



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**  
**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR.**  
**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**NEGLIGENCIA AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN ADULTOS  
JOVENES DE 45 65 AÑOS DE EDAD EN LA PARROQUIA EL  
SAGRARIO EN EL PERIODO DE 2017 CUENCA ECUADOR.**

TRABAJO DE TITULACIÓN  
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO

**AUTORA: Aguilar Ortiz Paula Carolina**

**DIRECTOR: Guerrero Freddy, Od. Esp.**

CUENCA

2018.

**DECLARACIÓN:**

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

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

.....

Autora: AGUILAR ORTIZ PAULA CAROLINA.

CI: 0704141720.

**CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN**

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“Negligencia al tratamiento odontológico en personas de 45 a 65 años de edad de la parroquia El Sagrario de la ciudad Cuenca-Ecuador”** realizado por **AGUILAR ORTIZ PAULA CAROLINA**, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que esta expedito para su presentación.

Cuenca, Julio 2018

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.

**DPTO. DE INVESTIGACIÓN ODONTOLÓGÍA**

**CERTIFICACIÓN DEL TUTOR**

Od. Liliana Encalada Verdugo

**COORDINADORA DEL DPTO. DE TITULACIÓN.**

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominada "NEGLIGENCIA AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN ADULTOS JOVENES DE 45 A 65 AÑOS DE EDAD EN LA PARROQUIA EL SAGRARIO EN EL PERIODO 2017 CUENCA ECUADOR", realizado por AGUILAR ORTIZ PAULA CAROLINA, ha sido revisado y orientado durante su ejecución por lo que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que esta expedido para sus sustentación

CUENCA, FEBRERO DE 2018.

.....

**Od. Esp. Freddy Guerrero.**

**DEDICATORIA:**

A mi Dios padre creador por ser mi luz y mi fuerza espiritual para culminar todo este proceso de formación profesional.

A mis padres por ser el pilar fundamental en mi formación

A mis hijos por ser el motivo de superación.

A mi esposo por ser el compañero fiel incondicional en todo mi camino.

**EPIGRAFE.**

“Porque nunca es tarde, y el tiempo solo se acaba cuando la vida termina. Y hasta ese momento siempre existe una posibilidad para todo.”

MAHATMA GANDHI.

**AGRADECIMIENTOS:**

El amor recibido, la dedicación con la que cada día JORGE Y VIOLETA fueron los promotores de mis sueños, siendo la ayuda idónea para caminar por la vida, gracias dios mío por tenerlos conmigo.

Gracias Padre Santo por el mayor regalo que me diste SEBASTIAN Y MARIA PAZ, ustedes me impulsan cada día a superarme y ofrecerles lo mejor.

La ayuda que me has brindado ha sido incondicional, estas a mi lado en todo momento, me ayudaste hasta donde te era posible incluso más que eso TE AMO WILLIAMS.

Siempre juntos batallando a lo largo de mi carrera profesional a  
ustedes, CHRISTY Y JORGE.

**LISTA DE ABREVIATURAS**

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**DNS:** Dental Neglent Scale.

**UCACUE:** universidad Católica de Cuenca.

**INEC:** Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

**CIUO:** Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones

**CHI2:** Chi Cuadrad

## ÍNDICE GENERAL

|  |    |
|--|----|
| RESUMEN.....   | 11 |
| ABSTRACT .....   | 12 |
| INTRODUCCIÓN .....   | 13 |
| CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO .....                             | 14 |
| 1. Planteamiento De La Investigación .....                         | 15 |
| 2. Justificación.....  | 15 |
| 3 Objetivos Del Proyecto .....                                     | 17 |
| 3.1 Objetivo general: .....  | 17 |
| 3.2 Objetivos específicos: .....                                   | 17 |
| 4. Marco Teórico.....  | 18 |
| 4.1. Negligencia Al Tratamiento Odontológico. ....                 | 18 |
| 4.1.1 Negligencia Dental.....                                      | 19 |
| 4,1,1.a Tipos De Negligencia Dental.....                           | 20 |
| 4.1.1.b Causas: .....  | 20 |
| 4.1.1.c Herramientas De Medición .....                             | 21 |
| 4.1.1.d Manejo Adecuado:.....                                      | 21 |
| 4.1.1.e Negligencia Dental Y Factores Sociodemográficos .....      | 22 |
| 4.1.2 Impacto De La Negligencia Dental.....                        | 23 |
| 4.1.2.a Diagnóstico .....  | 23 |
| 4.1.2.b Variables Sociodemográficas Y Dentales.....                | 24 |
| 4.1.2.c HIGIENE DENTAL Y NEGLIGENCIA .....                         | 29 |
| 4.2 ANTECEDENTES .....   | 31 |
| 5. Hipótesis.....  | 36 |
| CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL .....                        | 37 |
| 1. MARCO METODOLÓGICO .....  | 38 |
| 2. Población Y Muestra .....                                       | 38 |
| 2.1 Criterios de Selección. ....                                   | 38 |
| 2.1.a Criterios de inclusión .....                                 | 38 |
| 2.1.b Criterios de exclusión .....                                 | 39 |
| Tamaño de la muestra:.....   | 39 |
| Tipo De Muestreo .....   | 39 |
| 3. CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....                  | 40 |
| 4. Instrumentos, Materiales Y Recursos Para La Toma De Datos ..... | 41 |
| 5. Procedimiento Para La Toma De Datos.....                        | 41 |
| 6. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.....                    | 43 |
| 7. ASPECTOS BIOETICOS .....  | 44 |
| CAPÍTULO III RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....             | 45 |
| 1.RESULTADOS .....   | 46 |
| 2. DISCUSIÓN .....   | 52 |
| 3.CONCLUSIONES.....  | 54 |
| BIBLIOGRAFÍA.....  | 55 |
| ANEXOS.....  | 58 |

**ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS**

|   |    |
|---|----|
| Tabla 1.- Distribución de la muestra según edad y sexo.....                 | 46 |
| Gráfico1.-Frecuencia de Negligencia.....                                    | 47 |
| Tabla 2.- Frecuencia de negligencia según el sexo.....                      | 48 |
| Tabla 3.- Frecuencia de negligencia según edad.....                         | 49 |
| Tabla 4.- Frecuencia de negligencia de acuerdo al nivel de instrucción..... | 50 |
| Tabla 5.- Frecuencia de negligencia de acuerdo al nivel de ocupación.....   | 51 |

## RESUMEN

**OBJETIVO:** El objetivo de esta investigación se basó en determinar la frecuencia de negligencia a tratamiento odontológico en pacientes de 45 a 65 años, en la parroquia El Sagrario de la ciudad de Cuenca Ecuador, en el año 2017. **MATERIALES Y MÉTODOS:** La presente investigación fue de campo, con un enfoque cuantitativo, descriptivo, observacional, comunicacional y transversal, la población estuvo conformada por adultos de 45 a 65 años de edad pertenecientes a la parroquia el sagrario de la ciudad de Cuenca, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, se realizó la encuesta “Barrera para acceder a servicios odontológicos” método aplicando el cuestionario de Negligencia dental de Thompson, el tamaño mastral se calculó mediante 1181 personas. La encuesta se realizó puerta a puerta, iniciando la entrevista con un saludo, solicitando datos personales y firmando el respectivo consentimiento informado. **RESULTADOS:** Se pudo determinar que la frecuencia de negligencia al tratamiento odontológico fue de un 77 % ocupando un porcentaje alto. Según la distribución de la muestra por edad y sexo se pudo determinar que existen más hombres negligentes de 51 a 60 años de edad. **CONCLUSIÓN:** Se pudo determinar que la frecuencia, según sexo, ocupación no tuvieron significancia basándose en la prueba estadística del chi cuadrado. Por otro lado la frecuencia de negligencia al tratamiento odontológico según nivel instrucción si tuvo significancia ya que en la prueba estadística del chi cuadrado es de (0.000000339).

**PALABRAS CLAVES:** Negligencia, tratamiento dental.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** The objective of this research was based on determining the frequency of negligence to dental treatment in patients aged 45 to 65 years, in the El Sagrario parish of the city of Cuenca Ecuador, in the year 2017. **MATERIALS AND METHODS:** The present investigation was field, with a quantitative, descriptive, observational, communicational and cross-sectional approach, the population consisted of adults from 45 to 65 years of age belonging to the parish of the tabernacle of the city of Cuenca, who met the inclusion and exclusion criteria, the "Barrier to access dental services" survey was carried out, applying the Thompson dental neglect questionnaire, the master size was calculated using 1181 person. The survey was carried out door to door, initiating the interview with a greeting, requesting personal data and signing the respective informed consent. **RESULTS:** It was determined that the prevalence of negligence to dental treatment was 77%, occupying a high percentage. According to the distribution of the sample by age and sex it was possible to determine that there are more negligent men from 51 to 60 years of age. **CONCLUSION:** It can be determined that the prevalence, according to sex, occupation did not have significance based on the statistical test of the CHI<sup>2</sup>. On the other hand, the prevalence of neglect of dental treatment according to the level of instruction was significant because in the statistical test of the CHI<sup>2</sup>, p (0.000000339).

**KEY WORDS:** Neglect, treatment dental.

## INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la calidad de vida ha sido determinada como: Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas, inquietudes, los cuales están relacionados con la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales y las creencias religiosas, la determina así: Combinación de condiciones de vida y mucha satisfacción personal ponderadas por escalas de valores, inspiraciones y expectativas muy íntimas; es importante considerar varios aspectos de las personas, así el lugar donde permanecen y donde viven, el comportamiento, su vida en general, relaciones familiares y apoyos sociales, la satisfacción laboral, el estado funcional y disponibilidad económica; así como la salud general.<sup>1</sup>

Relacionando a la salud, la calidad de vida tiene mucho que ver en factores que comprometen el bienestar biopsicosocial como una buena alimentación, entorno ambiental saludable, estable situación económica y acceso a una salud digna.<sup>1</sup>

El objetivo de esta investigación fue analizar la frecuencia de negligencia al tratamiento odontológico en adultos de 45 a 65 años de edad de la parroquia el Sagrario de la ciudad de Cuenca- Ecuador, en el año 2017 mediante una investigación de campo y un cuestionario de Negligencia dental de Thompson, utilizando técnicas cualitativas y cuantitativas para saber si existe negligencia dental con la finalidad de llevar a cabo una revisión en pacientes adultos acerca de la negligencia al tratamiento odontológico, para determinar las causas y consecuencias de la misma, que pudieran evitarse si tomaran ciertas precauciones al someterse al tratamiento dental; ya que este incremento por parte de los pacientes, es la causa en algunas ocasiones el descuido de la salud oral, teniendo como consecuencia el abandono del tratamiento.

**CAPÍTULO I**  
**PLANTEAMIENTO TEÓRICO**

## **1. Planteamiento de la investigación**

Si hablamos de salud dental en lo que respecta a prevención de las enfermedades que negativamente afectan a nuestro bienestar, implica que si no tenemos un cuidado dental exhaustivo en lo posterior, tendremos consecuencias nocivas tanto funcionales como psicológicas.

La mayoría de las patologías se deben a varios factores los mismos que se alteran y agravan con el tiempo.

Varios problemas que se van a investigar es la frecuencia de la negligencia al tratamiento odontológico en adultos de 45 a 65 años edad, siendo de la parroquia El Sagrario en la ciudad de Cuenca, llevándose a cabo por medio de encuestas, los meses comprendidos entre Julio- Agosto de 2017. El tema de negligencia dental es un tema nuevo para muchas personas encuestadas en la Parroquia el Sagrario indicando alarmantes índices, siendo un tema desconocido, ignorando que un mal cuidado dental, es una de las causas para enfermedades a nivel bucal como sistémico, generándonos la siguiente pregunta de investigación, ¿Cuánto es la frecuencia de negligencia dental al tratamiento odontológico en adultos de 45 a 65 años de edad en la Parroquia El Sagrario en el periodo 2017 en la ciudad de Cuenca?

## **2. Justificación**

Esta investigación se centra en indicar la frecuencia de negligencia dental al tratamiento odontológico en adultos entre 45 a 65 años de edad en la Parroquia El Sagrario, ya que este tema es alarmante, por tal motivo existe la necesidad primordial de abordar este grave problema con la finalidad de informar a las personas lo que conlleva a la negligencia dental, por tal motivo esta investigación va a otorgar a toda la población desde el punto de vista científico, social, económico datos reales para un posible estudio ya que estos fueron obtenidos mediante el interrogatorio a través de encuestas a 90 personas de ambos sexos en el sector de El Sagrario de la ciudad de Cuenca, con el fin de determinar cuál es el porcentaje de negligencias al tratamiento odontológico en el sector, teniendo una

importancia relevante ya que, recolectando datos obtendremos un beneficio a la ciudadanía de las enfermedades que se generan por la negligencia al tratamiento odontológico. Teniendo en cuenta que en el ámbito investigativo se logrará obtener el título de Odontólogo otorgado por la Universidad Católica de Cuenca.

Podemos decir así mismo, que los recursos financieros son obtenidos por cuenta propia, y los recursos académicos son adquiridos mediante artículos científicos tomados por algunas revistas de intereses mundiales como PubMed, Scielo, Reserch Gate. La investigación será en un tiempo de 1 año. Con respecto a las líneas de investigación de la universidad Católica de Cuenca encaja en la línea de salud integral familiar con sublíneas en atención primaria y evaluación de normas y programas de salud.

### **3 Objetivos Del Proyecto**

#### **3.1 Objetivo general:**

- Determinar la frecuencia de negligencia dental en adultos de 45 a 65 años en la Parroquia El Sagrario del periodo 2017.

#### **3.2 Objetivos específicos:**

- Determinar la frecuencia de negligencia dental según el sexo.
- Determinar la frecuencia de negligencia dental según la edad.
- Determinar la frecuencia de negligencia dental según el nivel de instrucción.
- Determinar la frecuencia de negligencia dental según la ocupación.

## 4. Marco Teórico

### 4.1. Negligencia al tratamiento odontológico.

Podemos definir Negligencia similar a: descuido, desinterés, falta de aplicación, ligereza.<sup>3</sup>

Así mismo tiene una connotación relacionada con omisión que comprende un riesgo para el individuo como una forma de incumplimiento de los deberes.<sup>3</sup>

La Organización mundial de la salud la define como apreciación que las personas tienen de su lugar de existencia, siendo cultura y valores la relación de sus objetivos, inquietudes, normas en algunos casos expectativas y por qué no experiencias con la salud y el estado psicológico, relaciones sociales y las creencias religiosas identificada como: Acoplamiento de vida y sentimiento de satisfacción personal, modo de comportarse, lugar donde se vive, y modo de comportarse, así también salud en general. En relación a la salud, la calidad de vida influye en factores que comprometen el bienestar biopsicosocial buena alimentación buena, ambiente satisfactorio, buena posición económica.<sup>2</sup>

La salud bucal, es una zona primordial para la salud general contribuyendo una excelente vida de las personas. Los buenos hábitos de salud oral en edades tempranas conllevan a una disminución de los factores de riesgo en la adultez mejorando la calidad de vida en las personas. La presencia o ausencia de afecciones dentales, como enfermedad periodontal, caries dental, dientes perdidos y restaurados que presentan dolor, pueden generar incapacidad para sonreír, deglutir, masticar, degustar y besar (comprometiendo el bienestar sicosocial influyendo en la autoestima, expresión, comunicación y estética facial y hasta en la vida laboral originando ausentismo laboral y por ende baja producción económica; también estas afecciones orales pueden generar un impacto negativo en la salud, como mayor riesgo de diabetes descompensada, artritis, y otras enfermedades que pueden llegar a complicarse hasta la adultez mayor.<sup>2</sup>

Innumerables factores que son determinantes para poder identificar la existencia de negligencia los cuales se describe así:

- Los niveles culturales, económicos, laborales, educativos.
- Excesivo consumo de sustancias tóxicas (fármacos, drogas, etc.)
- Desorganización familiar.
- Determinantes como vivienda, y barrios marginales.
- La vida cotidiana como crianza, atención y cuidados.<sup>3</sup>

En relación a carencias como alimentos luz, escuelas, agua, hospitales en fin un sin número de deficiencias que hacen pensar que la pobreza es la razón de negligencia, dando como consecuencia que la problemática es la ignorancia o carencia de instrucción.<sup>3</sup>

Las innumerables incógnitas en torno a las estimaciones de la frecuencia y los severos problemas de negligencia dental en todo el mundo, se evidencia en todos los aspectos sociales, estratos étnicos, religiosos y profesionales. Los puntos más importantes de negligencia dental puede ofrecer varias variables entre la salud dental y los factores culturales, sociales y de actitud que hasta ahora han recibido poco atención. La investigación de la negligencia dental como un fenómeno podría permitir una mejor comprensión de las contribuciones relativas del comportamiento individual, el entorno y los factores estructurales a la ocurrencia de enfermedades dentales.<sup>4</sup>

#### **4.1.1. Negligencia Dental**

La negligencia en general y la negligencia dental, son los tipos de abuso menos conocidos y detectados, a pesar de que son los más frecuentes. La Academia Estadounidense de Odontología Pediátrica definió negligencia debido a que los padres no siguieron el tratamiento dental necesario para mantener la salud oral y para garantizar su libertad de dolor e infección como negligencia dental. También se define como siendo "la falta de precaución para mantener la salud oral, no obtener la atención dental necesaria y negligencia física de la cavidad oral."<sup>4</sup>

Las causas son varias, varios estudios demuestran que influye con la mala salud de los padres, excesos de sustancias, desempleo, pobreza., con familias negligentes a menudo experimentando una combinación de estos factores adversos. Los estudios también han informado que las familias negligentes a menudo tienen una serie de atributos que incluyen, la incapacidad para planificar, la falta de confianza sobre el futuro, dificultad para administrar el dinero, inmadurez emocional, falta de conocimiento de las necesidades de los niños, gran cantidad de niños, ser madre adolescente, los niveles altos de estrés y circunstancias de pobreza social y económica.<sup>4</sup>

#### 4,1,1.a. Tipos de negligencia dental

- Desinterés activo: Fracaso intencional de los padres o tutores para cumplir con sus responsabilidades de cuidado.
- Descuido pasivo: Falta involuntaria de los padres o tutores para cumplir con sus responsabilidades de cuidado debido al conocimiento, la enfermedad, las finanzas o la falta de conocimiento de la disponibilidad de apoyo / recursos de la comunidad.
- Desinterés de uno mismo: la incapacidad de una persona para satisfacer sus propias necesidades debido a problemas físicos, mentales o discapacidad del desarrollo o cualquier combinación de estos.<sup>4</sup>

La misma se puede clasificar según el tipo de atención:

- Descuido de la prevención dental - definido como el descuido de la prevención de la enfermedad oral que resulta en la experiencia de afecciones dentales (medidas por caries dentales tratadas y no tratadas y / o lesiones dentales traumáticas y / o dolor dental).<sup>4</sup>
- Descuido del tratamiento dental: definido como el descuido del tratamiento dental necesario que resulta en la experiencia de caries dentales no tratadas y / o lesiones dentales traumáticas y / o dolor dental.<sup>4</sup>

#### 4.1.1.b. Causas:

Evidenciando múltiples estudios tenemos:

- Mala salud de los padres.
- Uso inadecuado de técnicas y productos de la higiene bucal. .
- Desempleo y pobreza.
- Incapacidad para planificar.
- Falta de confianza sobre el futuro.
- Falta de conocimiento.
- Ser madre adolescente.
- Altos niveles de estrés
- Malas condiciones socioeconómicas<sup>4</sup>

La higiene bucal debe ser integral esto quiere decir en buenas condiciones significa que deben estar libres de: dolores crónicos, cáncer bucal es decir varias complicaciones que afectan al complejo oro facial y cráneo facial.<sup>5</sup>

La calidad de vida se ve reducida por diversos problemas uno de ellos a nivel mundial son las enfermedades buco dentales ya que debemos recopilar conceptos determinantes y tomar conciencia de las repercusiones que se presenten en lo posterior.<sup>5</sup>

Existen varias dinámicas la cuales se destacan:

- Mecanismos económicos, políticos
- Sistema educativo
- Valores sociales y culturales.

Todas estas mencionadas crean una serie de posiciones socioeconómicas que generan un sin número de repercusiones.<sup>5</sup>

#### **4.1.1.c. Herramientas de medición**

En 1996, se desarrolló el desarrollo y la prueba de la escala de siete elementos de negligencia dental Adelaide para niños según las calificaciones de los padres.

Más tarde fue diseñado para su uso en adultos por (Thomson y Locker 2000). La escala de negligencia dental representa un instrumento importante para las encuestas de población destinadas a identificar grupos de riesgo basados en información sobre salud oral, comportamiento y actitudes relacionadas con la salud oral. Poco a poco se evalúa la medida en que un individuo se preocupa por sus dientes, recibe atención dental profesional, y cree que la salud oral es de suma importancia. Esta escala puede ser un sustituto útil para los datos clínicos en oral encuestas de salud cuando las limitaciones de recursos impiden el examen de los integrantes.<sup>4</sup>

#### **4.1.1.d. Manejo Adecuado:**

La atención debe centrarse en el alivio y el dolor y otros síntomas, seguido de la restauración adecuada de la función y de la apariencia.<sup>6</sup>

Antes a lo mencionado es recomendable un equipo dental preventivo: ofrecer apoyo, llevar registros precisos, ayudar con charlas de técnicas de cepillado, uso de hilo dental, colutorios. Y más aún incentivarles desde niños para que ello se convierta en un hábito.<sup>6</sup>

Al asociarse con grupos de defensa, profesionales que pueden trabajar para asegurar recursos adicionales para las familias a fin de reducir la probabilidad de negligencia o brindar servicios. Cada uno de estos niveles de promoción es valioso para abordar los problemas y darles solución. Deben establecerse fuertes vínculos con otros profesionales

de la salud y la asistencia social para facilitar la comunicación. Los servicios dentales deben considerar desarrollar vías de atención para el manejo de la negligencia dental en consulta con las agencias locales.<sup>6</sup>

El tema de la negligencia dental ha recibido poca atención en la literatura dental. Por lo que debemos considerar que la mayor parte de los problemas bucodentales están provocados por ello, haciéndonos tomar decisiones para tratar de disminuir esta problemática cambiando nuestra forma de pensar y contribuyendo a mejorar el bienestar.<sup>6</sup>

#### **4.1.1.e. Negligencia dental y factores sociodemográficos**

Distintos estudios han manifestado sobre la asociación entre el abandono dental y los factores sociodemográficos como la edad, el género, el estatus socioeconómico, etc. Dicha negligencia se ve en cada transcurso de la vida con diferentes razones involucradas en ello. Comienza desde la infancia, atravesando la adolescencia hasta la vejez. Se observa que la negligencia dental se encuentra más en los extremos de la edad grupos mientras que entre los adolescentes la negligencia dental aumenta conforme la edad. Con respecto al género, la negligencia dental es más alta entre los hombres en comparación con las mujeres.<sup>4</sup>

También la negligencia dental está relacionada con la ignorancia de las personas; con menores ingresos; bajo grupo ocupacional y finalmente de clase socioeconómica más baja. También se pudo determinar que la calidad de vida de la salud bucal era significativa, ya que la persona con un alto nivel de negligencia dental tenía baja la calidad de vida de la salud oral, también la salud oral auto informada es pobre en estos grupos.<sup>4</sup>

El desinterés del tratamiento durante el embarazo ha sido reportado que es mucho más común, razón por la que no se accede a la atención dental durante el embarazo es la creencia de que el examen dental y el tratamiento puede dar lugar a resultados adversos en el nacimiento. Las personas mayores que residen en hogares de ancianos tienen un número considerable de vulnerabilidades, incluidas capacidades físicas y cognitivas disminuidas que pueden comprometer su salud general y oral. A pesar de esto, son el anfitrión de enfermedades dentales y raramente buscan servicios de atención dental debido a varias consecuencias.<sup>4</sup>

Personas con problemas de discapacidad corren un mayor riesgo de ser víctimas de negligencia por parte de los cuidadores que las personas discapacitadas y, por lo tanto, son más propensos a las consecuencias de enfermedades dentales. Pueden ser abusados y / o descuidado por los miembros de la familia, los asistentes de atención domiciliaria o los trabajadores de salud institucional o pueden incluso ser descuidado por sí mismo.<sup>4</sup>

#### **4.1.2. Impacto de la negligencia dental**

El impacto de la negligencia puede ser duradero en la salud general y la salud oral. Hay un anormal desarrollo socioemocional. Hay una reducción en el peso corporal, la circunferencia de la cabeza, el crecimiento y calidad de vida, pérdida de sueño, tiempo fuera de la escuela e interferencia con el juego y la socialización. Aumentado riesgo de problemas psiquiátricos, estilo de apego desorganizado asociado con el número de desarrollo problemas, incluyendo síntomas dispositivos, ansiedad, síntomas depresivos y de actuación. Daños en los en los dientes permanentes a lo Largo de la vida con disminución de la calidad de vida de la salud bucal y mala / baja auto información de la salud oral se ven.<sup>4</sup>

##### **4.1.2.a. Diagnóstico**

El instituto Nacional de Excelencia en Salud y Atención (NICE) demuestra que los profesionales de la salud deberían sospechar de negligencia en general, cuando hay observaciones repetidas de normas de higiene deficientes que afectan la salud. Los indicadores generales incluyen: no asistencia repetida para las evaluaciones de salud oral programadas (chequeos dentales); asistencia para aliviar el dolor de emergencia más de una vez; y requisito para extracciones dentales cuidados bajo los cuales pueden ser anestésicos generales más de una vez. Algunos indicadores de negligencia dental son: antecedentes de falta de continuidad de la atención en presencia de patología dental identificada, como caries desenfrenada no tratada, dolor no tratado, infección, sangrado o trauma que afecta la región oro-facial. No hay claramente un nivel de umbral de caries dental más allá del cual se puede diagnosticar la negligencia dental. Aunque la gravedad y el alcance de la enfermedad dental pueden parecer indicadores obvios de negligencia dental, estos factores no pueden considerarse de forma aislada.<sup>4</sup>

La negligencia dental a menudo es un componente de la negligencia general. Cuando los profesionales de la salud reconocen signos de negligencia general en pacientes, deben buscar la posibilidad de negligencia dental.<sup>4</sup>

Varios libros sistemáticamente revisada para desarrollar conclusiones sólidas sobre la relación entre dental negligencia y variables sociodemográficas también para determinar la aplicabilidad de dental negligencia como una auditoría de comportamiento para oral salud.

#### **4.1.2.b. Variables sociodemográficas y dentales**

##### **4.1.2.b.1. Edad.**

Son mucho más aumentado las posibilidades de negligencia dental. Esta se atribuyó a su mayor autonomía o malos comportamientos de salud oral en adolescencia.<sup>7</sup> respecto a esto se a relacionado la edad y el nivel de aplicación de las practicas que conllevan a una correcta salud bucal, ya que existen factores como el factor tiempo y sus prioridades. Estas ideas se van pasando de individuo a individuo a individuo llevando daños de gran magnitud, el pensamiento adecuado de la salud bucal suple otras necesidades y así el nivel de negligencia dental avanza desmesura mente.<sup>7, 8,,9</sup>

En un estudio entre generales población, negligencia dental era significativamente asociado con la edad en la que grupos de edades extremas [16-24 y > 65 años] tenían puntajes más altos de negligencia que otros grupos de edad. Esto podría deberse al efecto de confusión de ingresos y nivel educativo con la edad, como ambos grupos tienen menores ingresos y logro educativo Considerando que en dos estudios entre la población general, la negligencia dental disminuyó con el aumento de años. Estos estudios implicaron que dependiente la población se ve más afectada que otras.<sup>7, 8, 9</sup>

##### **4.1.2.b.2. Género y negligencia dental**

Siendo estadísticamente más significativo la magnitud de la negligencia dental en los hombres cuando en comparación con las mujeres. Varias mujeres son usualmente más preocupadas por su cuerpo y son menos tolerante a los cambios en su apariencia y salud. Del mismo modo las mujeres tienden a tomar mejor cuidado de su salud oral que los hombres y éstas tienen más probabilidades de obtener chequeos dentales regulares, principalmente debido a su grado de preocupación. Además, esto también podría ser debido a la naturaleza de su ambiente.<sup>7, 8</sup>. En la revisión actual, se evidencia la asociación

entre género y el abandono siendo este equívoco, brindando una suma importancia para varios estudios posteriores.<sup>7, 8, 10</sup>

Dentro de nuestra sociedad existe una diferencia marcada entre el género y el desarrollo en su rol en el medio, en el caso de los hombres este es marcado porque provee el sustento del hogar, y es el que realiza los trabajos duros, en el caso de las mujeres son las encargadas de mantener y velar el vínculo familiar, de todas estas pueden marcar la importancia del cuidado dental ya que ellas están más al tanto de la situación del hogar y el cuidado sea mayor, esto se confirma en el estudio realizado por Chocarro I. en el año 2012 denominado “Análisis de diferencia de género en el cuidado dental” en cual fue realizado con 205 integrantes de nacionalidad española, contando 91 hombres y 114 mujeres demostrando que en el nivel de importancia las mujeres tenían niveles más altos en el rango de mucha importancia con un valor de 62% versus al 0% que le daba poca importancia con un valor medio de 25.4%, en el caso de los hombres demostraron que el nivel de importancia solo llega al 37.3% versus el rango de poca importancia en donde se calculó un 100% con un intermedio de 61.5%<sup>7,8, 10</sup>

#### **4.1.2.b.3. Ocupación y negligencia dental**

Muy pocos estudios han mencionado relación de ocupación y negligencia dental, pero algunos investigadores informaron que los sujetos que habían estado desempleado durante los últimos tres meses tuvieron puntuaciones DNS más altas en comparación a otros con empleo. El descuido dental era más alto en el grupo ocupacional inferior en comparación que el medio y más alto. Por lo tanto, la negligencia dental se reduce con aumento en la escalera ocupacional.<sup>7</sup>

#### **4.1.2.b.4. Ingresos económicos y negligencia dental**

Los ingresos están en relación con la negligencia dental. La negligencia dental es inversamente proporcional al ingreso familiar. Sin embargo la asociación entre nivel de ingresos y negligencia dental tiene una marcada diferencia entre el grupo de bajos ingresos e ingreso medio / alto grupos.<sup>7, 11</sup>

#### **4.1.2.b.5. Estatus Socioeconómico y Descuido Dental**

Socioeconómicamente hablando es un compuesto medida que normalmente incorpora estado económico, medido por el ingreso; condición social medida por la educación; &

estado de trabajo medido por ocupación. Los grupos de población en el más bajo estado socioeconómico tenían el DNS más alto puntuaciones que ilustran la inversa relación entre el estado socioeconómico y dicha negligencia.<sup>7</sup>

El efecto negativo que tiene por objeto las desigualdades socioeconómicas (dentro de las cuales se proporcionan indicadores de dicho tema) los cuales abarca aspectos relacionados con la salud, tanto general como bucal. De esta forma, el edentulismo se ha relacionado con diversos aspectos socioeconómicos, observándose que su prevalencia es mayor en aquellos con peor desventaja social. Sin embargo, la información que se tiene sobre estas variables y su asociación con la prevalencia de edentulismo en la población hidalguense es escasa, por lo cual el realizar estudios de este tipo está justificado, ya que aporta conocimiento actualizado sobre este tema, además de referencias para futuras comparaciones.<sup>12</sup>

#### **4.1.2.b.6. Evaluación de negligencia dental como una auditoría conductual**

Teniendo en cuenta de los minuciosos cuidados profesionales es un componente para alcanzar y mantener salud oral óptima. La auditoría del comportamiento es medido en términos de actitud y comportamiento hacia las prácticas de higiene dental.<sup>7, 10</sup>

- Abandono y cepillado dental.
- Descuido dental y uso de hilo dental.
- Abandono y Frecuencia Dental de Dental Visitas.
- Abandono dental y razones para visitas dentales.<sup>7, 10</sup>

Varios factores sociodemográficos son varios como: sexo, edad, ingresos, educación, pueden atribuirse como factores distales que influyen Salir. De manera similar, factores que incorporan comportamiento de riesgo (factores de higiene oral como cepillado, uso de hilo dental) y uso de la salud bucal servicios (razones de visitas y frecuencia de visitas) se pueden considerar como factores proximales que están directamente relacionados con la negligencia dental.<sup>7, 10</sup>

Varias escalas sirvieron s como medida proxy para medir la actitud y comportamiento para ciertos aspectos de la salud oral. El DNS puede tener aplicabilidad en predicción y comprensión de la variación en salud dental, y en el diseño y la orientación estrategias de promoción de la salud dental. Eso ofrece otro método de localización precisa Individuos y grupos sobre quienes salud los esfuerzos de promoción deben intensificarse.<sup>7, 10</sup>

Es muy importante determinar que las caries es una enfermedad que presenta un sin número de factores, que se define como crónicas y también prevenible en los cuales influye la dieta, microflora, el huésped, teniendo que ver factores externos (socioeconómico) y porque o factores externos (como esta propenso el diente, flujo salival, higiene bucal, problemas hereditarios, estados nutricionales entre otros) afectando en el devenir a millones de personas desde la infancia, asociándose muchas veces está asociado a cuadros de negligencia dental debido a que por ser una enfermedad de avance lento e indoloro en sus primeras etapas y pensando que no tiene relevancia, por ello la definición de caries dental según la OMS nos habla de un tejido duro que poco a poco va evolucionando hasta formar una cavidad, y da como resultado problemas serios para los individuos, siendo un problema trascendental de alta prevalencia a nivel mundial.<sup>13</sup>

Cada vez existen varios motivos que impactan en la salud y bienestar del mundo. Determinado que la Organización Mundial de la Salud (OMS), trasciende en una tendencia el uso y abuso de alcohol y drogas adictivas con un inquietante incremento del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) entre los locales más jóvenes de la población abarcando inclusive a los adultos jóvenes, que a su vez es un indicativo de dichas negligencias tanto general como dental.<sup>13</sup>

En este punto podemos destacar algo muy importante que engloba a las mujeres embarazadas, ya que se ha determinado también barreras socioculturales que limitan la atención adecuada y un desinterés por su salud bucal salvo que exista algún dolor.<sup>14</sup>

En una población embarazada estudiada en el 2015, el principal motivo fue la parencia de dolo y el 66% no ha recibido atención dental esto quiere decir que hay una asociación entre los determinantes sociales presentes en las madres, como el nivel educativo y el nivel socioeconómico con resultados de salud desfavorables para ellas y sus fetos.<sup>14</sup>

Esto quiere rededir que las gestantes son influenciadas por varias determinantes, especialmente culturales, como creencias y miedos respecto al tratamiento buco-dental, debido a una creencia o mala información.<sup>14</sup>

#### **4.1.2.b.7. Educación y negligencia dental**

Los criterios son innumerables si hablamos del cuidado oral que muchas veces están relacionados con los niveles de instrucción los mismos son una idea generalizada del mismo.<sup>2</sup>

En el estudio realizado por Díaz S en el año 2017 titulado “Calidad de vida en adultos jóvenes y la importancia de la salud bucal en clínicas Odontológicas Universitarias “encontramos que personas con nivel de educación bajo eran deficientes en su salud bucal influyendo en su calidad de vida con un 58%, a diferencia con las personas de nivel de educación alto en donde tenían conocimientos básicos sobre el cuidado dental, demostrando una influencia determinate.<sup>2, 10, 15</sup>

El estudio realizado por Limonta E. en el año 2009 tomando como referencia a 111 sujetos de estudio en donde se determinaba si existía un nivel adecuado de higiene oral o no analizando personas con un nivel educativo de todo tipo hasta llegar a universitario, demostrando que todos tenían conocimientos erróneos en temas frecuentes como prevención e importancia de las estructuras bucales.<sup>15</sup>

El consumo de drogas son conductas adictivas traen consigo múltiples patologías bucales desde la gingivitis, caries dental, erosión dental hasta la pérdida de dientes. La adolescencia es la etapa clave para la adquisición de conductas adictivas, concordando con los criterios y resultados en el presente trabajo en donde el 44% se encontraba en edades de 15 a 25 años. Las diferentes patologías orales en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas están relacionadas al descuido personal y abandono social en que se encuentran inmersos producto de su adicción. Estudios han reportado una alta incidencia en caries dental, enfermedades periodontales, y un edentulismo parcial o total como las más representativas. En donde el 56% consume PBC y un 95% alcohol. El 97% presentaba enfermedad periodontal y el 94% caries dental, resultados semejantes a los reportados por Reyes et al en el 2010, quienes reportaron caries dental 90% y enfermedades periodontales 84% en una muestra conjunta de personas con patologías mentales en un hospital psiquiátrico, ya que el uso de estas sustancias bloquean completamente al individuo empujándolo a un estado de abandono total y por consiguiente a una negligencia dental debido a las diferentes enfermedades bucodentales que producen las drogas.<sup>1, 13</sup>

Existe una variedad e factores que explican las diferencias individuales en la propensión a asumir conductas de salud bucal, entre ellos se encuentra factores demográficos, sociales, emocionales y de personalidad. Se ha observado que la utilización de servicios de salud odontológica se ve afectado por varios aspectos como: edad, sexo, educación, ingresos, ocupación y estatus socioeconómico, disponibilidad de servicios, estilos de vida.<sup>13</sup>

Un sin número de literaturas señalan lo fundamental que son las características socio políticas, zonas geográficas como Factor primordial y determinante en las consecuencias

orales, determinando que los barrios de mayor exclusión los individuos son propensos a general problemas dentales y que reportan desinterés ante situaciones de emergencia.<sup>13</sup>

Se debe tomar en cuenta las actividades que repercuten en el bienestar psicosocial de los individuos tales como grupos vulnerables ante situaciones de emergencia dental.<sup>13</sup>

Al considerar cómo se mencionó anteriormente a los grupos vulnerables tomando en cuenta perfiles cómo (económico, cultural, demográfico). Por consiguiente dichos problemas se relacionan con los estilos de vida rudimentarios que dan como conciencia enfermedades crónicas que desfavorecen a la salud pública.<sup>16</sup>

La prevención juega un papel primordial para la reducción del riesgo de enfermarse, y complicaciones Buco dentales.<sup>16</sup>

#### **4.1.2.c. Higiene dental y negligencia**

La placa dental es indispensable eliminarla ya que está de la mano con la higiene dental y la manera más idónea es con el cepillo, gracias al mismo podemos realizar un plan de contingencia para futuras complicaciones.<sup>17</sup>

Es preciso aclarar que según estudios de cohorte que si realizamos minuciosamente una correcta higiene oral podemos lograr una correcta adecuación de los tejidos, a pesar de ello las personas ti toman conciencia de la misma sabiendo qué hay una influencia notable en los ámbitos geográficos, y sociales.<sup>17</sup>

En el devenir de los tiempos se ha mejorado dichos hábitos en donde unos ciertos porcentajes demuestran que el cepillarse mantiene la higiene oral en óptimas condiciones. Las perspectivas de los individuos son favorables determinando así buenos resultados, influyendo a nivel social psicológico extremo.<sup>17</sup>

Algunas creencias concepciones y percepciones que las personas poseen que sean constituidos sobre su interacción social y que son utilizados y repartidos sobre la base de su interacción social, espacios geográficos y vida común.<sup>16</sup> debido también hábitos perjudiciales, agravados por que son pacientes de áreas rurales, a los que muchas veces se les dificulta acudir a la clínica estomatológica por la lejanía de esta con respecto a sus viviendas<sup>17, 18</sup>

Hoy en día se ha reconocido la influencia de los factores sociales, económicos y políticos como determinantes en la salud bucal. La formulación de políticas no siempre tiene en cuenta las necesidades de las personas con discapacidad, o bien no se hacen cumplir las políticas y normas existentes.<sup>18</sup>

Un punto trascendental si hablamos de negligencia relacionada con la higiene oral son pacientes adictos, consumidores de un sin número de drogas que dan como consecuencia caries por el efecto xerostómico, dando como consecuencia un deplorable estado bucal y solo acuden a consulta cuando la situación lo amerita, es decir cuando presentan dolor y no cumplen con los tratamientos.<sup>13</sup>

Muchas veces producto también del desconocimiento acerca del mismo o simplemente por el descuido e higiene en sus dientes, motivo por el cual evitan acudir al odontólogo.<sup>19, 20</sup>

Se deben combinar técnicas en las que el paciente además de escuchar observe a través de demostraciones y al final ejecutar la acción, complementando así el aprendizaje, hay que tener en cuenta herramientas fundamentales como la comunicación.<sup>20</sup>

Las enseñanzas a emplear para ejecutar correctamente están dirigidas de acuerdo al análisis de la situación en las cuales se determinan condiciones de vida, actitudes, factores de riesgo y como es el comportamiento de las enfermedades siendo la calidad de dichas actividades lo que refleja el éxito.<sup>16</sup>

Dichos conocimientos no siempre están asociados con los comportamientos de los individuos hacia la prevención de enfermedades orales. Sin embargo, se cree que un mayor conocimiento puede conducir a mejores acciones de salud y a modificaciones del comportamiento y puede llevar a aumentar el uso de los servicios de salud bucal en las primeras etapas de la enfermedad.<sup>16, 17</sup>

Existen estudios que documentan que los conocimientos de salud bucodental se encuentran directamente relacionados con el nivel de instrucción, con el nivel socioeconómico, con las actitudes hacia la prevención de patologías bucales y con el estado del individuo.<sup>15, 20</sup>

En algunos casos el descuido de las personas y el temor a las intervenciones en las consultas odontológicas son factores determinantes, además existe varios factores como el nivel educativo y condiciones a los accesos del servicio de la salud que conllevan a otros tipos de tratamientos no convencionales para mitigar el dolor siendo peor que la misma enfermedad.<sup>15, 19, 20</sup>

## 4.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

- En la obra *The Dental Neglect and Dental Indifference scales compared*. Descrita por: Jamieson LM, Thomson WM los resultados en total, 478 personas (78.2%) devolvieron el cuestionario. El puntaje promedio de negligencia dental fue de 12.4 (SD 4.4). La puntuación media de la escala de Indiferencia Dental fue de 3.1 (SD 1.9). Descubriendo varias escalas de negligencia dental era más fácil de usar que la escala de indiferencia dental porque no requería un algoritmo complejo para calcular los puntajes de escala.
- En el artículo de revista: *Evaluación de la fiabilidad y validez de la Escala de negligencia dental en adultos noruegos* descrita por: Skaret E, Astrøm A, Haugejorden O, Klock K, Trovik T. Los resultados fueron: El coeficiente alfa de Cronbach para la construcción general del DNS fue 0,67 (n = 173) y 0,57 (n = 1301). Solo se extrajo un factor, lo que explica un total del 36% de la varianza de la escala (n = 1301). El kappa de Cohen para las comparaciones de prueba-reprueba varió de 0.21-0.79 (n = 108), y la rho de Spearman para los puntajes de suma test-retest fue de 0.60. Las puntuaciones más altas de negligencia se relacionaron positivamente con una opinión negativa sobre la propia salud dental (OR = 3,3), la última cita dental debido a dolor u otros problemas (OR = 2,3), menos de 20 dientes (OR = 2,2), bebiendo refrescos con azúcar todos los días (OR = 2.1), el uso no regular del servicio dental (OR = 2.2) y el uso de hilo dental o mondadientes rara vez o nunca (OR = 1.6). La prevalencia de alta negligencia dental fue del 20%.
- La obra: *Higiene bucal en la población de San Francisco, Colombia, y sus factores relacionados*, de los autores: Ospina D, Herrera Y, Betancur J. Dieron como resultados y discusión que la mayor proporción de los encuestados eran mujeres (65%), con mayor presencia de población en la edad de la infancia. La mayoría pertenecen al régimen subsidiado y residen en estrato bajo. Solo una quinta parte de los encuestados tenían nivel de estudios secundario o superior. El uso del cepillo y la crema dental fue generalizado, en contraste con el uso poco frecuente de la seda dental y el enjuague bucal. En la mayoría de las edades, se evidenció alta frecuencia de higiene oral inadecuada y asociación estadísticamente significativa con el grado de escolaridad. Conclusiones: la higiene oral en el área urbana estuvo relacionada principalmente con el nivel escolar, por lo tanto, los esfuerzos por implementar estrategias educativas que apunten a la promoción de la salud bucal

en el municipio deberían estar dirigidos de manera prioritaria para aquellos que están en situación alta de vulnerabilidad.

- En la obra: Impacto de Salud Oral sobre Calidad de Vida en Adultos Jóvenes de Clínicas Odontológicas Universitarias, Autores: Diaz S, Meisser M, Tirado L, Mesa N. obtuvieron resultados del 66,7 % de los participantes eran mujeres y se hallaban en adultez madura (54,7 %) edad promedio 44,6 años (DE=13,7). El 33,2 % presentó un impacto negativo de CVRSB (IC 95 %). Se hallaron asociaciones entre bajo nivel de escolaridad (OR=2,4; IC 95 %= 1,6-3,8; p=0,000), ausencia de servicios de salud (OR=1,9; IC 95 %= 1,2-2,8; p=0,002), presencia de menos de 19 dientes (OR=3,6; IC 95 %= 2,3-5,8; p=0,000), restos radiculares (OR=6,5; IC 95 %= 4,1-10; p=0,000) y cálculos (OR=5,3; IC 95 %= 3,3-8,4; p=0,000;) con el impacto negativo de CVRSB. En el modelo multivariado las variables que mejor explican el impacto negativo fueron: ausencia de servicios de salud, contar con menos de 19 dientes, presencia de restos radiculares y cálculos (p<0,05). Conclusión. Adultos jóvenes y maduros presentan un impacto negativo de CVRSB al contar con menos de 19 dientes, presencia de restos radiculares y cálculos dentales y ausencia de servicios de salud.
- En la obra: Conocimientos sobre salud bucal en pacientes del consultorio estomatológico Barrio Bolívar en Venezuela, Autor: Limonta E. dio como resultados: que el 98,2 % de los pacientes tenían conocimiento no adecuado sobre las enfermedades bucales más frecuentes y su prevención; 88,3 % sobre la importancia de los dientes, tejidos blandos bucales y autoexamen bucal; y la totalidad sobre los aspectos relacionados con la placa dentobacteriana. Se concluyó que el elevado porcentaje de pacientes con conocimientos no adecuados sobre salud bucal, justificó recomendar la creación de consultas para consejería bucal y desarrollar intervenciones educativas elevar la cultura sanitaria de esa población.
- En la obra: Análisis de las defencías de género en el cuidado buco dental. Su Autor: Chocarro I. obtuvo resultados y conclusiones que las mujeres cuidan más su dentadura, ya que se cepillan con más frecuencia y utilizan más el hilo dental; ellas dan una mayor importancia a la estética y a la salud bucal que los hombres

- En la obra: Determinantes Sociales y Percepción de Salud de las Gestantes en Hospital Civil de Tepic. Autor: Martínez J, Quiroga M, Martínez G, Aguilar E. Resultados: Siendo la percepción de la salud bucal puede ser influenciada por determinantes sociales como los culturales, apego al tratamiento dental, algunos hábitos alimenticios, si pertenecen a alguna etnia, características de la vivienda y la ocupación de la gestante, sin embargo, aunque se identificaron creencias que pueden influir en la atención dental de la embarazada, pero sin significancia estadística. Se considera prudente realizar investigaciones respecto a más factores intermedios.
- En la obra: Estado de salud bucal en pacientes discapacitados del área de salud de Espartaco, municipio Palmira, Autores: Sueiro I, Hernández A, Díaz G, Padilla E, Díaz C, Hernández Z., Resultados: Predominó el sexo masculino sobre el femenino y el grupo de edades de 35 a 59 años; prevalecieron los técnicos medios y los de nivel preuniversitario; el 38, 6 % poseía empleo. Fueron más numerosas las discapacidades mentales. El 72, 2 % padecía de hipertensión arterial. La clasificación epidemiológica del estado de salud bucal mostró que 54, 5 % estaban enfermos; 19, 3 % sanos con riesgo y 26,1 % deficientes discapacitados. Dentro de los factores de riesgo sobresalieron los antecedentes de caries y cepillado incorrecto. En atención primaria predominaron las restauraciones (47,7 % ) y en la atención secundaria la ortodoncia (13,6 %). Conclusiones: la salud bucal en el grupo estudiado fue deficiente, lo que pudiera estar dado porque tanto pacientes como familiares dan más importancia a la condición física como discapacitado que a la salud bucal.
- En la obra: Depresión y drogodependencia: efectos sobre la salud dental, Autores: Jiménez M, Astudillo O, Mata V, Ferre J, Correia N, Resultados: Con un intervalo de confianza del 99% se establece que el grupo de pacientes drogodependientes presenta más caries y más graves, así como un pH más ácido que el grupo de pacientes con antidepressivos , aunque presentan menor ausencia de piezas dentales. Discusión: Nuestros resultados son similares a los publicados en diversas áreas geográficas en lo que respecta a la aparición de caries en estos grupos. En nuestra muestra la pertenencia al grupo de drogodependientes tiene más peso que factores como el pH salival, el sexo o la edad. En la literatura se intenta discernir el peso que la patología de base, la higiene oral o la propia medicación tienen sobre la salud dental, pero es difícil llegar a conclusiones determinantes.

- En la Obra: Programa educativo sobre conocimiento de salud bucal en las embarazadas. 2012. Autor: Yero I, García M, Rivadeneira A, Nazco L. Resultados: El Programa Educativo diseñado permitirá incrementar el conocimiento sobre salud bucal de las embarazadas elevando su calidad de vida.
- En la Obra: Conocimientos de salud bucodental en relación con el nivel socioeconómico en adultos de la ciudad de Corrientes, Argentina, Autor: Dho M, Resultados: Estos resultados deberían contemplarse en el diseño estrategias de intervención que incidan en los determinantes socioculturales del proceso salud-enfermedad.
- En la Obra: Prácticas sociales en la terapia bucal no convencional en los habitantes de una zona rural de Medellín (Colombia), Autor: Naranjo Y, Rincón A, Vargas M, Vásquez L, Agudelo A, Resultados: Las personas entrevistadas consideran la salud bucal como parte de la salud integral y de un adecuado intercambio social; mientras que otras, continúan considerándola como ausencia de dolor dental. Los entrevistados relataron utilizar elementos no convencionales, como las plantas medicinales (tomatera, yerbamora, entre otros) para la terapia bucal; y este uso se ha visto influenciado por la transferencia del conocimiento entre la comunidad y/o familia. Se observó que no hay una predilección por terapias.
- En la Obra: Factores asociados a la utilización de servicios de salud odontológicos, Autor: Dho M, Resultados: El nivel socioeconómico, la cobertura social odontológica, la percepción sobre la salud bucal, los conocimientos de salud bucal y los hábitos de higiene bucal se asociaron significativamente a la USSO en los últimos 12 meses. Los mismos factores, a excepción de la cobertura social odontológica y de los conocimientos de salud bucal, se asocian a la USSO por motivos de control/ chequeo dental de rutina. Se deben implementar medidas tendientes a aumentar la USSO con fines de prevención en individuos de ambos sexos, de todos los niveles socioeconómicos, especialmente en aquellos menos favorecidos
- En la Obra: Edentulismo en adultos de Pachuca, México: aspectos sociodemográficos y socioeconómicos, Autor: Fernandez- M, Medina C, Márquez M. Vera S, Ascencio A, Minaya M, Casanova A. Resultados: El promedio de edad fue de  $49,06 \pm 10,33$ . Los individuos fueron principalmente mujeres (63,3%). La prevalencia general de edentulismo fue de 15,7% (IC 95%: 12,9-18,5); entre las

mujeres fue de 17,6% y en los hombres de 12,5% ( $p = 0,081$ ). La prevalencia de edentulismo fue mayor entre los sujetos de más edad ( $p < 0,001$ ). Se observó que a mayor escolaridad ( $p < 0,001$ ), a mejor nivel socioeconómico ( $p < 0,001$ ) y en quienes tuvieron automóvil en el hogar ( $p < 0,05$ ), la prevalencia de edentulismo fue menor. Conclusiones: La prevalencia de edentulismo en adultos mayores de 35 años que acuden a las clínicas de esta universidad fue del 15,7%. Se observó diferencia de la prevalencia de edentulismo por edad, pero no por sexo. Se observaron diferencias socioeconómicas, sugiriendo ciertas desigualdades en salud bucal.

- En la Obra: Salud bucal y pasta básica de cocaína en pacientes hospitalizados por consumo de sustancias psicoactivas Perú, Autor: Reyes J, Palian R, Ordóñez R, Garcia V, Resultados: El 44% se encontraba en edades de 15 a 25 años. Las diferentes patologías orales en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas están relacionadas al descuido personal y abandono social producto de su conducta adictiva. En donde el 56% consume PBC y un 95% alcohol. Los investigadores han reportado una alta incidencia en caries dental 97%, enfermedades periodontales 94%, y un edentulismo parcial o total 62%.
- En la Obra: la salud bucal como derecho humano y bien ético, Autor: Rueda G, Martínez A. Resultados: El análisis constató que el Reporte Mundial de Salud Bucal no se constituye en una herramienta política-teórica para la satisfacción del derecho a la salud bucal, en razón a que no incorpora el enfoque basado en los derechos humanos. Así pues, la perspectiva de este documento es limitada a los cuidados en salud bucal y no establece mecanismos para el efectivo enfrentamiento de los determinantes sociales y las obligaciones estatales de asegurar el derecho a la salud bucal no son enfatizadas. Asimismo, al alejarse del referencial de los derechos humanos, también se distancia de la bioética, en razón de que el paciente no es considerado en sus múltiples contextos, que permean el proceso salud-enfermedad; así, es contrario a la promoción de condiciones de vidas justas y ecuanímes para los individuos.
- En la Obra: Determinantes socioeconómicos de la atención odontológica durante la gestación en Cali, Colombia. Autor: Corchuelo J, González G, Resultados: El análisis multivariado de las variables relacionadas con las asistencia a odontología encontró asociación con los recursos económicos (86,6% suficiencia versus 72,5% insuficiencia, OR = 1,8; IC95%: 1,1-2,8), nivel de instrucción (88% secundaria completa versus 74% incompleta, OR = 1,7; IC95%: 1,1-2,7), información dada en

el control prenatal sobre salud oral y la visita dental (86,4% si versus 42,9% no, OR = 5,7; IC95%: 3,1-10,0). Se evidencia un acceso diferencial entre las gestantes con bajo nivel socioeconómico, quienes asistieron en menor proporción que las gestantes con mejores condiciones de vida.

## **5. HIPÓTESIS**

El presente estudio no preciso hipótesis por ser un tipo descriptivo.

**CAPÍTULO II**  
**PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

## 1. MARCO METODOLÓGICO

**Enfoque:** El enfoque de la investigación es cuantitativa <sup>(21)</sup>.

**Diseño de investigación:** Descriptivo <sup>(22)</sup>.

**Tipos de investigación:** El tipo de investigación es Observacional

- **Ámbito:** De Campo
- **Técnica:** Comunicacional
- **Instrumentos:** Encuestas
- **Por la temporalidad:** Transversal- Actual

## 2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población del presente trabajo de investigación fue 1181 personas según el último censo del INEC en la parroquia El Sagrario, de las cuales la muestra que se obtuvo según la fórmula fue de 400 personas <sup>(24)</sup>; es decir, la muestra fue de tipo probabilística, ya que, la población cumplió con los criterios de inclusión y exclusión. Sin embargo según la fórmula de tamaño muestral arroja 400 personas a encuestar pero se excedió a 473 para elevar el margen de confianza. <sup>(24)</sup>

### 2.1 Criterios de selección.

Para la formalización de la población se tendrá en cuenta los siguientes criterios:

#### 2.1.a Criterios de inclusión

En este estudio se incluyó a la población de la parroquia El Sagrario de la ciudad de Cuenca, los cuales tuvieron una actitud proactiva y colaboradora, siendo el rango de edad de 45 a 65 años, elegidos al azar en donde aceptaron ser negligentes al tratamiento odontológico alguna vez en su vida.

### 2.1.b Criterios de exclusión

Se excluyeron a las personas que se encontraban en los rangos de 18 a 44 años edad y mayores de 65 años. Además aquellas personas que no quisieron participar en las encuestas.

### Tamaño de la muestra<sup>23</sup>:

Se va a calcular la fórmula de muestreo para proporciones con un nivel de confiabilidad del 95% y un error de 5%. Se utilizó el programa OPEN EPI INFO de acceso libre.

### Tipo de Muestreo:

Se realizó un muestreo probabilístico estratificado y proporcional.

El total de habitantes de la parroquia El Sagrario es de 6.773.

$$n = \frac{Za^2 * p * q * N}{Za^2 * p * q + E^2 (N - 1)}$$

Donde:

- N= Total de la población de 1181
- Za= 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- p= proporción esperada (en este caso 5%=0.5)
- q= 1 – p (en este caso 1-0.05=0.5).
- E<sup>2</sup> = (0.05)<sup>2</sup>

$$n = \frac{(1.96)^2 * (0.5) (0.5) (1181)}{(1.96)^2 * (0.5) (0.5) + (0.05)^2 (1180)}$$

$$n = 400$$

### 3. CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

| VARIABLE              | DEFINICION CONCEPTUAL   | DEFINICION OPERATIVA  | TIPO ESTADISTICO       | ESCALA    | DATOS  |
|-----------------------|---|---|------------------------|-----------|--|
| <u>Negligencia</u>    | Omisión consciente o por ignorancia, culpable, de una acción indebida.  | Persona que presenta acción negligente al cuidado dental.                 | Cualitativa            | Nominal   | Definitivamente No<br>Definitivamente Si   |
| <u>Cuidado dental</u> | Atención adecuada de los dientes, encías y boca para promover la salud y prevenir las enfermedades bucales.                                     | Método que permita valorar las medidas obtenidas por diferentes personas. | Cualitativa            | Nominal   | Definitivamente NO<br>Definitivamente SI   |
| Sexo                  | Características genóticas de la persona   | Características externas que diferencian al varón de la mujer             | Cualitativa            | Nominal   | Masculino<br><br>Femenino  |
| Nivel de Instrucción  | Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos. | Se determinó el grado de instrucción que presentaban las personas.        | Cualitativa            | Nominal   | Sin estudios<br>Primaria incompleta<br>Primaria completa<br>Secundaria incompleta<br>Secundaria completa<br>Superior Técnica incompleta<br>Superior Técnica completa<br>Superior Universitaria incompleta<br>Superior Universitaria completa |
| Edad                  | Tiempo que se ha vivido, por lo general contado en años, meses y días.  | Cantidad en número de su edad que presenta el individuo.                  | Cuantitativa-Continua. | Intervalo | 45-65  |

#### 4. INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA TOMA DE DATOS

##### **Instrumentos documentales**

Para este estudio se utilizó la escala de Thompson, la cual permite medir la negligencia al tratamiento dental utilizando una encuesta que consta de 6 preguntas teniendo en cuenta que 5 es mayor indiferencia y 1 menor indiferencia.

##### **Materiales**

Se empleó material de escritorio tales como: computadora, lápiz, hojas de papel bond, esferos, borrador, etc.

##### **Recursos**

Para llevar a cabo el estudio, se necesitaron recursos institucionales, recursos humanos (autor, tutor) y recursos financieros (autofinanciados).

#### 5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS

##### **Ubicación espacial.**

La Parroquia El Sagrario, la delimitaremos así: Parte desde la intersección de la vereda oriental de la calle Benigno Malo, la vereda Sur de la Carrera Vega Muñoz, en sentido oriental también la vereda Sur de la Carrera Vega Muñoz, hasta encontrarse con la vereda Occidental de la calle Tomás Ordóñez; continúa en dirección Sur por la vereda Occidental de la calle Tomás Ordóñez, hasta la Bajada de Todos Santos, continúa por la Bajada de Todos Santos hasta la intersección con la Margen Norte del Río Tomebamba, aguas arriba por dicha margen hasta el Puente del Centenario; sigue en dirección norte por la vereda oriental de la calle Benigno Malo, También la intersección con la vereda Sur de la Carrera Vega Muñoz. Cuenca está ubicado en el centro austral de la Republica de Ecuador, es la capital de la provincia del Azuay, cuenta con 591.996 habitantes, su temperatura va de 7 a 15 grados centígrados en invierno y de 12 a 25 grados centígrados en verano, se encuentra a 2500 metros sobre nivel del mar, la superficie de área urbana es de 72 kilómetros cuadrados aproximadamente, tiene una cobertura de servicio básicos, es la tercera ciudad más importante del Ecuador.

## **Ubicación temporal**

El trabajo investigativo se realizó en los meses de julio – agosto de 2017, reflejando la situación bucal de las personas encuestadas.

## **Procedimiento de la toma de datos**

Para el registro de los datos, se tomó en cuenta las encuestas de la parroquia El Sagrario, las mismas fueron ingresadas a la base de datos EPI INFO, reflejando la información que fue registrada con las siguientes características:

La investigación negligencia al tratamiento dental busca describir cuantitativamente el problema en adultos de 45 a 65 años de edad, utilizando las fichas obtenidas por encuestas realizadas por estudiantes de la Universidad Católica de Cuenca en el periodo 2017.

## **Método de encuesta utilizado por los examinadores**

Para el llenado de las encuestas se realizaron parejas de encuestadores los que fueron a los hogares, parques, centros de trabajos y sectores de mayor concurrencia, luego de la breve explicación sobre el propósito del estudio, se procedió a llenar las encuestas, las mismas que fueron firmadas dando pleno consentimiento para la utilización de los datos recolectados.

## **Criterios de registro de hallazgos**

### **Criterios de Evaluación de Negligencia basados en la puntuación de respuesta.**

Los Criterios de Evaluación acerca de la Negligencia están basados en la puntuación de su respuesta.

Las condiciones que se tomaron en cuenta a la hora de registro de los datos recolectados fueron:

- Indicar una sola respuesta por ítem.
- El valor máximo de puntaje permitido es de 5 por pregunta y el mínimo 1.

- Se sumaría todos los puntajes de la escala de negligencia al cuidado dental
- El rango de puntaje ira de 6 a 30.
- El puntaje mayor asociado con niveles altos de negligencia al cuidado dental.

Para tener el valor de negligencia se tomó en cuenta las siguientes interrogantes:

- 9) ¿Mantengo mi cuidado dental en el hogar?
- 10) ¿Recibo el cuidado dental que debo?
- 11) ¿Necesito el cuidado dental, pero lo pospongo?
- 12) ¿Me cepillo los dientes tan bien como debería?
- 13) ¿Me controlo de comer entre comidas?
- 14) ¿Considero mi salud dental importante?

La Escala mediante la cual se evaluó la negligencia dental con respecto las respuestas personales, y utilizando una escala de Likert que va desde uno ("definitivamente no") a cinco ("definitivamente sí).

Se realizó la inversión de las respuestas de las preguntas establecidas a excepción de la pregunta 11, una vez realizado este proceso se hace la sumatoria respectiva teniendo un máximo de 30 puntos, considerando que el punto de corte es  $>10$ , siendo negligente y menor a esto es no negligente.

## **6. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS**

Se utilizó el programa EPI INFO para ingresar los datos recolectados los mismos que se utilizaron para analizarlos a través del programa Microsoft Excel.

Se dividió la población en tres grupos para facilitar la obtención de resultados:

- De 18 a 44 años de edad.
- De 45 a 64 años de edad.
- De más de 65 años de edad.

## **7. ASPECTOS BIOÉTICOS**

El presente trabajo investigativo denominado Negligencia al tratamiento Dental en adultos jóvenes de 45 a 65 años de edad, en la parroquia El Sagrario, Cuenca Ecuador 2017, implicó conflictos bioéticos por tal motivo se solicitó a los encuestados sus respectivas firmas con el fin de obtener la aprobación total de ellos para abordar el tema y así evitar daños morales, físicos y psicológicos debido a que no fue nada invasivo hacia el encuestado, además se indicó plenamente a los encuestados que su información se mantendría en estricta confidencialidad y que los datos obtenidos serán para la medición de negligencia a los tratamientos odontológicos.

**CAPÍTULO III**  
**RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

## 1. RESULTADOS

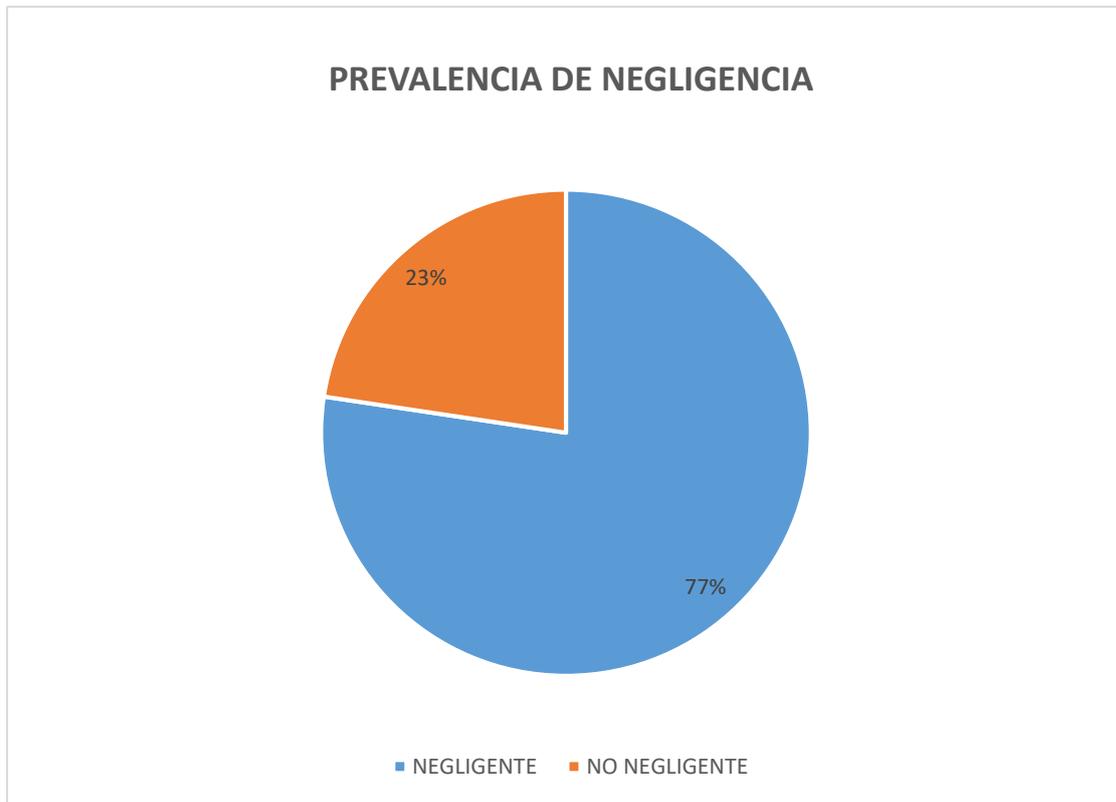
**TABLA N°1. Distribución de la muestra según edad y sexo**

|                  | Femenino |      | Masculino |      | Total general |      |
|------------------|----------|------|-----------|------|---------------|------|
|                  | n        | %    | n         | %    | n             | %    |
| DE 45 A 50       | 75       | 33%  | 64        | 26%  | 139           | 29%  |
| DE 51 A 60       | 84       | 37%  | 95        | 39%  | 179           | 38%  |
| DE 61 A 65       | 71       | 31%  | 84        | 35%  | 155           | 33%  |
| Subtotal general | 230      | 100% | 243       | 100% | 473           | 100% |

**P=0.319**

**Interpretación:** Se muestra en la tabla N°1, que la distribución de la muestra según edad y sexo existe más hombres de 51 a 60 años de edad con un porcentaje de 39 %, y según la estadística del p (0,31962189) no tiene significancia.

**GRÁFICO 1. Frecuencia de Negligencia.**



**Interpretación:** Se muestra en el Gráfico 1, que la prevalencia de negligencia tiene un porcentaje de 77% lo cual es un porcentaje alto de personas negligentes al tratamiento odontológico.

**Tabla N°2: Frecuencia de Negligencia de acuerdo al sexo.**

|               | NEGLIGENTE |      | NO NEGLIGENTE |      | Total general |      |
|---------------|------------|------|---------------|------|---------------|------|
|               | n          | %    | N             | %    | n             | %    |
| Femenino      | 177        | 48%  | 53            | 50%  | 230           | 49%  |
| Masculino     | 189        | 52%  | 54            | 50%  | 243           | 51%  |
| Total general | 366        | 100% | 107           | 100% | 473           | 100% |

**p= 0,831**

**Interpretación:** Se muestra en la tabla N°2 que el sexo masculino es mucho más negligente que el sexo femenino con un 52%; y según la prueba estadística del  $p= (0,831034388)$  no tiene significancia.

**Tabla No. 3 Frecuencia de Negligencia de acuerdo a la edad**

|               | NEGLIGENTE |      | NO NEGLIGENTE |      | Total general |      |
|---------------|------------|------|---------------|------|---------------|------|
|               | n          | %    | n             | %    | n             | %    |
| DE 45 A 50    | 106        | 29%  | 33            | 31%  | 139           | 29%  |
| DE 51 A 60    | 135        | 37%  | 44            | 41%  | 179           | 38%  |
| DE 61 A 65    | 125        | 34%  | 30            | 28%  | 155           | 33%  |
| Total general | 366        | 100% | 107           | 100% | 473           | 100% |

**p= 0,487**

**Interpretación:** Se muestra en la tabla N°3 el rango de edad entre 51 a 61 años es mucho más negligente con un 37%, y según prueba estadística  $p= (0,487)$  si tiene significancia.

**Tabla No. 4 Frecuencia de Negligencia de acuerdo al nivel de instrucción.**

|                  | NEGLIGENTE |      | NO<br>NEGLIGENTE |      | Total<br>general |      |
|------------------|------------|------|------------------|------|------------------|------|
|                  | N          | %    | n                | %    | n                | %    |
| ALTO             | 119        | 33%  | 64               | 60%  | 183              | 39%  |
| BAJO             | 247        | 67%  | 43               | 40%  | 290              | 61%  |
| Total<br>general | 366        | 100% | 107              | 100% | 473              | 100% |

**p= 0,000000339**

**Interpretación:** Se muestra en la tabla N°3 el nivel de instrucción bajo es mucho más negligente con un 67%, y según prueba estadística  $p= (0,000000339)$  si tiene significancia.

**Tabla No.5 Frecuencia de Negligencia de acuerdo a la Ocupación**

|                     | NEGLIGENTE |      | NO NEGLIGENTE |      | Total general |      |
|---------------------|------------|------|---------------|------|---------------|------|
|                     | n          | %    | n             | %    | N             | %    |
| ALTO NO<br>EXPUESTO | 127        | 35%  | 51            | 48%  | 178           | 38%  |
| BAJO EXPUESTO       | 239        | 65%  | 56            | 52%  | 295           | 62%  |
| Total general       | 366        | 100% | 107           | 100% | 473           | 100% |

**p= 0,014**

**Interpretación:** Se muestra en la tabla N°4 que según la Ocupación de expuestos es negligente en mayor proporción con un 65%; y según prueba estadística  $p= (0,014895176)$  si tiene significancia.

## 2. DISCUSIÓN

El presente trabajo determino la negligencia en adultos con edades de 45 a 65 años de edad de la parroquia el Sagrario de la Ciudad de Cuenca, siendo este un barrio histórico y urbano en donde actualmente es una zona de mucho comercio, teniendo una población de 12 151 personas según el último censo de la INEC en el año 2010. Esta localizado en el cantón Cuenca Provincia del Azuay, Ecuador considerada una de las primeras parroquias de este cantón albergando todo el patrimonio histórico de la ciudad. Así mismo cuenta con todos los servicios básicos tales como escuelas, colegios, áreas verdes y vida comercial fluida. Se definió trabajar con la población que cumplía con los criterios de inclusión y exclusión. Dando un total de 473 encuestados entre 45 y 65 años de edad, con el respectivo consentimiento informado realizado mediante la encuesta de negligencia dental de Thompson, la cual documenta información sobre la muestra representando parte de la población en donde el tamaño total pariado fue de 230 personas de sexo femenino y 243 personas de sexo masculino.

En el presente estudio la frecuencia de negligencia al tratamiento odontológico fue un porcentaje de 77 % de personas negligentes y un 23% de personas no negligentes, lo cual no coincide con el estudio realizado por Thompson<sup>(1)</sup> en donde refleja un 12.4 % de un total de 478 encuestados.

Según Coolidge T. et al el índice de negligencia dental está mucho más marcado en los jóvenes discrepando con mi trabajo de investigación donde el índice más alto de negligencia esta entre las edades de 40 a 56 años y esto se debe al descuido de su aseo bucal y visitas al odontólogo.

Además Thompson<sup>(1)</sup> en su estudio marca un índice de negligencia dental en el sexo femenino de 63% discrepando con mi investigación, ya que en la parroquia el Sagrario el índice de negligencia al tratamiento odontológico en personas de sexo femenino fue de un 48%, teniendo mucha más frecuencia el sexo masculino con un 52 % de negligencia al tratamiento odontológico. Por otro Chocarro(X) en su investigación determina que las mujeres son mucho más cuidadosas y precavidas en el cuidado dental marcando un porcentaje de un 62%, que coincide con mi investigación ya que el índice de negligencia al tratamiento odontológico es mayor en los varones mostrando un nivel de desinterés.

De acuerdo con el nivel de instrucción se encontró una muestra de mayor proporción con un 67% en el nivel de grado de instrucción bajo, lo que coincide con el estudio de Kummar<sup>(5)</sup>, el cual obtuvo un 65% con respecto al nivel de instrucción primaria y secundaria. Diaz<sup>(2)</sup> también refleja en su investigación que los niveles de negligencia se dan en personas con un nivel de instrucción bajo dando un 54.8%; de forma contraria con Sakar P<sup>(6)</sup>, quien manifestaron que la frecuencia al tratamiento odontológico es mucho más marcado en el nivel de instrucción alto con un 63.7%, siendo estas personas que cursaron estudios universitarios y escuelas técnicas. Limonta<sup>(11)</sup>, en su artículo hizo un estudio evaluando a un grupo de personas con un nivel de instrucción cero y con personas con estudios universitarios, en el cual determinó que no hay relación de la negligencia dental con el nivel de instrucción ya que ambos grupos presentaron deficiencias sobre el cuidado y prevención de la salud oral. Razón por la cual difiere con mi investigación.

McGrath C y col. [11] reportó una asociación entre nivel de ingresos y negligencia dental puntaje, con marcada diferencia entre el grupo de bajos ingresos y ingreso medio / alto grupos. No hubo diferencia estadística observado entre los ingresos medios y superiores grupos. Esto refleja un nivel de umbral para negligencia dental en los grupos de ingresos.

### 3. CONCLUSIONES

De acuerdo a los datos obtenidos se pueden concluir que:

- Existe una frecuencia de negligencia al tratamiento odontológico de 77% en el tamaño muestral de mi estudio por lo tanto puedo concluir que el nivel de negligencia al tratamiento odontológico es distinto, de la prevalencia de los que no negligentes 23%.
- Se determinó que el sexo masculino fue más negligente al cuidado dental, sin embargo mediante la prueba de significancia  $\chi^2$  no se registra asociación estadística en las mismas.
- Se determinó que el rango de edad entre 51 a 61 años fue más negligente al cuidado dental con un 37%. Además mediante la prueba de significancia  $\chi^2$  se registra asociación estadística en las mismas.
- Se determinó que el nivel de instrucción bajo fue más negligente al cuidado dental, marcando un porcentaje de 0,000000339. Mediante la prueba de significancia  $\chi^2$  se registra asociación estadística en las mismas.
- Se determinó que el nivel de instrucción bajo fue más negligente al cuidado dental, marcando un porcentaje de 65%. Mediante la prueba de significancia  $\chi^2$  se registra asociación estadística en las mismas.
- La frecuencia de negligencia al tratamiento odontológico es alta con un 77%.

## BIBLIOGRAFÍA.

1. Gigena P.; Bella M.; Cornejo L. Salud bucal y hábitos de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes drogodependientes en recuperación. *Odontoestomatología* vol.14 no.20 Montevideo nov. 2012. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-93392012000200006&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-93392012000200006&script=sci_arttext&tlng=pt)
2. Díaz S.; Meisser M.; Tirado L.; Fortich N.; Tapias L.; González F. Impacto de Salud Oral sobre Calidad de Vida en Adultos Jóvenes de Clínicas Odontológicas Universitarias. *Int. J.Odontostomat.* vol.11 no.1 Temuco abr. 2017. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-381X2017000100001](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2017000100001)
3. Allin H, Wathen CN, Macmillan H. *Acta Pediátrica de México* 2010; 31(Supl. 1):S17-S19. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2010/apms101d.pdf>
4. Kumar A. Manjunath. Puranik P., Sowmya K. DENTAL NEGLECT- A REVIEW. *Research and Reviews: Journal of Dental Sciences.* March 2015. Disponible en: <http://www.rroij.com/open-access/dental-neglect-a-review.pdf>
5. Rueda Martínez, G. y Albuquerque, A. (2016). La salud bucal como derecho humano y bien ético. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 17(1), 36-59. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.2299>.
6. Sarkar P, Dasar P, Nagarajappa S, Mishra P, Kumar S. Impact of Dental Neglect Scale on Oral Health Status Among Different Professionals in Indore City-A Cross-Sectional Study. 2015 Oct;9(10):ZC67-70. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26557621>
7. Kumar A. Manjunath. Puranik P., Sowmya K. Dental Neglect as a Behavioural Audit of Oral Health- A Systematic Literature Review. *International Journal of Health Sciences and Research.* March 2016. Disponible en: [http://www.ijhsr.org/IJHSR\\_Vol.6\\_Issue.4\\_April2016/64.pdf](http://www.ijhsr.org/IJHSR_Vol.6_Issue.4_April2016/64.pdf)
8. Chocarro I. Análisis de las defenecías de género en el cuidado buco dental. *Gaceta Dental GD.* 2012 Noviembre. Disponible en : [https://www.gacetadental.com/wp-content/.../241\\_CIENCIA\\_Diferencias\\_genero.pdf](https://www.gacetadental.com/wp-content/.../241_CIENCIA_Diferencias_genero.pdf)

9. Coolidge T., Heima M., Johnson E., Weistein P. The Dental Neglect Scale in adolescents. BMC Oral Health. January 2009. Disponible en: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6831-9-2>
10. Ospina D, Herrera Y, Betancur J, Higiene bucal en la población de San Francisco, Colombia, y sus factores relacionados. Revista de la universidad de Antioquia (RUA). 2015 Noviembre. Disponible en : <http://dx.doi.org/10.16925/od.v12i22.1203>
11. McGrath C, Sham AS, Ho DK, Wong JH. The impact of dental neglect on oral health: a population based study in Hong Kong. Intenational Dental Journal. ;57 (1):3-8. February 2017. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17378343>
12. Fernandez M, Medina C, Márquez M, Vera S, Ascencio A. Edentulismo en adultos de Pachuca, México: aspectos sociodemográficos y socioeconómicos. Volume 9, Issue 1, April 2016, Pages 59-65. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0718539116000057>
13. Jiménez M, Astudillo O, Mata V, Ferre J, Correia N. Depresión y drogodependencia: efectos sobre la salud dental. AVANCES EN ODONTOESTOMATOLOGÍA Vol. 27 - Núm. 1 – 2011. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v27n1/original4.pdf>
14. Dho M. Conocimientos de salud bucodental en relación con el nivel socioeconómico en adultos de la ciudad de Corrientes, Argentina. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2015; 33(3): 361-369. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v33n3/v33n3a05.pdf>
15. Limonta E. Conocimientos sobre salud bucal en pacientes del consultorio estomatológico Barrio Bolívar en Venezuela. Revista Medica de Santiago de Cuba (MEDISAN). 2009 Noviembre –Diciembre. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192009000600005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000600005)
16. Marcano A, Marín D, Machado M. Técnicas para el manejo de las manifestaciones del miedo a la consulta odontológica en los pacientes que acuden a la facultad de odontología de la universidad de Carabobo. ODOUS CIENTIFICA Vol. VIII, No 1, Enero - Junio 2007. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/v8n1/8-1-1.pdf>

17. Thomson W, Jamieson L. The Dental Neglect and Dental Indifference scales compared. *Community Dent Oral Epidemiology*. 2002 Junio; 3(168). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12000339>
18. Corchuelo J, Pérez J. Determinantes socioeconómicos de la atención odontológica durante la gestación en Cali, Colombia. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2014 Oct [cited 2018 July 25]; 30(10):2209-2218. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001002209&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001002209&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00152413>.
19. Skaret E, Åstrøm A, Haugejorde O, Klock K and Trovik T. Assessment of the reliability and validity of the Dental Neglect. Scale in Norwegian adults. *Dec;24* (4):247-52. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18246843>
20. Martínez V, Quiroga M, Martínez G, Aguiar E, Determinantes Sociales y percepción de salud bucal de las gestantes del hospital civil de Tepic. *Revista de Salud Pública y Nutrición / Vol. 16 No. 1 enero - marzo, 2017*. Disponible en: [respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/26](http://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/26)
21. Villavicencio E, Cuenca K, Vélez E, Sayago J, Cabrera A. Pasos para la planificación de una investigación clínica. *ODONTOLOGÍA activa UCACUE vol. 1, Enero 2016* Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/186/321>
22. Villavicencio E, Alvear M, Cuenca K, Calderón M, Palacios, Alvarado A. (2016) "Diseño de estudios clínicos en Odontología". *oactiva uc Cuenca . Vol. 1, No. 2, pp. 82-86, Mayo-Agosto, 2016*.
23. Villavicencio B, Alvear M, Cuenca K, Calderón M, Zhunio K, Wester F. El tamaño muestral para la tesis. ¿Cúantas personas debo encuestar? *.Revista OACTIVA UC Cuenca. Vol 2. No.1 Enero-Abril, 2017* Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/175/233>
24. Censos, idey (INEC). 2012 disponible en <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/home/>

**ANEXOS.**

# Anexo 1. ENCUESTA DE BARRERAS PARA ACCEDER A SERVICIOS ODONTOLÓGICOS (NEGLIGENCIA THOMPSON)

## ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

CI: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino ( ) Femenino ( ) TIEMPO: \_\_\_\_\_ Mi

Edad: \_\_\_\_\_ AÑOS Ocupación: \_\_\_\_\_ PARROQUIA: \_\_\_\_\_

### OPCIONAL

#### 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   |                                      |

Ingreso mensual familiar aproximado: \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas dependen de este ingreso?: \_\_\_\_\_

| Pregunta   | Marcar uno a más respuestas   | Puntuación  |
|--|---|---|
| 1. Usualmente usa Ud.:   |   | Valor: 1 si ninguno o si solo el literal <b>a</b> está marcado              |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Un cepillo de dientes para limpiar sus dientes</li> <li>b. La seda o un cepillo especial para limpiar sus dientes</li> <li>c. Tabletas reveladoras para comprobar que sus dientes están limpios</li> </ul>  |   |
| 2. En la actualidad:   |   | Valor: 1 si el literal <b>a</b> o <b>d</b> están marcados                   |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Cree que hay algo mal con sus dientes, pero no es lo suficientemente malo como para ir a un dentista</li> <li>b. Cree que hay algo mal con sus dientes y tiene la intención de ver a un dentista pronto</li> <li>c. Va a realizarse un chequeo en el próximo año</li> <li>d. No cree que necesite ningún tratamiento por lo que no esta planeando ir a un dentista ahora</li> <li>e. Ira pronto al dentista</li> </ul>                |   |
| 3. Si pierde una calza en un diente posterior y no le dolió:                       |   | Valor: 1 si el literal <b>b</b> o <b>c</b> están marcados                   |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. De inmediato va a un dentista</li> <li>b. Esperaría si siente dolor o algún sintoma antes de ir a un dentista</li> <li>c. No sería un problema que no vería a un dentista por esta razón</li> </ul>   |   |
| 4. Por lo general, hace una cita para visitar a un dentista:                       |   | Valor: 1 si el literal <b>d</b> está marcado                                |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Cuando el dentista le recuerda</li> <li>b. Al final de la última cita</li> <li>c. Cuando piensa que es tiempo de ir a otro chequeo</li> <li>d. Únicamente cuando piensa que esta algo malo en sus dientes</li> </ul>  |   |
| 5. Si sus encías sangran pero estas no le duelen:                                  |   | Valor: 1 si los literales <b>a</b> o <b>c</b> están marcados                |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. No es un problema, no vería a un dentista por este problema</li> <li>b. Iria inmediatamente a una cita con el dentista</li> <li>c. Esperaría a ver si se presenta dolor o algún sintoma para ir al dentista</li> </ul>  |   |
| 6. Acerca de todas sus citas dentales en los últimos 5 años marque la más cercana: |   | Valor: 1 si los literales <b>a</b> , <b>b</b> o <b>d</b> están marcados     |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. No ha tenido una cita dentaria en los últimos 5 años</li> <li>b. Durante los 5 años ha olvidado de asistir a sus citas dentales</li> <li>c. Durante los 5 años solo ha perdido una sola cita</li> <li>d. Durante los 5 últimos años ha cancelado una cita dental debido a que el problema desapareció</li> </ul>  |   |
| 7. Si tuviera un diente muy doloroso:  |   | Valor: 1 si los literales <b>a</b> o <b>b</b> están marcados                |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Preferiría que le saquen</li> <li>b. Preferiría dejarlo sin tratamiento</li> <li>c. Preferiría realizar una restauración</li> </ul>   |   |
| 8. Ud diría que la razón principal para no ir a un dentista sería:                 |   | Valor: 1 si los literales <b>b</b> , <b>d</b> o <b>f</b> están marcados     |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Porque piensa que el tratamiento es doloroso</li> <li>b. Porque toma demasiado tiempo ir al dentista</li> <li>c. Porque siente preocupación o ansiedad cuando va al dentista</li> <li>d. Porque su dentista le hace sentir culpable acerca del estado de sus dientes</li> <li>e. Porque cuesta mucho</li> <li>f. Porque no tiene tiempo para ir al dentista</li> <li>g. Pospone las citas, asiste al dentista regularmente</li> </ul> | Si el literal <b>c</b> 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 médica? Si ( ) NO ( )   |
| 16. ¿Cuándo tiene una dolencia quién le recomienda la medicación?<br>a) Médico e) Familiar<br>b) Odontólogo f) Amistades<br>c) Farmacéutico g) Por iniciativa propia<br>d) Técnico en farmacia   |
| 17. ¿En qué tipo de dolencias Usted se automedica? ( tomar medicamento sin prescripción médica)<br>a) Fiebre d) Dolor de cabeza<br>b) Dolor de estomago e) Gripe<br>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?<br>a) Por indicación del técnico de farmacia d) Por hábito<br>b) Porque es muy cara la consulta e) Otros<br>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)<br>a) 1 día c) 3 días<br>b) 2 días d) O más  |
| 20. Dónde adquirió el medicamento:<br>a) Farmacia c) Bodega<br>b) Botica d) Establecimiento de salud   |
| 21. ¿Qué tipos de medicamentos consume mayormente sin prescripción médica?<br>a) Antiinflamatorios d) Ansiolíticos<br>b) Antibiótico e) Otros<br>c) Analgésicos  |
| 22. ¿En qué forma farmacéutica consume los medicamentos sin prescripción médica?<br>a) Pastillas d) Intramuscular<br>b) Jarabe e) Endovenosa<br>c) Suspensión  |
| 23. ¿Cuál es el medio de comunicación que influye en su automedicación?<br>a) Televisión d) Afiches<br>b) Slogan e) Radio<br>c) Paneles  |

| ANSIEDAD   |
|--|
| 24. Comienzé a ponerse nervioso/a cuando el Odontólogo le invita a sentarme en la silla<br>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.<br>Si ( ) NO ( )   |
| 26. Cuando va en camino al consultorio piensa que el odontologo no le va a explicar lo que hay en sus dientes<br>Si ( ) NO ( )                         |
| 27. Quiere irse del consultorio cuando piensa que el Odontólogo no le va a explicar lo que hay en sus dientes<br>Si ( ) NO ( )                         |
| 28. En el momento en que el Odontólogo alista la jeringa con la inyección de anestesia, cierra los ojos fuertemente.<br>Si ( ) NO ( )                  |
| 29. En la sala de espera suda y tiembla cuando piensa que es su turno de pasar a la consulta<br>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.<br>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<br>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.<br>Si ( ) NO ( )         |

## ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

| 33. Autopercepción de oclusión IONT ICON |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

| AUTOPERCEPCIÓN PERIODONTAL   |  |
|--|--|
| 34. ¿Piensa usted que tal vez sufra de la enfermedad de las encías?<br>Si ( ) NO( )  |  |
| 35. ¿Alguna vez le han hecho cirugía de encías para limpiar por debajo de las mismas?<br>Si ( ) NO( )  |  |
| 36. ¿Alguna vez le han hecho un raspado o un alisado de las raíces de los dientes, que a veces se conoce como limpieza "profunda"?<br>Si ( ) NO( ) |  |
| 37. ¿Alguna vez se le ha aflojado un diente por si solo, sin tener una lesión? Sin contar los dientes de leche?<br>Si ( ) NO( )                    |  |
| 38. ¿Alguna vez le ha dicho a un dentista que Ud. Ha perdido hueso alrededor de los dientes?<br>Si ( ) NO( )                                       |  |
| 39. ¿Le sangran las encías?<br>Si ( ) NO( )  |  |
| 40. ¿Siente Ud. O le han dicho que tienen mal aliento?<br>Si ( ) NO( )   |  |
| 41. Durante los últimos 3 meses ¿Ha notado que alguno de sus dientes no parece verse bien?<br>Si ( ) NO( )   |  |
| 42. En general, ¿Cómo diría que es el estado de salud de sus dientes y encías?<br>a. Excelente d. Malo<br>b. Muy Bueno e. No se<br>c. Bueno        |  |
| 43. En la última semana ¿Cuántas veces al día se cepillo los dientes?<br>a. 1 al día b. 2 al día<br>c. 3 al día d. O más                           |  |
| 44. En las últimas semanas ¿Cuántas veces uso hilo dental?<br>a. 1 al día b. 2 a la semana<br>c. 3 a la semana d. O más                            |  |

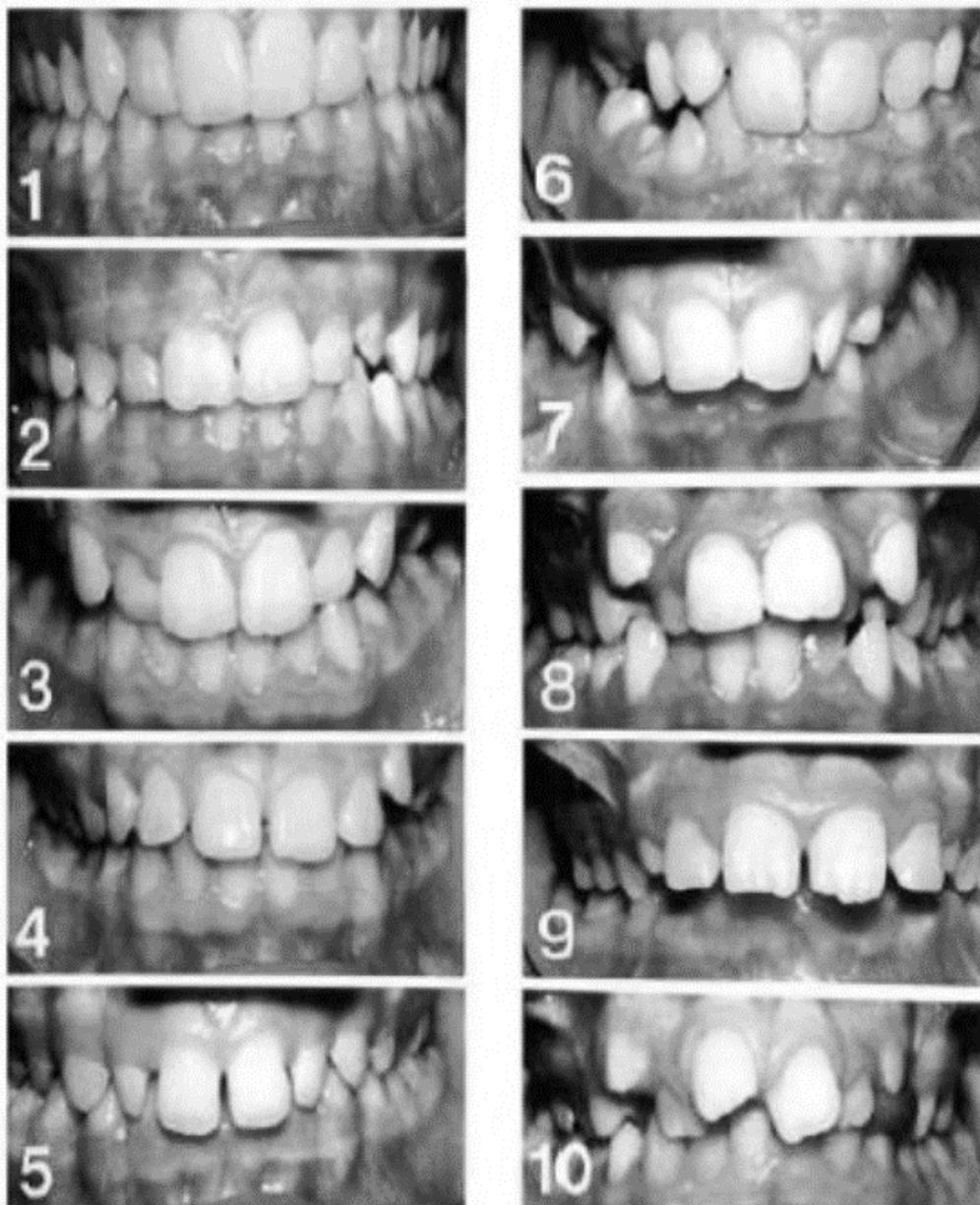
| RELACION PROFESIONAL/PACIENTE                               |           |
|---|-----------|
| Poco =1 Lo justo = 2 Bueno=3 Muy Bueno =4 Excelente =5      |           |
| 45. Le hace sentir cómodo:                                  | 1 2 3 4 5 |
| 46. Le trata con respeto:                                   | 1 2 3 4 5 |
| 47. Muestra interés en sus ideas acerca de mi salud dental: | 1 2 3 4 5 |
| 48. Entiende sus preocupaciones principales                 | 1 2 3 4 5 |
| 49. Le presta atención (escucha con cuidado)                | 1 2 3 4 5 |
| 50. Le deja hablar sin interrupciones                       | 1 2 3 4 5 |
| 51. Le da toda la información que necesita                  | 1 2 3 4 5 |
| 52. Le habla en términos que Ud entiende                    | 1 2 3 4 5 |
| 53. Le enseña los procedimientos de higiene oral            | 1 2 3 4 5 |
| 54. Le demuestra el procedimiento de higiene oral           | 1 2 3 4 5 |
| 55. Se asegura de que entiende todo                         | 1 2 3 4 5 |
| 54. Le alienta a hacer preguntas                            | 1 2 3 4 5 |
| 56. Le involucra en las decisiones que toma                 | 1 2 3 4 5 |
| 57. Discute los pasos a seguir incluyendo planes por hacer  | 1 2 3 4 5 |
| 58. Muestra cuidado y preocupación                          | 1 2 3 4 5 |
| 59. Se toma el tiempo necesario con ud                      | 1 2 3 4 5 |

| Aspectos generales   | Si | No |
|--|----|----|
| 60. ¿Tiene cepillo dental en su casa?                          |    |    |
| 61. ¿Comparte su cepillo dental con alguien?                   |    |    |
| 62. ¿Tiene cepillo dental en el trabajo?                       |    |    |
| 63. ¿Alguna vez a asistido al dentista?                        |    |    |
| 64. ¿En este año ha ido al dentista?                           |    |    |
| 65. ¿En este año faltado a sus actividades por dolor de muela? |    |    |
| 66. ¿Usa pasta dental?   |    |    |
| 67. ¿Si usa pasta...¿También la usa en la noche?               |    |    |
| 68. Si usa pasta dental ¿Qué marca es?                         |    |    |

| AUTOPERCEPCIÓN   |  |                 |           |
|--|--|-----------------|-----------|
| En los últimos 6 meses. Los dientes cariados te han causado dificultad para: |  |                 |           |
| Nº   |  | Afectados Si/No | Severidad |
| 69   | Comer alimentos (comidas, helados)                                       | Si →<br>No      | 1 2 3     |
| 70   | Hablar claramente  | Si →<br>No      | 1 2 3     |
| 71   | Lavarse los dientes  | Si →<br>No      | 1 2 3     |
| 72   | Descansar (Incluyendo dormir)  | Si →<br>No      | 1 2 3     |
| 73   | Mantener un buen estado de animo (sin molestarse enojarte y/o irritarte) | Si →<br>No      | 1 2 3     |
| 74   | Sonreír, reír y mostrar tus dientes (sin sentir vergüenza)               | Si →<br>No      | 1 2 3     |
| 75   | Realizar tus labores (trabajar, estudiar)                                | Si →<br>No      | 1 2 3     |
| 76   | Contactarte con otras personas   | Si →<br>No      | 1 2 3     |

|  |  | poco seguro / muy seguro  |
|--|--|---------------------------|
| 77. Que tan seguro está de que usted puede llenar una encuesta medica correctamente o necesita de otra persona                           |  | 1 2 3 4 5                 |
| 78. Que tan seguro está de que pueda seguir las instrucciones escritas en el finalin y aspirina  |  | 1 2 3 4 5                 |
|  |  | poco seguido/ muy seguido |
| 79. Que tan seguido alguien le ayuda a leer las recetas médicas que le proveen   |  | 1 2 3 4 5                 |
| 80. Que tan seguido tiene problemas aprendiendo acerca de un tema de salud o de dificultad en el entendimiento de la información escrita |  | 1 2 3 4 5                 |

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA  
ÍNDICE ICON

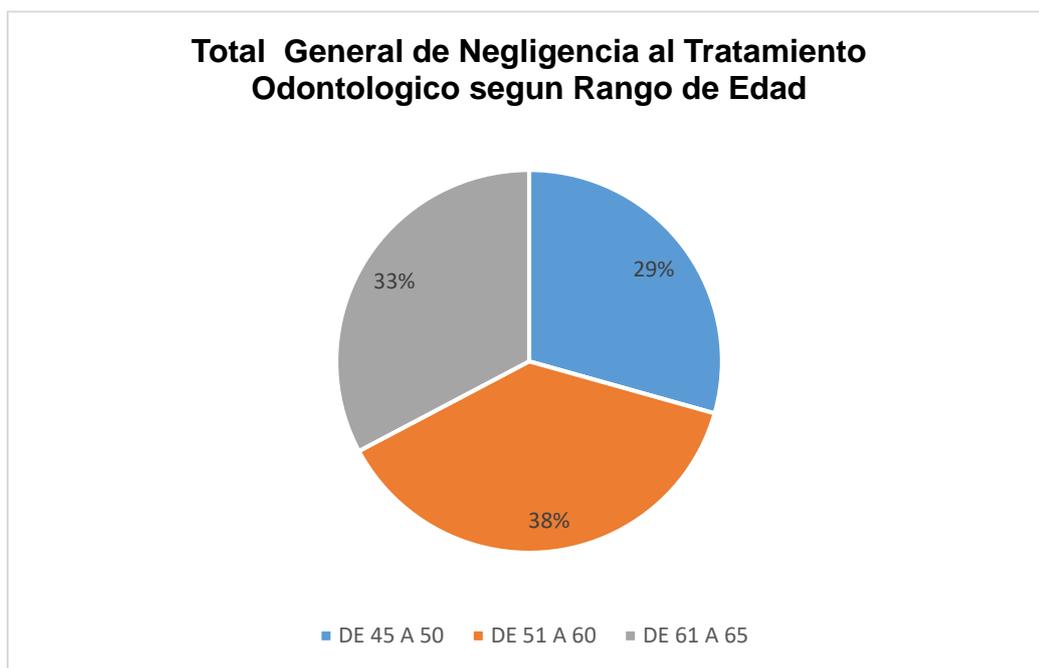


PASTAS DENTALES



Anexo 2: Distribución de la muestra según rango de edad.

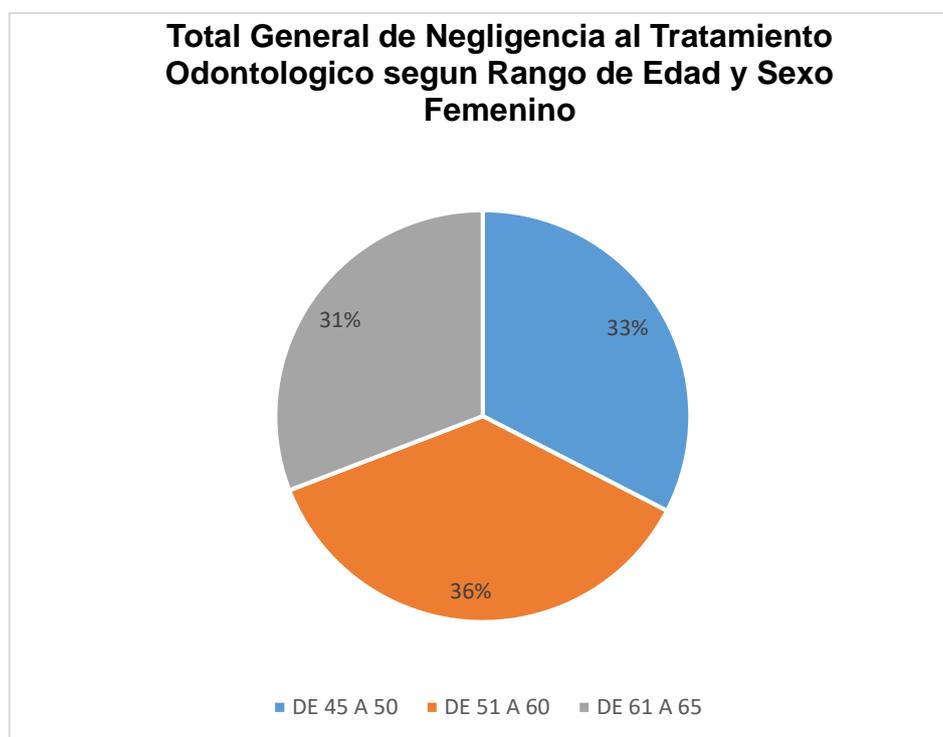
| Rango de edad | Total general |      |
|---------------|---------------|------|
| DE 45 A 50    | 139           | 29%  |
| DE 51 A 60    | 179           | 38%  |
| DE 61 A 65    | 155           | 33%  |
|               | 473           | 100% |



Se muestra en el anexo dos que la frecuencia de negligencia al tratamiento odontológico según el rango de edad es mucho más marcado entre las edades de 51 a 60 años mostrando un 38% con respecto a los dos grupos etarios.

Anexo 3: Distribución de la muestra según el rango de edad y el sexo femenino.

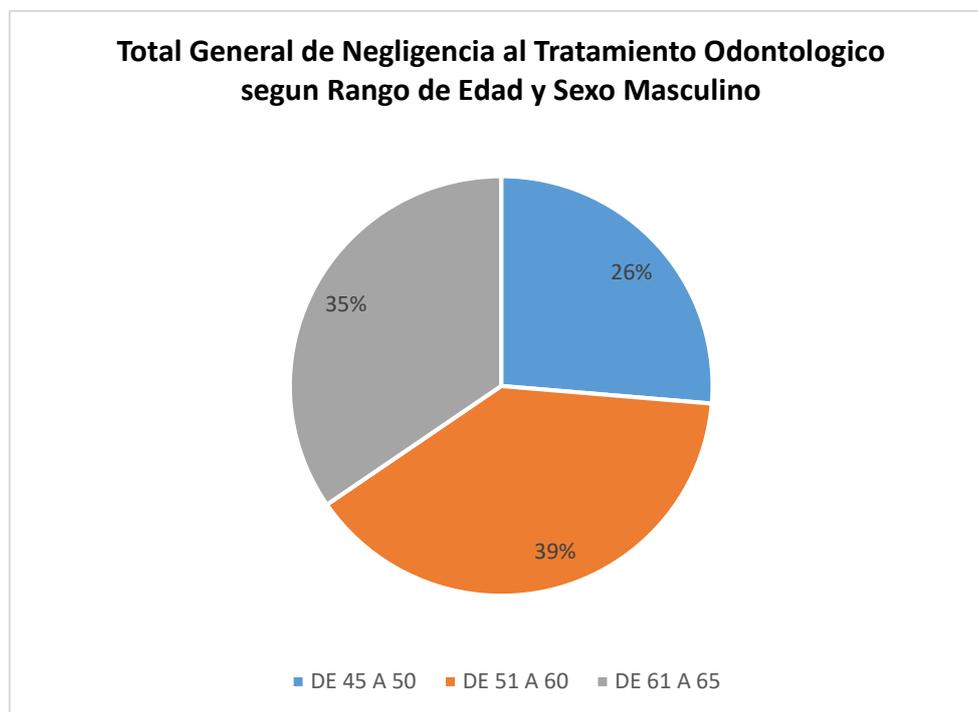
| Rango de edad | Sexo     | Porcentaje |
|---------------|----------|------------|
|               | Femenino |            |
| DE 45 A 50    | 75       | 33%        |
| DE 51 A 60    | 84       | 37%        |
| DE 61 A 65    | 71       | 31%        |
| Total general | 230      | 100%       |



Se muestra en el anexo tres, que la frecuencia de negligencia al tratamiento odontológico según el rango de edad y el sexo femenino, es mucho más marcado entre las edades de 51 a 60 años mostrando un 36% con respecto a los dos grupos etarios.

Anexo 4: Distribución de la muestra según el rango de edad y el sexo Masculino.

| Rango de edad | Sexo | Porcentaje |
|---------------|------|------------|
| Masculino     |      |            |
| DE 45 A 50    | 64   | 26%        |
| DE 51 A 60    | 95   | 39%        |
| DE 61 A 65    | 84   | 35%        |
| Total general | 243  | 100%       |



Se muestra en el anexo cuatro, que la frecuencia de negligencia al tratamiento odontológico según el rango de edad y el sexo masculino, es mucho más marcado entre las edades de 51 a 60 años mostrando un 39% con respecto a los dos grupos etarios.