



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

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL EN ADULTOS DE 45 A 65
AÑOS, DE LA PARROQUIA MACHÁNGARA, CUENCA-
ECUADOR, 2017.

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DE
TÍTULO DE ODONTÓLOGO**

Autor: Galarza Anguisaca, Santiago Israel.

Director: Cabrera Cabrera, Gladys Eulalia Mgs.

CUENCA

2018

DECLARACIÓN

Yo, Galarza Anguisaca Santiago Israel, declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado la totalidad de las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento; y eximo expresamente a la UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

La UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su reglamento y normatividad institucional vigente.

.....
Autor: Galarza Anguisaca Santiago Israel

C.I.: 0302689740

CERTIFICACION DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION

Dra. Liliana Encalada Verdugo.

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN – CARRERA ODONTOLOGÍA.

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación “Negligencia al cuidado dental en adultos de 45 a 65 años, de la parroquia Machángara, Cuenca-Ecuador, 2017.” realizado por Santiago Israel Galarza Anguisaca, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que esta expedito para su presentación.

Cuenca, septiembre del 2018

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.

DPTO. DE INVESTIGACION ODONTOLOGÍA.

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Dra. Liliana Encalada Verdugo.

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN – CARRERA ODONTOLOGÍA.

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación Negligencia al cuidado dental en adultos de 45 a 65 años, de la parroquia Machángara, Cuenca-Ecuador, 2017.”, realizado por Santiago Israel Galarza Anguisaca, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que está expedito para su sustentación.

Cuenca, septiembre del 2018

.....
Lic. Gladys Eulalia Cabrera C. Mgs.

DEDICATORIA

A Dios, que inspira mi espíritu para seguir el camino del bien y por estar conmigo siempre, fortaleciendo mi corazón en los momentos difíciles, enseñándome a encarar las adversidades sin perder jamás la esperanza y desfallecer en el intento.

A mi madre Narcisa Anguisaca, mi modelo a seguir, mi consejera y mi apoyo incondicional en toda la connotación de la palabra especialmente durante estos duros años, quien jamás perdió su fe en mí, me enseñó que nada en esta vida es fácil y desde niño me dijo “debes estudiar”, hoy esas son palabras irrefutables y las convertiré en mi legado. Te amo madrecita, gracias por lo que hiciste conmigo, no estaría aquí si no fuera por todo lo que has hecho por mí, solo espero que te sientas orgullosa.

A mi maestra Gladys Cabrera, quien de manera muy desinteresada me dio ánimos y me brindó su ayuda cuando no supe que hacer, debe saber que es mucho más que una gran docente y profesional, para mí es una gran persona y un excelente ser humano, de quien estoy seguro se enorgullece nuestra institución. Gracias por todo licenciada.

A mis hermanos Diego y Tatiana, para que vean en mí su ejemplo a seguir.

A mis familiares, amigos y a todas aquellas personas que formaron parte de mi vida, que se convirtieron en mi soporte y compañía durante todo el período de estudio, esto también se los debo a ustedes.

EPÍGRAFE

No importa dónde te encuentres, sino dónde quieres llegar.

<<Oliver Weldell Holmes>>

Es más sencillo obtener lo que se desea con una sonrisa que
con la punta de la espada.

<< William Shakespeare>>

AGRADECIMIENTOS

A la Lic. Gladys Cabrera, por su asesoría y apoyo incondicional para la elaboración de la presente investigación.

A la Dra. Liliana Encalada por las diversas revisiones que realizó a este trabajo, apoyándome a través de sus sugerencias y consejos.

Al Dr. Ebingen Villavicencio por su apoyo y orientación en los aspectos metodológicos y estadísticos.

A la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca por permitirme ser parte de una generación de triunfadores y gente productiva para el país.

Finalmente, gracias a la buena disposición que tuvieron los participantes que colaboraron con este estudio.

LISTA DE ABREVIATURAS

MSP: Ministerio de Salud Pública

INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

OMS: Organización Mundial de Salud

CIUO: Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones

MIES: Ministerio de Inclusión y Economía Social

SSC: Seguro Social Campesino

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

MSP: Ministerio de Salud Pública

UCACUE: Universidad Católica de Cuenca

INDICE DE CONTENIDOS.

RESUMEN.....	12
ABSTRACT	13
CAPÍTULO I	16
1. INTRODUCCIÓN.....	14
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	17
3.1 OBJETIVOS.....	18
3.1. OBJETIVO GENERAL:	18
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	18
4. MARCO CONTEXTUAL	19
4.1 LA SALUD	19
4.1. a. Descuido de la Salud.	19
4.1.1. SALUD ORAL.....	20
4.1.1. a. Cambios Fisiológicos.....	20
4.1.2. ENFERMEDADES BUCODENTALES	21
4.1. 2.a. Cambios en los dientes.....	21
4.1.2. b. Cambios en la mucosa bucal y el periodonto.	22
4.1.2. c. Cambios óseos.....	22
4.1.2. d. Cambios relacionados con las glándulas salivales.....	22
4.1.1.1 NEGLIGENCIA EN EL CUIDADO DENTAL	23
4.1.1. 1.a. Placa bacteriana y su influencia con la negligencia del cuidado dental	24
4.1.1. 1.b. Clasificación de la negligencia.....	25
4.1.1. 1.c. Frecuencia de negligencia al cuidado dental	25
4.1.1.1. d. Escala para medir la negligencia (DNS).....	26
4.1.1.1. e. Factores causantes de negligencia al cuidado dental	27
4.1.1.1. f. Manejo en paciente con negligencia al cuidado dental.....	28
4.1.1.1.1. LA OCUPACION.....	28
4.1.1. 1.a. Clasificación de Ocupación según el INEC.	29

4.1.1.1.1. La Ocupación y la Salud en adultos mayores.	31
4.1.1.1. Ingresos económicos en el Ecuador.....	32
4.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	33
5.- HIPÓTESIS.....	37
CAPÍTULO II	38
1. MARCO METODOLÓGICO	39
2. Población y Muestra	39
5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.....	42
5 PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.....	44
6 ASPECTOS BIOÉTICOS.....	45
CAPITULO III	46
RESULTADOS:	47
DISCUSIÓN.	53
CONCLUSIONES:	56
BIBLIOGRAFIA	57
ANEXOS	64
ANEXO 1. FICHA DE ENCUESTAS DE SALUD BUCAL DEL PROYECTO DE BARRERAS EN LA ODONTOLOGÍA.....	65
ANEXO 2. CUESTIONARIO DE LA ESCALA DE NEGLIGENCIA DENTAL (DNS) DE THOMPSON.	68

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Distribución de la muestra según la negligencia.....	48
Tabla N° 3. Distribución de la muestra de acuerdo al sexo.....	49
Tabla N° 3. Distribución de la muestra en función del ingreso económico.....	50
Tabla N° 4. Relación entre la ocupación y la negligencia	51
Tabla N° 5. Relación entre la edad y la negligencia	52

RESUMEN

Objetivo: Determinar el grado de Negligencia al cuidado dental en adultos de 45 a 65 años, de la parroquia Machángara, Cuenca-Ecuador, 2017. **Materiales Y Métodos:** Fue un estudio descriptivo transversal. La muestra estuvo constituida por 403 pacientes adultos mayores de 45 a 65 años, que cumplieron los criterios de selección en la parroquia Machángara de la ciudad de Cuenca. Se empleó la encuesta de Thompson, la cual mide la negligencia dental, registrándose los datos para posteriormente en el programa EPI INFO versión 7.2, obtener el análisis correspondiente. **Resultados:** La negligencia al cuidado dental en este grupo etario superó el 80%. En cuanto al sexo en el grupo de negligentes el femenino presenta un 87%, y un 90% en el sexo masculino con una diferencia de un 3%, en lo referente a los ingresos económicos en el grupo de negligentes tenemos un 82% con ingreso económico alto y 90% con ingreso económico bajo. Según la ocupación el 86% de personas con ocupación elemental y el 91% de personas con ocupación profesional presentan negligencia. Y finalmente en lo referente a la edad, con un 89% está el rango comprendido entre 45 y 49 años, y con un porcentaje de 86% el grupo etario de 60-64 años de edad. **Conclusiones:** En la parroquia Machángara, en adultos de 45 a 65 años el grado de negligencia al tratamiento dental es significativa alta con un 88%.

Palabras claves: Negligencia odontológica, consecuencias, cuidado dental.

ABSTRACT

Objective: Determine the degree of Negligence to dental care in adults 45 to 65 years old, from the Machángara parish, Cuenca-Ecuador, 2017. "**Materials and Methods:** It was a cross-sectional descriptive study. The sample consisted of 403 adult patients aged 45 to 65 years, who met the selection criteria in the Machángara parish of the city of Cuenca. The Thompson survey was used, which measures the dental negligence, registering the data for later in the program EPI INFO version 7.2, obtaining the corresponding analysis. **Results:** Negligence to dental care in this age group exceeded 80%. Regarding the sex in the negligent group, the feminine one presents 87%, and 90% in the masculine sex with a difference of 3%, regarding the economic income in the negligent group we have 82% with income high economic and 90% with low economic income. According to the occupation, 86% of people with elementary occupation and 91% of people with professional occupation are negligent. And finally in relation to age, with 89% is the range between 45 and 49 years, and with a percentage of 86% the age group of 60-64 years of age. **Conclusions:** In the Machángara parish, in adults between 45 and 65 years of age, the degree of negligence to dental treatment is significant, with 88%.

Keywords: Dental malpractice, consequences, dental care.

INTRODUCCIÓN

La boca o cavidad bucal, comprende una estructura muy importante dentro del cuerpo, la cual participa activamente en muchas funciones fisiológicas, como son: la alimentación, la comunicación, la estética personal, entre otras, por ello se le debe brindar los cuidados necesarios, de no hacerlo así, el organismo en general podría verse afectado ⁽¹⁾.

Mariño R ⁽²⁾, en “La salud bucodental de los ancianos: realidad mitos y posibilidades, 1994”, indica que en varias naciones de Latinoamérica se evidencia mejoras en las condiciones de vida y salud de la población, dicha afirmación se demuestra en indicadores básicos, por ejemplo: una menor incidencia de muerte infantil, una menor tasa de muerte en general y una mayor esperanza de vida al nacer ⁽²⁾.

Estos tres parámetros conllevan al envejecimiento paulatino de las personas y al incremento del número de personas adultas de 50 años o más. Aunque se tienen ideas y conocimientos necesarios para dilucidar ideas equivocadas referentes al tema de salud bucal y envejecimiento, las personas adultas aún están expuestas en gran medida al riesgo de desarrollar enfermedades bucodentales, dentro de las cuales destacan la caries dental, las enfermedades propias del periodonto y cuadros complejos como el cáncer bucal ⁽²⁾.

Los índices y valores demostrativos de estas alteraciones no han mejorado de manera significativa en este grupo, en tanto que la sociedad como el adulto en sí, aceptan al deterioro del aparato masticatorio como algo inevitable y normal con el paso de los años.

En la actualidad el accionar de las enfermedades se determina por las conductas y actitudes individuales hacia el autocuidado de la salud, a la vez que están reguladas por patrones culturales y de tradición popular, así como por la importancia que la persona le dé a la enfermedad ⁽³⁾.

La negligencia dental podría definirse como las “actitudes que causen consecuencias perjudiciales para el estado de salud bucodental del individuo”. En síntesis, la negligencia dental es la falta de compromiso y de cumplimiento de los cuidados de la salud oral para un mantenimiento adecuado de la boca ⁽⁴⁾.

La negligencia dental es una entidad medible por la Escala Dental de Negligencia (DNS)^(5,6) y está demostrado que se encuentra asociada a una amplia gama de indicadores clínicos y de comportamiento. Se describe como el fracaso de una persona de tomar precauciones para mantener la salud bucal, pasando por alto el obtener un cuidado dental necesario y descuidando la dentición y los tejidos asociados.

Se ha evidenciado que las puntuaciones altas de negligencia dental están vinculadas a estratos sociales bajas, mayor número de dientes dañados o ausentes, niveles altos de placa bacteriana, uso ocasional de servicios dentales, mala administración de cuidados dentales, malos comportamientos de autocuidado⁽⁶⁾.

Dichos hallazgos sugieren que esta escala plasmada en la encuesta de entrevista personal podría sustituir los datos clínicos cuando las restricciones de recursos impiden el examen de los participantes⁽⁷⁾.

El descuido y abandono del cuidado dental está basado en el concepto de la evitación dental y en desarrollar escalas para analizar comportamientos y/o actitudes vinculados a una subvaloración de la importancia que representa la salud bucodental, que a su vez predice una deficiente salud oral en jóvenes y adultos⁽⁸⁾.

El presente trabajo de titulación se enfoca en realizar una investigación mediante encuestas de entrevista personal, a fin de conocer sobre la negligencia dental y entender el nivel de la misma existente en personas de edades comprendidas entre 45 y 65 años en la parroquia Machángara de la ciudad de Cuenca.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen múltiples factores que determinan una actitud negligente ante el cuidado dental en las personas, entre estos se menciona, la edad, el sexo, la ocupación, entre otros, por ello mencionamos que el irreversible fenómeno del envejecimiento poblacional y los avances en materia de geriatría, han llevado a la creación de un enfoque anticipatorio y preventivo, basado en la mantención de la funcionalidad del organismo ⁽⁹⁾.

El problema de investigación que se plantea en el presente trabajo de titulación pretende responder a la pregunta: ¿Qué porcentaje de la población encuestada practica hábitos saludables de higiene oral y basándonos en la información de la muestra que porcentaje de la población maneja una conducta negligente en su salud oral?

2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Debido a que este tema no ha sido estudiado ampliamente a nivel mundial, y por ende a la escasa información que se tiene sobre el mismo, surge la idea de realizar un estudio transversal descriptivo siendo este uno de los primeros de esta índole en realizarse en Latinoamérica, específicamente en la ciudad de Cuenca-Ecuador con el fin de obtener cifras estimadas que nos ayuden a interpretar la variabilidad que existe en la calidad de salud oral de los pobladores de la parroquia Machángara en dicha ciudad.

Este estudio tiene una relevancia social a la comunidad a la que va dirigido, pero es de interés también para otras comunidades del Ecuador debido a la similitud de sus características poblacionales. Podría servir también de referencia bibliográfica para futuras investigaciones de Negligencia.

El presente estudio es original a nivel de la Parroquia Machángara, debido a que no se había llevado a cabo antes un estudio similar en la localidad, pero existen otras investigaciones realizadas en diferentes parroquias de la ciudad de Cuenca, que al complementarse proyectarán una visión más clara de la situación real de Negligencia al cuidado dental en adultos de 45 a 65 años en la ciudad.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL:

- Determinar el grado de Negligencia al cuidado dental en adultos de 45 a 65 años, de la parroquia Machángara, Cuenca-Ecuador, 2017.”

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Analizar la distribución de negligencia en función del sexo
- Analizar la muestra de negligencia según el ingreso económico
- Analizar la distribución de la negligencia según la ocupación
- Analizar la distribución de la negligencia en función de la edad.

4. MARCO CONTEXTUAL

4.1. LA SALUD

La Organización Mundial de la Salud define a la salud como, “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de la enfermedad” ⁽¹⁰⁾.

El mantenerse saludable es fundamental para realizar las actividades cotidianas, el cuerpo se desempeña y funciona según el estado de salud, es por eso que, el descuido a corto mediano o largo plazo en nada lo beneficia ⁽¹⁰⁾.

La salud de los adultos, establecen varios retos, debido a la necesidad de la atención y el alto costo significativo que representa, con el avance de la edad, existe un aumento de las enfermedades físicas y mentales, a esto se agrega, los cambios biológicos, fisiológicos y sociales que crean algún deterioro en la salud del mismo ⁽¹¹⁾.

El envejecimiento es un fenómeno irreversible y los avances en la geriatría, han llevado a la elaboración de tratamientos preventivos, los cuales consisten en evitar que se provoque un daño, mediante un control en la funcionalidad del organismo ⁽¹²⁾.

4.1. a. Descuido de la salud.

Las personas pasan por alto temas que involucran el cuidado de su salud, debido a que según su criterio se convencen de que sus actitudes son correctas, confrontando los parámetros y lineamientos que existen en cuanto temas de salud con sus creencias.

También existen casos en los cuales las personas están conscientes que su proceder no es el correcto, pero no modifica sus malos hábitos a fin de mejorarlos ⁽¹³⁾.

Un bajo IMC de los infantes al nacer, alteraciones cardiacas, enfermedades de transmisión sexual, hábitos como el tabaquismo, el alcoholismo y la drogadicción son factores de riesgo que, de tenerlos en cuenta y autoconcientizarse en estos temas las personas podrían alargar su vida de 5 años a más ⁽⁵⁾.

También podemos añadir que el descuido de la salud se da por: malos hábitos alimenticios, nulo o escaso ejercicio físico, sedentarismo, excesos en “trabajo, ejercicio, televisión, tabaco, drogas, alcohol, etc.” ⁽¹³⁾.

Con el paso de los años la salud requiere de diferentes cuidados e intereses, existe un gran número de individuos que niegan el avance de sus años, y la decadencia de su

estado de salud, por estas razones se comprometen en no tratar estos padecimientos, ignorantes quizá de las consecuencias físicas que estas condiciones pueden traer ⁽¹⁴⁾.

Un adulto que descuide de sobremanera su salud y no acuda a un tratamiento adecuado para sus padecimientos, podría desarrollar problemas mucho más graves, provocando cuadros de desnutrición y de deshidratación, afectándose emocionalmente, lo cual podría dar como resultado un estado depresivo en la persona ⁽¹⁵⁾.

4.1.1. SALUD ORAL

Existe una complementación entra una boca sana y un cuerpo saludable. Un cuidado inadecuado de la salud bucal podrá traer consecuencias a nivel físico y psicosocial, desarrollándose de esta manera alteraciones patológicas a nivel de la boca, que no son apreciables a simple vista en la mayoría de los casos ⁽¹⁶⁾.

Según los planteamientos publicados por la OMS, “la salud bucodental se poder explicar como la falta de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de los dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y cavidad bucal” ⁽¹⁷⁾.

4.1.1. a. Cambios fisiológicos

El deterioro y envejecimiento a nivel de las estructuras bucales generalmente suele presentarse como un proceso de lenta evolución, que en la mayoría de las ocasiones pasan de manera desapercibida siendo poco apreciables para ojo humano. Con el pasar de los años, es normal, observar modificaciones fisiológicas en boca como por ejemplo el deterioro y cambio de coloración de las estructuras dentarias ⁽¹⁸⁾.

En pacientes adultos se debe considerar ciertos aspectos importantes los cuales son: “salud mental, salud física, nivel socioeconómico, estado funcional y circunstancias medioambientales”. Durante el proceso del envejecimiento, las estructuras celulares sufren cambios produciendo de esta manera anormalidades en la fisiología y estructura de los órganos, aparatos y sistemas que componen el organismo ⁽¹⁸⁾.

Algunos factores riesgosos como patologías, ingesta de medicamentos, estrato sociocultural y condición socioeconómica son variables detonantes para que se produzcan deficiencias e imperfecciones en la calidad de la salud bucal ⁽¹⁸⁾.

Entre los cambios más característicos en las personas adultas se puede señalar:

- “Atrofia debido a una modificación de la mucosa”
- “Atrofia en las glándulas salivales, debido a la poca o nula producción y secreción de saliva”.
- “Cambios anatómicos en referencia a la forma, el tamaño y el color de la estructura de las piezas dentales, producidos por la ingesta o consumo de sustancias que contienen químicos y colorantes”.
- “Falta de adherencia a nivel de las estructuras gingivales”.
- “En los tejidos de soporte, podemos encontrar, anquilosis del ligamento periodontal, así como, movilidad de las piezas dentales derivada de una enfermedad periodontal”.
- “A nivel articular, se puede observar una atrofia, asociada a problemas masticatorios, debido a anomalías degenerativas a nivel de los músculos periarticulares”.
- “Otros cambios fisiológicos que se encuentran acompañando al proceso del envejecimiento son: el prognatismo, retracción mandibular, disminución de la dimensión vertical, labios hendidos y macroglosia” ⁽¹⁹⁾.

4.1.2. ENFERMEDADES BUCODENTALES

En personas adultas los temas referentes al cuidado y atención oral son muy frecuentes debido a los altos índices reportados sobre incidencia y prevalencia de alteraciones patológicas a nivel bucodental ⁽²⁰⁾. A pesar de poseer conocimientos actualizados acerca de las características que presenta el proceso del envejecimiento, son precisamente los adultos, y la sociedad en general, quienes continúan aceptando que las enfermedades orales, acompañadas del deterioro bucodental causado por estas son inevitables a medida que avanza la edad ⁽²¹⁾.

La salud oral y general están íntimamente relacionadas especialmente en el adulto donde esta relación es particularmente estrecha, sin embargo, las limitantes para obtener una buena salud oral se deben tener en consideración ⁽²¹⁾.

4.1. 2.a. Cambios en los dientes.

El declive del estado funcional óptimo de la cavidad oral se encuentra asociado a cambios en la forma y color de los dientes, presentándose como procesos de erosión, atrición, abrasión y desgaste dentario en general, trayendo como consecuencia, una

disminución del espesor en la capa de esmalte, con lo cual se va a exponer a la dentina al medio bucal, la cual por sus condiciones va a otorgarle un color amarillento a la pieza dental ⁽²²⁾.

4.1.2. b. Cambios en la mucosa bucal y el periodonto.

Pese a no haberse evidenciado cambios en la forma y función de las células epiteliales vinculadas al proceso del envejecimiento, en la gran mayoría de los pacientes, su mucosa bucal se torna más seca y menos gruesa, a nivel histológico se observa una disminución en la queratinización ⁽²³⁾.

Con el paso de los años, existe la posibilidad de que se reduzca la homeostasis del desarrollo de las células epiteliales y que existan mayores cambios en la calidad de los tejidos. La recesión gingival tiende a tornarse mucho más evidente en adultos de edades avanzadas y pese a verse involucrados factores como traumatismos propios del cepillado, el mecanismo por el cual se produce aún no se esclarece en su totalidad ⁽²⁰⁾.

4.1.2. c. Cambios óseos.

Con el análisis óseo realizado en personas cuyas edades se encuentren entre 45 y 65 años sin predisposición de sexo, se ha demostrado que estas estructuras se vuelven más frágiles ⁽²⁴⁾.

A nivel microscópico se evidencian modificaciones en la matriz ósea y su composición química con lo que se ve afectada la resistencia y vitalidad del tejido óseo, lo que a la larga puede producir pérdida de piezas dentarias debido a la reabsorción del reborde alveolar ⁽²⁴⁾.

El envejecimiento del hueso alveolar se puede presentar como, una atrofia ósea generalizada, que dependerá en gran medida de la ausencia del diente, mucho más si se trata de más de una pieza dental, pues de ser así se produce una disminución ósea generalizada de rápida evolución ⁽²⁴⁾.

4.1.2. d. Cambios relacionados con las glándulas salivales.

Según estudios científicos se ha comprobado que en adultos de edades avanzadas existe un déficit en la elaboración de saliva, a su vez se evidencia modificaciones en la síntesis de proteínas antimicrobianas ⁽²⁵⁾.

Dentro de las principales proteínas presentes en el producto salival encontramos a las histaminas, las cuales tienen una función antifúngica, las cuales se encuentran deprimidas y disminuidas durante el proceso del envejecimiento ⁽²⁵⁾.

El volumen de las glándulas submandibulares se reduce en un 40%, además las glándulas parótidas y labiales también sufren cambios en su forma ⁽²⁶⁾.

El padecimiento de xerostomía es muy frecuente lo que provoca un descenso en la sensación del gusto y dificultades a la hora de deglutir los alimentos, pese a su importancia no debe considerarse como una dificultad única del envejecimiento, debido a que se presentarse además como consecuencia de excesos en la ingesta de medicamentos, que también provocan un déficit en la producción de saliva ⁽²⁶⁾.

Un adecuado volumen del flujo salival y la deglución resultan ser mecanismos de protección importantes contra los diferentes agentes patógenos que afectan la boca, considerando esto podemos decir que en personas adultas podría existir dificultades en este tipo de mecanismos de protección ⁽²⁵⁾.

4.1.1.1 NEGLIGENCIA EN EL CUIDADO DENTAL

Los daños producidos por las enfermedades bucodentales no son apreciables únicamente en boca, sino que puede dejar secuelas en diversas zonas del organismo, por lo cual debería existir un mayor grado de interés por las técnicas y métodos que demuestren mejores cualidades en los procesos de eliminación de microorganismos, mediante un adecuado cuidado oral ⁽²⁷⁾. El cual podría evitar enfermedades que comprometan la salud general de las personas, además de poder lucir una sonrisa saludable y hermosa ⁽²⁸⁾.

Conocer y tomar conciencia de la relación que existe entre salud bucodental y general son factores importantes para un enfoque holístico de cuidados, así un manejo interdisciplinario en el área de la salud y exclusivamente profesionales del campo bucodental ⁽²⁹⁾.

La negligencia dental la definimos como las consecuencias nocivas que comprometen la integridad de la salud oral, debido a conductas y actitudes de las personas, también, se la define como el fracaso en satisfacer el interés odontológico para el sustento de la salud oral ^{(27) (30)}.

Una mala salud bucal, está ligada a una conducta negligente por parte del paciente, haciendo evidentes efectos negativos en la estética y desarrollo normal de las funciones del sistema estomatológico. La negligencia al cuidado dental se origina a partir de temas culturales, educativos, religiosos, y se vuelve mucho más frecuente en personas analfabetas pertenecientes a un estrato socioeconómico bajo ^{(29) (30)}.

Conductas negligentes en el cuidado dental acarrea la presencia y progresión de la caries dental, alteraciones periodontales y demás alteraciones a nivel oral, las cuales de no ser tratadas oportunamente trae consigo dolor, infecciones y atrofia de las estructuras, afectando aspectos del diario vivir del individuo como: educación, alimentación, comunicación, además de actividades y funciones para su normal desarrollo social ^{(28) (30)}.

Los tratamientos rutinarios en la atención para la salud oral deben basarse en el alivio de signos y síntomas como el dolor, con una posterior adecuación de las estructuras dentarias tanto en su morfología como en su fisiología. Se recomienda tomar en consideración lo siguiente a fin de evitar la negligencia al cuidado dental: plantear y resolver las diferentes inquietudes de padres y responsables de menores, indicar los cambios que deben llevarse a cabo dentro de los hábitos que manejan las personas, proponer ayuda en estos temas, llevar registros, llevar una buena comunicación odontólogo-paciente y evaluar los progresos ^{(28) (30)}.

Para prevenir este tipo de conductas se debe instruir acerca de temas de salud oral, incluyéndolos en el pensum académico, inculcando a los jóvenes, sobre las alteraciones bucodentales que podrían desarrollar, de no tomarse las medidas preventivas adecuadas desde edades tempranas ^{(27) (30)}.

4.1.1. 1.a. Placa bacteriana y su influencia con la negligencia del cuidado dental

La placa bacteriana constituye la causa principal de alteraciones a nivel bucodental con mayor prevalencia como son: la caries dental y las enfermedades propias de los tejidos periodontales por ello, el control de placa mediante la implementación de métodos mecánicos y químicos es la medida principal que podemos implementar para el control de dichas afecciones ^{(11) (13)}.

La presencia de microorganismos es necesaria para el desarrollo normal de enfermedades. Orland¹² constato de forma científica dicha relación, observando en ratas de laboratorio que se hallaban libres de bacterias con las cuales, a partir de una dieta cariogénica, compuesta por sacarosa, no produjeron caries en tanto que, si dicha dieta

se aplicaba a un grupo de roedores no libres de bacterias, en este si se produjeron lesiones cariosas ^{(11) (13)}.

La boca y sus estructuras anexas forman un sistema que, debido a su forma, su textura, su temperatura, los niveles de oxígeno que emplean y sus mecanismos de auto limpieza, permite que exista una gran variedad de microorganismos que actúan como protección para el hospedero, conocidas como flora comensal o bucal ^{(13) (14)}.

Es evidente el daño que producen estos microorganismos a nivel de cavidad oral, por ello para evitar complicaciones en la salud oral en edades adultas es necesario llevar los cuidados necesarios desde edades tempranas ^{(11) (12)}.

4.1.1. 1.b. Clasificación de la negligencia.

Negligencia Activa: Se refiere al Incumplimiento intencional de la persona consigo misma, también por parte de padres o tutores con sus responsabilidades ^{(27) (28) (30)}.

Negligencia pasiva: Se cataloga como el incumplimiento de manera involuntaria por parte de los padres o tutores en cumplir con sus responsabilidades, desde el ámbito cognitivo, financiero, salud, etc., generalmente por el escaso conocimiento del apoyo comunitario disponible ^{(28) (30)}.

Negligencia al cuidado dental: Se la define como una capacidad deficiente por parte de la persona en satisfacer las necesidades de su cuidado dental, que puede darse por una escasa capacidad física, mental de desarrollo o por la combinación de estas ^{(27) (30)}.

4.1.1. 1.c. Frecuencia de negligencia al cuidado dental

Pese a que la mayoría de la población está al tanto de cuán importante es la higiene bucal, suele carecer de argumentos, que le ayuden a llevarla con resultados óptimos. Es así que el primer cepillado del día, por lo general se lo realiza al levantarse, y no posterior al desayuno que sería lo correcto, sin embargo, el más importante es el de antes de acostarse, lo que garantiza que la cavidad bucal se mantendrá limpia por un periodo prolongado de tiempo, pues en este lapso no hay ingesta de alimentos, sin embargo, esto no se ha concientizado aun en las personas ^{(15) (27) (28)}.

Con esto se entiende que la población no asiste a la consulta odontológica regularmente, ni practica hábitos saludables con su salud bucal; de la misma manera, cuando se realizan actividades como promoción de salud bucal y control de enfermedades se observa una conducta negativa, no se le brinda al tema la importancia

que requiere. Por estas y muchas razones anexas los adultos especialmente deberían ser orientados mediante programas comunitarios, a fin de crear actitudes que reflejen respeto y responsabilidad en temas de salud dental, para de esta manera influir directamente en la disminución de la morbilidad dentaria ^{(15) (17) (19)}.

Para ello se hace necesario que los higienistas bucales y el resto del equipo de salud comprendan que lo más importante no es tratar a los enfermos sino fomentar la salud de las personas, lo que está dentro de los programas curriculares no es comprendido ni ejecutado a cabalidad: que los individuos se sientan responsables de su salud y por último que se creen en las comunidades ambientes saludables que promuevan la salud bucodental ^{(16) (19) (30)}.

4.1.1.1. d. Escala para medir la negligencia (DNS)

El método que se utiliza es una escala que mide la negligencia, la cual va a evaluar la calidad de vida en función de la salud oral del encuestado relacionándola básicamente con la cavidad bucal ^{(27) (30)}.

Es así que uno de los principales instrumentos que se utilizan para evaluar el nivel de negligencia es la encuesta denominada “la escala dental de negligencia” la cual va a analizar la preocupación y el nivel de atención de la persona por el cuidado de sus estructuras dentarias ^{(28) (30)}.

Las preguntas que constan en el cuestionario de Escala de Negligencia Dental “DNS” son:

- “Mantengo el cuidado dental en el hogar”
- “Recibo el cuidado dental que debo”
- “Necesito el cuidado dental, pero lo pospongo”
- “Me cepillo los dientes tan bien como debería”
- “Me controlo de comer entre comidas”
- “Considero mi salud dental importante”

La variable o condición de negligente en el cuidado bucal de va a evaluar en función de las respuestas personales que se obtienen en el cuestionario de Escala de Negligencia Dental, calificándola mediante la escala Likert en donde los valores van desde 1 “definitivamente no” hasta 5 “definitivamente si” ^{(27) (29) (30)}.

4.1.1.1. e. Factores causantes de negligencia al cuidado dental

La escasez de recursos y capacidades, la falta de concienciación, desmotivación y la resistencia al cambio; en el sentido de la búsqueda de estrategias para la prevención primaria y secundaria ^{(17) (18) (19) (21)}.

La edad y la historia de caries son los principales factores sobre los que pivotan los demás, la edad en tanto que condiciona la estructura de los dientes, como testigo de los cambios en la erupción dental y sus efectos, y porque, a partir de cierto momento condiciona una higiene dental dificultosa/ insuficiente. Hay tres grandes periodos de la vida en los que el riesgo de incidencia de caries alcanza su punto álgido: entre 5-8 años con afectación de dientes temporales y primer molar permanente; el comprendido entre 11-13 años afectando a la dentición completa y entre 55-65 dónde son más frecuentes las caries radiculares ^{(17) (18) (21)}.

El estatus socioeconómico, en tanto que se correlaciona de forma negativa con el riesgo de desarrollar caries dental, a mayor nivel económico, menor incidencia y prevalencia de caries dental. El aumento de la emigración y el paro condicionan un mayor riesgo de desarrollar caries dental en este sentido. Suelen tener una actitud poco positiva frente a la salud dental y a dietas saludables, principalmente por los costes socioculturales y económicos que ello supone ^{(17) (19) (21)}.

Los hábitos relacionados con la higiene oral y el patrón alimentario son, probablemente, de los más importantes ^{(13) (19) (20)}.

La placa bacteriana es un prerrequisito para la iniciación de la caries dental, su eliminación mecánica y/o química favorece el control de los riesgos asociados al patrón alimentario y, por tanto, la salud oral ^{(17) (18) (19)}.

El control de la dieta rica en sacarosa, la frecuencia de cepillado y la clase social son predictores de experiencia de caries. Un cepillado regular con pasta florada quizás tiene mayor impacto en jóvenes que la restricción de comidas azucaradas ^{(17) (19) (21)}.

El determinante de los servicios sanitarios tiene también un papel relevante, al ser esta enfermedad muy prevalente y contar con terapias preventivas remineralizadoras y quirúrgicas para actuar sobre los efectos de la lesión de caries ^{(17) (18)}.

4.1.1.1. f. Manejo en paciente con negligencia al cuidado dental.

La implementación de programas enfocados en salud oral mediante el uso de nuevas tecnologías desarrolla destacadas oportunidades para la población, esto conlleva a la importancia en la mejora de los servicios sanitarios y a la necesidad de un manejo adecuado de costos por dichos servicios involucrado a Universidades y Centros de formación de profesionales en materia de salud dental ⁽¹⁶⁾ ⁽¹⁷⁾.

Dentro de los programas caseros o de hogar, un factor a tener en cuenta frente a la protección de caries dental es la disponibilidad en cantidad y calidad de productos para la higiene oral en farmacias, boticas, etc. ⁽¹⁶⁾ ⁽¹⁷⁾.

Actualmente existe gran cantidad de información la cual es mucho más accesible a través de las nuevas vías de comunicación como el internet por ejemplo la cual puede usarse como una alternativa a la desinformación ⁽¹⁶⁾ ⁽¹⁷⁾.

Se debe además destacar los programas de información que se efectúan en colegios profesionales de médicos, dentistas, higienistas, expertos en nutrición y farmacéuticos, así como las sociedades científicas profesionales y otras entidades. Expresamos en la figura 3, un circuito de información y educación ⁽¹⁶⁾ ⁽¹⁷⁾.

4.1.1.1.1. LA OCUPACIÓN.

La ocupación es una entidad en el diario vivir de las personas, la cual requiere y usa, un conocimiento de tipo especulativo junto a la condición de saber aplicarlos o emplearlos en ciertas actividades. ⁽²¹⁾ ⁽³²⁾.

El “saber puro” y el “hacer puro” no establecen un “conocimiento puro”. Para hablar de un conocimiento se necesita cierta complementariedad entre hacer y saber. Los profesionales son quienes dominan además que aplican el conocimiento formal. A este grupo de personas la sociedad las define como quienes poseen el conocimiento formal obtenido en universidades y centros de capacitación profesional, este conocimiento permanece en renovación por la investigación ⁽³¹⁾ ⁽³²⁾.

La vida dentro de un ambiente laboral se encuentra íntimamente relacionada con el envejecimiento lo cual se ha visto evidenciado especialmente en el último siglo, donde la posibilidad de una media de vida más larga ha llevado a la población a extender su edad para permanecer en un ambiente laboral, lo cual nos ha llevado a darle una relación directamente proporcional a las variables antes mencionadas. este fenómeno

se logra ver a mayor proporción cuando los sistemas de protección social no aseguran la subsistencia de los asegurados ^{(32) (33)}.

Esta revelación conlleva a la necesidad de indagar a profundidad el conocimiento que constituye esta realidad, con la finalidad de determinar todos aquellos aspectos que disponen al adulto a permanecer en un ambiente laboral, de igual manera identificar el estrato social al cual pertenezca la muestra de estudio ^{(32) (33)}.

Según los resultados revelados de estudios previamente realizados (Encuesta ENEMDU), indica que aproximadamente un 13.3% de adultos cuentan con ocupaciones apropiadas en función de la edad y el género ^{(32) (33) (34)}.

Según datos del Ministerio de inclusión Económica y Social (MIES) un 12.7% de adultos invierten su tiempo en la elaboración de tareas manuales, esto se debe a que este grupo presenta un bajo nivel de educación, y las personas que comprende el porcentaje restante ocupa cargos como funcionarios en el sector público y privado, personal de apoyo administrativo y como profesionales o técnicos ^{(32) (33) (34)}.

Según cifras reveladas por el Instituto nacional de estadísticas y censos (INEC) en el país se vieron aumentadas las cifras pertinentes a ocupación laboral en zonas urbanas de un 49.9% en el año 2011, a comparación del año anterior en el cual se evidencio cifras de un 45.6%. En las urbes hay aproximadamente 7.4 millones de personas dentro del rango etario comprendido a quienes se las considera económicamente activas, de las cuales 3.7 millones de personas gozan de un trabajo fijo ^{(33) (34) (35)}.

4.1.1.1. 1.a. Clasificación de Ocupación según el INEC.

Grupo 1. Directores y gerentes

En este grupo forman parte los políticos, cuyas funciones se basan en definir y formular las leyes y reglamentos que rigen en el país desde el gobierno nacional ⁽³⁵⁾.

Grupo 2. Profesionales científicos e intelectuales.

Aquí se encuentran incluidas aquellas ocupaciones, que para su cargo necesitan conocimientos de nivel elevado y necesaria experiencia en temas de ciencias físicas, principios biológicos, ciencias sociales, asuntos informáticos y actividades humanas ⁽³⁵⁾.

Grupo 3. Técnicos y profesionales de nivel medio.

Este grupo forma parte aquellas ocupaciones, que para su cargo necesiten conocimientos técnicos y pericia de algunas especialidades “físicas, biológicas, sociales y humanas” ⁽³⁵⁾.

Grupo 4. Personal de apoyo administrativo.

Aquí están incluidas las ocupaciones que exigen los conocimientos y experiencia necesarios para la manipulación de información a fin de “ordenarla almacenarla y encontrarla” ⁽³⁵⁾.

Grupo 5. Trabajadores de los servicios y vendedores de los comercios o mercados.

Dentro de este grupo se encuentran las ocupaciones cuyas funciones, necesitan conocimiento y experiencia en la venta de mercancías en servicios de comercios o mercados ⁽³⁵⁾.

Grupo 6. Agricultores y trabajadores, agropecuarios, forestales y pesqueros.

Aquí encontramos las actividades para las tareas que necesitan conocimiento y experiencia, para la obtención de productos agrícolas, silvicultura y la pesca ⁽³⁵⁾.

Grupo 7. Oficiales y operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios.

Aquí están incluidas las ocupaciones para las cuales se necesitan conocimientos y experiencia a fin realizar oficios de artesanías y artes mecánicas, además, exige la capacidad para el uso de máquinas y herramientas y su aplicación en cada etapa de producción ⁽³⁵⁾.

Grupo 8. Operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores.

Este grupo forman parte de las ocupaciones, que para su ejecución requieren conocimientos y experiencias que capaciten al profesional para vigilar y controlar las funciones de maquinaria e instalaciones de tipo industrial que a menudo son automatizadas ⁽³⁵⁾.

Grupo 9. Ocupaciones elementales.

Este vasto grupo de halla comprendido por ocupaciones para cuyo desempeño son necesarios conocimientos y experiencia necesarios para cumplir actividades sencillas o rutinarias, generalmente con la ayuda de elementos manuales para las cuales se requiere un esfuerzo físico muchas veces considerable ⁽³⁵⁾.

Grupo 0. Ocupaciones militares

Dentro de este grupo se encuentran incluidos los integrantes del ejército nacional, el cuerpo de la marina nacional, los miembros de la aeronáutica y otras ramas y servicios, así como las personas reclutadas o conscriptos ⁽³⁵⁾.

4.1.1.1.1.b. La Ocupación y la Salud en adultos mayores.

Se ha evidenciado en varios estudios que la ocupación tiene una relevancia importante en el tema de la salud, tanto física, como mental de los adultos mayores. Además de ofrecer bienestar en la salud, la ocupación ha demostrado ser un factor en el cual las personas adultas que se encuentran laborando producen menores gastos en motivos de salud en comparación a las personas no ocupadas, creando un bienestar económico para la vejez ^{(34) (35) (36)}.

Se puede decir que en la ocupación existen dos antecedentes: El procedimiento y el contenido. El procedimiento de la ocupación busca el confort mental y físico del individuo, mientras que el contenido son las funciones y actividades que entretienen al adulto mayor ^{(33) (35) (36)}.

La ocupación provee al adulto mayor una mejor estructura en el estilo de vida ya que las actividades que ejerce las realiza para ocasión definida con un deseo determinado, dando como resultado la relación del ser humano con su entorno ^{(35) (36) (37)}.

A la persona mayor se debe explicar la importancia que tiene la ocupación para conseguir y mantener una vida estable y saludable. Y es que el vigor de mantenerse ocupado más la actividad diaria transforma la idea de vida. Gracias a esta idea, las personas mayores, tendrán un cambio positivo, con un ciclo de vida valorado y lleno de esperanza, desistiendo de esa negativa imagen del envejecimiento ^{(34) (35) (36)}.

Además, la ocupación para el adulto mayor permita capacidad del autocuidado y auto mantenimiento y algo muy importante permitan que el individuo conforme de la participación social ^{(34) (35) (36)}.

Desde el punto de vista médico, la ocupación puede ser empleado como tratamiento terapéutico para las personas adultas mayores, ya que, promueve el restablecimiento y desarrollo de las habilidades, destrezas y talentos, además de que produce efectos somáticos y mentales en el individuo ^{(34) (35) (36)}.

4.1.1.1.1.c. Ingresos económicos en el Ecuador

Son cuatro personas las que componen un hogar típico en el Ecuador, normalmente más de uno de los miembros del grupo familiar gana el sueldo básico, que actualmente es de USD 386 por mes, al menos durante lo que queda del año, si se tiene en consideración los subsuelos que debe percibir un trabajador asegurado en el país, el ingreso económico familiar ascendería aproximadamente a los USD 700 mensuales, según lo señalado por el INEC en el último reporte de inflación presupuestaria, publicado en Febrero del 2018 ^{(18) (36) (35)}.

Se presume que la condición socioeconómica del grupo familiar compromete aspectos como la educación, vestimenta, salud, alimentación, entre otros, por ello al referirnos a salud bucal, encaminándonos al tema de descuido y negligencia al cuidado dental, es necesario conocer cuál sería un estatus socioeconómico típico de un grupo familiar en el Ecuador, y confirmar si esta variable, representa o destaca importancia en temas de salud y negligencia dental ^{(18) (36) (35)}.

4.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

En el artículo el impacto de la negligencia dental en la salud oral, un estudio poblacional en Hong Kong. ⁽³⁸⁾. Publicado por los autores McGrath C, See -King A, King D and Hok J nos revela los siguientes resultados: se investigó a 800 adultos en Hong Kong, Entrevista telefónica que incorpora la escala de negligencia dental, evaluación de la salud oral reportada por usted, incluyendo una medida de calidad de vida relacionada con la salud bucal. La negligencia dental está muy extendida en Hong Kong, en particular el abandono del cuidado dental profesional. Las disparidades sociodemográficas en el abandono dental eran evidentes. El descuido dental está asociado con el estado de salud oral reportado 29 por usted, incluyendo cómo la salud bucal repercute en la calidad de vida. Estos hallazgos tienen implicaciones en la comprensión del impacto de la negligencia dental.

En el artículo un estudio epidemiológico basado en la escuela sobre el abandono dental entre adolescentes en una zona desfavorecida del Reino Unido ⁽³⁹⁾. Publicado por los autores, Sarri G, Evans P, Stansfeld S y Marcenés W, nos revela los siguientes resultados la negligencia dental se evaluó en relación con la DPN (medida por referencia a la experiencia de condiciones dentales y / o dolor dental) y DTN (medido por referencia a la experiencia de al menos una condición dental no tratada y / o dolor dental). Las condiciones dentales incluyeron caries dental y lesiones dentales traumáticas. La proporción de adolescentes con negligencia dental (DPN o DTN) fue significativa. Los adolescentes refugiados y cuidan de los niños pueden estar más expuestos al riesgo de negligencia dental.

En el artículo evaluación del papel del comportamiento dental en las desigualdades en salud bucal ⁽⁴⁰⁾. Publicado por los autores, Sanders A, Spencer A, Slade G , nos revela los siguientes resultados: según el objetivo de este estudio fue describir las diferencias en la asistencia dental y el comportamiento de autocuidado dental entre grupos socioeconómicos e investigar en qué medida el gradiente socioeconómico en la salud bucal se explicó por estos comportamientos, Se utilizaron datos de una muestra representativa de adultos en Australia, encuestados por entrevista telefónica y por cuestionario autocompletado. La opinión comúnmente sostenida que la mala salud oral de la gente pobre se explica por negligencia personal no fue apoyada en este estudio.

En el artículo valoración de la credibilidad y validez de la escala de negligencia dental en adultos en Noruega ⁽⁴¹⁾. Publicado por los autores, Skaret E, Astrom , Haugejorden ,

Klock , Trovik, nos revela los siguientes resultados se analizó un cuestionario con datos sociodemográficos, variables de actitud de salud oral, uso de servicio auto-reportado y una versión traducida del DNS original en dos muestras: 1) una muestra de conveniencia de los empleados de la Universidad (n = 263) y 2) una muestra aleatoria proporcional (n = 2000), Los análisis indicaron validez de constructo para la Escala de Negación Dental pero baja confiabilidad para algunos de sus ítems. Una quinta parte de esta muestra representativa de adultos noruegos reportó un alto nivel de negligencia dental.

En la Obra estado de salud oral y necesidades de tratamiento oral de los dependientes ⁽⁴²⁾. Publicada por los autores, Carter G, Lee M, McKelvey V, Sourial A, Halliwell R, Livingston M, nos revela los siguientes resultados: según el objetivo que fue describir la salud general, el estado de salud bucal y las necesidades de tratamiento de adultos dependientes que viven en casas de reposo en Christchurch, se realizó el estudio en 210 residentes de grado 3 de siete establecimientos de cuidado seleccionados al azar, fueron examinados para ver el estado dental de la dentadura postiza, caries, enfermedad periodontal, y limpieza oral. La edad varió de 65 a 103 con una edad promedio de 84,6 años. Concluyendo que los 30 ancianos están reteniendo sus dientes naturales, pero la salud de los dientes no ha mejorado y la mayoría de las personas mayores no reciben evaluaciones o cuidados dentales.

Según la obra: negligencia y salud bucal ⁽⁴³⁾. Publicada por los autores: Barbosa, C; Pimentel, A; Vieir, F, nos revela los siguientes resultados: fue un estudio cuantitativo realizado en dos momentos diferentes. En primer lugar, los niños fueron sometidos a exámenes orales y la inspección física. Luego, se realizó una entrevista semiestructurada con padres de niños con baja tasa de caries. Existiendo relación entre la experiencia de la caries y la percepción de la salud oral de los niños por parte de los cuidadores, Así como entre la experiencia de la caries y el acceso de los niños al cuidado dental. Existe una tendencia hacia la asociación entre la experiencia de caries y los factores de riesgo sugestivos de abandono.

En la obra negligencia dental y escalas de indiferencia dental comparadas ⁽²⁷⁾. Publicada por los autores: Jamieson LM, Thomson WM Resultados: Una muestra aleatoria de 600 se envió a los residentes en el Sur de Dunedin un cuestionario de auto-reporte Que contiene la escala Dental Neglect y la escala Dental Indifference. Y se recolectaron datos de uso de servicios dentales. El grado de concordancia Entre las escalas de negligencia dental y indiferencia dental no era tan alta como W.M. Thomson, sugiere que las escalas pueden medir diferentes constructos. Sin embargo, las asociaciones en

gran medida son similares con importantes problemas de salud bucal y fisiopatológicos.

En el artículo “Negligencia dental que afecta el estado de salud bucal en la India” ⁽⁴⁴⁾ publicado por los autores: Mathur A, Mathur A, Aggarwal V, revelo los siguientes resultados: se investigó en 800 niños la asociación entre estatus de caries dental y negligencia dental con el análisis DMFS, La escala de negligencia dental puede tener utilidad en la predicción y la comprensión de la variación en la salud dental, y para proporcionar educación para promover la salud dental.

En la obra” La negligencia dental entre los niños en Chennai” ⁽⁴⁵⁾. publicada por los autores Gurunathan D, Shanmugaavel AK, revelo los siguientes resultados, se observó una puntuación significativamente mayor en el abandono dental entre los padres que residen en el área suburbana ($P < 0,001$), cuya calificación educativa fue secundaria ($P < 0,001$) y que no ha recurrido a ningún servicio dental por más de 3 años ($p = 0,001$). En el grupo de mayor abandono dental se observó una puntuación más alta de la DMFT ($P = 0,003$), deficiente ($P = 0 < 0,001$); ($P = 0,011$) e índice de desecho ($P = 0,002$).

En el artículo “Agenda de igualdad para adultos mayores 2012-2013” ⁽³³⁾. Publicado por el Ministerio de inclusión Económica y Social Ministerio de inclusión Económica y Social nos indica que el envejecimiento es un proceso que no sólo afecta a las personas, sino que también ocurre en las poblaciones, y es lo que se llama el envejecimiento demográfico. Se produce por el aumento en la importancia relativa del grupo de adultos mayores y la disminución en la importancia porcentual de los menores, como consecuencia de la caída de la natalidad. Este proceso de cambio en el balance entre generaciones está ocurriendo en América Latina y en Ecuador de una manera mucho más rápida que la ocurrida en países desarrollados. Latinoamérica debe enfrentar los retos de este proceso con menos recursos y más premura de la que tuvieron los países ricos.

En la obra” Mujeres y hombres del Ecuador en cifras III serie información estratégica” ⁽³⁴⁾, publicada por los autores Ferreira Cynthia; García Karina; Macías Leandra; Pérez Alba; Tomsich Carlos, revelo los siguientes resultados la Constitución de la República del Ecuador en el Artículo 11 reconoce el Principio de Igualdad y no Discriminación el cual establece que “Todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades”; por lo tanto el Estado adoptará medidas de acción afirmativa que promuevan la igualdad real en favor de los titulares de derechos que se encuentren en situación de desigualdad.

En el artículo “La negligencia dental como una auditoría conductual de la salud bucal: Revisión de literatura.”⁽⁴⁶⁾. publicado por los autores: Kumar A., Majunath P, revela los siguientes resultados la salud oral está determinada en gran medida por factores socio conductuales. El propósito del presente estudio fue investigar la relación entre la negligencia dental y las variables sociodemográficas y evaluar si la evaluación de la negligencia dental se considera una auditoria conductual de la salud oral utilizando un enfoque de revisión sistemática. Materiales y métodos: se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando Pubmed, Google Scholar para los estudios publicados hasta diciembre de 2014, utilizando estrategias de búsqueda de términos de texto libre y MESH. Se incluyeron los estudios que confirmaban la negligencia dental identificados utilizando un índice válido y confiable y se excluyeron aquellos estudios en los que se sospechaba o se indicaba negligencia dental, sin evidencia de respaldo.

En la obra “Salud dental, negligencia dental y uso de servicios en una muestra de adultos de Dunedin”⁽⁴⁷⁾. publicada por los autores: Jamieson LM., Thomson WM. Se revela los siguientes resultados se han producido cambios sociales y económicos considerables desde la última encuesta nacional de salud oral de Nueva Zelanda hace más de 13 años. Los efectos de esos cambios en la salud oral de los adultos y el uso de los servicios dentales siguen siendo en gran parte desconocidos. Los objetivos de este estudio fueron examinar la salud oral autorreportada y el uso de servicios dentales en una muestra de población de Dunedin en adultos y examinar sus asociaciones con la negligencia dental utilizando una escala establecida. Una encuesta descriptiva de una muestra aleatoria de 600 residentes en el Sur de Dunedin dio como resultado una tasa de respuesta del 78.2 por ciento (14 cuestionarios fueron devueltos). De los 458 encuestados, casi dos tercios eran mujeres, y casi todos eran europeos. De los 385 encuestados dentados (84.1%), el 62.5 por ciento generalmente visitaba a un dentista para un chequeo y el 66.6 por ciento había visitado a un dentista el año anterior. La puntuación media de negligencia dental para los encuestados dentados fue de 12.4 (desviación estándar, 4.4) y fue más alta entre los más jóvenes y los del grupo ocupacional más bajo. En comparación con las encuestas de salud bucal nacionales y regionales anteriores, una mayor proporción de encuestados calificó su salud bucal de manera deficiente, no pagó su último tratamiento dental y recibió su último cuidado dental de un servicio dental público. Aunque el estudio fue de pequeña escala y se realizó en un área en la que hay acceso a atención dental de bajo costo a través de la Facultad de Odontología de la Universidad de Otago, los hallazgos se consideran una contribución útil a la imagen general del uso de servicios dentales por los neozelandeses.

En el artículo “Negligencia dental y salud dental entre los jóvenes de 26 años en Dunedin” ⁽⁴⁸⁾. Publicado por los autores: Thomson WM, David Locker. Revela los siguientes resultados planteando el objetivo de Probar una modificación de un artículo de seis ítems previamente reportado Dental y examinar su asociación con la salud dental y el uso del servicio entre los adultos jóvenes, De los 980 participantes de 26 años en el Dunedin, Estudio Multidisciplinario de Salud y Desarrollo, 973 completaron la escala y 930 se sometieron a un examen dental. El análisis factorial mostró Que cinco de los seis elementos originales cargados en la escala, y las respuestas a esos Los ítems se sumaron para dar una puntuación de escala de negligencia dental para cada participante.

En el artículo de revista “Descuido dental entre adolescentes universitarios en Virajpet, India” ⁽⁴⁹⁾. Publicado por los autores: Sequeira Simón, Jain Jitesh, Battur Hemant, nos revela los siguientes resultados: seiscientos adolescentes completaron satisfactoriamente el cuestionario DN. De estos, más de la mitad de los participantes del estudio (58.5%) eran mujeres. Su edad promedio fue 16.33 (desviación estándar = 0.63 rango = 15-18). Más de tres cuartos (76%) del ingreso familiar del participante (por año) fue de 1-2 lakhs. Más de la mitad (56.8%) de los adolescentes se habían sometido a un chequeo dental en los últimos 3 años y muchos de ellos (67.5%) no visitaron al dentista durante el tiempo de estudio. Con respecto al ítem-1, más de la mitad de los encuestados (78.2%) respondieron que cepillaron tan bien como deberían. Con respecto al ítem-2, muchos de los encuestados (35.7%) respondieron que controlan los bocadoillos entre comidas tan bien como deberían. Para el ítem-3, más de la mitad de los encuestados (50.7%) respondieron que reciben la atención dental que deberían. En respuesta al ítem 4, más de la mitad de los sujetos (59%) respondieron que necesitan atención dental, pero la pospondrán. Con referencia al ítem-5, más de la mitad de los encuestados (62.7%) respondieron que continúan con su cuidado dental. En relación con el ítem-6, más de la mitad de los encuestados (59.2%) considera que su salud dental es importante.

5.- HIPÓTESIS

“No precisa tener una hipótesis por ser un estudio descriptivo”

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. MARCO METODOLÓGICO

1a. Enfoque: El enfoque de la investigación es cuantitativo ⁽⁵⁰⁾.

1b. Diseño de investigación: Descriptivo ⁽⁵¹⁾.

1c. Tipo de investigación: Descriptivo ⁽⁵¹⁾.

Por el ámbito: De campo.

- **Por la técnica:** Encuesta.
- **Por la temporalidad:** Actual ⁽⁵¹⁾.

2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Dentro de la zona urbana del cantón Cuenca, el área más extensa le corresponde a la Parroquia Machángara, con una densidad menor de 1 597 hab/km², según estadísticas del INEC del año 2010, se obtuvo que el total de su población es de 23.193 habitantes. El presente estudio consta de 403 personas de la parroquia Machángara cuyas edades son de 45 a 65 años a quienes se les aplicó la encuesta.

2.1. Criterios de selección. Para la formalización de la población se tendrán en cuenta los siguientes criterios de selección:

2.1.a. Criterios de inclusión

- Personas adultas de 45 a 65 años de la Parroquia Machángara.
- Sin exclusión de sexo.

2.1.b Criterios de exclusión

- Personas que no colaboren para realizar la encuesta
- Personas de la parroquia Machángara con profesión de médico u odontólogo.
- Personas que excedan o no alcancen la edad necesaria para el estudio.
- Personas con discapacidades motoras o cerebrales.

2.2. TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se calculó mediante la fórmula de muestreo para proporciones, con un nivel de confiabilidad del 95% y un error de 5%. Resultando una muestra total representativa de 433 personas. El total de los habitantes de la parroquia Machángara es de 23.193, en tanto que la población total del grupo de estudio es de 12.151 ⁽⁵²⁾.

La fórmula es la siguiente:

$$n = \frac{Z^2 * P(1 - P) * N}{Z^2 * P * (1 - P) + E^2 * (N - 1)}$$

Donde:

N= 12.547

Z= 1,96; para 95% de confianza

p= 0,5 (50% de probabilidad)

q= 0,5

E=0,05 (margen mínimo de error 5%)

$$n = \frac{1,96^2 * 0,5 * 0,5 * 12.151}{1,96^2 * 0,5 * 0,5 + 0,05^2 * (12.151 * 1)}$$

$$n = 403$$

3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo estadístico	Escala	Dato
Negligencia dental.	Falta de interés por parte de los pacientes de la salud dental	Cuestionario DNS	Cualitativa Ordinal	Nominal	Presencia o ausencia de negligencia
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Cuestionario Barreras para el acceso al servicio odontológico.	Cuantitativa	Escala de Razón.	Adulto de 45 a 65 años de edad
Sexo	Característica genotípica de la persona	Cuestionario Barreras para el acceso al servicio odontológico.	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino.
Ocupación	Entidad que sintetiza un saber especulativo vinculado a los hechos del mundo a través de un saber hacer	Cuestionario Barreras para el acceso al servicio odontológico.	Cualitativa	Nominal	<p>0: Ocupaciones militares 1: directores y Gerentes 2: Profesionales científicos e intelectuales. 3: Técnicos y Profesionales de nivel medio 4: Personal de Apoyo Administrativo. 5: Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios 6: Agricultores y Trabajadores calificados Agropecuarios, Forestales y Pesqueros. 7: Oficiales, Operarios y artesanos de Artes Mecánicas y de otros Oficios. 8: Operadores de Instalaciones, Maquinas y Ensambladores. 9: Ocupaciones Elementales</p>

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

4.1. Instrumentos documentales: Se utiliza el cuestionario de Barreras para el Acceso de Servicios Odontológicos (**Anexo 1**), específicamente el cuestionario de la escala de negligencia dental (DNS) de Thompson, (**Anexo 2**), que consta de tres partes: la primera datos generales del paciente (nombre, edad, sexo), la segunda datos de la escala numeral de negligencia al cuidado dental, y por último el consentimiento informado, además para registrar los datos de las fichas, se utilizó el programa de libre acceso EPI INFO versión 7.2.

4.2. Instrumentos mecánicos: Para la toma de datos se utilizó un tablero de plástico, una computadora portátil y de escritorio con procesador Intel Corei5.

4.3. Materiales.: Se emplearon materiales de escritorio, papel, lápiz, esferos, copias, etc.

4.4. Recursos: Para llevar a cabo el estudio se necesitaron recursos institucionales (UCACUE), Recursos humanos (Examinadores y Tutores) y recursos financieros (autofinanciado).

5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS

5.1. Ubicación espacial:

El estudio se realizó en la parroquia Machángara de la ciudad de Cuenca-Ecuador que está dentro de los límites: partiendo del Rio Machángara con el limite urbano, continua en dirección sur-este, hasta la unión de los Ríos Cuenca y Machángara; en dirección sur-oeste hasta el cruce de la Quebrada de Milchichig; desde este punto; aguas arriba por la Quebrada de Milchichig, hasta el cruce con la carretera Panamericana Norte.

5.2. Ubicación temporal

La investigación se realizó entre los meses de junio del 2017 hasta el mes de mayo del 2018 en la parroquia Machángara de la ciudad de Cuenca-Ecuador.

5.3. Procedimientos para la toma de datos

Primero se determinó la locación de dicha parroquia en la aplicación Google Maps, después de coordinar las fechas para la toma de datos, se realizó la encuesta puerta a puerta a cada persona con edades de 45 a 65 años de edad, en horarios de 14h00 a 17h00, esta encuesta puede realizarse de manera auto asistida o de manera personal, explicando al participante cada una de las preguntas, el número de personas encuestadas fueron 403, las encuestas iniciaron con un saludo cordial, y la solicitud para la obtención de datos personales (número de cedula de ciudadanía, nombres, apellidos, edad, nivel de instrucción, ocupación, nivel de ingreso económico), a su vez la aprobación de la realización de la encuesta, firmando el consentimiento informado ubicado en la parte inferior de la encuesta.

Para el registro de los datos, se consideró las encuestas realizadas (Barreras para el acceso al servicio odontológico, específicamente la encuesta DNS de Thompson), las cuales fueron ingresadas a la base de datos en el programa de libre acceso EPI INFO versión 7.2, para posteriormente realizar el control de calidad y finalmente generar la respectiva base de datos en el programa de Microsoft Excel para el tratamiento de la información.

5.3. a. Método de examen utilizado por los examinadores

Las 403 fichas originales del cuestionario de Barreras para el acceso Odontológico, de la parroquia Machángara de la ciudad de Cuenca-Ecuador 2018, reposan en los archivos del departamento de investigación de la Universidad Católica de Cuenca.

La encuesta constó de 6 preguntas, cuyas respuestas fueron evaluadas en una escala numeral en la cual se mantenían número del 1 al 5 y de acuerdo al resultado se determinó si la persona era negligente con su cuidado bucal, o no, si los valores finales de todas las respuestas arrojaban un valor menor a 11, la persona no era negligente, caso contrario, si el valor era 11 o mayor a este la persona presentaba negligencia en su cuidado dental.

6. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

Se ejecutó el análisis de la muestra mediante la determinación de frecuencias y porcentajes en relación a la edad, sexo, nivel de instrucción, ingreso económico y sobre todo la negligencia al cuidado dental.

Para analizar los datos de la escala DNS de Thompson se invirtió los valores de las respuestas en las preguntas 1, 2, 4 y 5 en el programa Microsoft Excel 2016; En donde se convirtió el valor de 5 en 9, el valor de 4 en 8, el valor de 3 se mantuvo, el valor 2 en 4, el valor 1 en 5, el valor 8 en 2 y por último el valor 9 en 1. Si la sumatoria de estos valores es un número menor a 11 la persona encuestada no presentaba negligencia al cuidado dental, caso contrario, si el valor es 11 o mayor a 11, la persona encuestada. Presentaba negligencia al cuidado dental.

Para determinar los datos de la variable ocupación, se clasifico a las ocupaciones en dos grupos, los cuales fueron: Expuestos, conformada por las ocupaciones 5, 7 y 9, las cuales son profesiones en las que las personas no llegaron a un nivel de educación superior y representan un factor de exposición, y el grupo de no expuestos conformado por las ocupaciones 0, 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8.

Para determinar los datos de la variable edad, se clasifico las encuestas en tres grupos según las décadas de vida: el primero que va de 45 a 49, el segundo que va de 50 a 59, y el tercero que va desde 60 hasta 65, con la finalidad de determinar la influencia de la edad en relación a la negligencia al cuidado dental.

Para determinar los datos de la variable ingreso económico se clasifica los datos en dos grupos: En el primero se encuentran quienes indican tener un ingreso menor a 374 que serán incorporados al grupo de ingreso económico bajo, por otro lado, aquellos cuyo ingreso sea de 375 o mayor a este, serán considerados en el segundo grupo llamado ingreso económico alto.

Para determinar los datos de la variable grado de instrucción se clasifico los datos en dos grupos: Al primer grupo se le otorga el nombre de grado de instrucción bajo, y se consideran a todos aquellos participantes que no han alcanzado un nivel de educación

superior como son; “analfabetos, primaria y secundaria”, no así en el segundo grupo se consideran a quienes indican haber tenido estudios “Superior técnica, Superior Universitaria” por ello a este grupo se le da la connotación de Grado de instrucción alto.

De igual forma se procedió a la variable, logrando calcular el CHI cuadrado χ^2 .

7. ASPECTOS BIOÉTICOS

Al final de la encuesta se encuentra un pequeño consentimiento informado, en son de la persona encuestada, al firmar, confirma el haber realizado dicha encuesta sin ninguna obligación y con toda la voluntad posible, siempre respetando su autonomía.

La investigación por tratarse de una encuesta no invasiva, no vulnera los derechos de los encuestados, y por último sus datos personales solo serán utilizados para esta investigación.

CAPITULO III

RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

RESULTADOS:

El presente estudio fue realizado con los datos epidemiológicos de las encuestas de la parroquia Machángara, que consta en el departamento de investigación de la carrera de odontología de la UCACUE, mostrando los siguientes resultados:

TABLA 1. FRECUENCIA DE NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL.

Negligente		No Negligente		Total, general	
n	%	n	%	n	%
355	88%	48	12%	403	100%

Interpretación: El grafico evidencia el grado de negligencia al cuidado dental, donde un 12% (48) no practica conductas negligentes con su salud oral, y un 88% (355) de la muestra indica negligencia.

TABLA 2. DISTRIBUCION DE LA NEGLIGENCIA DE LA MUESTRA EN FUNCION DEL SEXO.

Sexo	Negligente		No Negligente		Total, general	
	n	%	n	%	n	%
Femenino	191	87%	29	13%	220	55%
Masculino	164	90%	19	10%	183	45%
Total	355	88%	48	12%	403	100%

p=0,38770699

Interpretación: La tabla evidencia la distribución de la muestra de acuerdo al sexo, en donde, 220(55%) corresponde al sexo femenino, de las cuales 191 (87%) son negligentes y 29 (13%) no negligentes, mientras que 183 (45%), corresponde al sexo masculino, de los cuales 164 (90%) son negligentes y 19 (10%) no negligentes, según la prueba estadística chi cuadrado de 0,3877, no se evidencia un valor significativo entre el sexo y la negligencia dental.

TABLA 3. DISTRIBUCION DE LA NEGLIGENCIA DE LA MUESTA SEGÚN EL INGRESO ECONOMICO.

Ingreso Económico	Negligente		No Negligente		Total, general	
	n	%	n	%	n	%
Alto	67	82%	15	18%	82	20%
Bajo	288	90%	33	10%	321	80%
Total	355	88%	48	12%	403	100%

$p=0,045597369$

Interpretación: La tabla evidencia la distribución de la muestra de acuerdo al ingreso económico, en donde, 82(20%) corresponde al ingreso económico alto, de las cuales 67 (82%) son negligentes y 15 (18%) no negligentes, mientras que 321 (80%), corresponde al ingreso económico bajo, de los cuales 288 (90%) son negligentes y 48 (10%) no negligentes, la prueba estadística chi cuadrado de 0.04 demuestra que existe una relevancia significativa entre el ingreso económico y negligencia dental.

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE LA NEGLIGENCIA DE LA MUESTRA SEGÚN LA OCUPACIÓN.

Ocupación	Negligente		No negligente		Total, general	
	n	%	n	%	n	%
Expuesto	201	86%	33	14%	234	58%
No expuesto	153	91%	15	9%	168	42%
Total	354	88%	48	12%	403	100%

$p=0,11458889$

Interpretación: La tabla evidencia la distribución de la muestra de acuerdo al riesgo que representa la ocupación en materia de negligencia dental, en donde 234(58%) corresponde al grupo, de las cuales 201 (86%) son negligentes y 33 (18%) no negligentes, mientras que 168 (42%), corresponde al grupo no expuesto, de los cuales 153 (91%) son negligentes y 15 (9%) no negligentes, según la prueba estadística Chi cuadrado de 0,1145 no se evidencia un valor significativo entre la ocupación y la negligencia dental.

TABLA 5. DISTRIBUCION DE LA NEGLIGENCIA DE LA MUESTRA SEGÚN LA EDAD.

Edades	Negligente		No Negligente		Total, general	
	n	%	n	%	n	%
De 45 a 49	134	89%	16	11%	150	37%
De 50 a 59	165	88%	23	12%	188	47%
De 60 a 64	56	86%	9	14%	65	16%
Total	355	88%	48	12%	403	100%

$p=0,78975684$

Interpretación: La tabla evidencia la distribución de la muestra de acuerdo a la edad, en donde, 150(37%) corresponde al grupo de 45 a 49, de las cuales 134 (89%) son negligentes y 16 (11%) no negligentes, mientras que 188 (47%), corresponde al grupo de 50 a 59, de los cuales 165 (88%) son negligentes y 23 (12%) no negligentes, en tanto que 65(16%) corresponde al grupo de 60 a 64 años, de los cuales 56(85%) son negligentes, y 9(14%) no negligentes, según la prueba estadística chi cuadrado de 0.7897 la edad ni representa un valor significativo de negligencia dental.

DISCUSIÓN.

Este estudio fue de tipo transversal actual descriptivo y se efectuó en la parroquia Machángara de la ciudad de Cuenca - Ecuador en adultos de 45 a 65 años de edad, se registró una frecuencia de negligencia al cuidado dental de 88% en contra de un 12% de no negligentes, siendo la negligencia más prevalente en hombres con un 90% y del 87% en mujeres, la negligencia según ingresos económicos fue más prevalente en el nivel bajo con 90% y alto con un indicador de 82%, en riesgos de ocupación el nivel más prevalente de negligencia se dio en el grupo no expuestos con un 91% y expuestos con un 86%, en lo referente a la edad la negligencia se presentó el grupo etario de 45 a 49 años con 89%, seguido por el grupo de edades de 50 a 59 años con un 88%. El total de la población encuestada fue de 403 personas, los tamaños muestrales de los estudios antes reportados no difieren en mayoría debido a que manejan cifras similares, esto se puede observar en lo citado por Jamieson L y Thomson W ⁽²⁷⁾ quienes analizaron una muestra total de 478 personas, Skaret. E ⁽⁴¹⁾ en Noruega, realizó dos tipos de toma de muestras, la primera basándose en la conveniencia para el bien de la investigación, 263 personas, y la otra una toma de muestras aleatorias estratificadas de 2000 personas de 16 a 72 años, rangos de edades que por su puesto difieren con nuestro estudio, en otra obra de la autoría de Jamieson L, y Thomson W, ⁽⁴⁷⁾ usaron un muestreo aleatorio para un estudio de tipo descriptivo obteniendo una muestra de 600 participantes, de estos 458 participaron con la entrevista, la obra de McGrath y colaboradores ⁽³⁷⁾ en 2007 obtuvieron una muestra de 800 personas, todas adultas, su estudio que fue de tipo transversal descriptivo.

Según Diagn Res J ⁽⁵⁾, nos indica que un 95 % de su totalidad estudiada demuestra cierto tipo de conducta negligente, por esta razón la negligencia evoluciona en experiencia de caries, son resultados que no demuestran mayor diferencia con las cifras resultantes de nuestra investigación, debido a que el 88 % de la muestra demostró negligencia con su salud oral, de manera similar Jamieson L y Thomson M indican que de un grupo de 600 personas encuestadas al azar existe una prevalencia de negligencia al cuidado dental de un 78. 2 % de la población, datos que no representan diferencia en mayor grado con nuestros resultados ya que existe una prevalencia del 88% de un total de 403 personas encuestadas.

El artículo nombrado "Un estudio epidemiológico de la escala de negligencia dental en jóvenes de un área privada de UK 2012, redactado por Sarri G ⁽⁸⁾, nos demuestra que de cada 10 jóvenes encuestados 4 habían experimentado algún tipo de conducta que

se tornaba negligente, el grupo en el que se realizó el análisis difiere en función de la edad comparándola con nuestra muestra estudiada, ya que son edades de 45 a 65 años las que se toman en consideración y la referencia maneja un grupo etario joven, por lo que se podría decir que la edad debe considerarse como un factor capaz de determinar cierto tipo de relación con la negligencia dental.

Según Thomson WM, ⁽⁵⁾ en su publicación " nos indica que en estudios que se refieren a población adulta realizados con anterioridad se evidencia que los adultos más jóvenes "comprendidos entre 18 y 34 años" obtienen valores de negligencia dental más altos que los adultos que sobrepasan este rango de edad, o todos menos el grupo más anciano, esta afirmación por parte del autor difiere con los resultados de nuestro análisis en edades de 45 a 65 años, ya que existe un 88% de prevalencia de negligencia dental se podría decir que debido a su avanzada edad existe la exposición de este grupo a esta clase de conductas, pero evidentemente esta cita bibliográfica nos indica que esta afirmación no cien por ciento fiable.

Thomson W ⁽⁴⁷⁾, en su estudio indica que los participantes del género masculino representan su salud bucal como deficiente en comparación al promedio aceptable, por ello este grupo representaba la cifra con mayor descuido, nuestro estudio no difiere en gran categoría a estas acotaciones ya que la distribución de la muestra de acuerdo al sexo de los participantes revela que 220(55%) corresponde al sexo femenino, de las cuales 191 (87%) son negligentes y 29 (13%) no negligentes, mientras que 183 (45%), corresponde al sexo masculino, de los cuales 164 (90%) son negligentes y 19 (10%) no negligentes, por lo tanto no en gran proporción pero se evidencia que el grupo que presenta mayor descuido son el grupo masculino.

Existe escasos de estudios que demuestran relación entre la variable de ocupación y la condición negligente al cuidado dental. Los resultados de este estudio en referencia al tema ocupacional demuestran que, de 403(100%) que es el total de la muestra, 234(58%) corresponde al grupo expuesto a negligencia dental según su ocupación, de las cuales 201 (86%) son negligentes y 33 (18%) no negligentes, mientras que 168 (42%), corresponde al grupo no expuesto a negligencia dental según su ocupación, de los cuales 153 (91%) son negligentes y 15 (9%) no negligentes., cifras con las que se puede realizar la comparación con el estudio publicado por Skaret. E ⁽⁴¹⁾, que separo su muestra en función de la ocupación en 2 secciones, los empleados con valores del 92.2 %, y los desempleados representados por un 3.8%, a diferencia de Jamieson L, y Thomson W ⁽⁴⁷⁾, cuyo estudio se realizó en Oceanía, Nueva Zelanda específicamente

en 2002, ellos catalogaron la ocupación como una condicionante sociodemográfica organizándola en tres grupos que fueron condición alta, media y baja.

Este estudio fue realizado como un estudio de tipo correlacional, aunque pudo obtenerse cifras mayores, existió dificultad para conseguir una población mayor y volver al estudio mucho más equiparable a las cifras de los estudios antes citados, ya que gran cantidad de los participantes del área urbana, se negaban a colaborar con este estudio y/o presentaban dificultades durante la realización de la entrevista.

CONCLUSIONES:

La Negligencia al cuidado dental en el grupo estudiado de la parroquia Machángara, según los análisis, existen más personas negligentes que no negligentes del total estudiado, específicamente de 403 encuestados.

Dentro de la población estudiada existen más participantes pertenecientes al sexo femenino, aunque no existe gran diferencia cuantitativa entre este y el grupo masculino y los resultados tampoco representan gran diferencia.

De acuerdo al ingreso socioeconómico según nuestro estudio decimos que la gran mayoría de los participantes indican pertenecer al ingreso económico bajo, por lo tanto, representan también el grupo con mayor negligencia al cuidado dental a comparación de los pertenecientes al ingreso económico alto.

En lo que respecta a la distribución de la muestra de acuerdo a la ocupación el grupo expuesto a negligencia dental por su ocupación es relativamente mayor al grupo no expuesto, sin embargo, demuestran ser más negligentes los pertenecientes a este último.

Referente a la edad el grupo de mayor volumen es el que corresponde al estrato de 50 a 59 años, seguido por el grupo de 45 a 49 años y el grupo de menor volumen es el de 60 a 65 años, de los cuales el grupo con mayor índice de negligencia es el de 45 a 49 años.

BIBLIOGRAFÍAS.

1. Hechavarria - Martínez B. Salud bucal en la adolescencia. MEDISAN 2016; 20(9):2091. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100015
2. Mariño R. La salud bucodental de los ancianos: realidad, mitos y posibilidades. Bol Of Sanit Panamericana 1994;116(5):419-26. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/15706/v116n5p419.pdf?sequence=1>
3. Almarrales - Sierra C. Conocimientos sobre salud bucal y demanda de servicios estomatológicos en relación con la enfermedad periodontal en embarazadas. Scielo 2008;45(2) 1561. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072008000200003
4. Diagn - Res J. Impact of Dental Neglect Scale on Oral Health Status Among Different Professionals in Indore City-A Cross- Sectional Study 2015; (10);4625340. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4625340/>
5. Thomson WM, Spencer AJ, and Gaughwin A. Testing a child dental neglect scale in South Australia. Community Dentistry and Oral Epidemiology 24: 351-356, 1996. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2627830/>
6. Thomson WM and Locker D. Dental neglect and dental health among 26-year-olds in the Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study. Community Dentistry and Oral Epidemiology 28: 414-418, 2000. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1034/j.1600-0528.2000.028006414.x>
7. Lisa M Jamieson and Murray Thomson. Dental health, dental neglect, and use of services in an adult Dunedin population simple 98: 4-8; 2002. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12017903>

8. Sarri G. Evans P. Stansfield S. and Marcenes W. A school-based epidemiological study of dental neglect among adolescents in a deprived area of the UK 2012. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1754-4505.1994.tb01132.x>
9. Roque M, Fassio A. Políticas Públicas sobre el envejecimiento en los Países del cono Sur. 1st ed. Chile: FLACSO, Ministerio del Desarrollo Social, Senama, 2015. Disponible en: <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Politicasypublicas-vejez-cono-Sur.pdf>
10. Alvarado García Alejandra María, Salazar Maya Ángela María. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos. 2014 jun; 25(2): 52-62. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
11. Cardona Arango, D, Segura Cardona, A, Garzón Duque, M, Cano Sierra, SM. Estado de Salud del Adulto mayor de Antioquia, Colombia. Revista Brasileira de Geriatria y Gerontología. 2016; 19(1): 71-86. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4038/403844773007.pdf>
12. Pérez D. Envejecimiento y esperanza de vida. EIDON. 2013; 1(12). Disponible en: http://www.eurohex.eu/bibliography/pdf/PerezDiaz_insermo_2000-1184881666/PerezDiaz_insermo_2000.pdf
13. MacDonald D. Principles of Geriatric Dentistry and Their Applications to the Older Adult with a Physical Disability. Clinics in Geriatric Medicine. 2006; 22(2): 413-434. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16627086>
14. Conde Sala J. Los cuidados a personas con dependencia. 1st ed. Barcelona: IL3- Universidad de Barcelona; 2015. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/273063126_Los_cuidados_a_personas_con_dependencia_Fichas_didacticas
15. Falque Madrid Luis, Maestre Gladys E, Zambrano Raquel, Moran de Villalobos Yoraida. Deficiencias nutricionales en los adultos y adultos mayores. An Venez Nutr. 2005; 18(1): 82-59. Disponible en: <http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/bitstream/11158/299/1/202603.pdf>

16. Rueda Martínez G, Albuquerque A. La Salud bucal como derecho humano y bien ético. Revista Latinoamericana de Bioética. 2016; 17(32-1): 36-59. Disponible en: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/2299/2566>
17. Figueroa M, Duarte C, Gonzales T, Rufino T. Hacia la mejora de la salud bucodental del anciano: valoración y diagnóstico enfermo. 2014; 8(3). Disponible en: http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/446/Bucodental_del_anciano
18. Murillo Bolaños O. Envejecimiento Bucodental. Anales en Gerontología. 2010; 6(6). Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/8871>
19. Ortega Velazco D. Envejecimiento Oral. En: Bollón Fernández, P, Velazco Ortega D. Odontoestomatología geriátrica: la atención odontológica integral del paciente de edad avanzada. Madrid: Coordinación Editorial IMC; 1996. Pp. 159, 164-6. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/est11407.htm
20. Sáenz Carrera R, Carmona M, Jiménez Z, Alfaro X. Cambios Bucales en el adulto mayor. Scielo. 2007; 44(4). Disponible en: <http://repositorio.sangregorio.edu.ec/bitstream/123456789/255/1/OD-T1275.pdf>
21. Vascones A. Epidemiología de la enfermedad de la cavidad oral del anciano. En: Tratado de la odontología. T4. 3ª Ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1999. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000400008
22. Laplace Pérez B, Legra Matos S, Fernández Laplace J, Quiñones Márquez D, Piña Suarez L, Castellanos Amestoy L. Enfermedades bucales en el adulto mayor. CCM. 2013 dic; 17(4): 477-488. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000100004
23. Duarte tenorio, A, Duarte Tencio, T. Consideraciones en el manejo odontológico del paciente geriátrico. Revista Científica Odontológica. 2012.8 (1): 45-54.

- Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3242/324227915007.pdf>
24. Htwe T, Mushtaq A, Robinson S, Rosher R, Khardoni N. Infection in the Elderly. Infectious Disease Clinics of North América. 2007; 21(3): 711-743. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17826620>
25. Dodds M, Johnson D, Yeh C. Health benefits of saliva: a review. Journal of Dentistry. 2005; 33(3): 223-233. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15725522>
26. Meyer K. Lung infections and aging. Ageing Research Reviews. 2004; 3(1): 55-67. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Lung-infections-and-aging.-Meyer/b3acf9db58d77c182f06674d211cf0e175220774>
27. Jamieson L, Murray Thomson W. The Dental Neglect and Dental Indifference scales compared. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2002; 30(3): 168-175. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/11371175_The_Dental_Neglect_and_Dental_Indifference_scales_compared
28. Thomson WM LD. Dental neglect and dental health among 26-year-olds in the Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study. Community Dent Oral Epidemiology. 2000 febrero; 28(6). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11106013>
29. Cocker JU. Child neglect. A thematic review of child neglect in the city of York; 2017. Disponible en: https://ncsacw.samhsa.gov/files/Annotated_Bibliography.pdf
30. Kumar, A; Dental Neglect- A Review; Research & Reviews Journal of Dental Sciences; 2015 Abril; 1(1). Disponible en: <http://www.rroj.com/open-access/dental-neglect-a-review.php?aid=53395>
31. Rueda C L, Valdebenito C, Lolas S F. La ocupación: ciencia y técnica de terapia ocupacional para la intervención en psiquiatría. 2005; 45 (1). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272005000100005

32. Allan N, Wachholtz D, Valdez A, Cambios en la ocupación de los adultos mayores recientemente jubilados. Revista Chilena de Terapia Ocupacional. 2005; 5. Disponible en: <https://revistas.uchile.cl/index.php/RTO/article/download/103/86/>
33. Agenda de igualdad para adultos mayores, 2012 – 2013. 2nd ed. Quito: Editorial Ecuador; 2012. Disponible en: <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Agenda-Nacional-Igualdad-Intergeneraci%C3%B3n.pdf>
34. Ferreira Salazar C, García García K, Macías Leiva L, Pérez Avellaneda A, Tomsich C. Mujeres y hombres del Ecuador en cifras III. 3rd ed. Quito: Editorial Ecuador; 2013. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres_y_Hombres_del_Ecuador_en_Cifras_III.pdf
35. Instituto nacional de Estadísticas y Censos. Clasificación Nacional de Ocupaciones. INEC, editor. Quito: Editorial Ecuador; junio 2012. Disponible en: <http://aplicaciones2.ecuadorencifras.gob.ec/SIN/metodologias/CIUO%2008.pdf>
36. Aguilar Parra J, Padilla Góngora D, Manzano León A. Importancia de la ocupación en el desarrollo del mayor y su influencia en su salud. International Journal of Developmental and Educational Psychology Revista INFAD de Psicología. 2016; 1(1): 245. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/304713194_Importancia_de_la_ocupaci%C3%B3n_en_el_desarrollo_del_adulto_mayor_y_su_influencia_en_su_salud.
37. Bello Gómez S, Feel Rodríguez P, Fernández Lamas A, Pilleiro Pillado G, Romeu Ces T. Ocupación y Salud. TOG. 2010; 7: 170-176. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num6/gallegas.pdf>
38. McGrath C, See-King A, King Lun Ho D, Hok Ling Wong J. The impact of dental neglect on oral health: a population based study in Hong Kong. International Dental Journal. 2007 Febrero; 57 (3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17378343>

39. Sarri G, Evans P, Stansfield S, Marcenes W. A school-based epidemiological study of dental neglect among adolescents in a deprived area of the UK. *British Dental Journal*. 2012 Julio; 17. Disponible en: https://www.nature.com/bdj/collections/Public_dental_health/bdj_s65_1.html
40. Sanders A, Spencer A, Slade G. Evaluating the role of dental behavioral oral health inequalities. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2006 Febrero; 34 (1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16423034>
41. Skaret E, Astrom, Haugejorden, Klock, Trovik. Assessment of the reliability and validity of the Dental Neglect. *Community Dental Health*. 2007 Junio; 24. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18246843>
42. Carnet G, Lee M, Mckelvey V, Sourial A, Halliwell R, Livingston M. Oral health status and oral treatment needs of dependent elderly people in Christchurch. *The New Zealand Medical Journal*. 2004 Junio; 117 (1194). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15156210>
43. Barbosa C, Viena de Lima, Gómez A. Chil, neglect and oral health. *BMC Pediatrics*. 2013 noviembre; 13. Disponible en: <https://formacionasunivep.com/files/publicaciones/LIBRO%205%20SALUD%20Y%20CUIDADOS%20FINAL.pdf>
44. Mathur A, Mathur A, Pal Aggarwal V. Dental Neglect Affection Oral Health Status in India. *International Journal on Pediatric Research*. 2016 Marzo; 2 (1). Disponible en: <https://clinmedjournals.org/articles/ijpr/international-journal-of-pediatric-research-ijpr-2-016.pdf>
45. Gurunathan D, Shanmugaavel A. Dental neglect among children in Chennai. *Journal of Indian Society of Periodontics and Preventive Dentistry*. 2016 September; 34 (4). Disponible en: <http://www.ijsppd.com/article.asp?issn=0970-4388;year=2016;volume=34;issue=4;spage=364;epage=369;aulast=Gurunathan>
46. Kumar A. Dental Neglect a review. *Research & reviews: Journal of Dental Sciences*. 2015 Abril; 3 (1). Disponible en: <http://www.rroij.com/open-access/dental-neglect-a-review.pdf>

47. Jamieson LM, Thomson M. Dental health, dental neglect, & use of services in an adult Dunedin population sample. N Z Dent J. 2002; 98 (431): 4-8. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/11353677_Dental_health_dental_neglect_and_use_of_services_in_an_adult_Dunedin_population_sample
48. Thomson WM, Locker D. Dental neglect& dental health among 26 years old in the Dunedin Multidisciplinary Health & Development Study. Community Dent Oral. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2821461/>
49. Ajagannanavar SL, Sequeria PS, Jain J, Battur H. Dental neglect among college going adolescents in Virapet, India. J Indian Assoc Health Dent 2014; 12: 215-8. Disponible en: <http://www.jiaphd.org/article.asp?issn=2319-5932;year=2014;volume=12;issue=3;spage=215;epage=218;aulast=Ajagannanavar>
50. Villavicencio Caparó E, et al. Pasos para la planificación de una investigación clínica. Odontología Activa. 2016; 1(1): 75-78. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/186>
51. Villavicencio Caparó E, et al. Diseños de estudios clínicos en odontología. Odontología Activa. 2017; 1(2): 83-86. Disponible: https://www.researchgate.net/publication/315678526_Diseños_de_estudios_clínicos_en_odontología.
52. Villavicencio Caparó E, et al. ¿Cuántas personas debo encuestar? Odontología Activa. 2017; 2 (1): 59-62. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/175>

ANEXOS

ANEXO 1. FICHA DE ENCUESTAS DE SALUD BUCAL DEL PROYECTO DE BARRERAS EN LA ODONTOLOGÍA

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

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

Edad: _____ AÑOS Ocupación: _____ PARROQUIA: _____

1. Grado de Instrucción	
a) Sin estudios	f) Superior técnica incompleta
b) Primaria incompleta	g) Superior técnica completa
c) Primaria completa	h) Superior universitario incompleta
d) Secundaria incompleta	i) Superior universitario completa
e) Secundaria completa	

OPCIONAL

Ingreso mensual familiar aproximado: _____

(¿Cuántas personas dependen de este ingreso?: _____)

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

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

Firma: _____

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

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

AUTOMEDICACIÓN	
15. ¿Usted se auto medica? Si () NO ()	
16. ¿Cuándo tiene una dolencia quién le recomienda la medicación?	
a) Médico	e) Familiar
b) Odontólogo	f) Amistades
c) Farmacéutico	g) Por iniciativa propia
d) Técnico en farmacia	
17. ¿En qué tipo de dolencias Usted se automedica? (tomar medicamento sin prescripción médica)	
a) Fiebre	d) Dolor de cabeza
b) Dolor de estomago	e) Gripe
c) Dolor de diente	f) Otros
18. ¿Cuándo tiene dolor de diente por qué motivos se auto medica (tomar medicamento sin prescripción médica) y no recurre al Odontólogo?	
a) Por indicación del técnico de farmacia	d) Por hábito
b) Porque es muy cara la consulta	e) Otros
c) Porque la clínica u Hospital está muy lejos de su casa	
19. ¿Por cuánto tiempo Usted se auto medica? (tomar medicamento sin prescripción médica)	
a) 1 día	c) 3 días
b) 2 días	d) O más
20. Dónde adquirió el medicamento:	
a) Farmacia	c) Botega
b) Botica	d) Establecimiento de salud
21. ¿Qué tipos de medicamentos consume mayormente sin prescripción médica?	
a) Antiinflamatorios	d) Ansiolíticos
b) Antibiótico	e) Otros
c) Analgésicos	
22. ¿En qué forma farmacéutica consume los medicamentos sin prescripción médica?	
a) Pastillas	d) Intramuscular
b) Jarabe	e) Endovenosa
c) Suspensión	
23. ¿Cuál es el medio de comunicación que influye en su automedicación?	
a) Televisión	d) Afiches
b) Slogan	e) Radio
c) Paneles	

ANSIEDAD	
24. Comienzé a ponerse nervioso/a cuando el Odontólogo le invita a sentarme en la silla Si () NO ()	
25. Comienza a ponerse nervioso/a cuando el Odontólogo va a extraerle un diente, se siente realmente asustado en la sala de espera. Si () NO ()	
26. Cuando va en camino al consultorio piensa que el odontologo no le va a explicar lo que hay en sus dientes Si () NO ()	
27. Quiere irse del consultorio cuando piensa que el Odontólogo no le va a explicar lo que hay en sus dientes Si () NO ()	
28. En el momento en que el Odontólogo alista la jeringa con la inyección de anestesia, cierra los ojos fuertemente. Si () NO ()	
29. En la sala de espera suda y tiembla cuando piensa que es su turno de pasar a la consulta Si () NO ()	
30. Cuando va hacia el consultorio del odontólogo, se pone ansioso/a solo de pensar si tendrá que usar el taladro dental con Ud. Si () NO ()	
31. Cuando esta sentada en la silla de tratamiento y no sabe lo que el odontólogo esta haciendo en su boca, se pone nerviosa/o y suda Si () NO ()	
32. En su camino hacia el consultorio del odontólogo, la idea de estar sentada en la silla de tratamiento le pone nervioso/a. Si () NO ()	

ESCUELA DE DENTAL BUCAI UNIVERSIDAD CATOLICA DE COLOMBIA
INDICE ICON



ANEXO 2. CUESTIONARIO DE LA ESCALA DE NEGLIGENCIA DENTAL (DNS) DE THOMPSON.

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