión ordinaria de la Comisión de Investigación y Vinculación, llevada a cabo el 1 de marzo 2023, cumplimos con el deber de informar la resolución pertinente:		
RESOLUCIÓN N° 40 - CIV-1-3-2023.- Una vez que ha concluido el proceso de arbitraje de la propuesta de investigación denominada "PROGRAMA DE SALUD ORAL INTEGRAL PARA LA NACIONALIDAD WAORANI (ECUADOR)" presentada por el PhD. Carlos Espinoza Chávez, bajo el auspicio del Grupo de investigación SALUD ORAL INTEGRAL; en función del artículo 51 literal b del Reglamento de Investigación, cumpliendo el debido proceso, haber alcanzado una evaluación de 86/100 y de contar con el informe favorable por parte de Gestión de la Investigación mediante Oficio No. 95-DIR.INV-GI-UNACH-2023, la Comisión RESUELVE:		
1. Acogerse al informe de Gestión de la Investigación y por consiguiente aprobar el proyecto de investigación denominado "PROGRAMA DE SALUD ORAL INTEGRAL PARA LA NACIONALIDAD WAORANI (ECUADOR)" bajo la dirección del PhD. Carlos Espinoza Chávez. 2. Incluirlo en el Portafolio de proyectos de investigación y determinar como inicio de ejecución del mismo, a partir del inicio del periodo académico 2023 1S.		
Particular que comunicamos para los fines consiguientes.		
Atentamente,		
 SILVANA MAGRE ZÚNIGA RECALDE Secretaria General de la Comisión		Mgs. Myrian Zárate S. SECRETARIA DE LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
Aprobado por: Comisión de Investigación 1/03/2023 Elaborado por: Mgs. Myrian Zárate 3/03/2022		
1		

Anexo 2. Historia Clínica



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

N. HISTORIA CLÍNICA	
NOMBRES Y APELLIDOS	
FECHA DE NACIMIENTO	
LUGAR DE NACIMIENTO	
SEXO	ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN DE DOMICILIO	
LUGAR DE RESIDENCIA	
TELÉFONO	CELULAR
PROFESIÓN	OCUPACIÓN
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR	
TELÉFONO	CELULAR

RIOBAMBA - ECUADOR

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO (M/F)		EDAD		Nº HISTORIA CLÍNICA	
MENOR DE 1 AÑO		1 - 4 AÑOS		5 - 9 AÑOS		10 - 14 AÑOS		15 - 19 AÑOS		20 AÑOS O MÁS	
1 MOTIVO DE CONSULTA											
2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL											
3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES											
4 SIGNOS VITALES											
5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO											
6 ODONTOGRAMA											
7 INDICADORES DE SALUD BUCAL											
8 INDICES CPO-CEO											
9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA											

ODONTOLOGÍA (1)

Anexo 3. Consentimiento Informado para la población Zápára

Declaro que he leído este formulario de consentimiento informado y que su contenido me ha sido explicado. Mis preguntas han sido respondidas. Consiento voluntariamente participar en este estudio y que la información sea utilizada para el desarrollo de este.

No estoy participando en otro proyecto de investigación en este momento, ni lo he hecho en los seis meses previos, a la firma de este consentimiento informado.

Al firmar este formulario de consentimiento informado, no renuncio a ninguno de mis derechos legales.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

_____/_____/_____
Firma del sujeto de investigación Fecha

Cédula de ciudadanía

Nombre del sujeto de investigación

_____/_____/_____
Firma de la persona que explicó el contenido del consentimiento Fecha

Nombre de la persona que explicó el consentimiento

Si el participante es analfabeto

Se me ha leído y explicado la información respecto al estudio en el que me proponen participar. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Declaro que se me ha leído este formulario de consentimiento informado y que su contenido me ha sido explicado. Mis preguntas han sido respondidas. Consiento voluntariamente a participar en este estudio y que la información sea utilizada para el desarrollo de este.

No estoy participando en otro proyecto de investigación en este momento, ni lo he hecho en los seis meses previos a la firma de este consentimiento informado.

Al firmar este formulario de consentimiento informado, no renuncio a ninguno de mis derechos legales.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

_____/_____/_____
Firma del sujeto de investigación Fecha

Cédula de ciudadanía

Nombre del sujeto de investigación

_____/_____/_____
Firma de la persona que explicó el consentimiento Fecha

Nombre de la persona que explicó el consentimiento

Huella dactilar de participante



_____/_____/_____
Firma del Testigo Fecha

Cédula de ciudadanía

Investigador

He dado lectura y he aclarado las dudas generadas por el participante del documento de consentimiento informado. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libre y voluntariamente.

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado

_____/_____/_____
Firma del Investigador Fecha

Cédula de ciudadanía