



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y
BIENESTAR

CARRERA DE
ODONTOLOGÍA

TÍTULO DE ODONTÓLOGO

“Relación entre la ocupación y la negligencia al cuidado dental, en adultos jóvenes de 18 a 44 años de edad, en la parroquia Bella Vista en Cuenca Ecuador en el año 2017.”

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO
A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO

AUTORA: Matute Riofrío María Caridad.

TUTOR: Villavicencio Caparó Ebingen.

CUENCA

2018

DECLARACIÓN.

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

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

.....

Autora: Matute Riofrío María Caridad.

CI.: 0105193007

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN.

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“RELACIÓN ENTRE LA OCUPACIÓN Y LA NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL, EN ADULTOS JÓVENES DE 18 A 44 AÑOS DE EDAD, EN LA PARROQUIA BELLA VISTA EN CUENCA ECUADOR EN EL AÑO 2017.”** realizado por **MATUTE RIOFRÍO MARÍA CARIDAD**, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que está expedito para su presentación.

Cuenca, Enero 2018

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.

COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN DE ODONTOLOGÍA

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR.

Od. Liliana Encalada Verdugo.

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN DE ODONTOLOGÍA.

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“RELACIÓN ENTRE LA OCUPACIÓN Y LA NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL, EN ADULTOS JÓVENES DE 18 A 44 AÑOS DE EDAD, EN LA PARROQUIA BELLA VISTA EN CUENCA ECUADOR EN EL AÑO 2017.”**, realizado por **MATUTE RIOFRÍO MARÍA CARIDAD**, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que está expedito para su sustentación.

Cuenca, Enero 2018

.....

Tutor: Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.

DEDICATORIA.

A Dios quien ha sido el pilar fundamental en mi trayecto de vida y carrera universitaria, quien con su amor incondicional y su bendición a guiado mis pasos por el camino del bien, siendo mi fortaleza para alcanzar mis metas y superar los problemas y errores siempre de su mano, hoy le dedico una etapa importante de mi vida que se acaba y pongo en sus manos el resto de mi vida profesional que recién comienza, haciendo honor a su voluntad y reflejando ésta en mi servicio.

A mis Padres amados Pedro y Lorena les dedico este proyecto de titulación, pues son quienes han forjado mi carácter, han sido mis consejeros y maestros de vida, quienes me enseñaron que con esfuerzo y sacrificio todo lo que me proponga lo voy a lograr, gracias por su ejemplo y dedicación en mi formación, por ustedes hoy soy orgullosa de llamarme su hija y llamarlos mis padres.

Con mucho cariño nombro a mis hermanos Stefanie y Pedro Fermín, quienes son mis compañeros y motor fundamental para seguir día a día.

A mis abuelitos presentes y ausentes, siento en el corazón su amor incondicional y compañía, gracias por tanta enseñanza y los momentos vividos.

Familia nunca me falte.

EPÍGRAFE.

“Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado, un esfuerzo total es una victoria completa.”

Mahatma Gandhi.

AGRADECIMIENTOS.

Principalmente agradezco a mi tutor el Dr. Ebingen Villavicencio, quien nunca se negó a brindarme su ayuda, apoyo y conocimientos al realizar este proyecto de éxito.

En segundo lugar quiero agradecer a la Dra. Liliana Encalada, quien con tiempo y dedicación ha esclarecido mis dudas, guiando mis conocimientos para lograr mi objetivo.

A los Docentes involucrados y mis colegas/amigos con los cuales hoy comparto este logro.

En tercer lugar pero no menos importante quiero agradecer a mi enamorado Michael Bermeo, quien estuvo siempre dispuesto a brindarme su apoyo y que con paciencia me acompañó en este caminar.

LISTA DE ABREVIATURAS.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

FDI: Federación Dental Internacional.

DNS: Escala Dental de Negligencia.

CDSS: Comité de Determinantes Sociales en Salud.

IADR: Asociación Internacional de Investigación Odontológica.

IRSD: Índice de Relaciones Socioeconómicas en Desventaja.

OHIP: Perfil de Impacto en Salud Oral.

VIH: Virus de inmunodeficiencia Humana

SIDA significa síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

OR: Odds Ratio.

IC: Intervalo de Confianza.

ÍNDICE.

RESUMEN.....	12
ABSTRACT.....	13
INTRODUCCIÓN.....	14
CAPÍTULO I.....	17
PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	17
1.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
2.-JUSTIFICACIÓN.....	18
3.- OBJETIVOS.....	20
3.1.- OBJETIVO GENERAL.....	20
3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
4.- MARCO TEÓRICO.....	21
4.1.- CONCEPTO DE NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL.....	21
4.1.2.c PÉRDIDA DENTARIA.....	24
4.1.3 ESCALA DE NEGLIGENCIA DENTAL (DNS).....	25
4.1.4 OCUPACIÓN.....	27
4.2.-ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	29
5.- HIPÓTESIS.....	33
CAPÍTULO II.....	34
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	34
1.- MARCO METODOLÓGICO.....	35
2.-POBLACIÓN Y MUESTRA.....	35
3.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	37
5.-PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.....	39
6.- PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.....	41
7.-ASPECTOS BIOÉTICOS.....	42
CAPÍTULO III.....	44
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	44

RESULTADOS.....	45
DISCUSIÓN.....	49
CONCLUSIÓN.....	52
BIBLIOGRAFÍA.....	53
ANEXOS.....	55

ÍNDICE DE TABLAS.

TABLA N° 1. DISTRIBUCIÓN DE MUESTRA SEGÚN EL SEXO.....	44
TABLA N° 2. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN LA EDAD.....	45
TABLA N° 3. RELACIÓN ENTRE LA OCUPACIÓN Y NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL.....	46

RESUMEN.

OBJETIVO: Determinar la relación entre la ocupación y la negligencia al cuidado dental, en adultos jóvenes de 18 a 44 años de edad, en la parroquia Bella Vista en Cuenca Ecuador en el año 2017. **MATERIALES Y MÉTODOS:** El enfoque de este estudio fue cuantitativo, con un diseño caso control y de nivel relacional; el tipo de investigación fue con un ámbito de campo, por la técnica comunicacional y temporalidad transversal actual. Para la toma de datos fue necesaria la ficha de Barreras para acceder al servicio odontológico, la cuál contiene el cuestionario de negligencia al cuidado dental, evaluado con la Escala de Negligencia al cuidado Dental (DNS) la cuál puntúa el grado de negligencia de cada poblador. **RESULTADOS:** En los resultados se evaluó la relación entre la variable ocupación y la negligencia al cuidado dental mediante la fórmula de Odds Ratio (OR), ya que en lo investigado no existe evidencia de información en cuanto a si esta relación es o no un factor de riesgo. **CONCLUSIÓN:** Se obtuvo que existe una predominación de Expuestos y No expuestos por parte del sexo masculino, determinando así que la ocupación relacionada con la negligencia al cuidado dental no es un factor de riesgo en los pobladores de 18 a 44 años de la parroquia Bella Vista.

PALABRAS CLAVE: Negligencia al cuidado dental, Ocupación, Factores de Riesgo.

ABSTRACT.

AIM: To determine the relationship between occupation and negligence of dental care, in young adults from 18 to 44 years old, in Bella Vista parish in Cuenca Ecuador in 2017.

MATERIALS AND METHODS: The focus of this study was quantitative, with a case-control and relational level design; the type of research was with a field scope, by the communicational technique and current transverse temporality. For data collection was necessary the Barriers to access the dental service, which contains the questionnaire of Dental Neglect, evaluated with the Dental Neglect Scale (DNS) which scores the degree of negligence of each resident. **RESULTS:** In the results, the relationship between the occupation variable and the negligence to the dental care was evaluated by means of the Odds Ratio (OR) formula, since in the researched there is no evidence of information as to whether this relationship is a risk factor or not. **CONCLUSION:** It was obtained that there is a predominance of Exposure and Non-exposure by the male sex, thus determining that occupation related to negligence to dental care is not a risk factor in the population of 18 to 44 years of Bella Vista parish.

KEY WORDS: Dental Neglect, Occupation, Risk Factors.

INTRODUCCIÓN.

Las alteraciones bucodentales, como la caries, la periodontitis o enfermedad de las encías y el cáncer en la boca y la faringe son una problemática que afecta a todo el mundo, con frecuencia a los países en desarrollo, y de manera específica entre comunidades de bajos recursos, declara la Organización Mundial de la Salud (OMS). En su reporte acerca de la salud bucal, la OMS afirma que alrededor de cinco mil millones de personas han sufrido caries dental. ⁽¹⁾

La salud bucal es una base importante de la salud en general, y además se considera un derecho según la FDI. El rol de la odontología consiste en ayudar a la población y a su vez a las autoridades a mejorar la salud a través de una buena atención. ⁽²⁾

La visión de la FDI hasta el año 2020 pretende reducir al máximo las desigualdades para alcanzar la atención odontológica y cubrir de manera amplia las necesidades y la demanda mundial de la población en atención bucodental, por medio de una mayor alfabetización, una planificación de recursos humanos y de estrategias, formación, entrenamiento y retención, y una colaboración dada entre los miembros del equipo sanitario en la promoción, prevención y el tratamiento de patologías asociadas a la salud bucal. ⁽²⁾

Negligencia al cuidado bucodental refiere a las conductas y actuaciones con posibles resultados perjudiciales para la salud de la cavidad bucal de las personas. ⁽³⁾

Poco se conoce acerca de la contribución del comportamiento individual, del entorno y factores estructurales que desencadenan la aparición de enfermedades bucodentales. La medición de la negligencia al cuidado dental y los estudios epidemiológicos pueden permitir un mayor entendimiento de la relación existente. ⁽⁴⁾

WM Thomson menciona que los comportamientos y las actitudes asociadas con negligencia al cuidado dental son de gran importancia para manifestar los pobres resultados de salud bucal. Para esto existe una encuesta de 6 ítems llamada Escala de Negligencia Dental (DNS), la cual fué construida y probada por primera vez en una muestra de 2659 niños del sur de Australia. ⁽⁵⁾

En un estudio siguiente para examinar la negligencia al cuidado dental en adultos, la escala fue modificada y se utilizó en una población de Nueva Zelanda de 26 años de

edad, obteniendo la escala como resultado un nivel alto o bajo de negligencia al cuidado dental, siendo el nivel "Alto" de negligencia el predominante en esta población. ⁽⁶⁾

E. Skaret en su artículo "Valoración de credibilidad y validez de la encuesta DNS al cuidado dental en adultos en Noruega", muestra la escala DNS y la relaciona estrechamente con una mala higiene bucal, malos hábitos orales, y un uso irregular del servicio odontológico.

El cuidado dental en Noruega está organizado correctamente, con un adecuado acceso de todos los grupos etarios, en la mayoría de lugares en el país. ⁽⁷⁾ El 75% de la población manifiesta visitas regulares al odontólogo, comparado al 50% de la población en el artículo de Jamieson y Thomson, por consiguiente el puntaje en la escala DNS en Noruega fue menor que en Nueva Zelanda. ⁽⁷⁾

El estudio indica que el cuestionario de negligencia al cuidado bucal (DNS) representa una herramienta significativa para el grupo, pues son encuestas dirigidas a equivalentes poblaciones en peligro, fundamentado en datos sobre salud bucal, y ayuda a interpretar la conducta relacionada con la sanidad bucal y actitudes del individuo. Sin embargo, los resultados también muestran la importancia y necesidad de evaluaciones psicométricas de la escala DNS antes de usar en nuevas poblaciones para un mejor desarrollo. ⁽⁷⁾

La justicia social es un tema amplio de importancia internacional, esta interfiere en el modo en que viven los individuos, a la posibilidad de enfermarse y al efecto de morir prematuramente. ⁽⁸⁾

El comité acerca de determinantes sociales (CDSS) es una red con normativas, investigadores y organizaciones reconocidas a nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reúne para ayudar a afrontar las causas sociales que conllevan a la escasa atención sanitaria y de las inequidades de salud que sin duda podrían ser evitadas. ⁽⁸⁾

Michael Marmot ha estado pendiente de la investigación sobre las inequidades en salud los últimos 20 años, intenta encontrar explicaciones a la situación opuesta del gradiente social de la morbilidad y la mortalidad. ⁽⁹⁾

Este proyecto tiene como propósito aportar conocimientos sobre factores desencadenantes de negligencia al cuidado dental en los adultos jóvenes de 18 a 44

años de edad de la parroquia Bella Vista en Cuenca Ecuador en el año 2017, dirigiendo el tema a investigar la relación entre la ocupación de los habitantes y esta barrera para alcanzar el servicio odontológico; con la finalidad de que este estudio le sirva al profesional para evitar la negligencia al cuidado dental de la población y enfocarse en la previsión y promoción de la salud oral.

Al relacionar la ocupación con la negligencia al cuidado dental, varios autores mencionan que podrían las actividades laborales del individuo afectar al cuidado y obtención de tratamiento dental, incrementando el riesgo de lesiones y fracturas dentales en los empleados la falta de seguridad laboral, de tiempo libre, horario de trabajo y flexibilidad de las empresas, y en la locación a la que este destinado el trabajador.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.

El problema de investigación del presente trabajo de titulación estuvo dirigido a responder la pregunta ¿Existe relación entre la ocupación y la negligencia al cuidado dental en adultos jóvenes de 18 a 44 años de edad, en la parroquia Bella Vista en Cuenca Ecuador, en el año 2017? El presente estudio mediante un diseño de estudio relacional vinculó la ocupación y la negligencia al cuidado dental mediante los siguientes factores de riesgo (sexo, edad, grado de instrucción y nivel socioeconómico), los cuales fueron evaluados con la escala de negligencia al cuidado dental de Thomson. El presente tema de investigación surgió a partir del macro estudio de las barreras para acceder a los servicios odontológicos en la ciudad de Cuenca, planteado por el departamento de investigación de la carrera de odontología de la Universidad Católica de Cuenca.

2.-JUSTIFICACIÓN.

El tema investigativo está encaminado a determinar la relación entre la negligencia al cuidado dental y la ocupación en adultos jóvenes de 18 a 44 años, presentando una **relevancia humana** específica en éste grupo etario.

Se puede evidenciar la **relevancia científica** de la investigación al analizar la relación entre la determinante mencionada y la negligencia al cuidado dental, y se logrará obtener datos importantes, con la finalidad de prevenir y educar acerca de la negligencia al tratamiento odontológico.

La **relevancia social** de este estudio es debida a la falta de existencia de datos acerca de la negligencia al cuidado dental en nuestro país, y a la necesidad de realizar estudios que nos indiquen estadísticas certeras para continuar futuras investigaciones. Para ello, en este trabajo se exponen las determinantes sociales relevantes las cuales conducen a la población a un carácter negligente al tratamiento dental, buscando despertar en la comunidad interés y bienestar al asistir al odontólogo.

Esta investigación está dirigida a la población de Cuenca Ecuador con una relevancia social que se centra en conseguir una base de datos para futuras investigaciones de negligencia al cuidado dental.

El **interés personal** de este trabajo de titulación es definir la negligencia al cuidado dental relacionada con la ocupación, dándola a conocer como una condición que afecta a gran parte de la población, provocando así futuras complicaciones de importancia en la cavidad bucal.

Esta investigación consta con un nivel de originalidad nacional, ya que la información es escasa, y no hay estudios realizados a nivel local.

Para garantizar la viabilidad del estudio se han realizado las debidas coordinaciones con las autoridades institucionales de la Unidad Académica de Salud y Bienestar, con la dirección de la Carrera de Odontología y con el Departamento de Investigación de la misma.

3.- OBJETIVOS.

3.1.- OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre la ocupación y la negligencia al cuidado dental, en adultos jóvenes de 18 a 44 años de edad, en la parroquia Bella Vista en Cuenca Ecuador en el año 2017.

3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar la muestra según el sexo.
- Analizar la muestra según la edad.

4.- MARCO TEÓRICO

4.1.- CONCEPTO DE NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL.

Incumplir la necesaria atención odontológica y faltar a la manutención de la cavidad bucal, se considerada como Negligencia al cuidado dental. ⁽¹⁰⁾ Thomson WM, Spencer AJ y col. Determinan que la escasa toma de medidas para conservar en buen estado la sanidad bucodental y la insuficiencia para adquirir la vigilancia dental necesaria, también es conocida como negligencia por parte de los pacientes. ⁽¹¹⁾ ⁽⁶⁾ Sarri G. Enuncia que el concepto anteriormente descrito, es la privación de prevención para la enfermedad que se da en respuesta a condiciones nulas de tratamiento. ⁽¹²⁾

La negligencia por parte del individuo tiene un fundamento racial, cultural, religioso y educacional ⁽¹³⁾ y está a veces vinculada con la ineducación en la clase socioeconómica baja ⁽¹⁰⁾. Se relaciona con la inadecuada manutención oral, la carencia pruebas de malos hábitos y tiempos demasiados largos desde la última consulta con el profesional. ⁽¹⁴⁾. Está asimilada con una base de resultados perjudiciales para la cavidad oral y la marcha general del sistema bucal. ⁽¹⁰⁾

4.1.a.- CLASES DE LA NEGLIGENCIA POR PARTE DE LOS PACIENTES.

- **Se considera negligencia en estado activo:** A la falta premeditada por parte de los progenitores o encargados para ejercer su compromiso de vigilancia.
- **Se conoce como negligencia en estado pasivo:** A la falta involuntaria por parte de los progenitores o encargados para ejercer con su compromiso y cuidado ante la afección, por un desconocimiento del soporte disponible brindado por la comunidad.
- **Se define como negligencia al cuidado oral propio:** A la deficiencia intelectual o corporal de crecimiento que inhabilitan la sustentación propia de las exigencias odontológicas. ⁽¹⁵⁾

4.1.b.- PREVENCIÓN COMO MÉTODO PARA UNA BUENA SALUD BUCAL.

La previsión de una afección es una táctica válida, eficaz, aceptada y adecuada, es un costumbre que conlleva a seguir el camino a una salud estomatognática óptima.⁽¹⁰⁾ La falta de averiguar o adquirir manutención odontológica apropiada, tienta a agentes perjudiciales como la separación de la familia, la escasez de economía, el desconocimiento de los progenitores o cuidadores, o la carencia de distinguir la salud o enfermedad de la cavidad oral.⁽¹¹⁾

La caries oral, afección periodontal y demás alteraciones bucales, si no obtienen tratamiento adecuado pueden provocar estímulos dolorosos, infecciones y funciones deficientes, alterando de manera negativa el amaestramiento, comunicación, la alimentación y deberes necesarios para el desenvolvimiento e incremento normal del paciente.⁽¹¹⁾

El control bucal debe proporcionar reducción de los estímulos dolorosos de los signos y síntomas, seguido de una restauración adecuada de las funciones y la apariencia. Se recomiendan los subsiguientes enunciados para el personal preventivo en odontología: proponer dudas y preocupaciones en los progenitores o cuidadores, aclarar los pasos necesarios a seguir, brindar soporte, seguir avances y hallazgos, llevar un contacto definitivo con los padres y controlar el adelanto conseguido.⁽¹⁵⁾

La instrucción acerca de la salud bucodental debe incentivarse desde un comienzo en la vida institucional, para poder instruir a los jóvenes acerca de dichas alteraciones dentales que se pueden padecer si no se adquieren actividades preventivas pertinentes desde la temprana edad. La correcta higiene bucal está íntimamente enlazada con el aspecto comportamental del individuo enfermo. Si la persona desea controlar su salud bucal, esta necesita reemplazar una actitud negativa por una actuación positiva hacia el cuidado oral.⁽¹⁰⁾

La variedad de normas de enfermedad bucal y las diferentes inclinaciones según las regiones y los países, manifiestan el perfil de inseguridad y la dominancia de los proyectos para prevenir en la atención odontológica.⁽¹⁾

Se necesita de manera urgente el refuerzo internacional de los proyectos de salud pública por medio de la incrementación de tipos de prevención para las enfermedades y la incentivación de salud. Las metas a sobrepasar para elevar la calidad de salud dental son esenciales e importantes en países en proceso de desarrollo.⁽¹⁾

4.1.c.- AGENTES DE RIESGO EN NEGLIGENCIA AL TRATAMIENTO DENTAL.

Varios agentes peligrosos conocidos, pueden desatar negligencia al tratamiento dental, siendo algunos más sobresalientes que los demás.

Los autores expresan que existen condiciones como el género, el lugar de residencia, edad, nivel de instrucción, ingreso socioeconómico, el autoreporte de salud buccal, uso de prótesis el número de dientes en boca y la última visita al odontólogo que pueden ser considerados como factores de riesgo.

4.1.2.- ENFERMEDADES BUCODENTALES ASOCIADAS A FACTORES DE RIESGO

La incidencia de las enfermedades bucodentales es alta en grupos desfavorecidos y de nivel socioeconómico bajo, en países que están en proceso de desarrollo y en aquellos países con crecimiento evidente. Ciertas afecciones como la caries, las patologías periodontales, la ausencia de piezas dentales, las alteraciones visibles de los tejidos blandos, las enfermedades en íntima relación con el conocido virus de inmunodeficiencia adquirida o humana (VIH, SIDA) y los traumas en piezas dentales son dilemas de la salud pública a nivel mundial, ya que una mala salud bucal tiene efectos profundos en el desarrollo y la condición de vida de manera íntegra. ⁽¹⁾

Una gran cantidad de investigaciones socioepidemiológicas demuestran el crucial rol que llevan los agentes sociocomportamentales y ambientales en la salud. Así también la carencia de calidad en condiciones inadecuadas en la forma de vivir, los agentes de peligro sobresalientes mantienen relación con el estilo de vida (dieta, higiene, alimentación, y cuidado dental defectuoso, el dispendio de tabaco y abuso del alcohol) y con mínima o nula disposición y acceso a las prestaciones de salud bucal. ⁽¹⁾

Gran cantidad de enfermedades bucodentales se relacionan con alteraciones crónicas no contagiosas, debido a la presencia de agentes de riesgos comunes. Existen también afecciones sistémicas como la diabetes o el VIH que ocasionan generalmente problemas en la región bucal. ⁽¹⁾

4.1.2.a CARIES EN LA CAVIDAD ORAL.

Es un curso localizado y a su vez producido por muchos factores, la caries en la boca se origina luego de que erupcionan los dientes, causando que el tejido duro del esmalte y la dentina se tornen blandos y conformen una nueva cavidad, describe la

OMS. ⁽¹⁾ Se calcula que entre el sesenta y noventa por ciento de infantes a nivel mundial poseen cavidades de caries visibles. ⁽¹⁾

Según la FDI la cavitación dental es una lesión extensa, con mayor incidencia en el mundo y es una meta difícil de tratar por parte de la salud pública. La caries es una alteración con que con frecuencia afecta a infantes y perjudica a cualquier edad en la vida de un individuo. ⁽¹⁶⁾

4.1.2.b ENFERMEDAD PERIODONTAL.

La enfermedad periodontal es relacionada con la aparición de organismos patógenos en las superficies dentarias y las estructuras adyacentes, es más prevalente en adultos, pero esta enfermedad puede afectar a los niños y adolescentes. Es progresiva y avanza silenciosamente alcanzando así una fase avanzada. Es conocida en Segundo lugar como la causa que provoca pérdida de las piezas dentarias, pero en los adultos de edad avanzada esta causa iguala y en ocasiones sobrepasa a la caries como el primer principio para que se pierdan las estructuras dentales. ⁽¹⁶⁾

Las patologías periodontales se determinan por padecer de signos y síntomas a describir: mal haliento, enrojecimiento de la encía, inflamación, hiperestesia, sangramiento y la retracción de las mismas, así como también dientes con movimiento exagerado o espaciados y líquido con pus entre el diente y el tejido blando. ⁽¹⁷⁾

4.1.2.c PÉRDIDA DENTARIA.

El principio usual por lo que se provoca la pérdida de piezas dentarias en los adultos de edad avanzada es la enfermedad periodontal, la cual afecta a la condición de subsistencia del paciente, se establecen varios conceptos otorgados a su creación, planteando varios investigadores que la ausencia de piezas dentales es un curso que empieza a manifestarse apenas el individuo comienza la etapa de envejecimiento, más autores atribuyen esta condición a agentes, como la falta de higienización oral o la presencia de patologías sistémicas como puede ser la diabetes. ⁽¹⁷⁾

4.1.3 ESCALA DE NEGLIGENCIA DENTAL (DNS).

Para calcular la Negligencia al tratamiento dental se generaron cuestionarios como La Escala de Negligencia Dental (DNS), que mide el puntaje de un poblador y si este se muestra interesado por su salud dental, obtiene atención por parte de un odontólogo y considera que la sanidad bucal es imprescindible. ⁽¹⁴⁾

Se efectúa el cuestionario DNS, el que interroga los siguientes ítems:

1. ¿Cuida de su salud oral en su casa?
2. ¿Recibe el control de sus dientes como se debe?
3. ¿Necesita el tratamiento odontológico, pero lo pospone?
4. ¿Se cepilla la cavidad bucal como se debería?
5. ¿Se controla de comer entre las comidas?
6. ¿Considera su salud oral importante?

El cuestionario en el que se evalúa la negligencia al tratamiento odontológico utiliza una medición del autor Likert que empieza en 1 que es definitivamente no, a 5 que es definitivamente sí. ⁽⁶⁾

4.1.3.a DELEGACIÓN DE DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD.

La OMS, la IADR y FDI han estimado la reducción de las disparidades de la salud oral en las agrupaciones socioeconómicas los países y las discrepancias presentes que afectan la salud bucal de los mismos, siendo esta una meta global para la salud bucal 2020. ⁽²⁾

Para materializar la visión planteada, se han definido cinco áreas prioritarias que serán las bases de un nuevo modelo, el cual será justo y pertinente, estas son: ⁽²⁾

1. Satisfacer la necesidad y demanda de atención odontológica. ⁽²⁾
2. Ampliar el rol por parte de los profesionales de la odontología. ⁽²⁾
3. Establecer un modelo educativo dirigido a las necesidades. ⁽²⁾
4. Disminuir los impactos de la dinámica socioeconómica. ⁽²⁾
- 5 Fomentar la investigación y tecnología básica. ⁽²⁾

4.1.3.b PRÁCTICAS EQUITATIVAS EN EMPLEO Y LABOR OCUPACIONAL.

Los requisitos de trabajo y el empleo que tiene cada persona tienen efectos relevantes en la equidad sanitaria. Cuando el empleo y las condiciones son buenas, aportan seguridad económica, comunitaria, de crecimiento personal, interacciones con la sociedad y el autoestima, y también preservan en contra de peligros físicos y de la sociedad. Se han de aplicar investigaciones dirigidas a garantizar un nivel de empleo, tanto a nivel local, nacional e internacional. ⁽⁸⁾

El empleo es un entorno donde la mayoría de las características más importantes que perjudican a la salud bucal emiten un dominio. Refiriéndose a la calidad de empleo y a su vez a su origen. Es considerado que la mano de obra baja beneficia la economía, pero a su vez originan repercusión en la salud del empleado. ⁽⁸⁾

Las malas condiciones de un trabajo afectan también a la equidad sanitaria, estas pueden hacer que un individuo se exponga a varios riesgos físicos, y estos se concentren en obras de un salario menor. ⁽⁸⁾

Los requisitos adecuados de los empleos en países con ingresos superiores, luego de numerosos períodos de acción, organización y de una regulación constante, difieren bastante de ser una regla en regiones con un salario de ingresos medios y bajos. ⁽⁸⁾

El 50% de cardiopatías coronarias, están relacionadas con estrés laboral al que son sometidos los empleados; a su vez los resultados que se exponen definen invariablemente a los trabajos con un horizonte de exigencias elevadas, la carencia de supervisión por parte del empleador y el esfuerzo que se realiza no sea suficientemente recompensado, son agentes causales que desembocan en una problemática de salud mental y física. ⁽⁸⁾

4.1.3.c MEDIDAS QUE DEBEN ADOPTARSE PARA LA PRÁCTICA JUSTA EN EL EMPLEO

La incentivación de proyectos equitativos para los empleos, y la consideración de los requerimientos de trabajo digno, las jerarquías públicas, los jefes y los empleados pueden juntos colaborar a erradicar el índice de personas pobres. ⁽⁸⁾

Se deben disminuir las discrepancias sociales, la presencia de agentes peligrosos y psicológicos sociales, y elevar las oportunidades de mantener la salud y la comodidad del poblador. Ya que un equipo de trabajo con una salud íntegra general, es mucho más productivo.⁽⁸⁾

Como medidas tenemos:

- Convertir el empleo y la equidad en los propósitos principales de cada país, de manera nacional e internacional.⁽⁸⁾
- Para lograr de manera equitativa la salud, el labor debe ser sin riesgos, con seguros y con una paga digna, deben existir ocasiones de trabajo durante el año laboral y que se cree una estabilización entre la vida laboral y la vida de privacidad para los empleados y empleadores.⁽⁸⁾
- Los requerimientos de empleo de los empleados deben mejorar para que estos no se expongan a los peligros, al estrés ocasionado por la carga laboral y a las condiciones que perjudiquen la sanidad.⁽⁸⁾

4.1.4 OCUPACIÓN.

Se define a la ocupación como un conjunto de empleos en los cuales las principales tareas y cometidos están caracterizados por un grado de similitudes. A una persona se la asocia a una ocupación por medio del empleo principal que desempeña en ese momento, un empleo secundario o un empleo desempeñado con anterioridad.⁽¹⁸⁾

Se clasifican a los empleos por su ocupación, con respecto al trabajo realizado o que se va a realizar. Los criterios básicos tomados en cuenta que definen a la organización de agrupaciones mayoritarias principales, subgrupos y agrupaciones primarias son dados por un “nivel de competencias” y la “especificación de las competencias” requeridas para realizar de manera eficaz las tareas y cometidos de las ocupaciones.⁽¹⁸⁾

4.1.4.a CLASIFICACIÓN NACIONAL DE OCUPACIONES (CIUO 08).

Grandes Agrupaciones:

1. Administradores y principales.⁽¹⁸⁾
2. Investigadores y filósofos.⁽¹⁸⁾
3. Entendidos y expertos con nivel mediano.⁽¹⁸⁾
4. Apoyadores de gerencia.⁽¹⁸⁾

5. Empleados y comerciantes. ⁽¹⁸⁾
6. Campesinos, agricultores, agropecuarios, y dedicados a la pesca. ⁽¹⁸⁾
7. Artesanos, obras mecánicas y demás oficios. ⁽¹⁸⁾
8. Ensambladores y personas que operan máquinas. ⁽¹⁸⁾
9. Trabajos básico elementales, y que haceres domésticos. ⁽¹⁸⁾
0. Militares. ⁽¹⁸⁾

4.1.4.b FRACTURAS DENTALES DEBIDAS A ACCIDENTES LABORALES.

Las fracturas dentales resultan más frecuentes en los varones, en los trabajadores menores de 40 años y con ocupaciones manuales. La causa más común son golpes al momento de manipular piezas y herramientas durante la actividad de una tarea manual. Muchos de estos accidentes se producen con herramientas que no son sofisticadas por ejemplo llaves y martillos. Las causas de los accidentes varían en función del sexo, edad y nivel ocupacional ⁽¹⁹⁾

Entre el sexo masculino, los trabajadores más jóvenes y con ocupaciones manuales, presentan accidentes durante la manipulación de piezas y herramientas u operaciones de carga y descarga siendo estos los accidentes más frecuentes. Entre el sexo femenino, las trabajadoras de mayor edad o con ocupaciones no manuales, presentaron mayor causas para la ocurrencia de accidentes al momento del trabajo. ⁽¹⁹⁾

4.1.4.c REDUCCIÓN DE LAS FRACTURAS DENTALES EN ACCIDENTES LABORALES, MEDIANTE UN MÉTODO PREVENTIVO.

La preparación del empleado y mejora del entrenamiento al manipular las herramientas y el uso debido de los equipos de protección individual, la adquisición de información acerca de cuales son los factores de riesgo, y la inspección y mantenimiento de los equipos son parámetros esenciales para la prevención de estas lesiones. ⁽¹⁹⁾

4.2.-ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Obra: Artículo de Revista: Estado de salud oral y necesidades de tratamiento oral de los dependientes Gente mayor en Christchurch. ⁽²⁰⁾

Autor: Carter G.

Resultado: La edad varió de 65 a 103 con una edad promedio de 84,6 años. El Ratio fue de 3: 1. Treinta y dos por ciento de los residentes eran dentados (14 dientes promedio). Esta cifra fue de 16-19% hace una década ($p < 0,01$, prueba de chi cuadrado). Sesenta y cinco Porcentaje de residentes dentados tenían caries. Cada persona dentada tenía un promedio de 2,38 dientes con lesiones cariosas en la raíz o corona. 51.5% de los residentes requiere tratamiento restaurador y el 38,2% requirió una extracción. Veinte residentes tenían por lo menos una "caries pequeña". Ochenta y dos por ciento de los residentes requirieron la ampliación de los dientes. Dos tercios no tenían dientes naturales, y un tercio de los que tenían dentaduras postizas. Ochenta y nueve residentes (42%) no pudieron comunicarse.

Obra: Artículo de Revista: Evaluación del papel de comportamiento dental en las desigualdades en salud buccal. ⁽²¹⁾

Autor: Sanders A, Spencer A, Slade G.

Resultado: Los datos fueron obtenidos de 3678 adultos dentados de 18-91 años. Dientes perdidos y OHIP-14. Las puntuaciones siguieron un gradiente social con los adultos más pobres experimentando los resultados. La asistencia odontológica rutinaria y el autocuidado dental asociado con gradientes inversos monótonos en los dientes faltantes ($P < 0,05$) y resultados de OHIP-14 ($P < 0,05$). Aunque los adultos que viven en zonas con menos desventaja tenían una orientación preventiva de asistencia odontológica, ningún patrón fue encontrado para el auto-cuidado dental. En el análisis multivariado, la pendiente de la gradiente socioeconómico [estimación para el Índice de Relaciones Socioeconómicas Desventaja (IRSD)] en los dientes faltantes no se atenuó significativamente asistencia dental o autocuidado dental. Para las puntuaciones de OHIP-14, la pendiente el gradiente socioeconómico fue significativamente atenuado por visitas dentales, pero no por el autocuidado dental y no por el efecto combinado de ambos comportamientos.

Obra: Artículo de Revista: Un estudio epidemiológico basado en la escuela sobre el abandono dental entre adolescentes en una zona desfavorecida del Reino Unido. ⁽¹²⁾

Autor: Sarri G, Evans P, Stansfeld S y MarcdesW

Resultado: Cuatro de cada diez adolescentes del estudio experimentaron DPN y cinco de cada diez DTN experimentados. Los adolescentes con necesidades educativas especiales sin una declaración, los refugiados y los "cuidadores" de una autoridad local experimentaron una mayor proporción de ambos tipos de DN. Conclusiones En un área urbana deprimida, la proporción de adolescentes con DN (DPN o DTN) fue significativa. Los adolescentes refugiados y cuidan de los niños pueden estar más expuestos al riesgo de DN.

Obra: Artículo de Revista: Negligencia dental y salud dental entre los jóvenes de 26 años en Dunedin, Servicios Comunitarios de Salud Dental. ⁽⁴⁾

Autor: Thomson WM, Locker D.

Resultado: El análisis de factores mostró que cinco de los seis elementos originales cargados en la escala, y las respuestas a esos los ítems se sumaron para dar una puntuación de escala de negligencia dental para cada participante. Las puntuaciones se distribuyeron normalmente (media \pm 13,0, SD \pm 3,6, rango 5 a 25), y una la división media creó grupos de negligencia dental más altos y más bajos. Una mayor proporción del grupo de grupo con mayor abandono: (i) eran hombres; (ii) calificaron su salud dental y apariencia dental por debajo de la media; (iii) se cepillaron los dientes con poca frecuencia; (iv) tenían extensos depósitos de placa; (v) utilizó los servicios dentales sólo cuando tenían palabras clave: adultos; caries dental; negligencia; salud bucal; utilización problema; (vi) no había visto recientemente a un dentista; (vii) había perdido por lo menos un diente debido a la caries, y (viii) tenía un mayor número de superficies dentales deterioradas.

Obra: Artículo de Revista: El impacto de la negligencia dental en la salud oral: un estudio poblacional en Hong Kong. ⁽²²⁾

Autor: McGrath C, See-King A, King D

Resultado: La tasa de respuesta fue 70% (556/800). La puntuación media de negligencia dental de la población fue de 14.81 (S.D. 3.62) [posible rango 6 a 30]. Más comúnmente, la gente era negligente de usar la salud dental profesional. Las disparidades sociodemográficas en DNS fueron evidentes, en relación con la edad ($P < 0,05$), ($P < 0,05$) y el nivel educativo ($P < 0,05$). DN fue asociado con auto-reportado.

Salud oral: estado de la prótesis ($P < 0,05$), número de dientes poseídos ($P < 0,05$) y oral calidad de vida relacionada con la salud ($P < 0,05$).

Obra: Artículo de Revista: Niño, negligencia y salud bucal

Autor: Barbosa C. ⁽²³⁾

Resultado: En total, se realizaron 149 inspecciones físicas y exámenes orales. El número de personas caridadas, Dmf-t fue 2,75 (SD 2,83); 16 niños tenían valores extremadamente altos ($dmf-t \geq 7$), 85 valores intermedios ($1 \leq dmf-t \leq 6$) y 48 extremadamente bajas ($dmf-t = 0$). Casi todos los cuidadores eran mujeres (96,7%; $n = 29$), en su mayoría madres (93,3%, $n = 28$). Se encontraron asociaciones entre la experiencia de caries y la razón de la última consulta ($p = 0,011$), Dientes caridados y percepción de salud bucal del niño ($p = 0,001$). Hubo una tendencia hacia una asociación significativa entre salud general y dientes caridados ($p = 0,079$), higiene general y experiencia de caries ($p = 0,083$), y Experiencia de caries y número de veces que el niño cepilla los dientes ($p = 0,086$).

Obra: Artículo de Revista: Negligencia Dental y Escalas de Indiferencia Dental comparadas. ⁽⁵⁾

Autor: Jamieson LM, Thomson WM

Resultado: En total, 478 de la gente (78.2%) devolvió el cuestionario. La puntuación media de negligencia dental fue 12,4 (SD4,4). La puntuación media de la escala de indiferencia dental fue de 3,1 (SD1,9). La asociación entre las puntuaciones de las escalas fue moderada ($r = 0,58$; $P, 0,01$), y allí era sólo un moderado grado de concordancia entre los dos. Las dos escalas tenían asociaciones en gran medida similares con la atención sociodemográfica, la atención bucodental y el autocuidado, y características de impacto en la salud oral, aunque se encontraron ligeramente más asociaciones con la escala de indiferencia dental. Se encontró que la escala de la negligencia dental era más fácil de usar que la escala de Indiferencia Dental porque no requería algoritmo para calcular puntajes de escala.

Obra: Artículo de Revista: Negligencia dental que afecta el estado de salud bucal en la India. ⁽¹¹⁾

Autor: Mathur A, Mathur A, Aggarwal V.

Resultado: El estudio mostró que el abandono dental fue mayor entre Mujeres, niños mayores, aquellos cuya madre tenía menos educación, Los niños que no habían recibido atención dental en los dos años anteriores, Y aquellos para quienes la última

visita dental del padre que respondió fue Debido a un problema en lugar de un examen de rutina. Entre el Niños mayores, los que tenían un mayor grupo de negligencia dental Mayor experiencia de caries dental (DMFS con $P < 0,001$) y mayor Número de superficie permanente deteriorada del diente ($P < 0.019$).

Obra: Artículo de Revista: Valoración de la credibilidad y validez de la escala de negligencia dental en adultos en noruega.

Autor: Skaret E, Klock K, Trovik T. ⁽⁷⁾

Resultado: El coeficiente alfa de Cronbach para la construcción global del DNS fue 0,67 ($n = 173$) y 0,57 ($n = 1301$). Sólo se extrajo un factor, explicando un total de 36% de la varianza de escala ($n = 1301$). Kappa de Cohen para las comparaciones test-retest osciló entre 0.21-0.79 ($n = 108$), y rho de Spearman para la prueba-retest suma-puntuaciones fue de 0,60. Mayor abandono, las puntuaciones fueron positivamente relacionadas con una opinión negativa sobre su propia salud dental (OR = 3,3), última cita dental debido al dolor u otros (OR = 2,3), menos de 20 dientes (OR = 2,2), beber refrescos con azúcar todos los días (OR = 2,1), uso no regular de servicios dentales (OR = 2,2) y el uso de hilo dental o palillos de dientes rara vez o nunca (OR = 1,6). La prevalencia de alta negligencia dental fue del 20%.

Obra: Artículo de Revista: Salud dental, negligencia dental y uso de servicios en un adulto en Dunedin, Muestra de población. ⁽⁶⁾

Autor: Thomson WM, Jamieson L.

Resultado: De los 458 encuestados, casi dos tercios eran mujeres, y casi todos eran europeos. De los 385 dentados encuestados (84,1 por ciento), el 62,5 por ciento visitó dentista para un chequeo, y 66.6 por ciento había visitado a un dentista dentro del año anterior. La puntuación media de negligencia dental de los encuestados dentados fue 12,4 (sd, 4,4), y fue mayor entre las personas más jóvenes y las de menor ocupación. Comparado las encuestas con la salud bucal nacional y regional, una proporción más alta de encuestados calificó su salud, no pagaron por su último tratamiento dental y recibieron su último cuidado dental de un servicio dental público. Aunque el estudio fue de pequeña escala y se realizó en un área en la que hay acceso a atención dental de bajo costo a través de la Facultad de Odontología de la Universidad de Otago.

Obra: Visión 2020 de la FDI, Delinear el futuro de la salud bucodental. ⁽²⁾

Autor: World Dental Federation

Resultado: La Organización Mundial de la Salud (OMS), la International Association for Dental Research (IADR) y la Comisión Científica de la Federation Dental International

(FDI) han considerado la reducción de las disparidades de salud bucal entre los diferentes grupos socioeconómicos de cada país y las desigualdades en la salud bucal de todos los países, como parte de las metas globales para la salud bucal 2020.

Obra: Subsanan las desigualdades de una generación. ⁽⁸⁾

Autor: Organización Mundial de la Salud.

Resultado: El empleo y las condiciones de trabajo tienen efectos importantes en la equidad sanitaria. Cuando son buenos aportan seguridad financiera, posición social, desarrollo personal, relaciones sociales y autoestima, y protegen contra los riesgos físicos y psicosociales. Las intervenciones encaminadas a mejorar el empleo y el trabajo han de aplicarse a nivel internacional, nacional y local.

Obra: Informe técnico de la Organización Internacional del trabajo. ⁽¹⁸⁾

Autor: Organización Internacional del Trabajo.

Resultado: Se define la ocupación como un conjunto de empleos cuyas principales tareas y cometidos se caracterizan por un alto grado de similitudes. Una persona puede estar asociada a una ocupación a través del empleo principal desempeñado en ese momento, un empleo secundario o un empleo desempeñado anteriormente.

Obra: Roturas dentales debidas a accidentes de trabajo en España. ⁽¹⁹⁾

Autor: Tejedor, B; Carasol, M; Catalina,C; Quevedo, L; Ruiz, M; Sainz, J; Cisneros, R; Calvo, E.

Resultado: Las roturas dentales resultaron más frecuentes entre los hombres (9:1), en trabajadores menores de 40 años (74,2%) y con ocupaciones manuales (9:1). La causa más común fueron golpes al manipular piezas o herramientas durante la realización de una tarea manual (72,8%). Muchos de tales accidentes se produjeron con herramientas poco sofisticadas (llaves 18,9%; martillos 4%). Las causas de accidente variaron en función del sexo, edad y nivel ocupacional.

5.- HIPÓTESIS

La ocupación es un factor predisponente que influye directamente en la negligencia al cuidado dental.

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1.- MARCO METODOLÓGICO

Enfoque: El enfoque de la investigación es cuantitativo. ⁽²⁴⁾

Diseño de la Investigación: Caso Control. ⁽²⁵⁾

Nivel de Investigación: Relacional.

Tipo de Investigación:

Por el ámbito: De campo.

Por la técnica: Comunicacional.

Por la temporalidad: Retrospectivo.

2.-POBLACIÓN Y MUESTRA

En la parroquia Bella Vista en la ciudad de Cuenca Ecuador según estadísticas de INEC en el año 2010 se obtuvo una población de, dentro del rango de 18 a 44 años que viene a representar el 100% del total de la población Adulto Joven, para el muestreo de este estudio se determine por conveniencia 84 casos y 84 controles de 405 encuestadas en este grupo etario. ⁽²⁶⁾

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

2.1.a. Criterios de inclusión: Se incluyeron las fichas completas y si ningún error del cuestionario Barreras para el acceso al servicio odontológico, específicamente el cuestionario de negligencia al cuidado dental de Thomson, el cual se los aplicó a los adultos jóvenes de 18 a 44 años de edad, de la parroquia Bella Vista en Cuenca que estuvieron dispuestos a realizar la encuesta.

2.1. b. Criterios de exclusión: Se excluyeron del estudio las encuestas de habitantes cuya profesión fue Odontólogo/a o Médico/a y sus familiares, y personas con capacidades especiales.

2.2- Tamaño de la muestra:

Se calculó un tamaño muestral de 384 encuestas, adicionando al término de la recolección de datos 21 encuestas más, contribuyendo así un total para la Base de Datos Fuente de 405 encuestas. La muestra se obtuvo por conveniencia, y dado q los controles (sin negligencia) fueron solamente 84 se buscaron 84 casos (con negligencia) para el emparejamiento, quedando el resto de casos sin posibilidad de encontrarle un control. (Ver anexo 1)

3.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO	ESCALA
NEGLIGENCIA	Se define a la negligencia al cuidado dental como la falta de precauciones para mantener la salud bucodental, incapacidad para obtener la atención dental necesaria y la negligencia física de una cavidad dental.	Cuestionario DNS	Con Negligencia. Sin Negligencia	Cualitativo nominal	Nominal
OCUPACIÓN	La ocupación es definida como un conjunto de empleos cuyas principales tareas y cometidos se caracterizan por un alto grado de similitudes. Una persona puede estar asociada a una ocupación a través del empleo principal desempeñado en ese momento, un empleo secundario o un empleo desempeñado anteriormente.	Cuestionario Barreras para el acceso al servicio odontológico	Expuesto 5,7,9. No Expuesto 1,2,3,4,6,8,0	Cualitativo Ordinal	Ordinal

SEXO	Característica natural o biológica.	Roles socialmente construidos, los comportamientos, actividades y atributos que una sociedad dada considera apropiados para los hombres y las mujeres.	Hombre Mujer	Cualitativo	Nominal
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Años de vida registrados en la encuesta durante la toma de datos.	Lo que refiera el encuestado	Cuantitativa	Ordinal

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

4.1.- Instrumentos documentales: Se utilizó el cuestionario de Barreras para el acceso al servicio odontológico, en específico la encuesta de William Murray Thomson, llamada Escala de Negligencia Dental (DNS) con constó de tres partes: datos generales de la persona, datos de la escala numeral de negligencia al cuidado dental y consentimiento informado, para el registro de datos se utilizó el programa virtual y de libre acceso llamado Epi Info versión 7.2 usado en el procesamiento de textos, bases de datos y estadísticas para la salud pública.

La encuesta constó de 6 preguntas de autoevaluación; puntuadas del 1 al 5, siendo 1 definitivamente no y 5 definitivamente si, en la escala de Likert.

4.2.- Instrumentos mecánicos. Para la toma de datos se utilizaron tableros, computadoras laptops e impresoras.

4.3.-Materiales.

Los materiales utilizados fueron útiles de escritorio.

4.4.-Recursos.

Para la realización de éste estudio se necesitaron recursos económicos, humanos y recursos institucionales.

5.-PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.

5.1.-Ubicación espacial.

Cuenca se divide en 15 parroquias urbanas, entre las cuales se encuentra la Parroquia Bella Vista.

La Parroquia Bella Vista, comienza desde el norte de la avenida del Chofer y la intersección con el límite urbano en el sentido oriental por límites urbanos hasta interceptar con la parte occidental de la avenida Miraflores; desde este sitio y en

dirección al sur sigue la vereda occidental de la avenida Miraflores hasta su encuentro con la parte norte de la avenida Circunvalación, y con un giro en sentido occidental, se conecta con la prolongación occidental de la calle Mariano Cueva; continúa en dirección sur por la vereda occidental de la calle Mariano Cueva hasta encontrar el cruce con la vereda del norte de la calle Vega Muñoz; siguiendo la vereda norte de la calle Vega Muñoz en sentido occidental, hasta llegar a la vereda oriental de la calle Abraham Sarmiento; esta limitación continúa hacia el norte por la vereda oriental de esta calle, cruzando la avenida Circunvalación, hasta que empate con la vereda oriental de la avenida del Chofer y concluyendo en la prolongación de la avenida y la intersección del límite establecido en el Plano Director de Desarrollo Urbano de la ciudad de Cuenca.

5.2.-Ubicación temporal.

La investigación se realizó en el mes Junio del 2017, recolectando datos que reflejaron el nivel de negligencia al cuidado dental y encuestando a los habitantes del sector Bella Vista, durante 7 días laborales y tres fines de semana y con una duración total de 28 horas, a adultos jóvenes de 18 a 44 años de edad.

5.3.- Procedimientos de la toma de datos.

Para el registro de los datos, se tomó en cuenta que las encuestas realizadas en Barreras para el acceso al servicio Odontológico, en específico la encuesta DNS de Thompson, las cuales fueron ingresadas a una base de datos en un programa de libre acceso EPI INFO versión 7.2., las cuales reflejaron información la cual fué registrada con las siguientes características: El estudio buscó describir cualitativamente la relación existente entre la ocupación y la negligencia al cuidado dental, de personas mayores a 65 años pertenecientes a la parroquia Bella Vista de la ciudad de Cuenca-Ecuador. Primero se localizó la parroquia Bella Vista en la aplicación Google Maps, después de coordinar las fechas para la toma de datos, se realizó la encuesta puerta a puerta a cada habitante entre el rango de edad de 18 a 44 años, en el horario de 8h00 a 12h00, esta encuesta fué realizada de manera auto asistida y personal, explicando una por una las preguntas, el número de personas que se alcanzaron a encuestar fueron 405, las encuestas iniciaron con un saludo, y la solicitud de los datos personales (Nombres, Apellidos, Edad, Nivel de Instrucción,

Ocupación, Nivel de Ingreso Económico) obtenida la aprobación para la realización de las encuestas, se firmó el consentimiento informado ubicado en la parte inferior de la encuesta por parte del poblador. (Ver anexo 3)

5.3.a.-Método de examen utilizado por los examinadores

Se tocó el timbre de los hogares hasta conseguir la comunicación con los miembros de las familias habitantes en cada casa, mayores de los 18 años, solicitando la colaboración para responder las encuestas planteadas por el departamento de investigación de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca, con el fin de conseguir nuestro proyecto de titulación.

Una vez conseguida la autorización se procedió a pedir el número de cédula de la persona, su edad, ocupación, grado de instrucción e ingreso total de la familia, indagando en el número de personas que hacen uso de este ingreso.

Se utilizó la ficha de Barreras para el acceso al servicio Odontológico la cual constó de un consentimiento informado en el que en la primera parte constan datos personales (número de cédula, edad, sexo, ocupación, nivel de ingreso, grado de instrucción), posteriormente se realizó la encuesta DNS (Thomson) descrita anteriormente que constó de seis preguntas con opción a 5 respuestas de definitivamente no a definitivamente sí realizadas a cada persona.

5.3.b.-Criterios de registro de hallazgos

Todas estas preguntas fueron puntuadas mediante escalas para cada ítem, en el caso de Negligencia al cuidado dental, se encuestó con la Escala DNS según William Murray Thomson, y con un puntaje de 1 a 5 en la escala de Likert.

6.- PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.

El puntaje de la Escala de Negligencia al cuidado Dental fué evaluado con la suma de las 6 preguntas, cada una con un puntaje de 1 (Definitivamente No) a 5 (Definitivamente Si). Estos valores en las preguntas 1,2,4,5,6, deben ser invertidos en excel siendo 5=9, 4=8, 3 se mantiene, 2=4, y 1=5, para el posterior reemplazo del 8=2, y 9=1. Obteniendo como resultado hasta número el 10 = la persona es considerada "Sin Negligencia", y desde el 11 a 30 = se considera "Con Negligencia".

Posteriormente se procedió a separar los grupos de casos y controles, el estudio tuvo dos grupos controles que constaron de habitantes con puntuación de 6 hasta 10 puntos interpretándose: Sin negligencia, y un grupo casos que constó de pacientes desde los 11 puntos en adelante hasta 30 significando: Con negligencia. Se agruparon a los habitantes en el grupo de casos o pobladores enfermos que necesitan atención o tratamientos odontológicos, y el grupo de control que se consideraron sanos por ser habitantes que asisten regularmente sus citas odontológicas y mantienen su salud bucal de manera correcta; luego se determinó la distribución de la muestra para la realización de la fórmula para evaluar los factores de riesgo desencadenantes mediante el Odds Ratio (OR).

Para determinar los datos de la variable ocupación se clasificó en 2 grupos los cuales fueron Expuestos formados por los niveles de ocupación: 5, 7, 9 y los No Expuestos por: 1, 2, 3, 4, 6, 8, y 0. Para determinar la relación entre negligencia al cuidado dental y el grado de instrucción, se calculó mediante Odds Ratio que es la medida estadística que compara grupos humanos con condiciones similares, con la única diferencia que uno se encuentra expuesto a algún factor de riesgo, y que el otro no.

Fórmula:

	CASOS	CONTROLES
EXPUESTOS	a	B
NO EXPUESTOS	c	D

Entonces: $(a*d) / (b*c)$

7.-ASPECTOS BIOÉTICOS

El presente proyecto de investigación no implicó conflictos bioéticos, en el cual todos los habitantes de la parroquia Bella Vista fueron informados acerca de los objetivos y de la metodología del estudio. Se les indicó que las encuestas no eran invasivas ni vulneraban los derechos y/o datos personales, por lo que les pedimos a las personas encuestadas que coloquen su firma en la parte inferior de la hoja para el consentimiento informado. Se les dió a conocer sobre los objetivos de dicha encuesta recalcando que los datos obtenidos solo son útiles en esta investigación y que hay un

compromiso de confidencialidad por parte del investigador principal, cuyo propósito fue conseguir la titulación de la Carrera de odontología.

CAPÍTULO III
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

RESULTADOS.

El presente estudio fue realizado con los datos epidemiológicos de las encuestas de la Parroquia Bella Vista, que constan en el archivo del departamento de investigación de la carrera de Odontología de la UCACUE, mostrando los siguientes resultados:

Tabla No 1. Distribución de muestra según el sexo.

	CASOS	CONTROLES
FEMENINO	35	35
MASCULINO	49	49
TOTAL	84	84

Interpretación de la tabla: Tomando en cuenta el tipo de estudio, que es caso control, se observa la similitud de valores en los sexos femenino y masculino.

Tabla No 2. Distribución de la muestra según la edad.

	CASOS	CONTROLES
19	4	4
20	5	5
21	3	3
22	10	10
23	9	9
24	6	6
25	8	8
26	3	3
27	3	3
28	5	5
29	2	2
30	2	2
31	2	2
32	1	1
33	3	3
35	1	1
36	4	4
37	3	3
38	3	3
40	2	2
41	1	1
42	2	2
43	2	2
TOTAL	84	84

Interpretación de la tabla: De acuerdo al estudio realizado se verificó la mayoría de porcentaje en casos y controles en personas de 22 años.

Tabla No 3. Relación entre la ocupación y negligencia al cuidado dental.

	CASOS	CONTROLES
EXPUESTOS	59	53
NO EXPUESTOS	25	31
TOTAL	84	84

OR: 1.38 IC (0.72,2 ; 62)

Interpretación de la tabla: El OR es de 1.38, con un intervalo de confianza de 0.72 a 2.62, significando esto que la ocupación en algunos casos puede ser un factor de protección y en otros un factor de riesgo.

DISCUSIÓN.

Incumplir la necesaria atención odontológica y faltar a la manutención de la cavidad bucal, se considerada como Negligencia al cuidado dental. ⁽¹⁰⁾ Autores la determinan como la escasa toma de medidas para conservar en buen estado la sanidad bucodental y la insuficiencia para adquirir la vigilancia dental necesaria. ⁽¹¹⁾ ⁽⁶⁾ Sarri G. Enuncia que el concepto anteriormente descrito, es la falta de prevención para la afección que se da en respuesta a condiciones nulas de tratamiento. ⁽¹²⁾

El enfoque de esta investigación es cuantitativo, con un diseño Caso Control, de tipo relacional con una temporalidad transversal actual.

En este estudio se realizó el análisis del nivel de ocupación de los habitantes como un factor de riesgo que desencadena la negligencia al cuidado dental, mediante el análisis estadístico Odds Ratio (OR), se evaluó la relación con el tipo de ocupación y la negligencia al cuidado dental, utilizando la escala de negligencia al cuidado dental del Thomson ⁽⁵⁾ la encuesta DNS constó de la unión de 6 preguntas, puntuadas del 1 al 5 para dar la suma mínima de 6 y máxima de 30.

Esta investigación incluyó a adultos jóvenes de 18 a 44 años de edad de la parroquia Bella Vista en Cuenca Ecuador, en un inicio se calculó el tamaño muestral de 384 encuestas, adicionando al término 21 encuestas más, contribuyendo así un total en la Base de Datos Fuente de 405 encuestas (ver anexo 1) La muestra se obtuvo por conveniencia, y dado q los controles (sin negligencia) fueron solamente 84 se buscaron 84 casos (con negligencia) para el emparejamiento, quedando el resto de casos sin posibilidad de encontrarle un control. El emparejamiento no se consiguió de una forma equitativa entre ambos sexos, sobresaliendo con un número más elevado los pacientes de sexo masculino. Este estudio difiere de los demás estudios descriptivos realizados por Jamieson, LM, en Dunedin, Nueva Zelanda, el que consta de una muestra total de 458 con edades desde 18 hasta 65 en adelante años ⁽⁶⁾, de manera similar, esta autora en su siguiente estudio realizó un cuestionario con una muestra al azar de 478 participantes. ⁽⁵⁾ Con un análisis descriptivo, Skaret, E, an el año 2007 en Noruega, envió cuestionarios con la propia escala DNS, consiguiendo dos tamaños de muestra de los cuales consistían el primero de 263 participantes y el segundo de 2000 y con edades entre 16 y 76 años. ⁽²⁷⁾

Mc Grath en su proyecto investigativo de tipo transversal, realizado por medio de conferencias telefónicas, entrevistó a un total de 556 adultos. ⁽²²⁾

En el presente estudio investigativo se dicotomizó la variable ocupación como un factor de riesgo considerando las ocupaciones de labores independientes 5 (comerciantes), 7 (artesanos), 9 (trabajos elementales) en el grupo “expuestos” y las ocupaciones restantes en el grupo “no expuestos”, Dicha dicotomización representa al 66% de los habitantes con ocupación de labores independientes, estudio que concuerda según los datos nacionales del año 2010, los cuales reflejan que las ocupaciones de labores independientes (5, 7, 9) o expuestos se asemejan a un porcentaje de 62,4%.⁽¹⁸⁾

La limitante en mi estudio, es que las encuestas se realizaron en un horario de 12pm a 5pm de lunes a sábado en los domicilios, encontrando mayoritariamente a pobladores con ocupaciones elementales como “amas de casa” o con labores independientes

En el proyecto evaluamos la relación entre la ocupación y la negligencia al cuidado dental, obteniendo un Odds Ratio (OR) de 1.38, con un intervalo de confianza de 0.72 a 2.62, significando esto que la ocupación en algunos casos puede ser un factor de protección y en otros una consecuencia que incrementa la negligencia al cuidado bucal. En concordancia con el estudio de Lisa Jamieson en Dunedin en el año 2002,⁽⁶⁾ la cual manifiesta que el grupo ocupacional de labores independientes tiene un factor predisponente para la negligencia al tratamiento odontológico por parte de los pobladores. Se discrepa con resultados presentados por Skaret, E en el año 2006 quien en su estudio expone un IC de 11.8.13.9 en pobladores con labores independientes⁽⁷⁾. Thomson y Locker en su investigación bucal en adultos de 26 años en Dunedin, Nueva Zelanda comprueban lo anteriormente descrito y afirman que el grupo clasificado como ocupación 9 o de trabajos elementales presentan mayor índice de esta condición.⁽⁴⁾

La variable negligencia al cuidado dental, se evaluó y se obtuvo igual cantidad de personas con y sin negligencia, sin una relevancia estadística significativa, lo cual contrasta con investigaciones publicadas por autores ya citados anteriormente, investigaciones de tipo descriptivo transversal que arrojan resultados calculados de diferente manera.

Al ser un tema innovador, este estudio muestra dificultad en la comparación con el resto de estudios realizados. Este proyecto investigativo es de tipo caso control y la información no es suficiente, por tanto ante la escasez de bases científicas en mi tesis se necesita un caso control mas amplio con mas muestra, se necesitan mas investigaciones acerca de ciertas determinantes, se recomienda promover a los futuros investigadores a indagar en variables como el género^{(22) (12) (28)}, el ingreso socioeconómico^{(22) (7) (28)}, el nivel de instrucción^{(22) (28)}, el autoreporte de salud bucal^{(27) (22)}, la última visita al odontólogo^{(28) (12)}, el lugar de residencia⁽¹²⁾, el uso de prótesis y el

número de dientes presentes en la cavidad bucal ⁽²²⁾ como lo presentan varios autores en sus publicaciones acerca de negligencia al cuidado dental, para así poder conscientizar a los pobladores y a su vez combatir esta condición que silenciosamente afecta a la población a nivel mundial.

CONCLUSIÓN.

1. Se puede concluir mediante el análisis estadístico de Odds Ratio (OR) que el tipo de ocupación de los habitantes adultos jóvenes de 18 a 44 años de la parroquia Bella Vista, en Cuenca, no tiene relación con la negligencia al cuidado dental.

BIBLIOGRAFÍA.

1. World Health Organization. Oral health surveys. Oral health surveys. 2008; 2.
2. World Dental Federation. El Desafío de las enfermedades Bucodentales. Atlas de salud bucal. 2016; Segunda Edición.
3. Thomson M, Spencer A, Gaughwin A. Testing a child dental neglect scale in South Australia. Community Dent Oral Epidemiol. 1996.
4. Thomson W, Locker D. Dental neglect and dental health among 26-year-olds in the Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study. 2000.
5. Jamieson L, Thomson W. The Dental Neglect and Dental Indifference scales. 2002.
6. Jamieson L, Thomson M. Dental health, dental neglect, and use of services in an adult Dunedin, population sample. New Zealand, dental journal. 2002 abril.
7. Skaret E, Klock K, Trovik T. Assessment of the reliability and validity of the Dental Scale in Norwegian. 2008.
8. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. 2009.
9. Organización Mundial de la Salud. Programas y proyectos, Oral Health Program. Oral Health Program. 2017; 2.
10. Sarkar, P; Dasar, P; Mishra, P. Impact of Dental Neglect Scale on Oral Health Status Among Different Professionals in Indore City-A Cross- Sectional Study. 2015 Octubre.
11. Mathur A, Mathur A, Aggarwal P. Dental Neglect Affecting Oral Health Status in India. 2016.
12. Sarri G, Evans P, Stansfeld S, Marcenes W. A school- based epidemiological study of dental neglect among adolescents in a deprived area of the UK. 2012.
13. Ramazani N. Child Dental Neglect A Short Review. 2014.
14. Coolidge T, Heima M, Johnson E, Weinstein P. The Dental Neglect Scale in adolescents. 2009 Enero.
15. Kumar A. Dental neglect a review. Journal of dental sciences.. 2015.
16. Federación Dental Internacional. El Desafío de las Enfermedades Bucodentales Brighton: Myriad Editions; 2015.
17. Ruiz H, Herrera A. La prevalencia de periodontopatías y algunos factores de riesgo en el adulto mayor. 2009.
18. Organización Internacional del Trabajo. Trabajo decente en América Latina y el Caribe. 2005.

19. Tejedor B, Carasol M, Catalina C, Quevedo L, Ruiz M, Sainz J, et al. Roturas dentales debidas a accidentes de trabajo en España. 2014.
20. Carter G. Oral health status and oral treatment needs of dependent elderly people in Christchurch. 2004.
21. Sanders E, Spencer J, Slade G. Evaluating the role of dental behaviour in oral health inequalities. 2006.
22. McGrath C, Sham A, King L H, Wong J. The impact of dental neglect on oral health: a population based study in Hong Kong. *International Dental Journal*. 2007.
23. Barbosa C. Child, neglect and oral health. 2013.
24. Villavicencio E, Cuenca K, Vélez M, Jaime Paúl Sayago J, Cabrera A. Pasos para la planificación de una investigación clínica. *Odontología Activa*. 2016; 1(1).
25. Villavicencio E, Alvear C, Calderón M, Palacios D, Alvarado A. Diseños de estudios clínicos en Odontología. *Odontología Activa*. 2016; 1(2).
26. Villavicencio E, Alvear M, Cuenca K, Calderón M, Zhunio K, Webster F. El tamaño muestral para tesis, ¿Cuentas personas debo encuestar?. *Odontología Activa*. 2017; 2(1).
27. Skaret E. Assessment of the reliability and validity of the Dental Neglect. [Online].; 2007.
28. Stiefel D. A comparision of the oral health of person with and without chronic mental illnes in comunity setting <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1754-4505.1990.tb01079.x/full>. 1990.

ANEXOS

Anexo 1. Distribución total de la población.

EDAD	SEXO	OCCUPACIÓN	EXPUESTO / NO EXPUESTO	SUMA	CON / SIN NEGLIGENCIA						
19	Femenino	9	Expuesto	10	Sin Negligencia	28	Masculino	5	Expuesto	16	Con Negligencia
19	Femenino	9	Expuesto	11	Con Negligencia	23	Femenino	9	Expuesto	17	Con Negligencia
19	Masculino	9	Expuesto	11	Con Negligencia	24	Masculino	9	Expuesto	12	Con Negligencia
19	Masculino	0	No Expuesto	10	Sin Negligencia	31	Masculino	9	Expuesto	14	Con Negligencia
19	Femenino	9	Expuesto	13	Con Negligencia	30	Masculino	2	No Expuesto	20	Con Negligencia
19	Femenino	9	Expuesto	9	Sin Negligencia	24	Femenino	9	Expuesto	19	Con Negligencia
19	Masculino	9	Expuesto	14	Con Negligencia	33	Masculino	0	No Expuesto	10	Sin Negligencia
19	Masculino	0	No Expuesto	9	Sin Negligencia	31	Masculino	5	Expuesto	12	Con Negligencia
20	Masculino	9	Expuesto	9	Sin Negligencia	31	Masculino	0	No Expuesto	18	Con Negligencia
20	Masculino	9	Expuesto	14	Con Negligencia	31	Masculino	3	No Expuesto	13	Con Negligencia
20	Masculino	5	Expuesto	10	Sin Negligencia	32	Masculino	5	Expuesto	12	Con Negligencia
20	Masculino	9	Expuesto	17	Con Negligencia	32	Masculino	4	No Expuesto	12	Con Negligencia
20	Femenino	3	No Expuesto	14	Con Negligencia	32	Masculino	6	No Expuesto	17	Con Negligencia
20	Femenino	9	Expuesto	10	Sin Negligencia	32	Masculino	0	No Expuesto	12	Con Negligencia
20	Masculino	9	Expuesto	10	Sin Negligencia	32	Masculino	5	Expuesto	13	Con Negligencia
20	Masculino	5	Expuesto	14	Con Negligencia	32	Masculino	5	Expuesto	17	Con Negligencia
20	Masculino	9	Expuesto	10	Sin Negligencia	32	Masculino	2	No Expuesto	13	Con Negligencia
20	Masculino	9	Expuesto	11	Con Negligencia	32	Masculino	2	No Expuesto	17	Con Negligencia
21	Femenino	9	Expuesto	9	Sin Negligencia	32	Masculino	9	Expuesto	18	Con Negligencia
21	Femenino	9	Expuesto	14	Con Negligencia	32	Masculino	7	Expuesto	16	Con Negligencia
21	Femenino	9	Expuesto	9	Sin Negligencia	24	Femenino	9	Expuesto	15	Con Negligencia
21	Femenino	9	Expuesto	11	Con Negligencia	33	Masculino	0	No Expuesto	14	Con Negligencia
21	Masculino	9	Expuesto	10	Sin Negligencia	32	Masculino	5	Expuesto	18	Con Negligencia
21	Masculino	9	Expuesto	16	Con Negligencia	24	Femenino	9	Expuesto	14	Con Negligencia
22	Femenino	9	Expuesto	7	Sin Negligencia	24	Femenino	9	Expuesto	14	Con Negligencia
22	Femenino	9	Expuesto	14	Con Negligencia	24	Femenino	9	Expuesto	16	Con Negligencia
22	Femenino	9	Expuesto	7	Sin Negligencia	24	Femenino	2	No Expuesto	12	Con Negligencia
22	Femenino	9	Expuesto	11	Con Negligencia	33	Masculino	9	Expuesto	23	Con Negligencia
22	Masculino	9	Expuesto	7	Sin Negligencia	24	Masculino	7	Expuesto	15	Con Negligencia
22	Masculino	5	Expuesto	11	Con Negligencia	26	Masculino	3	No Expuesto	15	Con Negligencia
22	Masculino	9	Expuesto	14	Con Negligencia	20	Masculino	3	No Expuesto	14	Con Negligencia
22	Masculino	9	Expuesto	9	Sin Negligencia	25	Femenino	9	Expuesto	15	Con Negligencia
22	Masculino	9	Expuesto	10	Sin Negligencia	25	Femenino	9	Expuesto	13	Con Negligencia
22	Masculino	5	Expuesto	16	Con Negligencia	25	Femenino	9	Expuesto	15	Con Negligencia
22	Masculino	5	Expuesto	9	Sin Negligencia	18	Masculino	9	Expuesto	14	Con Negligencia
22	Masculino	9	Expuesto	17	Con Negligencia	22	Masculino	0	No Expuesto	13	Con Negligencia
22	Masculino	3	No Expuesto	9	Sin Negligencia	34	Masculino	4	No Expuesto	12	Con Negligencia
22	Masculino	7	Expuesto	15	Con Negligencia	34	Masculino	5	Expuesto	12	Con Negligencia
22	Femenino	9	Expuesto	6	Sin Negligencia	26	Femenino	9	Expuesto	16	Con Negligencia
22	Femenino	9	Expuesto	13	Con Negligencia	35	Masculino	7	Expuesto	12	Con Negligencia
22	Femenino	9	Expuesto	8	Sin Negligencia	26	Femenino	5	Expuesto	12	Con Negligencia
22	Femenino	9	Expuesto	11	Con Negligencia	26	Femenino	2	No Expuesto	11	Con Negligencia
22	Femenino	9	Expuesto	8	Sin Negligencia	35	Masculino	5	Expuesto	15	Con Negligencia
22	Femenino	5	Expuesto	17	Con Negligencia	26	Femenino	2	No Expuesto	12	Con Negligencia
23	Masculino	9	Expuesto	7	Sin Negligencia	26	Femenino	2	No Expuesto	11	Con Negligencia
23	Masculino	9	Expuesto	11	Con Negligencia	27	Masculino	0	No Expuesto	16	Con Negligencia
23	Masculino	9	Expuesto	10	Sin Negligencia	23	Femenino	9	Expuesto	15	Con Negligencia
23	Masculino	5	Expuesto	16	Con Negligencia	35	Masculino	2	No Expuesto	14	Con Negligencia
23	Masculino	9	Expuesto	16	Con Negligencia	35	Masculino	5	Expuesto	13	Con Negligencia
23	Masculino		No Expuesto	9	Sin Negligencia	28	Femenino	2	No Expuesto	15	Con Negligencia
23	Femenino	9	Expuesto	12	Con Negligencia	28	Femenino	5	Expuesto	18	Con Negligencia
23	Femenino	9	Expuesto	9	Sin Negligencia	28	Femenino	9	Expuesto	16	Con Negligencia
23	Femenino	9	Expuesto	11	Con Negligencia	28	Femenino	9	Expuesto	15	Con Negligencia
23	Femenino	9	Expuesto	10	Sin Negligencia	28	Femenino	2	No Expuesto	18	Con Negligencia
23	Femenino	5	Expuesto	10	Sin Negligencia	29	Femenino	4	No Expuesto	14	Con Negligencia
23	Femenino	3	No Expuesto	12	Con Negligencia	29	Femenino	2	No Expuesto	14	Con Negligencia
23	Femenino	9	Expuesto	10	Sin Negligencia	29	Femenino	5	Expuesto	15	Con Negligencia
23	Femenino	9	Expuesto	11	Con Negligencia	29	Femenino	7	Expuesto	14	Con Negligencia
23	Femenino	9	Expuesto	9	Sin Negligencia	35	Masculino	5	Expuesto	13	Con Negligencia
23	Femenino	5	Expuesto	14	Con Negligencia	29	Femenino	9	Expuesto	18	Con Negligencia
23	Femenino	9	Expuesto	12	Con Negligencia	30	Femenino	2	No Expuesto	16	Con Negligencia
23	Femenino	9	Expuesto	9	Sin Negligencia	18	Masculino	0	No Expuesto	14	Con Negligencia
24	Masculino	7	Expuesto	16	Con Negligencia	30	Femenino	5	Expuesto	12	Con Negligencia
24	Masculino	9	Expuesto	7	Sin Negligencia	36	Masculino	5	Expuesto	12	Con Negligencia
24	Femenino	6	No Expuesto	12	Con Negligencia	36	Masculino	2	No Expuesto	18	Con Negligencia
24	Femenino	9	Expuesto	6	Sin Negligencia	30	Femenino	5	Expuesto	18	Con Negligencia
24	Femenino	9	Expuesto	9	Sin Negligencia	30	Femenino	4	No Expuesto	14	Con Negligencia
24	Femenino	3	No Expuesto	13	Con Negligencia	30	Femenino	3	No Expuesto	14	Con Negligencia
24	Femenino	3	No Expuesto	14	Con Negligencia	36	Masculino	9	Expuesto	19	Con Negligencia
24	Femenino	5	Expuesto	6	Sin Negligencia	30	Femenino	5	Expuesto	13	Con Negligencia
24	Femenino	2	No Expuesto	9	Sin Negligencia	30	Femenino	7	Expuesto	13	Con Negligencia
24	Femenino	9	Expuesto	15	Con Negligencia	30	Femenino	2	No Expuesto	12	Con Negligencia
24	Femenino	9	Expuesto	16	Con Negligencia	30	Femenino	7	Expuesto	12	Con Negligencia
24	Femenino	3	No Expuesto	6	Sin Negligencia	37	Masculino	7	Expuesto	12	Con Negligencia
25	Masculino	5	Expuesto	9	Sin Negligencia	30	Femenino	5	Expuesto	14	Con Negligencia
25	Masculino	9	Expuesto	12	Con Negligencia	37	Masculino	0	No Expuesto	26	Con Negligencia
25	Masculino	9	Expuesto	10	Sin Negligencia	30	Femenino	2	No Expuesto	18	Con Negligencia
25	Masculino	3	No Expuesto	13	Con Negligencia	31	Femenino	4	No Expuesto	19	Con Negligencia
25	Masculino	9	Expuesto	10	Sin Negligencia	31	Femenino	5	Expuesto	14	Con Negligencia
25	Masculino	9	Expuesto	17	Con Negligencia	31	Femenino	9	Expuesto	15	Con Negligencia
25	Femenino	4	No Expuesto	9	Sin Negligencia	37	Masculino	7	Expuesto	14	Con Negligencia
25	Femenino	3	No Expuesto	11	Con Negligencia	37	Masculino	5	Expuesto	14	Con Negligencia
25	Femenino	3	No Expuesto	10	Sin Negligencia	31	Femenino	6	No Expuesto	14	Con Negligencia
25	Femenino	7	Expuesto	16	Con Negligencia	26	Masculino	9	Expuesto	19	Con Negligencia
25	Femenino	5	Expuesto	9	Sin Negligencia	25	Masculino	2	No Expuesto	18	Con Negligencia
25	Femenino	7	Expuesto	15	Con Negligencia	31	Femenino	5	Expuesto	19	Con Negligencia
25	Femenino	9	Expuesto	9	Sin Negligencia	31	Femenino	2	No Expuesto	14	Con Negligencia
25	Femenino	9	Expuesto	14	Con Negligencia	31	Femenino	5	Expuesto	14	Con Negligencia
25	Femenino	9	Expuesto	14	Con Negligencia	24	Masculino	9	Expuesto	14	Con Negligencia
25	Femenino	7	Expuesto	8	Sin Negligencia	22	Masculino	9	Expuesto	14	Con Negligencia
26	Masculino	9	Expuesto	10	Sin Negligencia	38	Masculino	2	No Expuesto	10	Sin Negligencia
26	Masculino	5	Expuesto	14	Con Negligencia	39	Masculino	5	Expuesto	18	Con Negligencia
26	Masculino	5	Expuesto	11	Con Negligencia	32	Femenino	9	Expuesto	13	Con Negligencia
26	Masculino	5	Expuesto	10	Sin Negligencia	32	Femenino	2	No Expuesto	14	Con Negligencia
26	Femenino	9	Expuesto	11	Con Negligencia	32	Femenino	2	No Expuesto	14	Con Negligencia
26	Femenino	9	Expuesto	10	Sin Negligencia	32	Femenino	5	Expuesto	12	Con Negligencia
27	Masculino	2	No Expuesto	10	Sin Negligencia	39	Masculino	0	No Expuesto	14	Con Negligencia
27	Masculino	7	Expuesto	12	Con Negligencia	33	Femenino	2	No Expuesto	21	Con Negligencia
27	Masculino	9	Expuesto	10	Sin Negligencia	33	Femenino	2	No Expuesto	15	Con Negligencia

Anexo 2. Ficha de Barreras para accede al servicio Odontológico.

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
 CI: _____ Sexo: Masculino () Femenino () TIEMPO: _____ Min

Edad: _____ AÑOS Ocupación: _____ PARROQUIA: _____

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

OPCIONAL
 Ingreso mensual familiar aproximado: _____
 (¿Cuántas personas dependen de este ingreso?) _____

Pregunta	Marcar uno a más respuestas	Puntuación
1. ¿Usa usted una fda:	a. Un cepillo de dientes para limpiar sus dientes b. La soda o un cepillo especial para limpiar sus dientes c. Tabletas reveladoras para comprobar que sus dientes están limpios	Valor: 1 si ninguno o si solo el literal a está marcado
2. En la actualidad:	a. Cae que hay algo mal con sus dientes, pero no es lo suficientemente malo como para ir a un dentista b. Cae que hay algo mal con sus dientes y tiene la intención de ver a un dentista pronto c. Va a realizarse un chequeo en el próximo año d. No cree que necesite ningún tratamiento por lo que no está planeando ir a un dentista ahora e. Irá pronto al dentista	Valor: 1 si el literal a o d están marcados
3. Si pierde una calza en un diente posterior y no le duele:	a. De inmediato va a un dentista b. Esperaría si siente dolor o algún síntoma antes de ir a un dentista c. No sería un problema que no viera a un dentista por esta razón	Valor: 1 si el literal b o c están marcados
4. Por lo general, hace una cita para visitar a un dentista:	a. Cuando el dentista le recuerda b. Al final de la última cita c. Cuando piensa que es tiempo de ir a otro chequeo d. Únicamente cuando piensa que algo está malo en sus dientes	Valor: 1 si el literal d está marcado
5. Si sus encías sangran pero estas no le duelen:	a. No es un problema, no veía a un dentista por este problema b. Irá inmediatamente a una cita con el dentista c. Esperaría a ver si se presenta dolor o algún síntoma para ir al dentista	Valor: 1 si los literales a o c están marcados
6. Acerca de todas sus citas dentales en los últimos 5 años marque la más cercana:	a. No ha tenido una cita dentaria en los últimos 5 años b. Durante los 5 años ha olvidado de asistir a sus citas dentales c. Durante los 5 años solo ha perdido una sola cita d. Durante los 5 últimos años ha cancelado una cita dental debido a que el problema desapareció	Valor: 1 si los literales b, b o d están marcados
7. Si tuviera un diente muy doloroso:	a. Preferiría que se saquen b. Preferiría dejarlo sin tratamiento c. Preferiría realizar una restauración	Valor: 1 si los literales a o b están marcados
8. ¿Cuál diría que la razón principal para no ir a un dentista sería:	a. Porque pienso que el tratamiento es doloroso b. Porque toma demasiado tiempo ir al dentista c. Porque siento preocupación o ansiedad cuando voy al dentista d. Porque mi dentista le hace sentir culpable acerca del estado de sus dientes e. Porque cuesta mucho f. Porque no tiene tiempo para ir al dentista g. Porque las citas, entre al dentista regularmente	Valor: 1 si los literales b, d o f están marcados Si el literal c está marcado no es un puntaje de indiferencia dental

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

Firma: _____

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

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

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

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

RELACION PROFESIONAL/PACIENTE

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 su salud dental:	1 2 3 4 5
48. Entiende sus preocupaciones relacionadas:	1 2 3 4 5
49. Le presta atención escuchando cuidadosamente:	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. Le muestra de que entiende todo:	1 2 3 4 5
56. Le alienta a hacer preguntas:	1 2 3 4 5
57. Le muestra en las decisiones que toma:	1 2 3 4 5
58. Incluye los pasos a seguir incluyendo planes por hacer:	1 2 3 4 5
59. Muestra cuidado y preocupación:	1 2 3 4 5
60. Se toma el tiempo necesario con un:	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 caídos le han causado dificultad para:

Nº	Afectados (Si/No)	Severidad
69	Comer alimentos (comidas, helados)	1 2 3
70	Hablar claramente	1 2 3
71	Lavarse los dientes	1 2 3
72	Descansar (incluyendo dormir)	1 2 3
73	Mantener un buen estado de ánimo (sin molestarse, enojarse y/o irritarse)	1 2 3
74	Sonreír, reír y mostrar sus dientes (sin sentir vergüenza)	1 2 3
75	Realizar los labores (trabajar, estudiar)	1 2 3
76	Contactarse con otras personas	1 2 3

77. Que tan seguro está de que usted puede llenar una encuesta medica correctamente o necesita de otra persona

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
79. Que tan seguido alguien le ayuda a leer las recetas medicas 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

NEGLENCIA DENTAL					
Califique del 1 al 5 si está de acuerdo con esta frase:	Definitivamente no		Definitivamente sí		
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

Anexo 3. Consentimiento informado

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

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

Edad: _____ AÑOS Ocupación: _____ PARROQUIA: _____

1. Grado de Instrucción

- | | |
|--------------------------|--------------------------------------|
| a) Sin estudios | f) Superior técnica incompleta |
| b) Primaria incompleta | g) Superior técnica completa |
| c) Primaria completa | h) Superior universitario incompleta |
| d) Secundaria incompleta | i) Superior universitario completa |
| e) Secundaria completa | |

OPCIONAL

Ingreso mensual familiar aproximado: _____

¿Cuántas personas dependen de este ingreso?: _____

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

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

Firma.....