



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

**“DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD BUCAL DE MADRES
Y NIÑOS EN ZONAS URBANAS DE LA CIUDAD DE CUENCA,
2016.”**

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGA

AUTOR: Ruby Carolina, Simancas Zhingre

DIRECTOR: Ebingen Villavicencio Caparó. Dr.

CUENCA

2016

DECLARACIÓN:

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

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

.....

Autor: Simancas Zhingre, Ruby Carolina.

C.I.: 1900706381

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de titulación denominado “DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD BUCAL DE MADRES Y NIÑOS EN ZONAS URBANAS DE LA CIUDAD DE CUENCA 2016”, realizado por RUBY CAROLINA SIMANCAS ZHINGRE, 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, Septiembre 2016

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.

Coordinador Departamento de Investigación

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Dra. Liliana Encalada Verdugo.

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN-CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado “DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD BUCAL DE MADRES Y NIÑOS EN ZONAS URBANAS DE LA CIUDAD DE CUENCA 2016.” realizado por SIMANCAS ZHINGRE, RUBY CAROLINA, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que está expedito para su sustentación.

Cuenca, Septiembre 2016

.....

Tutor: Ebingen Villavicencio Caparó Dr.

DEDICATORIA.

Es mi deseo, como gesto de agradecimiento, dedicar este Trabajo de Grado, a las siguientes personas: A mis padres, quienes permanentemente me apoyan con espíritu alentador, contribuyendo incondicionalmente en el logro de las metas y objetivos que me propongo.

A los docentes, que me han acompañado durante el largo camino, brindándome siempre su orientación con profesionalismo ético y pedagógico en la adquisición de conocimientos y afianzando mi formación como estudiante universitaria y futura profesional.

También dedico este trabajo a mi tutor, quien me ha acompañado, orientado y animado en todo momento en la realización de este proyecto, que enmarca uno de los escalones hacia mi futuro; además no podría dejar fuera a mis amigos y compañeros que han sido partícipes de cada uno de los momentos alegres y difíciles en el trajinar universitario en pos de alcanzar este objetivo.

En definitiva, le agradezco a todas las personas que han hecho posible la culminación de esta tesis.

EPIGRAFE.

“Sin embargo, no lo he olvidado.

Yo le devolveré la salud, lo alentaré y lo ayudaré a recuperarse.

Y a los que lloraban, haré que les brote la risa de sus labios.”

(Isaías: 57, 18)

AGRADECIMIENTOS:

Gracias a Dios por la vida que me regala y al Señor Jesús por ser ejemplo de vida y motivación principal de superación, a Él mi agradecimiento y entrega total.

Agradezco de manera especial: A mis padres, quienes con su apoyo incondicional y sabios consejos enrumbaron mi vida hacia la consecución de una meta que hoy se hace realidad.

A la Universidad Católica de Cuenca por haberme acogido en sus aulas y brindarme la oportunidad de hacer una carrera universitaria; también a todas las personas que aportaron a la feliz culminación de este trabajo investigativo.

De manera particular, agradezco al Dr. Ebingen Villavicencio, quien con sus conocimientos y sabias orientaciones me dio luces para el desarrollo del presente proyecto.

LISTA DE ABREVIATURAS.

EBAS: Equipos básicos de salud

NHANES III: The Third National Health and Nutrition Examination Survey (Tercera encuesta nacional de salud y nutrición)

ÍNDICE

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO	14
INTRODUCCIÓN	15
1.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
2.- JUSTIFICACIÓN.....	16
3.- OBJETIVOS	17
3.1.- Objetivo General:.....	17
3.2.- Objetivos Específicos:.....	17
4. MARCO TEÓRICO	18
4.1.a.- Generalidades	18
4.1.1.-Sistema Nacional de Salud en el Ecuador	20
4.1.2.- Niveles de Atención en el Ecuador	20
4.1.3.-Recursos Humanos	20
4.1.4.-Funciones, Actividades y Responsabilidades del personal de Salud Bucal.....	21
4.1.4.a.- Nivel Central.....	21
4.1.4.b.-Nivel Provincial.....	21
4.1.4.c.-Nivel Local.....	21
4.1.5.-Desigualdades en salud oral	21
4.1.5.a.-Factores intermedios/comunidad	22
4.1.5.b.- Factores inmediatos/interpersonales	23
4.1.6.-Caso de estudio de salud bucal en Alaska.....	23
4.1.7.-Salud bucal entre la población Latina	24
4.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	26
5. HIPÓTESIS.....	29
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	30
1.-MARCO METODOLÓGICO.....	31
2.-POBLACIÓN Y MUESTRA	31
2.1.-Criterios de selección:	31
2.2.- Tipos de muestreo:	31
3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	32
4.- INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	32
5.-PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.	33
5.3.- PROCEDIMIENTOS DE LA TOMA DE DATOS.....	33
5.3 a.-Método de examen	34
6.- PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.	34
7.- ASPECTOS BIOÉTICOS.....	34

CAPÍTULO III.....	35
1.- RESULTADOS:.....	36
2.- DISCUSIÓN:.....	56
3.- CONCLUSIONES:	58
BIBLIOGRAFÍA:.....	59
ANEXOS.....	62
ANEXO 1 ENCUESTA DE SALUD BUCAL Y GENERAL.....	63
ANEXO 2 CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN	72

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. ENCUESTA POR SEXO.....	36
TABLA 2. TUTOR DEL NIÑO(A) ENCUESTADO(A).....	37
TABLA 3. CONDICIÓN DE LOS DIENTES DE SU HIJO	39
TABLA 4. RAZÓN PRINCIPAL POR LA ÚLTIMA VISITA AL DENTISTA DE ESTE/A NIÑO/A	42
TABLA 5. CÓMO CALIFICARÍA USTED SU SALUD DENTAL.....	45
TABLA 6. PROBLEMA POR EL QUE ACUDIÓ A SU ÚLTIMA VISITA.....	46

ÍNDICE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. EDAD DEL NIÑO(A).....	38
GRÁFICO 2. VISITA AL DENTISTA.....	40
GRÁFICO 3. PRIMERA VISITA AL DENTISTA DEL NIÑO.....	41
GRÁFICO 4. REACCIÓN AL IR AL DENTISTA.....	43
GRÁFICO 5. BLANQUEAMIENTO DENTAL	47
GRÁFICO 6. LUGAR EN PARTICULAR PARA SU CUIDADO DENTAL	48
GRÁFICO 7. ASISTEN AL MISMO LUGAR PARA CUIDADO DENTAL.....	49
GRÁFICO 8. ÚLTIMA VISITA AL DENTISTA.....	50
GRÁFICO 9. SEGURO DENTAL	51
GRÁFICO 10. DENTISTAS CERCANOS A LA ZONA DE VIVIENDA.....	52
GRÁFICO 11. CONOCIMIENTO DE CLÍNICA DENTAL PARA ADULTOS	53
GRÁFICO 12. CONOCIMIENTO DE CLÍNICA PARA NIÑOS.....	54
GRÁFICO 13. RECIBIR INFORMACIÓN DE CUIDADO DENTAL	55

RESUMEN

OBJETIVO: El objetivo de esta investigación fue caracterizar la demanda de Servicios de Salud Dental en madres y niños de la ciudad de Cuenca.

MATERIALES Y MÉTODOS: La metodología aplicada permitió alcanzar los resultados deseados esta investigación se la pudo realizar gracias a la colaboración de los encuestados.

RESULTADOS: Los resultados obtenidos fueron: variables recogidas según edad, sexo, localidad, presencia de alteraciones mucosas y periodontales; necesidad de tratamiento; jefe de hogar o encargado del niño. La base de datos se analizó mediante Microsoft Excel. Se realizó estadística descriptiva e inferencial bivariante y multivariante. La demanda de profesionales Odontólogos es significativa, de 630 personas encuestas, el 30 % requiere personal y es importante mencionar que se debe hacer promoción sobre la importancia de visitar a los especialistas, pues la mayoría de las personas acuden a un mismo Odontólogo según el resultado de las encuestas.

CONCLUSIONES: De acuerdo con el estudio existe un 30 % de personas que no acuden al consultorio dental, el 70 % acuden regularmente al dentista. La Autopercepción de la Salud Dental de la Madre, menciona que su salud bucal está en Muy Buenas condiciones con un porcentaje de 41%. En cuanto a la Percepción de la Salud Dental del Niño referido por la Madres el 36 % de sus niños se encuentra en buenas condiciones.

PALABRAS CLAVE: salud urbana, salud rural, caries dental.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The objective of this research was to characterize the demand for services of Dental Health in mothers and children of the city of Cuenca.

MATERIALS AND METHODS: The methodology allowed to achieve the desired results this research could be performed it thanks to the collaboration of the respondents.

RESULTS: The results were: variables collected according to age, sex, location, presence of mucosal and periodontal disorders; need for treatment; Head of household or charge of the child. The database is analyzed using Microsoft Excel. He was descriptive and inferential bivariate and multivariate statistics. The demand for dental care professionals is significant, 630 people surveys, 30% requires personal and it is important to mention that it should be promotion about the importance of visiting specialists, because the majority of people attend a same dentist depending on the results of the surveys.

CONCLUSIONS: in accordance with the study there is a 30% of people that do not come to the clinic dental, the 70% come regularly to the dentist. The self-perception of the Health Dental of her mother, mentions that his health oral is in very good conditions with a percentage of 41%. As regards the perception of the Dental Health of the child referred to by the mothers 36% of their children is in good condition.

KEY WORDS: health urban, health farm, caries dental.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

El sistema sanitario es un instrumento para ayudar a alcanzar la equidad en salud entre la población, las normas y los valores sociales y políticos que sustentan el sistema social constituyen también la base de su sistema organizativo¹. Por lo tanto no está exento de quedar muy lejos del objetivo de contribuir a reducir las inequidades en salud¹. Para alcanzar este fin, las organizaciones internacionales instan a que se incorpore estrategias que orienten sus prácticas a utilizar la acción intersectorial entre los diferentes niveles de gobierno, que fomenten la participación de los grupos de población y de la sociedad en general, que aseguren la financiación de los servicios y la atención universal a toda la población y sustenten sus bases en el fortalecimiento de los servicios de atención primaria¹. La investigación en salud pública ha ido incorporando paulatinamente el enfoque de determinantes sociales de la salud para abordar las inequidades en salud¹.

Refiriéndonos al acceso y uso de los servicios de salud se han cimentado marcos conceptuales como el modelo de Ronald. M Andersen creado en 1974, que permite definir estas variables para identificar los factores relevantes en el acceso y uso de los servicios sanitarios³. El modelo destaca que el acceso a los servicios sanitarios debe ser analizado desde los objetivos, de las políticas de salud, desde las características del sistema sanitario y a partir de los resultados obtenidos de la atención a poblaciones en riesgo, y que serían la utilización actual de los servicios de cuidados en salud y la satisfacción del consumidor con los servicios³. De forma más operativa, el modelo identifica la influencia tanto de variables individuales (conductas) como de variables contextuales (ambiente físico, político o económico). Adicionalmente, identifica las posibles barreras de acceso a los servicios de salud en diferentes niveles: barreras desde el paciente, el proveedor y los servicios⁴.

La identificación de estas barreras o determinantes del acceso y uso servicios de salud es requisito imprescindible para abordar las inequidades en el acceso al sistema sanitario. Hace décadas, la inverse care law de Julian Tudor Hart, ya postulaba que aquellas poblaciones con más necesidades en salud estarían recibiendo menos cuidados y los grupos más favorecidos recibían más atención sanitaria³. Esto que complementado con teorías más recientes como la inequality paradox de Frohlich, que resalta la existencia de subgrupos dentro de subpoblaciones que por las características sociales que comparten, se encuentran en alto riesgo dentro del conjunto de factores de riesgo para la salud⁴.

1.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

El principal problema en la adquisición de servicios de salud dental en las regiones como poblaciones lejanas, podría deberse a la falta de un abordaje integral tomando en cuenta los hábitos y costumbres tradicionales de estas poblaciones. El desconocimiento de la cultura y cosmovisión de las poblaciones indígenas, representa una barrera para lograr prevenir, controlar la caries y otros problemas bucodentales, así como otros problemas de salud. Uno de los instrumentos que es utilizado para identificar los factores que favorecen y/o desfavorecen tener ingreso a un servicio de salud bucal en una población y evaluar las medidas de intervención que se vienen utilizando, es la aplicación de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas. La aplicación de este instrumento, permitirá mediante la captura de información y su análisis, el fortalecer, modificar y/o acompañar con nuevas estrategias el establecimiento de un abordaje más adecuado al problema de falta de acceso a la salud bucal en las poblaciones lejanas de una manera integral.

¿Cuáles son las características de la Demanda de Servicios de Salud Bucal?

2.- JUSTIFICACIÓN

La identificación de algunos de los factores que inciden y/o desfavorecen la oportunidad de tener acceso a la salud bucal, con la aplicación de esta encuesta, mediante el análisis de los resultados obtenidos, proporcionará algunos de los elementos de riesgo asociados con los hábitos, costumbres, cosmovisión y factores ambientales; los cuales permitirán lograr un abordaje más adecuado para la prevención y control de la caries y otros problemas bucodentales. Así mismo, poder dar respuesta a la gran necesidad de las poblaciones, al problema de abordaje a la atención integral en regiones con poblaciones lejanas. El aporte fundamental de la Universidad de Cuenca, a través de los resultados de la aplicación de esta encuesta, es el brindar la evidencia obtenida sobre los factores asociados con los hábitos, costumbres y cosmovisión en las poblaciones lejanas lo cual desfavorece la obtención de servicios de salud bucal. Con esta investigación podemos enumerar las desigualdades persistentes en salud bucodental, la falta de acceso a la atención odontológica, en no acceso de los tratamientos dentales en muchos lugares, el crecimiento, migración de la fuerza de trabajo, emergencia de nuevos modelos educativos, los cambios en la distribución de las tareas entre los miembros de los equipos de atención odontológica y la comunicación en todos los ámbitos de nuestras vidas y profesiones.

3.- OBJETIVOS

3.1.- Objetivo General:

Cuantifica la demanda de Servicios de Salud Dental en madres y niños de zonas urbanas de la ciudad de Cuenca, 2016.

3.2.- Objetivos Específicos:

- Analizar la autopercepción de la salud dental de la madre.
- Describir la percepción de la salud dental del niño referido por la madre.
- Determinar el lugar de atención dental de la madre.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 EVIDENCIA DE LA EQUIDAD Y LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD BUCAL.

4.1.a.- Generalidades

Cabe destacar que la equidad y los determinantes sociales de la salud bucal cobran valor cuando la población con menos acceso a estos servicios vive usualmente en condiciones de marginalidad y muestra persistentes comportamientos y elecciones poco saludables, como la mala nutrición, la mala higiene, el sobrepeso/obesidad y antecedentes de consumo de tabaco y alcohol.

La ocupación, los ingresos y la riqueza pueden determinar la posición social en la sociedad. La educación, la vivienda, el área de residencia y la privación han sido usadas como importantes indicadores. Ejemplo de ello es la alta mortalidad y los padecimientos previos a la muerte que anteceden el acceso a un servicio de salud en África, Asia y Latinoamérica. El impacto económico y social en los supervivientes es considerable. Muchas de las personas afectadas son víctimas de discriminación social, lo cual guía el espiral descendente que favorece a los perjuicios a la salud general y a la salud oral. En resumidas cuentas, mientras los factores genéticos y biológicos desempeñan un papel relativo en la vulnerabilidad diferencial de varios grupos poblacionales, la influencia de la cultura y el estado socioeconómico y ambiental puede ser más significativa⁸.

Con respecto a la exposición diferencial, la relación entre posición social, genética, biología y ambiente sociocultural es compleja. Las personas en diferentes países y diferentes estratos sociales dentro de los países pueden tener grados variables de exposición a factores de riesgo. Las condiciones de vivienda, de trabajo y los estilos de vida tienen un profundo impacto en la salud y el bienestar. En muchos países desarrollados, el acceso a agua potable y a servicios públicos y sanitarios puede estar limitado. Por ejemplo, las experiencias odontológicas negativas pueden generar miedo y ansiedad, lo cual puede influir en las actitudes de la salud oral y los comportamientos de las visitas al odontólogo, que crean un círculo vicioso que agrava los problemas de salud. Los costos de los servicios de salud como los individuales son considerables,

particularmente porque los servicios de salud oral están limitados o no existen dentro de los servicios ofrecidos por los sistemas de salud⁹.

La vulnerabilidad diferencial es otro asunto que afecta la salud oral desde que se reconoce que la distribución desigual de la riqueza, el desempleo y la falta de movilidad social y cohesión pueden incrementar la vulnerabilidad de los individuos. La caries es la más común de las enfermedades crónicas, especialmente en aquellas personas que se encuentran en circunstancias sociales marginalizadas. Las prácticas de autocuidado y las visitas odontológicas varían de acuerdo con la edad, el género, el estado socioeconómico, la etnicidad, las redes sociales y la urbanización. Las mujeres tienden a tener mejor cuidado de su salud oral y a frecuentar más al odontólogo que los hombres, lo cual no significa que la salud oral de las mujeres sea mejor, sino que los hombres son afectados por enfermedades más agresivas como el cáncer oral, en comparación con el género femenino, lo cual es atribuible a la alta exposición a factores de riesgo tales como: tabaquismo, alcoholismo y una dieta deficiente. Cabe destacar que la incidencia de cáncer oral es variable entre países y refleja perfiles de riesgo y de accesibilidad a los servicios de salud⁹.

No obstante, esta vulnerabilidad aumenta en personas medicamente comprometidas con discapacidad física y las que se encuentran confinadas en casa. Cabe destacar que la prevención de las enfermedades orales puede dificultarse por la disponibilidad y el acceso de opciones saludables y servicios de salud bucal, especialmente en comunidades en desventaja de zonas rurales y de bajos recursos, con dificultades de movilidad y falta de transporte, que nunca visitan al odontólogo y tienen acceso a los cuidados preventivos, de acuerdo con la Encuesta de Salud Mundial¹⁰.

La pobre salud oral puede tener consecuencias diferenciales, es decir, personales, sociales y económicas, las cuales difieren entre países y regiones. Estas consecuencias diferenciales están relacionadas con las horas de trabajo o el tiempo escolar perdido asociado a la productividad. Los niños con mayor educación y los adultos con altos ingresos tienen menos probabilidad de experimentar caries, con la excepción del Estudio Alemán Colaborativo donde los adultos con altos ingresos tienen menos dientes con historia de caries¹⁰.

Desde un análisis de determinantes de salud bucal, es posible vislumbrar factores diferenciales. El gradiente social en salud oral persiste en el tiempo y refleja la fuerte relación entre salud oral y factores socioeconómicos. A diferencia de África, la región de las Américas a nivel mundial presenta problemas de salud oral en personas con altos ingresos. Las desigualdades en salud bucal existentes entre países varían en

magnitud y en diferentes grupos. Las caries afectan a casi el 100 % de la población adulta y entre el 60 y 90 % de los niños en muchos países del mundo. Del 80 % de la población con caries, el 20 % corresponde a población vulnerable ⁹.

4.1.1.-Sistema Nacional de Salud en el Ecuador

El marco legal ecuatoriano refleja la conceptualización del Sistema Nacional de Salud (SNS) y sus funciones en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (Losns), y detalla La Constitución del Ecuador en su artículo 358, que “El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional” ¹¹.

4.1.2.- Niveles de Atención en el Ecuador

La salud bucal es responsabilidad directa del Programa Nacional de Salud Bucal en el cual se planifica, norma y gerencia. La prestación de servicios de salud bucal se realiza en establecimientos organizados de acuerdo al grado de complejidad en tres niveles de atención.

4.1.2.a.-Primer Nivel. Corresponde a las modalidades de atención cuya oferta de servicios se enmarca en la promoción y prevención de la salud, la consulta ambulatoria. Este nivel de atención está conformado por: equipos básicos de salud (EBAS), unidades móviles de salud, subcentros de salud urbanos y rurales y centros de salud ¹¹.

4.1.2.b.-Segundo Nivel. Corresponde a las modalidades que requieren atención ambulatoria de mayor complejidad y la internación hospitalaria. Este nivel de atención está conformado por los hospitales básicos y hospitales generales¹¹.

4.1.2.c.-Tercer Nivel. Corresponde a la consulta ambulatoria de especialidad; internación hospitalaria de especialidades. Está conformado por los hospitales generales, hospitales especializados y hospitales de especialidades¹¹.

4.1.3.-Recursos Humanos

El trabajo de los profesionales de la salud bucal, es de importancia fundamental, tanto en la prestación directa de servicios como en la aportación de los elementos

necesarios para el desarrollo y aplicación de estrategias para la ejecución del Programa Nacional de Salud Bucal¹.

4.1.4.-Funciones, Actividades y Responsabilidades del personal de Salud Bucal

Con el propósito de facilitar la operativización y gerencia de las actividades del Programa Nacional de Salud Bucal y la adecuada distribución de los recursos en los diferentes niveles de atención se cuenta con profesionales odontólogos distribuidos en cuatro áreas de desempeño: nivel central, nivel provincial y nivel local¹.

4.1.4.a.- Nivel Central

Es responsabilidad de los odontólogos del nivel central, todas las acciones gerenciales tendientes a crear condiciones necesarias para planificar, programar, implementar, supervisar y evaluar los programas de salud bucal, a fin de lograr eficiencia, eficacia y calidad en las atenciones que recibe la población¹¹.

4.1.4.b.-Nivel Provincial.

El Odontólogo Coordinador Provincial es el responsable de la adecuada marcha del Programa Nacional de Salud Bucal, mediante acciones de planificación, programación, seguimiento, supervisión y evaluación a nivel de la provincia¹¹.

4.1.4.c.-Nivel Local

Tiene la responsabilidad de coordinar actividades interdisciplinarias, revisar y analizar los datos estadísticos, verificar la existencia de insumos y participar en el Comité de adquisiciones del Área¹¹.

4.1.5.-Desigualdades en salud oral

Peter Milgrom y col; utilizaron modelos de epidemiología y la sociología, se identificó una serie de mecanismos causales a través de qué comunidad institucional, política, y factores de interacción social contribuyen a impactos diferenciales en salud oral individual y calidad de vida. En su investigación "Influencias en la salud y Oral las disparidades de salud", propone un marco conceptual amplio que abarca la salud bucal como un proceso dinámico en el que una variedad de fuerzas operan a perpetuar y a reducir las desigualdades sociales en salud bucal¹¹.

Estas fuerzas están dispuestas según la secuencia del tiempo aproximado en la producción de las desigualdades en salud oral:

- Factores nivel distal/macro (por ejemplo, entorno natural, factores macro sociales, las desigualdades sociales, las prácticas organizacionales y entrega de servicios de salud oral).
- Factores de la comunidad intermedia (por ejemplo, las fuerzas ambientales, contexto social y cultural, acceso y utilización de la salud oral).
- Los factores inmediatos/interpersonal (p.ej., estresores negativos, integración social, transmisión de la infección).
- Factores proximales/individual (por ejemplo, procesos biológicos, prácticas de higiene oral personal de salud, estado psicológico) ¹¹.

El estudio menciona también que las disparidades se producen y reproducen las fuerzas políticas, económicas, sociales y culturales. Por ejemplo, en los Estados Unidos, las políticas nacionales, marcos jurídicos y las ideologías sociales han creado y perpetúa la desigualdad en la distribución de la riqueza, segregación espacial y concentraciones de pobreza. Poblaciones vulnerables, incluyendo afroamericanos, Latinos y nuevos grupos de inmigrantes experimentan un acceso limitado a oportunidades (por ejemplo, puestos de trabajo con médicos o dentales seguros, que afectan el acceso a cuidado dental)⁵. Se menciona que los Dentistas privados son más propensos a la práctica en las áreas metropolitanas urbanas con una alta proporción de residentes de ingresos medios y más altos que en las zonas rurales⁵.

4.1.5.a.-Factores intermedios/comunidad

Estos factores incluyen el ambiente físico, social, económico y cultural de una comunidad en particular. Toma de decisiones, ejercen un poder sobre los servicios, como transporte y atención de la salud, de la tierra uso y acceso a un ambiente sano. En este nivel, comentarios del público pueden influir en ciudad y diputaciones, juntas escolares, comités de zonificación y consejos médicos. Este nivel se convierte en importante medida los ciudadanos tratan de negociar el acceso a salud, educación, transporte, empleos y servicios sociales. En las comunidades ricas, personas probablemente tienen poder político y económico para influir en la asignación de recursos. Las comunidades con menos recursos pueden experimentar mayores estresores sociales, ambientales y psicosociales⁵.

4.1.5.b.- Factores inmediatos/interpersonales

Factores inmediatos/interpersonal son las "vías de mediación" dentro de una comunidad. Familias, grupos de apoyo u otras redes formales o informales pueden intervenir para compensar factores distal/macro o intermedio/comunidad.

A este nivel trata de las acciones y creencias de los individuos que conforman una comunidad. Rasgos de personalidad, motivaciones, valores y preferencias personales entran en juego, junto con las necesidades de salud. Interacción genético ambiental y la función del órgano, el uso de servicios a la comunidad, y consideran a la psicología individual. Estos factores individuales influyen en todos los niveles. Por ejemplo, un individuo preocupado por falta de cuidado dental asequible podría animar a vecinos (inmediata/interpersonal), su ciudad (intermedio/comunidad) y agencias federales (distal/macro) para cabildear para el cuidado dental de la comunidad local de bajo costo o fluoración del agua⁵.

Cualquiera o todos estos niveles de organización social pueden influir en salud dental y atención dental. A nivel proximal/individual, un niño puede infectarse con caries dental. La infección bacteriana es necesaria pero no suficiente para el desarrollo de caries dental si el cuidado apropiado está disponible⁵. Las consecuencias de grandes disparidades sociales y económicas (factores macro distal) de los contextos sociales, ambientales y culturales (factores de la comunidad intermedia) influyen en las relaciones interpersonales (factores inmediatos/interpersonal) y afectan a la calidad individual de salud bucal y oral-calidad de vida (factores proximales/individual)⁵.

4.1.6.-Caso de estudio de salud bucal en Alaska

Nativos de Alaska, especialmente los niños, se ven afectados desproporcionadamente por la enfermedad oral. Según la encuesta de Salud Oral de American Indian y pacientes dentales nativos de Alaska (1999), la caries dental es cinco veces más frecuente entre los niños nativos de Alaska que entre la población promedio de los niños 2 a 4 años de edad. Setenta y nueve por ciento de nativos de Alaska, niños de 2 a 5 años tienen caries; 60 por ciento tiene caries en la infancia temprana severa. Además, la prevalencia de caries aumenta con la edad del niño. Aproximadamente el 99 por ciento de nativos de Alaska juvenil 15 a 19 años tienen al menos un diente cariado⁶.

4.1.7.-Salud bucal entre la población Latina

Los latinos, la minoría más grande de la nación, tienen la tasa más alta de caries sin tratar y el nivel más bajo de visitas dentales de todos los grupos raciales y étnicos en los Estados Unidos⁷. Según datos de 1988-1991 La tercera Nacional de salud y examen de nutrición (NHANES III), los niños latinos reciben pocos servicios preventivos; por ejemplo, sólo el 10 por ciento de los niños México-americanos de 8 años de edad recibieron selladores, en comparación con el 29 por ciento de los niños blancos no hispanos⁸. El porcentaje de la enfermedad sin tratamiento oral para adultos Mexico-americano fue 40 por ciento en 1991, en comparación con sólo el 24 por ciento para los blancos no hispanos⁹. Según la encuesta nacional de salud entrevista (1999), México-americanos, cubano-americanos, y Puerto Ricanos visitó al dentista con menos frecuencia de lo que hicieron los blancos no hispanos¹⁰. En particular, los niños hispanos de todas las edades tienen el doble de probabilidades de tener caries dentales no tratadas en sus dientes permanentes como los niños blancos no hispanos⁵.

La mayoría cita con frecuencia las barreras a la salud oral, entre los Latinos están relacionados con factores macro/distal y medio/comunidad. Inmigración y posiciones económicas desfavorecidas contribuyen a diferencias en el acceso a la salud oral. Las familias latinas experimentan barreras substanciales para recibir cuidado dental, incluyendo la falta de seguro dental (factor distal/macro), infra-representación de los Latinos en la fuerza de trabajo dental de los Estados Unidos (factor nivel distal/macro) y obstáculos culturales y lingüísticos (factores de la comunidad intermedia). Por ejemplo, estudios de los efectos de la aculturación en salud bucal entre las poblaciones latinas muestran consistentemente que la aculturación es un predictor de la mejor salud bucal, mayor utilización de servicios de salud oral y salud oral auto clasificada más positiva. En los estudios, los Latinos citan con frecuencia las barreras del idioma como un impedimento para una interacción eficaz entre ellos y los proveedores de salud. Los latinos que hablan principalmente inglés en casa eran más propensos a utilizar los servicios de salud dental que aquellos que hablan a principalmente español en casa. El inglés pobre crea mayores dificultades y temores para los Latinos, haciéndolos menos dispuestos y confianza hacia los profesionales del cuidado dental. En definitiva, debido a la desigual distribución de la riqueza, falta de acceso a seguro médico (factor distal/macro), barreras culturales (factor intermedio/comunidad) y una barrera de idioma (factor proximal/individual), los Latinos suelen hacer visitas regulares a los dentistas, o asistir a caries. Algunos Latinos

también pueden temer que usando programas de salud pública podría exponer a hostigamiento por las autoridades de inmigración (factor distal/macro)⁵.

Para reducir las desigualdades en salud oral entre los Latinos, los programas de intervención de salud oral tendrán que desarrollar programas de intervención de lenguaje nivel intermedio/comunitario. A ese nivel, intervencionistas de salud oral pueden comenzar a construir casas dentales culturalmente, que ofrecen información sobre salud dental culturalmente relevante, específica para nuevos inmigrantes y niños pequeños. Pacientes latinos, con un bajo nivel de conocimientos del idioma inglés y alto nivel de miedo, necesitan interactuar con profesionales de salud de habla hispana, culturalmente⁵.

4.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

- **Obra:** “ANÁLISIS SOBRE EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE LA SALUD BUCAL: UN INDICADOR DE EQUIDAD,”**Autor:** Anderson Rocha-Buelvas, et al. **Resultado:** La exposición a factores de riesgo durante la infancia por adversidades sociales, circunstancias culturales y ambientales puede tener un fuerte impacto en la salud bucal durante la vida entera.
- **Obra:** “DEMANDA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN LA CLÍNICA ULACIT DE SETIEMBRE DEL 2013 A OCTUBRE DEL 2015,”**Autor:** Stephany Ramírez Salas, et al. **Resultado:** Es recomendable que los profesionales en odontología fortalezcan la promoción de la salud y prevención de las enfermedades bucodentales, de manera tal que se sensibilice a la población sobre la urgencia de mejorar la higiene oral, pues es la estrategia más barata, más eficiente y de mayor impacto.
- **Obra:** “ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CONOCIMIENTOS Y HÁBITOS DE SALUD BUCODENTAL EN PACIENTES DE UNA ZONA BÁSICA DE SALUD,”**Autores:** Navarro Lizaranzu MC, Márquez Rodríguez, JA, Márquez Rodríguez, MJ, Castaño Séiquer, A, et al. **Resultado:** En nuestro país existe una actitud intervencionista en los temas de salud bucal, la mayoría sólo acude a los servicios odontológicos cuando tiene un problema, siendo Andalucía una de las regiones con menor conciencia preventiva. Esta escasa frecuencia al dentista está directamente relacionada con variables como los niveles educativos y renta.
- **Obra:** “ACTITUD Y CONDUCTA HACIA LA SALUD ORAL EN ESTUDIANTES DE LA COMUNA DE ARAUCO,”**Autores:** Jiménez Rivas, Sergio Alfonso; González Soto, Fernando Javier; Giuliano Burrows, Claudia Anay Tudela Román, Alejandro, et al. **Resultado:** La actitud frente a la salud oral resultó siempre positiva para todos los grupos. Los estudiantes consideran bueno e importante mantener la salud oral para contribuir a su apariencia,

salud bucal y permanencia dental. Una actitud fuertemente positiva se asocia con mantener un aliento y boca fresca, resultando menos positiva en relación con la autoestima. No se observó diferencias en la actitud entre niveles socioeconómicos.

- **Obra:** “CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD BUCAL Y DEMANDA DE SERVICIOS ESTOMATOLÓGICOS EN RELACIÓN CON LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN EMBARAZADAS,” **Autores:** ALMARALES SIERRA, Caridad, Llerandi Abril, Yuliette,, et al. **Resultado:** Se mostró un predominio de las embarazadas con nivel de conocimiento insatisfactorio (59,1%). La prevalencia de la enfermedad periodontal en el grupo estudiado fue alta (87,3 %), no así la gravedad. Se encontró relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal y la prevalencia de la enfermedad ($p=0,01586$), no siendo así con la gravedad.
- **Obra:** “IR MÁS ALLÁ DE LO CONOCIDO EN LA PRÁCTICA DE SALUD PÚBLICA: LA PARADOJA DE LA DESIGUALDAD: EL ENFOQUE DE LA POBLACIÓN Y LAS POBLACIONES VULNERABLES.,” **Autores:** Frohlich KL, Potvin L. **Resultado:** Las intervenciones de enfoque de la población pueden estar comprometidas por inconsistencias entre los supuestos sociales y culturales de los profesionales de la salud pública y grupos seleccionados.
- **Obra:** “DIFERENCIAS SOCIOECONÓMICAS EN MORTALIDAD ATRIBUIBLE DE ALCOHOL EN COMPARACIÓN CON TODAS LAS CAUSAS DE MORTALIDAD: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METANÁLISIS.,” **Autores:** Charlotte Probst, Michael Roerecke, Silke Behrendt, y Jürgen Rehm. **Resultado:** Se identificaron 15 papeles únicos de un meta-análisis; capturar a unos 133 millones de personas, 3 741 334 muertes por todas las causas y muertes atribuibles a alcohol 167 652. Las RRRs total ascendieron a RRR = 1.78 (95% intervalo de confianza (IC) 1.43 a 2.22) y RRR = 1,66 (IC del 95%: 1,20 a 2.31), para mujeres y hombres, respectivamente. En otras palabras: bajo nivel socioeconómico lleva a 1.5 – 2-veces mayor mortalidad por causas atribuibles a alcohol en comparación con todas las causas.

- **Obra:** “ESTIMACIÓN DE LA EXPOSICIÓN DE FLUORURO EN LAS COMUNIDADES RURALES: UN ESTUDIO DE CASO EN WASHINGTON OCCIDENTAL.” **Autores:** Graves JM1, Daniell W, James F, Milgrom P. **Resultado:** 18.8% de los niños examinados exhibieron fluorosis dental leve, una prevalencia similar a la media nacional. Concentraciones de fluoruro en el agua potable fueron 0.08 a 1.30 mg/L, por debajo de niveles de problemas de salud y en general (94%) por debajo de los niveles recomendados para la prevención de caries. Fuentes adicionales de fluoruro (por ejemplo tabletas) no cuenta de fluorosis observada.
- **Obra:** “LAS DISPARIDADES EN SALUD ORAL Y ACCESO A LA ATENCIÓN: LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS NACIONALES.” **Autores:** Edelstein BL. **Resultado:** Las disparidades en el estado de salud bucal y acceso a cuidado dental también son evidentes cuando se comparan a los niños negros, hispanos y nativos americanos para los niños blancos y cuando se comparan a los hijos de padres con bajo nivel educativo a los niños de padres con nivel educativo superior.
- **Obra:** “CAPACITAR A HEAD START PARA MEJORAR EL ACCESO A LA BUENA SALUD ORAL PARA NIÑOS DE FAMILIAS DE BAJOS INGRESOS.” **Autores:** Peter Milgrom, DDS, Philip Weinstein, PhD, Colleen Huebner, PhD, Janessa Graves, MPH, and Ohnmar Tut, BDS **Resultado:** Los niños de familias pobres son especialmente susceptibles a la caries, sin embargo el cuidado está disponible para un número limitado. En una generación en los Estados Unidos, hemos pasado de casi todos los niños con caries a una situación de inequidad.
- **Obra:** “TEMAS DE SALUD ORAL GERIÁTRICO EN AUSTRALIA.” **Autores:** Chalmers JM. **Resultado:** Los Problemas de salud oral geriátrico clave de Australia incluyen: edentulismo está disminuyendo y los australianos mayores están reteniendo los dientes más naturales; caries coronal y la raíz son problemas importantes, especialmente adultos mayores se vuelven más funcionalmente dependientes, deterioro cognitivo y médicamente comprometidos; el estado de salud oral de los australianos mayores

institucionalizados es pobre; la aparición de graves enfermedades orales parece ocurrir en muchos australianos mayores antes de su institucionalización, cuando están enfermos y dependientes de cuidadores; cuidadores de adultos mayores no tienen acceso a la educación práctica sobre cuidado dental; la mayoría de los australianos más viejos es elegible para utilizar servicios dentales financiadas por el público, pero las barreras limitan su acceso a estos servicios; algunos servicios dentales públicos o privados australianos están diseñados con un enfoque geriátrico; Educación dental geriátrica no tiene un perfil alto en escuelas dentales australianas; no hay especialidad existe en Australia para la Odontología Geriátrica, tampoco existe una Asociación Nacional de Odontología Geriátrica.

- **Obra:** “IMPLICACIONES DE ACCESO, UTILIZACIÓN Y NECESIDAD DE ATENCIÓN DE LA SALUD ORAL DE LOS ANCIANOS NO INSTITUCIONALIZADOS E INSTITUCIONALIZADOS EN EL SISTEMA DENTAL DE LA ENTREGA.” **Autores:** Dolan TA, Atchison KA. **Resultado:** Los ancianos funcionalmente dependientes y frágiles tienen importantes necesidades dentales y experimentan mayores barreras para recibir atención dental en comparación con los ancianos independientes. Se necesita investigación adicional para caracterizar con precisión el estado de salud oral y las necesidades del creciente número de enfermos ancianos institucionalizados. Esto será de creciente importancia con la aparición de la amplia gama de servicios de salud disponibles para los adultos mayores, y el énfasis cambiante en cuidados en el hogar a menudo visto como la preferida y más bajo costo alternativo al cuidado de ancianos.

5. HIPÓTESIS

El presente estudio no precisó de hipótesis por ser un estudio descriptivo.

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1.-MARCO METODOLÓGICO.

Enfoque: El enfoque de la investigación es cuantitativo.

Diseño de Investigación: Descriptivo

Nivel de investigación: Descriptiva

Tipo de Investigación:

- Ámbito De campo
- Técnica Observacional
- Temporalidad Transversal actual

2.-POBLACIÓN Y MUESTRA

- Madres con Niños entre 1 a 11 años. La muestra se calculó mediante formula.

2.1.-Criterios de selección:

2.1.a.- Inclusión

- La Madre o cuidadora del Niño.
- Aceptación voluntaria de la Madre a ser encuestada.
- Buenas condiciones psicológicas de la Madre que será encuestada.
- Residir en Cuenca.

2.1.b.- Exclusión:

- No aceptar la encuesta.
- No tener la mayoría de edad (18 años).

2.2.- Tipos de muestreo:

Personas que cumplieron con los criterios de inclusión.

Se utilizó un muestreo aleatorio simple a las Madres de familia o responsable del hogar, considerando o tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

La muestra es probabilística por conveniencia ya que se requieren el total de encuestados para generar estadísticas descriptivas que servirán para analizar la demanda de la población.

3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Las variables constituyen las preguntas de investigación y son las siguientes:

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADOR	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA
Autopercepción de la salud dental de la Madre. Percepción de la salud dental del Niño referida por la Madre. Lugar de atención dental de la Madre.	Demanda de servicios de Salud Dental	Necesidad de servicios estomatológicos en relación con la enfermedad	Nivel de conocimientos de la población en salud bucal. Nivel de higiene bucal Atención clinicoestomatológica	Cualitativa	Nominal

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

4.1.- Instrumentos documentales: Se utilizó el programa de libre acceso EPI INFO ver 7.2; para registrar los datos que constan en las encuestas archivadas en el departamento de investigación de la Universidad Católica de Cuenca (ANEXO 2), que constan de 5 partes, la primera de datos del paciente, la segunda cuidado dental del Niño, salud bucal de la Madre, y lugar de atención dental.

4.2.- Instrumentos mecánicos.

Para la toma de datos se utilizará una computadora de escritorio procesador Core5.

4.3.- Materiales

Solo se utilizaron materiales de escritorio.

4.4.- Recursos.

4.4.1.- Recursos Humanos

- Investigadora: Ruby Simancas
- Tutor de la tesis: Dr. Ebingen Villavicencio

4.4.2.- Recursos Materiales

- Libros de la biblioteca Virtuales
- Computadora
- Internet.

4.4.3.-Recursos Financieros

- Autofinanciado

5.-PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.

5.1.-Ubicación espacial. Población de nacionalidad, (Madres o Tutores de los participantes) ecuatoriana, residente en Cuenca.

5.2.-Ubicación temporal. La investigación se realizará entre los meses de Agosto y Septiembre del año 2016, mediante el llenado de las encuestas.

5.3.- PROCEDIMIENTOS DE LA TOMA DE DATOS.

Autorización: Se obtuvo las encuestas, mediante solicitud escrita, la autorización, del Director del Área de investigación de Universidad Católica de Cuenca-Facultad de Odontología.

Capacitación: Mediante la revisión bibliográfica y consulta con expertos.

Supervisión: El desarrollo de la investigación fue supervisada por el director e investigadora del proyecto.

Los datos obtenidos de las encuestas se tabularon y se analizaron, de acuerdo a las preguntas de investigación, objetivos y variables del estudio. Dicho análisis de resultados se realizara en base a las variables de datos generales: Autopercepción de la salud dental de la madre, Percepción de la salud del niño y Lugar de atención Dental. Se ordenaran y presentaran los datos en tablas o gráficas, según el tipo de variable, para observar la distribución general de los valores encontrados en cada una de las variables del estudio.

El grupo de los casos comprenderá: Madres de familia con sus niños. Para analizar las variables comprendidas en este estudio se utilizara Microsoft Excel 2013, el programa SPSS.

5.3 a.-Método de examen

El examinador obtuvo las encuestas del área de investigación con la debida autorización, se tomó los datos específicos para la investigación y procesamiento de resultados.

6.- PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.

Se utilizó Excel en español para Windows, los datos se tabularán en tablas simples con frecuencia y porcentaje, los gráficos en barras.

Se realizó un análisis estadístico de las diferentes variables para conocer la demanda de servicios de salud bucal.

La información colectada se digitalizo en una base de datos. Los resultados serán presentados a las partes interesadas en a través de una programación previamente coordinada.

7.- ASPECTOS BIOÉTICOS.

El presente estudio no implicó conflictos bioéticos, debido a que se ejecuta sobre datos ya tomados en las personas encuestadas ,la cual se hizo con la autorización de los participantes, así mismo fueron informados antes de cada encuesta de los objetivos y de la metodología del estudio. Se les indicó que hay un compromiso de confidencialidad de sus datos por parte del investigador principal.

Al hablar de bioética mencionamos una serie de factores que ayudarán a mejorar un estilo de vida; por lo que sumado a esto, este proyecto tiene como objeto, dar resultados para el conocimiento de la demanda de salud bucal e identificar cómo se encuentra la población con respecto al cuidado de su salud oral, lo cual nos ayuda a conocer quiénes son dichos sectores y así mismo poder brindar los servicios necesarios. Pues existe un limitado apoyo económico para la salud dental, desinterés por parte de los familiares para informarse y poco interés en la aplicación de medios informativos para la orientación del tema.

CAPÍTULO III
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1.- RESULTADOS:

El presente estudio fue realizado con los datos obtenidos por las encuestas que constan en el archivo del departamento de investigación de la carrera de Odontología de la UCACUE, mostrando los siguientes resultados.

TABLA N° 1. Total de población

Etiquetas de fila	Cuenta de Sexo del niño/a	
Femenino	285	45%
Masculino	345	55%
Total general	630	100%

TABLA 1. Encuesta por sexo

INTERPRETACIÓN: De 630 personas encuestadas, el mayor número de ellos corresponde a los hombres con un total de 55%, y un total de 45% de mujeres.

TABLA N° 2. ¿En qué forma está usted relacionado al niño(a)?

Etiquetas de fila	Cuenta de En qué forma está usted relacionada/o a este/a niño/a	
Madre	394	63%
Padre	135	21%
Otro Pariente	45	7%
Abuelo/a	30	5%
Cuidador el cual no está relacionado	17	3%
Padrastra/Madrastra	9	1%
Total general	630	100%

TABLA 2. Tutor del niño(a) encuestado(a)

INTERPRETACIÓN: De 630 personas encuestadas, el mayor número de ellos corresponde a las madres de familia con un total de 63%, Padres 21 %, Otro Pariente 7 %, Abuelo(a) 5 %, Guardián el cual no está relacionado 3 %, Padrastra o Madrastra 1 %.

GRÁFICO Nº 1. Distribución de la muestra de acuerdo a la edad del niño (a) en su último cumpleaños.

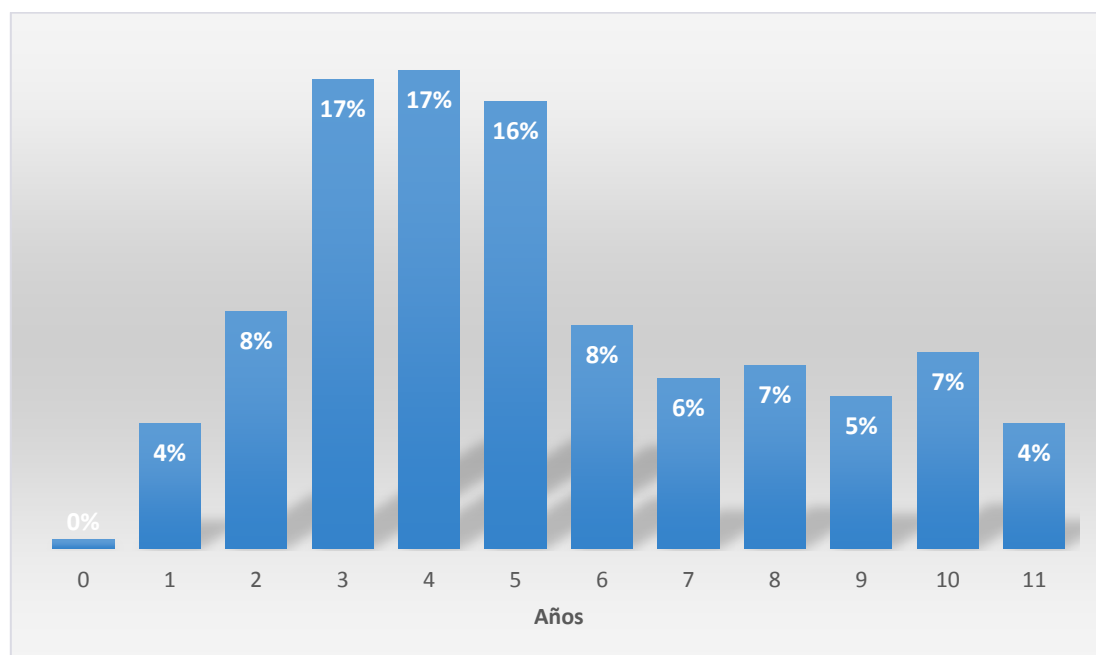


GRÁFICO 1. Edad del niño(a)

INTERPRETACIÓN: De 630 personas encuestadas, el mayor número de ellos corresponde a niños entre 3 y 4 años con un total de 17%, niños con 5 años de edad 16% %, niños entre 2 y 6 años en un 8 %, niños entre 8 y 10 años 7 %, niños de 7 años 6 %, niños de 9 años 5% y el menor número corresponde a niños de 1 y 11 años con un 4 %.

Percepción de la Salud Dental del Niño referido por la Madre.

TABLA N° 3. Cómo calificaría la condición de los dientes del niño (a)

	Etiquetas de fila	Cuenta de hijo/a?	Cómo calificaría la condición de los dientes de su
Excelente	108		17%
Muy Bien	227		36%
Bien	185		29%
Regular	96		15%
Malo	14		2%
	Total general	630	100%

TABLA 3 Condición de los dientes de su hijo

INTERPRETACIÓN: En cuanto a la pregunta: condición de los dientes de su hijo/a, calificadas en: Excelente, Muy Bien, Bien, Regular, Malo, tenemos lo siguiente: Los encuestados muestran que el 17% de sus hijos presenta una condición Excelente, el 36 % responde Muy Bien, el 29 % Bien, el 15 % Regular y el 2 % Malo 2.

GRÁFICO Nº 2. ¿Este/a niño/a alguna vez ha visitado a un dentista y en qué edad?

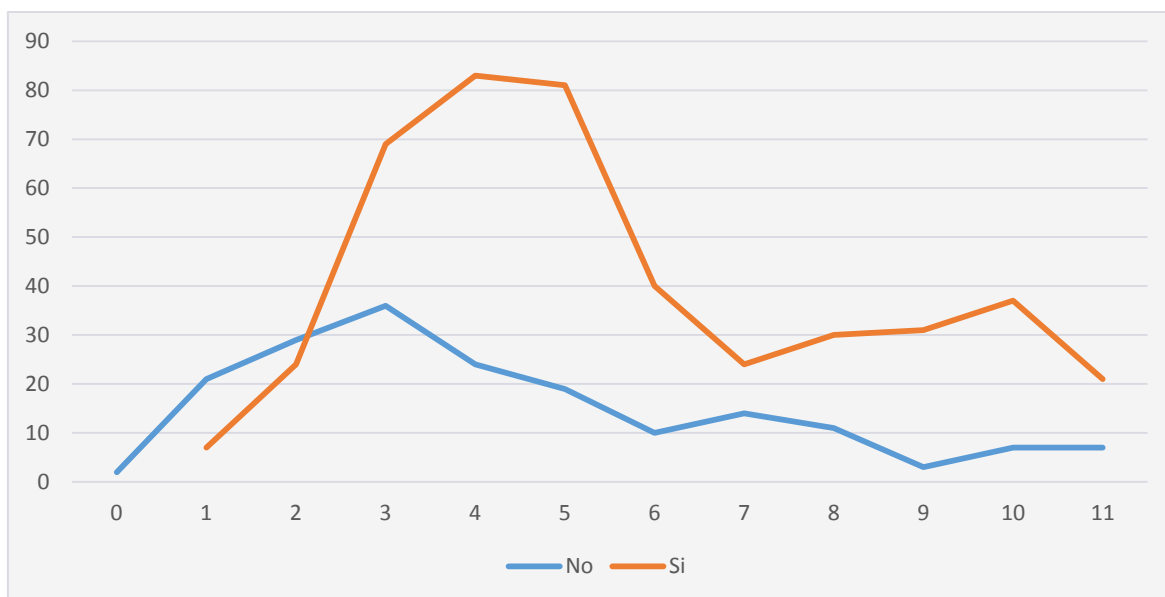


GRÁFICO 2. Visita al Dentista

INTERPRETACIÓN: Existe un total de 183 niños que mencionan sus padres que no han visitado al dentista, en relación con un número de 447 niños referidos por sus padres que si han visitado al dentista, siendo este el mayor.

GRÁFICO N° 3. ¿Qué edad tenía este/a niño/a en su primera visita al dentista?

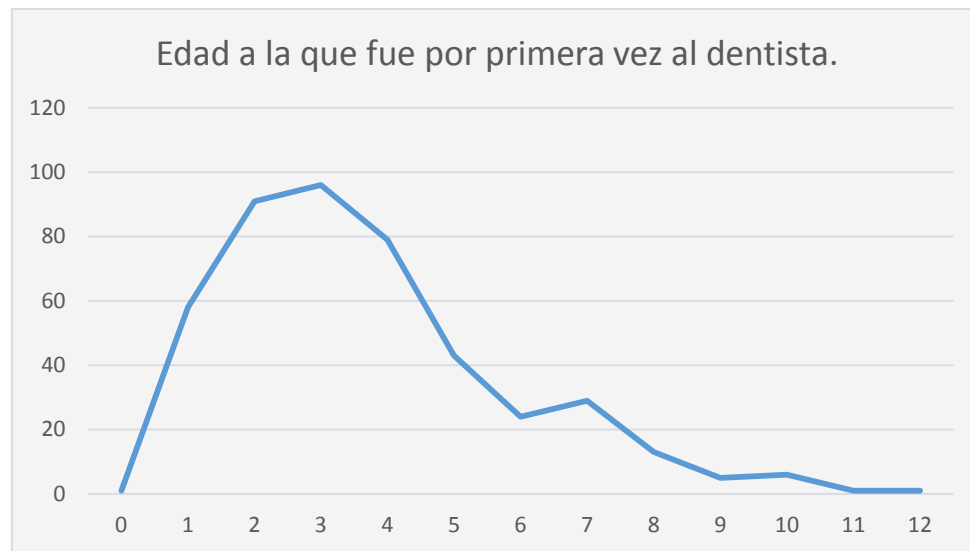


GRÁFICO 3 Primera visita al dentista del niño

INTERPRETACIÓN: Existe un total de 58 niños que fueron a la edad de 1 año por primera vez al dentista, 91 niños que fueron a los 2 años, 96 niños a los 3 años, 79 niños a los 4 años, 43 niños a los 5 años, 24 niños a los 6 años, 29 niños a los 7 años, 13 niños a la edad de 8 años, 5 niños a la edad de 9 años, 6 niños a la edad de 10 años y 1 niño a la edad de 11 años.

TABLA N° 4. Razón principal por la última visita al dentista del niño(a)

Etiquetas de fila	¿Cuenta de Cuál fue la razón principal por la última visita al dentista de este/a niño/a?	
Tratamiento de emergencia	52	12%
Un chequeo de dientes porque el dentista me llamo o me mando una postal recordándome	68	15%
Una cita planteada para rellenar o sacar una muela/diente	103	23%
Un chequeo de dientes que yo hice por mi cuenta para este/a niño/a	220	50%
Total general	443	100%

TABLA 4. Razón principal por la última visita al dentista de este/a niño/a

INTERPRETACIÓN: Con respecto a la pregunta ¿Cuál fue la razón principal por la última visita al dentista de este/a niño/a? Existe un 12 % de niños que visitaron al dentista por un Tratamiento de emergencia, un 15 % por un chequeo de dientes porque el dentista me llamo o me mando una postal recordándome, un 23 % por una cita planteada para rellenar o sacar una muela/diente y un 50 % por un chequeo de dientes que yo hice por mi cuenta para este/a niño/a.

GRÁFICO Nº 4. ¿Si este/a niño/a tuviera que ir al dentista mañana, cuál cree que sería su reacción?

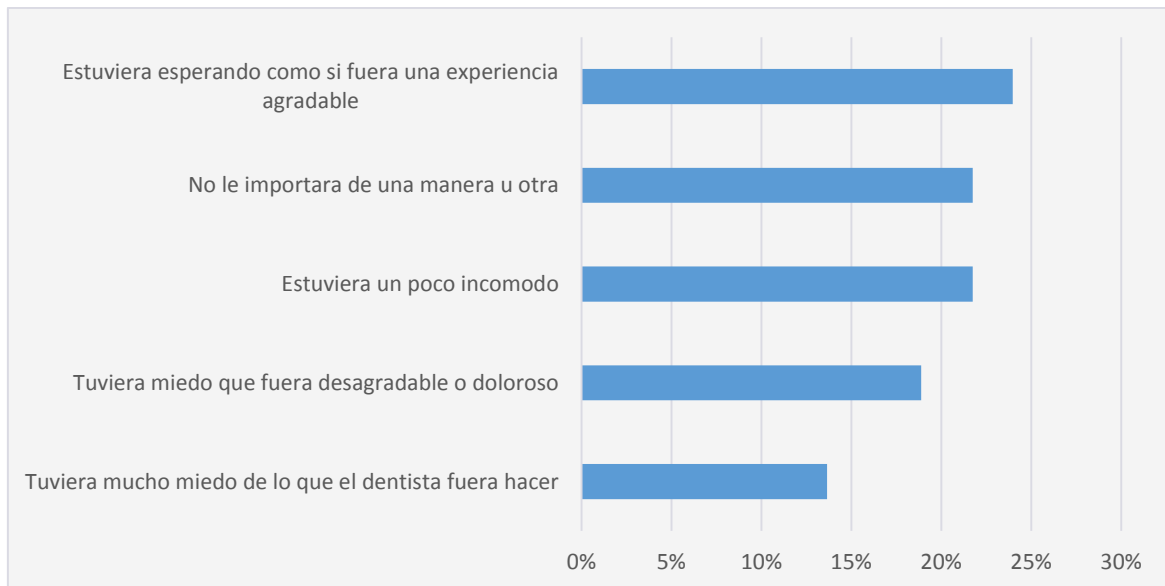
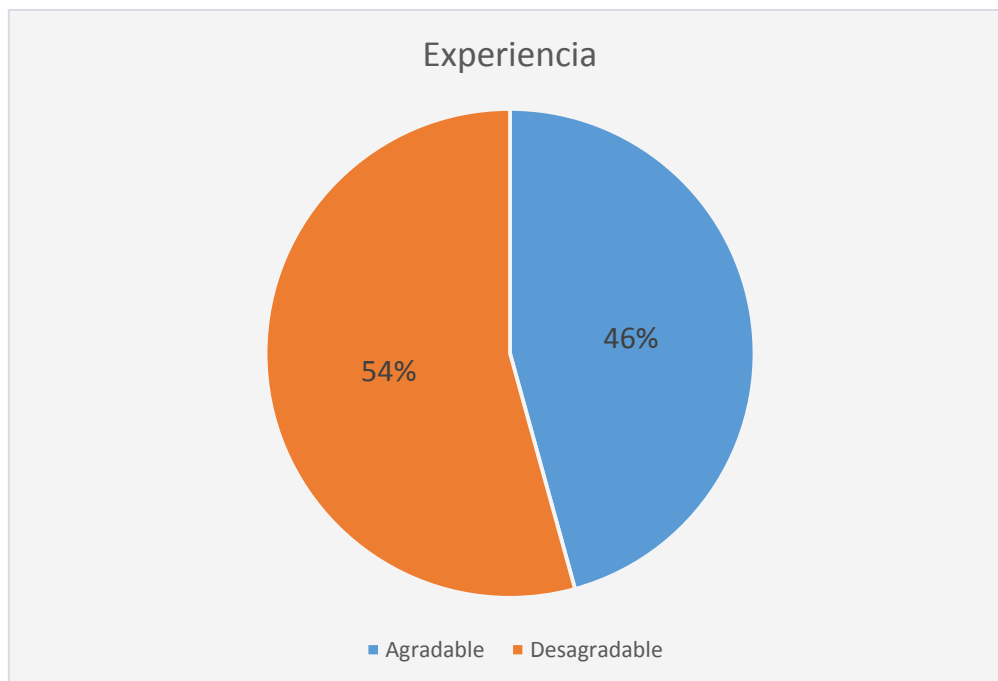


GRÁFICO 4.Reacción al ir al Dentista

INTERPRETACIÓN: El 24% menciona que estuvieran esperando como si fuera una experiencia agradable, el 22% no le importa de una manera u otra, el 22% mencionan que estuvieran un poco incomodos, el 19 % mencionan que tuvieran miedo que fuera desagradable o doloroso y el 14% Tuvieran mucho miedo de lo que el dentista pudiera hacer

Reacción d

GRÁFICO N° 4.1 Experiencia a la visita con el dentista.



INTERPRETACIÓN: El 54 % de niños mencionan que su experiencia sería Desagradable (incomodo, doloroso o miedo) y el 46 % restante indican que sería una experiencia agradable.

Autopercepción de la Salud Dental de la Madre.
--

TABLA Nº 5. ¿Cómo auto percibe su salud dental?

	Etiquetas de fila	salud dental	
Excelente	80		13%
Muy Bien	256		41%
Bien	204		32%
Regular	81		13%
Mala	9		1%
Total general	630		100%

TABLA 5. Cómo calificaría usted su salud dental

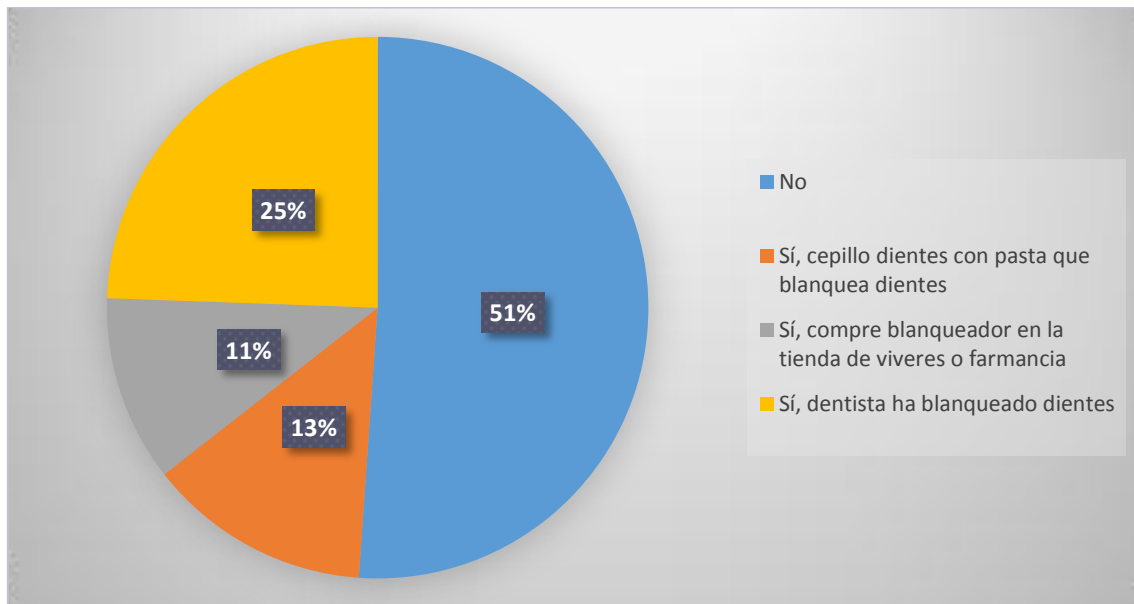
INTERPRETACIÓN: Con respecto a la salud dental de la Madre, el 13% de los encuestados mencionan que poseen una EXCELENTE salud dental, el 41 % mencionan que están MUY BIEN, el 32 % REGULAR y el 1% MALA salud.

TABLA N° 6. ¿Porque motivo fue su última visita con el dentista?

Etiquetas de fila	Cuenta de Problema por el que acudió en su última visita	
Puente desadaptado	3	0%
Diente o muela floja	10	2%
Encía inflamada	13	2%
Diente Descolorido	25	4%
No responde	37	6%
Diente con caries o recidiva	48	8%
Diente sensible	55	9%
Diente con más de una condición	106	17%
Ninguno	129	20%
Le dolía un diente	204	32%
Total general	630	100%

TABLA 6. Problema por el que acudió a su última visita

INTERPRETACIÓN: Con referencia a la razón por la que acudieron al dentista obtuvimos: Dolor de algún diente 32 %, ningún problema 20 %, Diente con más de una condición 17 %, Diente sensible 9 %, Diente con caries o recidiva 8 %, personas que no respondieron 6 %, diente descolorido 4 %, Encía inflamada 2 %, Diente o muela floja 2 % y Puente desadaptado 0 %.

GRÁFICO N° 5. ¿Alguna vez usted se ha blanqueado los dientes?*GRÁFICO 5. Blanqueamiento Dental*

INTERPRETACIÓN: El 51 % de pacientes encuestados mencionan que no se han hecho blanqueamiento dental, el 24 % respondió que si se han sometido a blanqueamiento dental, el 13 % menciona que se hicieron blanqueamiento con cepillo de dientes y pasta blanqueadora y el 11 % respondieron que se sometieron a blanqueamiento por medio de blanqueador de la tienda de víveres o farmacia .

LUGAR DE ATENCIÓN DENTAL DE LA MADRE

GRÁFICO Nº 6. ¿Hay una oficina de dentista en particular, clínica, centro de salud u otro lugar donde usted usualmente va para su cuidado dental? y ¿cuántos años ha ido usted a ese lugar en particular para su cuidado dental?

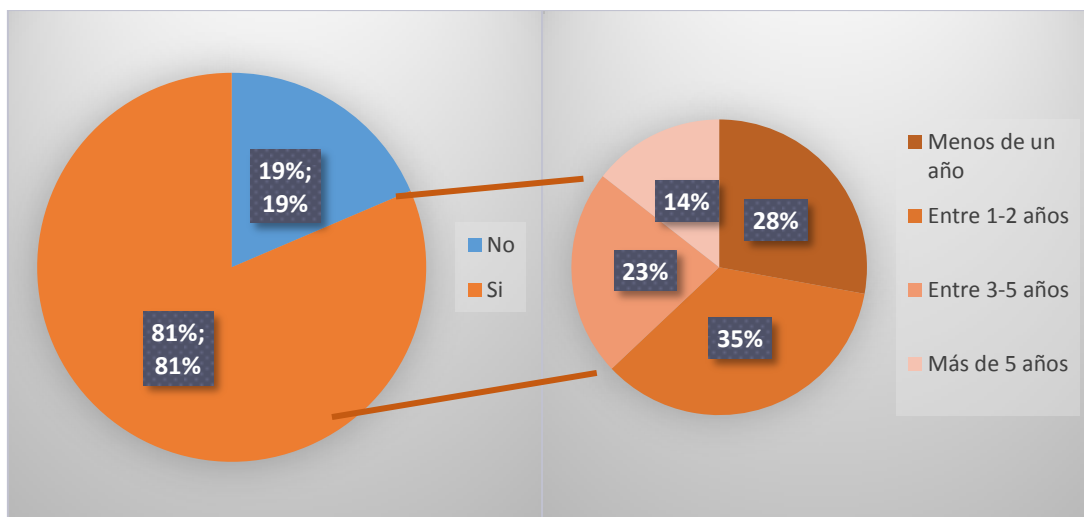


GRÁFICO 6. Lugar en particular para su cuidado dental

INTERPRETACIÓN: EL 81 % mencionan que van a un lugar en específico para el cuidado dental, lo cual corresponde al 100% de personas que mencionaron que si regresas al mismo dentista para sus visitas dentales. Recalcando que solamente el 19 % de las personas no van a una oficina en particular para el cuidado dental.

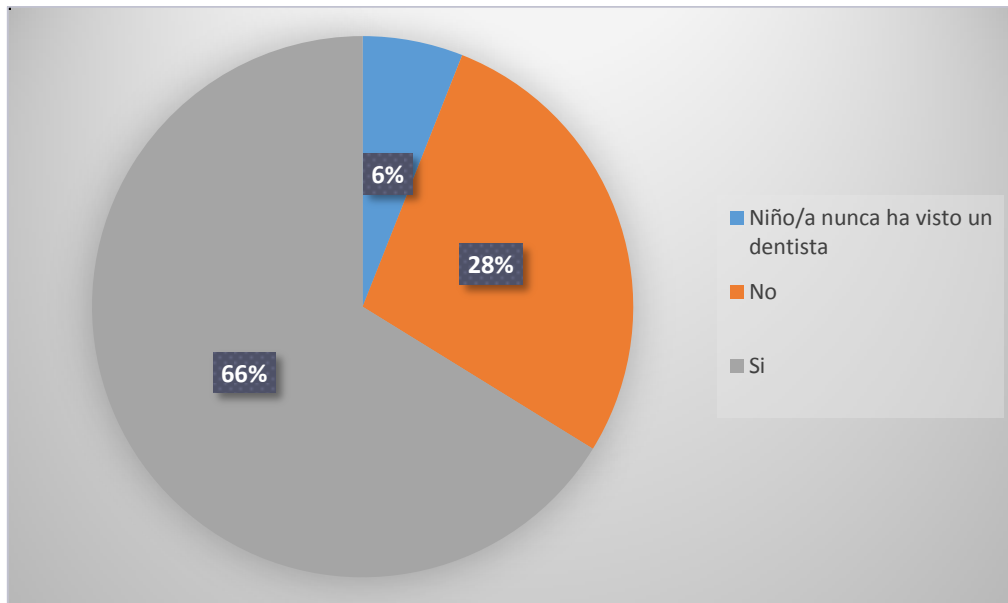
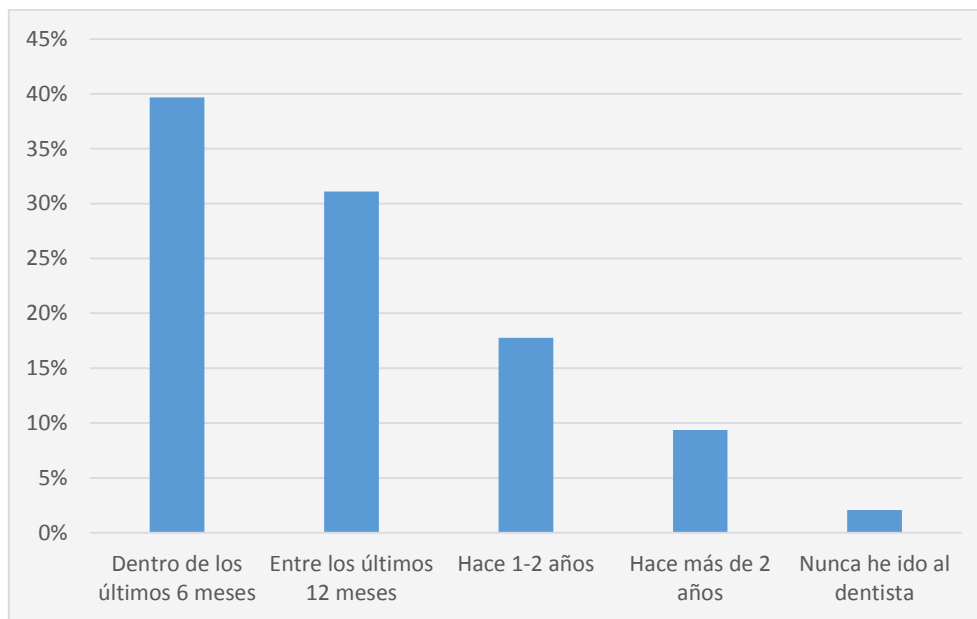
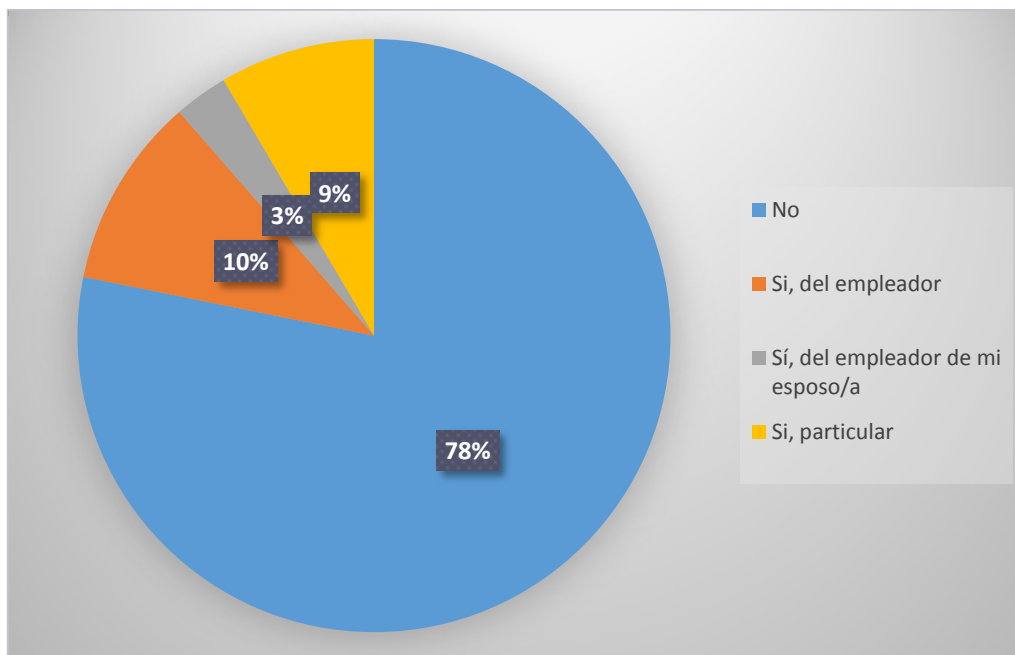
GRÁFICO Nº 7. ¿Su niño/a va al mismo lugar para cuidado dental que usted?

GRÁFICO 7. Asisten al mismo lugar para cuidado dental

INTERPRETACIÓN: El 66 % de las personas mencionan que sus hijos van al mismo consultorio q ellos, el 28 % acuden a un especialista o diferente consultorio y el 6 % nunca ha ido al consultorio.

GRÁFICO Nº 8. ¿Cuándo fue su última visita al dentista?*GRÁFICO 8. Última visita al dentista*

INTERPRETACIÓN: El 40 % ha ido al dentista en los últimos 6 meses, el 31% entre los últimos 12 meses, el 18% entre 1 y 2 años, el 9% hace más de 2 años y el 2 % nunca ha ido al dentista.

GRÁFICO N° 9. ¿Tiene usted seguro dental?*GRÁFICO 9. Seguro Dental*

INTERPRETACIÓN: El 78 % de los encuestados mencionaron que no poseen seguro dental, el 10% poseen seguro dental del empleador de familia, el 9 % posee seguro dental particular y el 3 % posee del esposo(a).

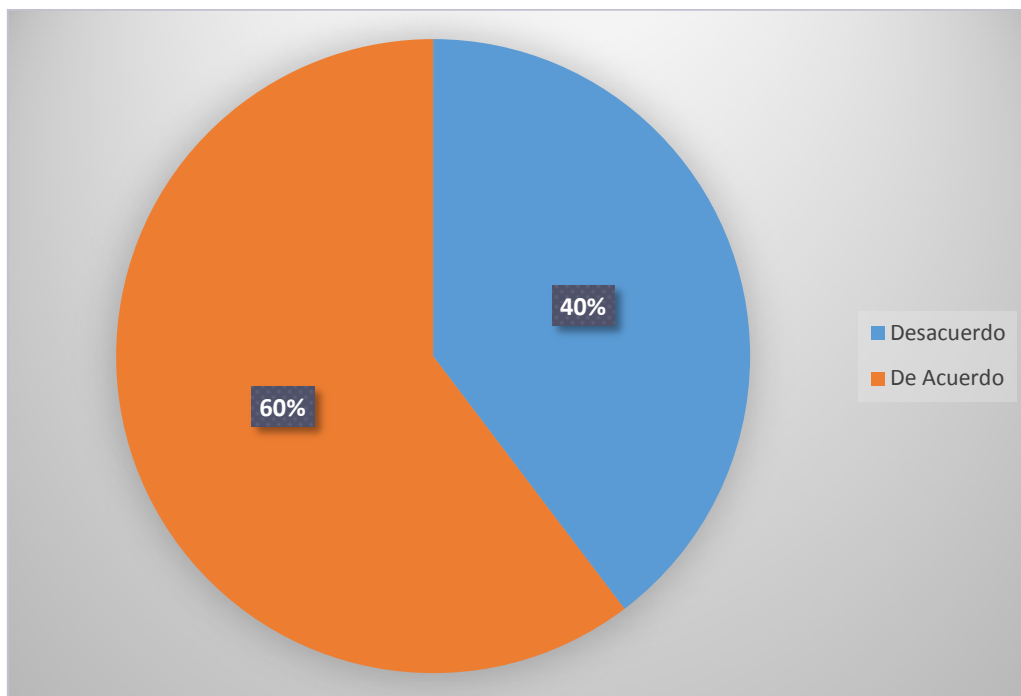
GRÁFICO N° 10. ¿Existen bastantes dentistas cercanos a su zona de vivienda?

GRÁFICO 10. Dentistas cercanos a la zona de vivienda

INTERPRETACIÓN: El 60 % de los encuestados mencionan que están MUY DE ACUERDO con que hay dentistas a su alrededor y el 40% están ALGO EN DESACUERDO.

GRÁFICO Nº 11. ¿Sabe usted que la universidad católica tiene una clínica dental, donde se atiende a adultos?

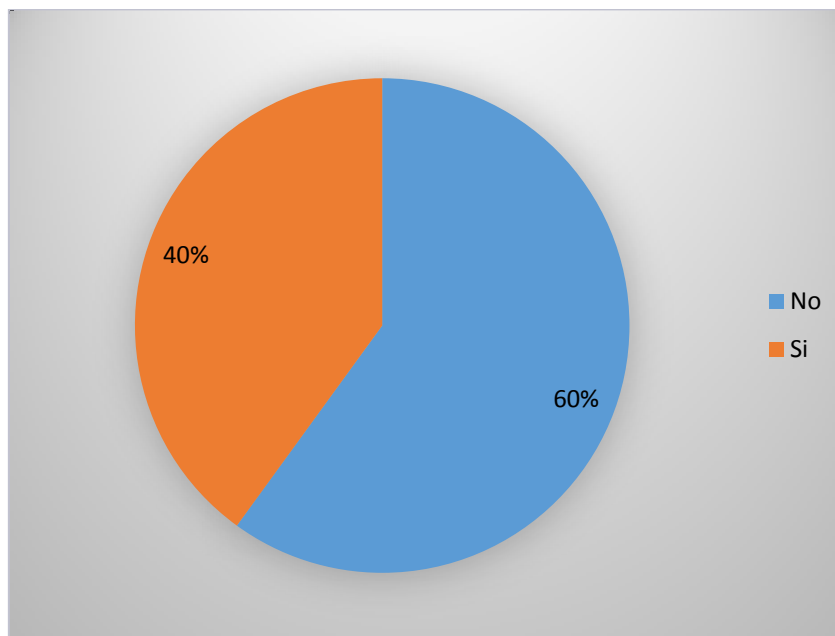


GRÁFICO 11. Conocimiento de que la Universidad Católica tiene clínica dental para adultos

INTERPRETACIÓN: el 40% de los encuestados mencionaron que si tienen conocimiento de que la Universidad Católica de Cuenca tiene una clínica dental y el 60 % mencionaron que no tienen conocimiento de esto.

GRÁFICO N° 12. ¿Sabe usted que la universidad católica tiene una clínica dental, donde se atiende a niños?

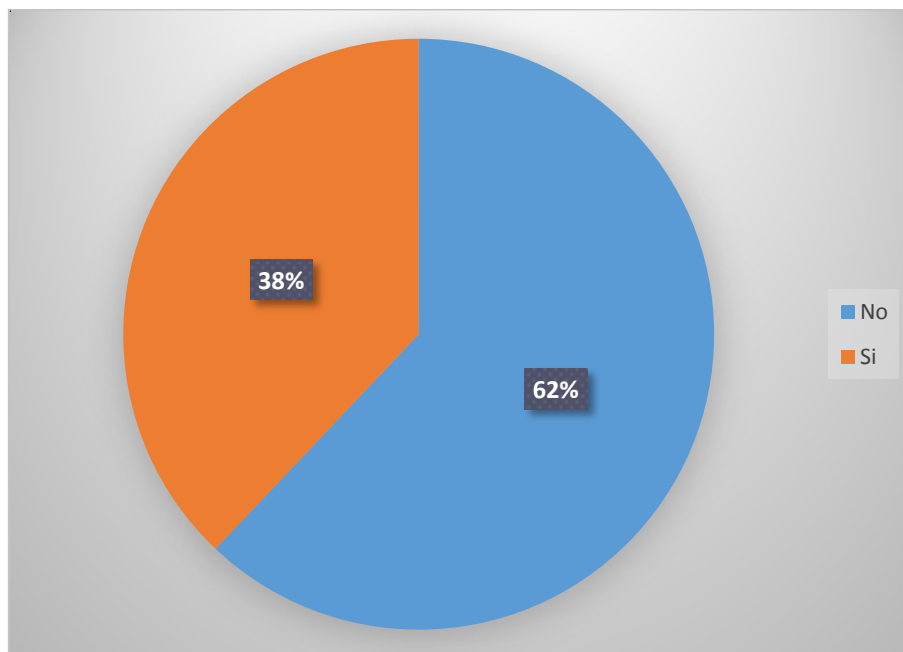


GRÁFICO 12. Conocimiento de que la Universidad Católica tiene clínica dental para niños

INTERPRETACIÓN: El 62% de los encuestados mencionaron que no tienen conocimiento de la Clínica de Odontopediatría de la Universidad Católica de Cuenca y el 38% si tienen conocimiento de esta.

GRÁFICO N° 13. ¿Desea usted ser contactado por nuestra universidad para recibir información de cuidado dental?

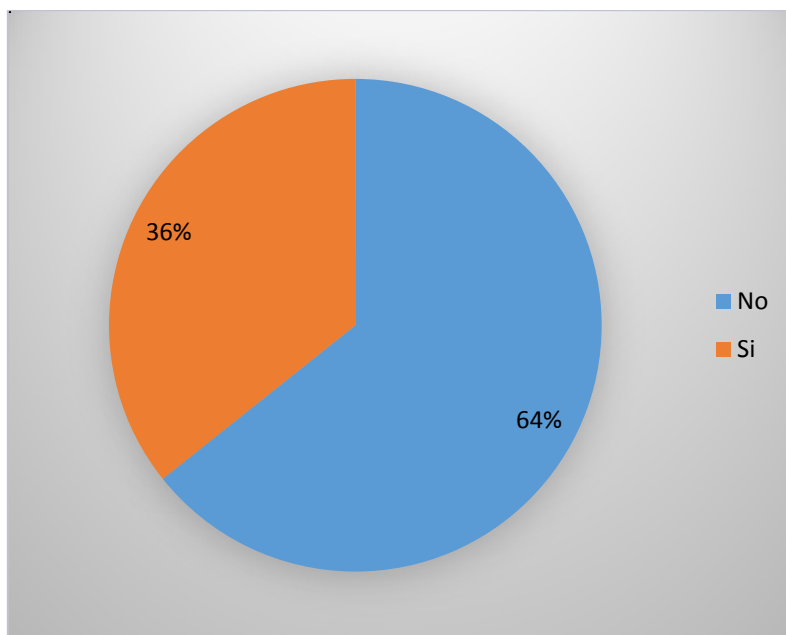


GRÁFICO 13. Recibir información de cuidado dental

INTERPRETACIÓN: De 630 personas encuestadas, el 36% de los encuestados si desean ser contactados para recibir información de cuidado dental y el 64% no desean recibir información de cuidado dental.

2.- DISCUSIÓN:

A pesar de la abundancia de artículos que abordan la utilización de servicios de salud, los resultados muestran una relativa escasez de estudios que tengan en cuenta la necesidad de atención sanitaria. Edelstein BL, en el 2002 en su estudio "las disparidades en salud oral y acceso a la atención: los resultados de las encuestas nacionales" menciona que las disparidades en el estado de salud bucal y acceso al cuidado dental también son evidentes cuando se comparan a los niños negros, hispanos y nativos americanos para los niños blancos y compara a los hijos de padres con bajo nivel educativo con los niños de padres con nivel educativo superior²⁵. Se explica que el acceso a una atención de salud en las zonas rurales es inadecuado, ya que desde el punto de vista cultural, las personas indígenas se han visto desconocidas e incómodas, por la falta de sensibilidad cultural dados por el sistema médico occidental, las formas de vida indígena, la infraestructura y reglas del funcionamiento en los establecimientos de asistencia de salud, una falta de seguro, la incapacidad económica que permita pagar los servicios y principalmente el obstáculo lingüístico de la vida indígena²⁸.

Investigaciones sugieren importantes disparidades según indicadores de objetivos y subjetivos de la salud bucal, así como que el acceso a la atención fue el principal predictor de resultados adversos, incluso después de ajustes para comportamientos individuales y factores psicosociales comunitarios económicos²⁹. Los costos de obtener atención de salud también fue un predictor significativo de necesidades dentales insatisfechas, que sugiere que reducir costos barreras mejorando el acceso de seguros dental y son necesarias otras medidas para reducir los costos a los consumidores. Nuestros resultados también sugirieron, que los esfuerzos para aumentar la educación y conciencia, sobre la importancia de conductas preventivas de salud oral en un entorno de atención primaria (por ejemplo, lavarse los dientes) puede ser una vía prometedora para mejorar la salud oral.

Otros estudios basados en la medición del estado de salud bucal con el protocolo de detección, no proporciona que un amplio conjunto de medidas. La extensa red de programas de salud bucal, se limita a la proyección de objetivos de salud oral en niños en edad escolar y la base de datos para los adultos¹⁸. Nuestros resultados encuentran que predictores del estado de salud oral y las disparidades eran constantes a través

de las diversas medidas utilizadas en este estudio y que la demanda en cuenca es significativa, pues se tiene centros de salud al alcance, lo que se pasa por alto es promoción y prevención.

En otros artículos se observa muchas disparidades; por ejemplo, tasas que fueron 6% para los blancos, 21% para los Latinos, 15% para los indígenas americanos, 7% para los afroamericanos y 4% para los asiáticos o isleños del Pacífico, y las proporciones con una fuente habitual de atención fueron los siguientes: blancos, 90%; Nativos americanos, 61%; Latinos, 68%; Afroamericanos, 77%; y asiáticos o isleños del Pacífico, 87. Ciertas disparidades fueron marcadas especialmente para los grupos raciales y étnicos específicos¹⁹. Nuestro estudio nos muestra que la mayor cantidad de encuestados previenen tener afecciones dentales y que acuden a consultas para revisión esto se debe a que existe mayor preocupación en esta área, el porcentaje restante hace las visitas de urgencias y el mínimo de rehabilitación; lo importante es incentivar a nuestra población a que debemos asistir antes de presentar problemas recibiendo atención especializada y no ver al Odontólogo en el último año.

Análisis multivalentes revelaron que la participación en el bono de un esquema de sistema de los fondos legales de la enfermedad (OR = 8.2) y participación en el sistema de bonificación de las empresas de seguros privados de salud (OR = 2,6) como "habilitar recursos" uso de odontólogos prevista en el último año. "Objetivo necesidad" (OR = 1,02)³².

Nuestra investigación muestra que es mayor la razón asociada a utilización de cuidado dental que "necesidad subjetiva", por ejemplo, la actitud hacia la necesidad de chequeos dentales. Presencia de dientes propios es un predictor significativo para la utilización de odontólogos, mientras que las personas desdentadas, las prótesis de dentadura completa, no piensan en posibles problemas orales y no acudir al dentista al menos una vez al año.

3.- CONCLUSIONES:

- Respecto a la demanda de Servicios de Salud Dental existe un 30 % de personas que no acuden al consultorio dental, el 70 % acuden regularmente al dentista.
- En cuanto a la Autopercepción de la Salud Dental de la Madre, la mayoría menciona que su salud bucal está en Muy Buenas condiciones con un porcentaje de 41%.
- En cuanto a la Percepción de la Salud Dental del Niño referido por la Madres da un porcentaje de que solamente el 36 % de sus niños se encuentra en buenas condiciones.
- La mayoría de las personas encuestadas en un porcentaje de 81%, mencionan que van a un lugar específico para el cuidado dental y que se encuentran a su alcance como son: los consultorios privados, clínica u otro centro de salud.

BIBLIOGRAFIA:

- [1] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Profesionales - Salud Pública - Prevención y Promoción - Promoción de la salud - Formación - Introducción [Internet]. [Citado 2016 Sep 30]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/formacion/introduccion.htm>
- [2] Wagstaff A. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Rev Panam Salud Pública*. 2002 Jun; 11(5-6): 316-26.
- [3] Girones L. Acceso a los Servicios de Salud de la población inmigrante en España. [citado 2016 Sep 30]; Vol. 88,N.6. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v88n6/05revision3.pdf>
- [4] Tamez S. Modelo de Amdersen: una vision cririca. [Internet]. [citado 2016 Sep 30]. Disponible en: http://148.206.107.15/biblioteca_digital/articulos/3-27-324ivu.pdf
- [5] Hart J. Commentary: Sir James Mackenzie (1853-1925): an ambiguous pioneer for research in primary care. *Int J Epidemiol*. 2012 Dic; 41(6): 1525-31.
- [6] Frohlich KL, & Potvin L. Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *Am J Public Health*. 2008 Feb; 98(2): 216-21.
- [7] Tovar S. Asumir un compromiso de liderazgo para el cambio: desafío de una nueva odontología - 231216366006.pdf. 2010; 29, núm. 63: 41-5.
- [8] Choosing Better Oral Health - dh_4123253.pdf [Internet]. [citado 2016 Sep 29]. Disponible en: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_cons_um_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4123253.pdf
- [9] Oral Health in America: A Report of the Surgeon General (Executive Summary). 2000 [citado 2016 Sep 29]; Disponible en: <http://www.nidcr.nih.gov/DataStatistics/SurgeonGeneral/Report/ExecutiveSummary.htm>
- [10] Ziglio E et ál., editores. Health systems confront poverty. Copenhagen, Oficina Regional de la OMS para Europa, 2003 (Public Health case study, No.1) [Internet]. [citado 2016 Sep 29]. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/74783/e80225.pdf
- [11] Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud Publica. Modelo-de-Atención-Integral-de-Saludu-MAIS.pdf [Internet]. [citado 2016 Oct 5]. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2012/10/Modelo-de-Atencio%CC%81n-Integral-de-Saludu-MAIS.pdf>
- [12] Patrick DL, Lee RSY, Nucci M, Grembowski D, Jolles CZ, & Milgrom P. Reducing Oral Health Disparities: A Focus on Social and Cultural Determinants. *BMC Oral Health*. 2006 Jun; 6(Suppl 1): S4.
- [13] Jones DB, Schlife CM, & Phipps KR. An oral health survey of Head Start children in Alaska: oral health status, treatment needs, and cost of treatment. *J Public Health Dent*. 1992; 52(2): 86-93.

- [14] Wall TP, & Brown LJ. Dental visits among Hispanics in the United States, 1999. *J Am Dent Assoc* 1939. 2004 Jul; 135(7): 1011-1017-1038.
- [15] Selwitz RH, Winn DM, Kingman A, & Zion GR. The prevalence of dental sealants in the US population: findings from NHANES III, 1988-1991. *J Dent Res*. 1996 Feb; 75 Spec No: 652-60.
- [16] Winn DM, Brunelle JA, Selwitz RH, Kaste LM, Oldakowski RJ, Kingman A, et al. Coronal and root caries in the dentition of adults in the United States, 1988-1991. *J Dent Res*. 1996 Feb; 75 Spec No: 642-51.
- [17] Vargas CM, Crall JJ, & Schneider DA. Sociodemographic distribution of pediatric dental caries: NHANES III, 1988-1994. *J Am Dent Assoc* 1939. 1998 Sep; 129(9): 1229-38.
- [18] RoCha A. Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad [Internet]. [citado 2016 Sep 29]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v12n25/v12n25a08.pdf#page=1&zoom=auto,-171,686>
- [19] Ramírez S. Demanda de tratamientos odontológicos de la población atendida en la Clínica ULACIT de setiembre del 2013 a octubre del 2015 [Internet]. 2016 [citado 2016 Sep 29]. Disponible en: http://www.ulacit.ac.cr/files/revista/articulos/esp/resumen/138_articulo6idental9.pdf
- [20] Navarro MC. Estudio descriptivo de conocimientos y hábitos de salud bucodental en pacientes de una Zona Básica de Salud [Internet]. 2005 [citado 2016 Sep 29]. Disponible en: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v6n1/04.pdf>
- [21] Jimènez R. Actitud y conducta hacia la salud oral en estudiantes de la comuna de Arauco. Vol 14: Pag. 1.
- [22] Conocimientos sobre salud bucal y demanda de servicios estomatológicos en relación con la enfermedad periodontal en embarazadas [Internet]. [citado 2016 Sep 29]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75072008000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- [23] Probst C, Roerecke M, Behrendt S, & Rehm J. Socioeconomic differences in alcohol-attributable mortality compared with all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol*. 2014 Ago; 43(4): 1314-27.
- [24] Graves JM, Daniell W, James F, & Milgrom P. Estimating Fluoride Exposure in Rural Communities: A Case Study in Western Washington. *Wash State J Public Health Pract*. 2009; 2(2): 22-31.
- [25] Edelstein BL. Disparities in oral health and access to care: findings of national surveys. *Ambul Pediatr Off J Ambul Pediatr Assoc*. 2002 Abr; 2(2 Suppl): 141-7.
- [26] Chalmers JM. Geriatric oral health issues in Australia. *Int Dent J*. 2001 Jun; 51(3 Suppl): 188-99.
- [27] Dolan TA, & Atchison KA. Implications of access, utilization and need for oral health care by the non-institutionalized and institutionalized elderly on the dental delivery system. *J Dent Educ*. 1993 Dic; 57(12): 876-87.
- [28] Salud Oral en Población Escolar Urbana y Rural [Internet]. [citado 2016 Oct 6]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2015000300001

[29] Oral Health Equity and Unmet Dental Care Needs in a Population-Based Sample: Findings From the Survey of the Health of Wisconsin [Internet]. [citado 2016 Oct 6]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4455504/>

[30] Jones E, Shi L, Hayashi AS, Sharma R, Daly C, & Ngo-Metzger Q. Access to oral health care: the role of federally qualified health centers in addressing disparities and expanding access. *Am J Public Health*. 2013 Mar; 103(3): 488-93.

[31] Flores G, & Tomany-Korman SC. Racial and ethnic disparities in medical and dental health, access to care, and use of services in US children. *Pediatrics*. 2008 Feb; 121(2): e286-298.

[32] Born G, Baumeister SE, Sauer S, Hensel E, Kocher T, & John U. [Characteristics of risk groups with an insufficient demand for dental services - results of the study of health in Pomerania (SHIP)]. *Gesundheitswesen Bundesverb Ärzte Öffentl Gesundheitsdienstes Ger*. 2006 Abr; 68(4): 257-64.

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, ENCUESTA DE SALUD BUCAL Y GENERAL.
ENCUESTA APLICADA A LA MADRE, PADRE Y /O CUIDADOR DEL NIÑO**Q1. Nombre del Niño _____ solo nombre No apellidos**

Sexo: 1 Masculino 0 Femenino

Q1a ¿En qué forma está usted relacionada/o a este/a niño/a?

1. Madre
2. Padre
3. Padrastro/Madrastra
4. Abuelo
5. Otro paciente
6. Guardián el cual no está relacionado

Q2 ¿Cuál era la edad de este/a niño/a en su último cumpleaños?

_____ Años de edad (ponga un número)

Q4 ¿Cómo calificaría la condición de los dientes de su hijo? (Encierre en un círculo el número de su respuesta)

1. Excelente
2. Muy bien
3. Bien
4. Regular
5. Mala

Q5 ¿Este/a niño/a ha tenido algún dolor en sus dientes en las últimas 4 semanas?

1. Ningún dolor en los dientes de este niño
2. Algunas veces tuvo dolor
3. Tuvo dolor frecuentemente

Q6 ¿Este niño/a alguna vez ha necesitado cuidado dental, pero su familia no tuvo dinero para pagarlo?

1. Si
2. No

Q7 ¿Este niño/a tiene seguro dental?

1. Si
2. No
3. No lo se

Q8 ¿Alguna vez ha tratado de hacer una cita para que este niño/a vea al dentista?

1. Sí, intente y obtuve una cita
2. Sí, intente pero no obtuve una cita
3. No, nunca intente

Q9 ¿Este niño/a alguna vez ha visto un dentista?

1. Si
2. No

Q 10 ¿Qué edad tenía este niño/a en su primera ida al dentista?

_____ años de edad (ponga el número)

Q 11. ¿Cuándo fue la última visita al dentista de este niño/a? Mes: _____ Año _____

Q12. ¿Cuál fue la razón principal por la última visita al dentista de este niño/a?

1. Tratamiento de emergencia
2. Una cita planeada para rellenar o sacar una muela o diente
3. Un chequeo de dientes porque el dentista me llamo o me mando una posta recordándome que llevara al niño/a
4. Un chequeo de dientes que yo hice por mi cuenta para este niño/a

Q13. ¿En la última visita al dentista, cómo usted calificaría el tratamiento que recibió este niño/a?

1. Excelente
2. Muy bien
3. Bien
4. Regular
5. Malo

LOS DIENTES DE ESTE NIÑO/A

Q14. ¿A este niño/a, con qué frecuencia se le da gotas o pastillas de fluoruro en casa?

1. Casi todos los días
2. Una vez por semana
3. Unas cuantas veces al mes
4. Nunca

Q15. ¿Con que frecuencia se cepillan los dientes de este niño/a?

1. Más de una vez por día
2. Una vez por día
3. Cada dos o tres días
4. Con rareza
5. Nunca: Si nunca, salte a Q 18

Q 16 ¿usualmente quien le cepilla los dientes a este niño/a?

1. Niño/a solo/a se cepilla los dientes
2. Hermano/a mayor
3. Un adulto

Q17 ¿Con que frecuencia se utiliza la pasta de dientes para cepillar los dientes de este niño/a?

1. Siempre
2. La mayoría del tiempo

3. Algunas veces
4. Nunca

Q18. ¿Este niño/a con qué frecuencia toma refresco?

1. Uno o más veces al día
2. Dos o tres veces al día
3. Una vez al día
4. Pocas veces al día
5. Una vez por semana o menos

Q 19 ¿Este niño/a con qué frecuencia come dulces entre comidas?

1. Uno o más veces al día
2. Dos o tres veces al día
3. Una vez al día
4. Pocas veces al día
5. Una vez por semana o menos

Q 20 ¿si este niño/a tuviera que ir al dentista mañana, cuál cree que sería su acción?

1. Estuviera esperando como si fuera una experiencia agradable
2. No le importaría de una manera u otra
3. Estuviera un poco incomodo
4. Tuviera miedo que fuera a ser desagradable y doloroso
5. Tuviera mucho miedo de lo que el dentista le fuera hacer

LA SALUD GENERAL DE ESTE NIÑO/A
--

Q21 ¿Generalmente cuál es la salud de este niño/a hoy?

1. Excelente
2. Muy bien
3. Bien
4. Regular
5. Malo

Q22 ¿En os últimos 12 meses, este niño/a cuantas veces acudió al doctor o alguna clínica médica por alguna enfermedad?

1. Ninguna
2. Una vez
3. Dos veces
4. Tres veces o mas

Q23 ¿En los últimos 12 meses, este niño/a cuantas veces acudió al doctor o a una clínica médica, para un cuidado preventivo como inyecciones o chequeos sin haber estado enfermo?

1. Ninguna
2. Una vez
3. Dos veces
4. Tres veces o mas

LA SALUD DENTAL DE LA MAMÁ

Q24. Las pocas siguientes preguntas son acerca de su salud dental. ¿Cómo calificaría su salud dental?

1. Excelente
2. Muy bien
3. Bien
4. Regular
5. Mala

Q25. ¿Cómo le parecen sus dientes?

1. Excelentes condiciones
2. Muy buenas condiciones
3. Buenas condiciones
4. Condiciones regulares
5. Malas condiciones

Q26 Aquí esta una lista de problemas dentales que algunas personas tienen. ¿Usted tiene alguno de ellos hoy? (respuesta del circulo uno para cada línea)

	SI	NO
a. Duele un diente/muela	1	2
b. Diente/muela quebrado/a o relleno quebrado	1	2
c. Diente/muela descolorido	1	2
d. Encías aporreadas o sangrando	1	2
e. Encías hirviendo o absceso	1	2
f. Un diente/muela flojo/a	1	2
g. Dientes delicados/sensitivos	1	2
h. Puente o dentadura no queda/cabe	1	2

Q27 ¿En las veces que usted se cepilla los dientes, acerca de cuánto tiempo le toma?

1. Mucho tiempo
2. Tiempo regular
3. No mucho, lo bastante para una pasada rápida
4. No cepilla sus dientes

Q28 ¿Con que frecuencia usted usa palillos de dientes?

1. Cerca de una vez al día o mas
2. Unas cuantas veces a la semana
3. Una vez a la semana
4. Una vez al mes
5. Rara la vez o nunca

Q29 ¿Con qué frecuencia se limpia los dientes con hilo dental?

1. Cerca de una vez al día o mas
2. Unas cuantas veces a la semana
3. Una vez a la semana
4. Una vez al mes
5. Rara la vez o nunca

Q30 ¿Alguna vez usted se blanqueado los dientes? (seleccione todo lo que aplique)

1. Sí- dentista ha blanqueado mis dientes
2. Sí- compre blanqueador en la tienda de víveres o farmacia
3. Sí- cepillo de dientes con pasta que blanquea los dientes
4. No

Q31. Qué tanto usted está de acuerdo o en desacuerdo con lo siguiente:

	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo de desacuerdo	Muy en desacuerdo	No estoy seguro
a. Usted puede prevenir caries si sus dientes se limpian regularmente en una oficina de dentista	1	2	3	4	5
b. Usted puede prevenir que sus dientes se aflojen si sus dientes son limpiados regularmente en una oficina de un dentista	1	2	3	4	5

DONDE LA MAMÁ VA PARA EL CUIDADO DENTAL

Q32 Hay una oficina de dentista en particular, clínica, centro de salud u otro lugar donde usted usualmente va para su cuidado dental

1. Si
2. No; si no, salte a Q40

Q33 Aquí esta una lista de lugares donde usted podría ir para su cuidado dental. Por favor seleccione un lugar que esté más cerca en igualarse al lugar que usted usualmente va para su cuidado dental.

1. Oficina del dentista
2. Cuarto de emergencias de un hospital
3. Clínica dental en un centro de salud para la comunidad
4. Clínica dental para trabajadores del campo
5. Clínica dental para trabajadores de campo
6. Clínica dental de la escuela
7. Algún otro lugar (por favor describa)

Q34 ¿Cuántos años ha ido usted a ese lugar en particular para su cuidado dental?

1. Menos de un año
2. Entre 1-2 años
3. Entre 3-5 años
4. Más de 5 años

Q35 ¿Cuando usted va ahí, usted usualmente ve al mismo dentista cada mes?

1. Si

2. No: sino salte a la Q37

Q 36 ¿Cuánto tiempo ha ido usted a ese mismo dentista para el cuidado dental?

1. Menos de un año
2. Entre 1-2 años
3. Entre 3-5 años
4. Más de 5 años

Q37 ¿su dentista usualmente le llama por teléfono o le manda una posta para recomendarle su próximo chequeo?

1. Si
2. No

Q38 ¿Su niño/a va al mismo lugar para el cuidado dental que usted?

1. Si
2. No: Sí no, salta Q40
3. Niño/a nunca ha visto un dentista: salto a Q 40

Q 40 ¿Cuáles de la siguientes informes / declaraciones mejor describe que tan seguido va usted al dentista?

1. Yo voy al dentista regularmente
2. Yo voy al dentista ocasionalmente, tenga o no problema
3. Yo voy al dentista sólo cuando tengo un problema o a que me arreglen algo
4. Yo nunca voy al dentista

Q41 ¿Si usted tuviera que ir al dentista mañana, como se sentiría al respecto?

1. Estuviera esperando como si fuera una experiencia agradable
2. No le importa de una manera u otra
3. Estuviera un poco incomodo
4. Tuviera miedo que fuera a ser desagradable o doloroso
5. Tuviera mucho miedo de lo que el dentista fuera hacer

Q42 ¿Qué tanto hace que usted se limpió los dientes?

1. Dentro de los pasados 12 meses
2. Hace uno 1-2 años
3. Hace 3-5años
4. Más de 5 años
5. Nunca me he limpiado los dientes

Q43 ¿En los pasados 12 meses, usted fue a un cuarto de emergencia en un hospital por un dolor de un diente /muela u otros problemas dentales?

1. Si
2. No

Q44 ¿En los pasados 12 meses, cuantas veces fue al dentista?

1. Dentro de los últimos 6 meses
2. Entre los últimos 12 meses
3. Un año a dos

Q45 ¿Cuándo FUE LA ULTIMA visita al dentista?

1. Dentro de los últimos meses
2. Entre los 12 últimos meses
3. Hace 1-2 años
4. Hace más de dos años
5. Nunca he ido al dentista

Q46 ¿Qué se mandó hacer en esa última vez que visito al dentista? (seleccione una respuesta por cada línea)

	SI	NO
a. limpiar dientes/muelas	1	2
b. examen dental	1	2
c. radiografías fueron tomadas	1	2
d. relleno de dientes/muelas	1	2
e. enfundar diente (coronar)	1	2
f. sacar diente/muela	1	2
g. R—de canal	1	2
h. Tratamiento de encías	1	2
i. Dentaduras postizas o puentes	1	2
j. Abrazadera para enderezar sus dientes	1	2
k. Algo más(especificar)	1	2

Q47 ¿En general, cómo calificaría el cuidado dental que usted ha recibido?

1. Excelente
2. Muy bien
3. Bien
4. Regular
5. Mala

Q48 ¿Cuándo usted hace una cita al dentista, acerca de cuanto se toma entre el día que usted hace la cita y el día que va al dentista?

1. No más de 3 días
2. Acerca de 1 semana
3. Entre 2 semanas
4. Acerca de un mes
5. Entre 2 meses
6. De largo hasta 3 meses o más
7. No hizo una cita al dentista

Q49 ¿Usted hoy tiene seguro dental? (selecciones todo lo que aplique)

1. Sí, particular
2. Si, del empleador
3. Si, del empleador de mi esposo/a
4. No: salto a Q51

Q50 acerca de cuantos años ha tenido seguro dental

_____ Años cubiertos por el seguro dental

Q51 (si Q49: No) ¿Usted tenía seguro dental en el pasado?

Sí, pero lo perdí hace menos de un año

Sí, pero lo perdí hace más de un año

No

Q52 ¿Que tanto está usted de acuerdo o en desacuerdo con cada uno de los siguientes informes/ declaraciones, acerca de los dentistas?

	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	No estoy seguro	Algo de desacuerdo	Muy en desacuerdo
a. Hay cosas acerca del cuidado dental que recibo que podría ser mejor	1	2	3	4	5
b. Dentistas son muy cuidadosos para revisar todo cuando examinan sus pacientes	1	2	3	4	5
c. Los honorarios que cobran los dentistas son elevados	1	2	3	4	5
d. Algunas veces evito ir al dentista porque es muy doloroso	1	2	3	4	5
e. La gente usualmente se les hace esperar mucho tiempo cuando están en la oficina del dentista	1	2	3	4	5
f. Dentistas siempre tratan a sus pacientes con respeto	1	2	3	4	5
g. Hay bastantes dentistas alrededor de aquí	1	2	3	4	5
h. Dentistas deberían hacer más, para reducir el dolor	1	2	3	4	5
i. Lugares en donde usted puede recibir cuidado dental, están localizados muy convenientemente	1	2	3	4	5
j. Dentistas evitan costos que no son necesarios para sus pacientes	1	2	3	4	5
k. Dentistas no son tal detallistas, como deberían ser	1	2	3	4	5
l. Yo veo al mismo dentista casi la mayoría del tiempo que voy para cuidado dental	1	2	3	4	5
m. En una emergencia es muy difícil es muy difícil recibir	1	2	3	4	5

cuidado dental de inmediato					
n. Es difícil agarrar una cita para el cuidado dental inmediato	1	2	3	4	5
o. Dentistas son capaces de aliviar el dolor o curara la mayoría de problemas 5dentales que la gente tiene	1	2	3	4	5
p. Horas de oficina cuando uno puede recibir el cuidado dental son buenas para la mayoría de la gente	1	2	3	4	5
q. Dentistas usualmente explican que es lo que van hacer y cuánto va a costar antes de que empiecen el tratamiento	1	2	3	4	5
r. Dentistas deberían hacer más para prevenir que la gente tenga problemas con sus dientes/muelas	1	2	3	4	5

Q53 ¿En general, como clasificaría su saludo en el año pasado?

1. Excelente
2. Muy bien
3. Bien
4. Regular
5. Mala

Q54 ¿Usted hoy en día fuma cigarros todos los días, algunos días o ninguno?

1. Todos los días
2. Algunos días
3. Ninguno

Q55 ¿Sabe usted que la Universidad Católica tiene una clínica dental, donde se atiende a niños?

1. Si
2. No

Q56 ¿Sabe usted que la Universidad Católica tiene una clínica dental, donde se atiende a adultos?

1. Si
2. No

Q57 ¿Desea usted ser contactado por nuestra universidad para recibir información de cuidado dental?

1. Si
2. No



ANEXO 2
 UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA-FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
 DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN



Cuenca, 23 de Septiembre del 2016

Doctor.

Ebingen Villavicencio Caparó.

COORDINADOR DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

Ciudad.

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

Por medio de la presente solicito de la manera más comedida el consentimiento para poder obtener los archivos sobre las encuestas de salud bucal y general; cuyo motivo es realizar una investigación, la cual tiene como objetivo: Determinar la **Demanda de servicios de Salud Bucal de Madres y Niños en zonas urbanas de la ciudad de Cuenca en el año 2016**. Dichas encuestas son muy importantes para poder llevar acabo adecuadamente este estudio, por lo que pido se me autorice la recolección de datos de los archivos solicitados.

Cabe recalcar que este estudio es de gran importancia social.

Por la favorable atención que se digne dar a la presente, anticipo mi sincero agradecimiento.

Atentamente:

.....

Ruby C Simancas Z.

1900706381

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.

Coordinador departamento de investigación