



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

ASOCIACIÓN ENTRE EL INGRESO ECONÓMICO Y LA NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL EN PERSONAS DE 18 A 44 AÑOS, DE LA PARROQUIA DE CAÑARIBAMBA CUENCA – ECUADOR 2018.

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGA**

AUTOR: Carrera Paladines, María Mercedes

TUTOR: Sánchez Zamora, Vilmo René, Msc, Dr.

Cuenca

2019

DECLARACIÓN:

Yo, Carrera Paladines María Mercedes, 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/a: Carrera Paladines María Mercedes

C.I.: 1105027393

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de titulación denominado **“ASOCIACIÓN ENTRE EL INGRESO ECONÓMICO Y LA NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL EN PERSONAS DE 18 A 44 AÑOS, DE LA PARROQUIA DE CAÑARIBAMBA CUENCA – ECUADOR 2018”**, realizado por **CARRERA PALADINES MARÍA MERCEDES**, 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, Marzo 2019

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.

Coordinador Departamento de Investigación

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Dra. Liliana Encalada Verdugo.

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN – CARRERA ODONTOLOGÍA.

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“ASOCIACIÓN ENTRE EL INGRESO ECONÓMICO Y LA NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL EN PERSONAS DE 18 A 44 AÑOS, DE LA PARROQUIA DE CAÑARIBAMBA CUENCA – ECUADOR 2018”**, realizado por **CARRERA PALADINES MARÍA MERCEDES**, 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, Marzo 2019

.....

Msc.Dr. Vilmo René Sánchez Zamora

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente; y, por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi madre Judith María Paladines Loyola a pesar de haberla perdido a muy temprana edad ha estado siempre cuidándome y guiándome desde el cielo y a mi querido padre José Mauricio Carrera Medina, por apoyarme constantemente en cada etapa de mi vida y creer en mí y hermano José Mauricio Carrera Paladines por estar pendiente y brindarme sus consejos y apoyo incondicional.

A mis familiares que de una u otra manera me han brindado su apoyo y sus consejos. Para alcanzar un triunfo más en mi vida

EPÍGRAFE

La inteligencia consiste no sólo en el conocimiento, sino también en la destreza de aplicar los conocimientos en la práctica.

Aristóteles

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, doy infinitas gracias a Dios y la Virgen Santísima, por haberme dado fuerza y valor para culminar esta etapa de mi vida.

Agradezco a la Universidad Católica de Cuenca por haberme abierto las puertas para mi profesionalización, autoridades, catedráticos, y a todos quienes forman parte de la Unidad Académica de Salud y Bienestar Carrera de Odontología.

Al Dr. René Sánchez por su enseñanza y orientación compartida en mis estudios y especialmente por la dirección técnica científica para la elaboración de este proyecto de tesis.

Al Dr. Ebingen Villavicencio por haber compartido sus valiosos conocimientos para alcanzar con éxito el presente trabajo de investigación

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud.

DNS: Escala de Negligencia Dental.

INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

DN: Negligencia Dental

ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO I	14
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.- NEGLIGENCIA	18
4.1.1.- NEGLIGENCIA DENTAL	18
4.1.2.- TIPOS DE NEGLIGENCIA	19
4.1.2.a.- Descuido activa:	19
4.1.2.b- Descuido pasivo:	19
4.1.2.c- Descuidar:	19
4.1.2.d- Descuido de la prevención dental:	19
4.1.2.e- Descuido del tratamiento dental:	19
4.1.3.- INDICADORES PARA IDENTIFICAR LA NEGLIGENCIA	19
4.1.4.- IMPACTO DE NEGLIGENCIA DENTAL	20
4.1.5.- ESCALA DE NEGLIGENCIA	20
4.1.6.- NIVEL SOCIOECONÓMICO	21
4.1.7.- CLASES SOCIOECONÓMICAS	21
4.1.8.a.- BARRERAS CULTURALES	22
4.1.8.b.- BARRERAS SOCIALES Y ECONÓMICAS	22
4.1.8.c- BARRERA GEOGRÁFICA	22
4.2.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	23
5. HIPÓTESIS	25
CAPÍTULO II	26
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	26
1. MARCO METODOLÓGICO	27
2. POBLACIÓN Y MUESTRA	27

2.1.- CRITERIOS DE SELECCIÓN	27
3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	28
4. INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS. 30	
5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.....	30
6. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.....	32
7. ASPECTOS BIOÉTICOS	33
CAPÍTULO III.....	34
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	34
1. RESULTADOS.....	35
2. DISCUSIÓN	41
3. CONCLUSIONES	43
BIBLIOGRAFÍA.....	44
ANEXOS.....	46

ÍNDICE DE TABLA

Tabla No.1.....	36
Tabla No.2.....	37
Tabla No.3.....	38
Tabla No.4.....	39
Tabla No.5.....	40

RESUMEN

OBJETIVO: Asociación al nivel de ingreso económico y la negligencia al cuidado dental en pacientes de 18 a 44 años de la Parroquia Cañaribamba Cuenca – Ecuador 2018

MATERIALES Y MÉTODOS: En esta investigación se utilizó el diseño caso-control. Se utilizó la encuesta de Thompson, que pertenece al estudio de Barreras para acceder a servicios odontológicos de la Universidad Católica de Cuenca. La muestra estuvo constituida por 529 encuestados por grupo etario, datos que se ingresaron en el programa Epi Info, en donde se analizaron los casos y controles de acuerdo a edad y sexo, en un total de 149 fichas, estos se emparejaron respectivamente, quedando 31 casos y controles para negligencia al cuidado dental. **RESULTADOS:** Los resultados del nivel de negligencia obtenidos en la parroquia Cañaribamba de la Ciudad de Cuenca indicaron que existe un nivel mayor en personas con ingresos económicos alto siendo un porcentaje de 97%, y según la prueba Odd Ratio el valor reportado de este estudio fue de 0.17 **CONCLUSIÓN:** Se logró determinar que no existe asociación entre el nivel de ingreso económico y la negligencia dental en personas de 18 a 44 años de edad, de la Parroquia Cañaribamba, de la Ciudad de Cuenca-Ecuador 2018, ya que existe una limitación de población para este estudio.

PALABRAS CLAVES: Ingreso familiar, desarrollo económico, negligencia dental.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Association at the level of economic income and negligence to dental care in patients aged 18 to 44 years of the Cañaribamba Cuenca Parish - Ecuador 2018

MATERIALS AND METHODS: In this investigation the case-control design was used. The Thompson survey was used, which belongs to the Barreras study to access dental services of the Catholic University of Cuenca. The sample consisted of 529 respondents by age group, data that were entered into the Epi Info program, where cases and controls were analyzed according to age and sex, in a total of 149 files, these were matched respectively, leaving 31 cases and controls for negligence to dental care.

RESULTS: The results of the level of negligence obtained in the Cañaribamba parish of the City of Cuenca indicated that there is a higher level in people with high economic income being a percentage of 97%, and according to the Odd Ratio test the reported value of this study was of 0.17

CONCLUSION: It was possible to determine that there is no association between the level of economic income and dental negligence in people from 18 to 44 years of age, from the Cañaribamba Parish, of the City of Cuenca-Ecuador 2018, since there is a limitation population for this study.

KEY WORDS: Family income, economic development, dental negligence.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

El acceso a los servicios de salud, pueden entenderse, como el proceso por el cual se intenta conseguir un nivel de atención para restablecer el estado de bienestar, y a su vez lograr un diagnóstico oportuno o ser parte de la promoción de programas de prevención, promoción y atención primaria¹. Las políticas gubernamentales deben garantizar que la sociedad tenga igualdad de oportunidades en la prestación de dichos servicios². La organización mundial de la salud (OMS) reconoce la presencia de determinantes sociales y económicos que modifican el estado individual dentro de una población³⁻⁴

La salud oral es fundamental tanto para la higiene general como el bienestar de cada persona. Tener una boca sana, permite a las personas desenvolverse cómodamente al realizar actividades diarias como: la comunicación (hablar), comer y tener un vínculo social sin experimentar incomodidad o vergüenza⁵.

Thomson y Locker manifiestan que el término negligencia dental se puede definir como el comportamiento y las actitudes que pueden tener consecuencias perjudiciales para el individuo, es decir negligencia, es conocer acerca del cuidado dental, pero incumplirlo, lo que perjudica el mantenimiento adecuado de la cavidad oral⁶.

La primera opción antes de curar es prevenir, la prevención es sin duda el hábito más efectivo, adecuado y aceptable para iniciar un camino hacia un mantenimiento bucal⁶.

El mantenimiento bucal tiene dependencia directa con las actitudes y comportamientos propios de cada ser. Es decir, el cuidado será mayor en personas con la suficiente motivación, conocimientos y recursos⁸, en contraste con personas que posean un bajo nivel de educación en salud oral y a su vez formen parte de la clase económicas baja⁹.

En la población ecuatoriana existe diferencias socioeconómicas a medida que la edad de la persona avanza, de tal manera que se trata de reducir el mínimo gasto y aumentar al máximo las múltiples contribuciones como ciudadano, sin embargo, los análisis económicos a nivel mundial pueden dar como resultados respuestas equívocas⁷.

Uno de los objetivos propuestos por parte de la Federación Dental Internacional (FDI) hasta el 2020, es que las poblaciones puedan acceder libremente a los servicios de salud bucal desplegando recursos y estrategias que mejore la alfabetización en salud oral.¹⁰

A nivel nacional se pretende reducir las barreras que impidan el acceso a servicios de salud. Es así, que el Ministerio de Salud Pública, por medio del Plan Nacional de Salud

Bucal, lleva a cabo la educación y promoción de la salud oral a lo largo de la vida de un individuo¹¹.

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

La pregunta de investigación que se planteó en este trabajo de titulación fue: ¿Existe asociación entre el nivel de ingreso económico y la negligencia al cuidado dental en adultos jóvenes de 18 a 44 años de edad, de la Parroquia Cañaribamba en la Ciudad de Cuenca-Ecuador 2018? El presente trabajo de investigación pretendió analizar la relación entre los factores asociados al nivel de ingreso económico y la negligencia al cuidado dental (edad y sexo) mediante un diseño descriptivo.

2. JUSTIFICACIÓN

Este proyecto pretende saber si existe una relación entre el nivel de ingreso económico y la negligencia al cuidado dental en adultos jóvenes entre 18 a 44 años en la Parroquia Cañaribamba, Cuenca, 2018, teniendo una relevancia humana específica para este grupo etario al saber cuidarse, dejar de ser negligentes al cuidado dental y por lo tanto tener una mejor calidad de vida. La relevancia científica va dirigido a la Parroquia Cañaribamba de la Ciudad de Cuenca; además este Proyecto de investigación es de gran interés para la población de Cuenca y de todo el Ecuador, también puede ser de gran ayuda para futuras investigaciones de negligencia al cuidado dental. Con la relevancia social se puede dar datos obtenidos en este trabajo a las autoridades responsables de velar por la salud pública para que pueda implementar mejoras en promoción, educación y motivación para mejorar la salud bucal de toda la Parroquia.

El interés personal de realizar este proyecto de investigación es porque la negligencia al cuidado dental no se estudia en la Ciudad de Cuenca, siendo un factor frecuente que impide un buen cuidado de la cavidad bucal, pudiendo llegar a generar serios problemas si no se trata a tiempo. Así también este proyecto me ayudará a obtener mi título de Odontóloga.

La originalidad de este proyecto es internacional porque no existen estudios de la negligencia al cuidado dental en Latinoamérica.

Para garantizar la viabilidad del estudio se han realizado 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

- Asociar el nivel de ingreso económico y la negligencia al cuidado dental de las personas de 18 a 44 años de la parroquia Cañaribamba Cuenca - Ecuador 2018

3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el nivel de ingreso económico de las personas de 18 a 44 años de la parroquia Cañaribamba según edad y sexo.
- Describir el grado de negligencia de las personas de 18 a 44 años de la parroquia Cañaribamba según edad y sexo.

4. MARCO TEÓRICO

4.1.- NEGLIGENCIA

La palabra negligencia se deriva de principios del siglo XVI del latín negligencia- 'ignorado'. La negligencia es "un tipo de maltrato que se refiere a la falla por parte del cuidador de proporcionar la atención necesaria y apropiada para la edad, aunque sea financieramente capaz de hacerlo u se le ofrecen medios financieros u otros para hacerlo". Los profesionales han clasificado la negligencia como física, médica, dental, de supervisión, emocional, educativa, entre otras (incluye exponer a los niños a la violencia doméstica, o involucrar o alentar a los niños a participar en actividades ilegales, como el robo de tiendas o el tráfico de drogas)⁶

4.1.1.- NEGLIGENCIA DENTAL

La negligencia, en general, y la negligencia dental, en particular, son los tipos de abuso menos conocidos y detectados, aunque son los más frecuentes⁶.

La Academia Americana de Odontología Pediátrica definió negligencia como la falta de los padres de seguir el tratamiento dental necesario para mantener la salud del niño. Salud bucal y para asegurar su ausencia de dolor e infección como negligencia dental⁶.

También se define como siendo "la falta de tomar precauciones para mantener la salud bucal, la incapacidad de obtener la atención dental necesaria y negligencia física de la cavidad bucal.⁶

Aunque hay una variedad de causas, los estudios han demostrado que existen vínculos con la mala salud de los padres, uso indebido de sustancias, abuso doméstico, desempleo y pobreza, con familias negligentes a menudo experimentando una combinación de estos factores adversos. Los estudios también han reportado que negligente las familias a menudo tienen una serie de atributos que incluyen, una incapacidad para planificar, falta de confianza sobre el futuro, dificultad para administrar el dinero, inmadurez emocional, falta de conocimiento de las necesidades de los niños, gran número de hijos, ser madre adolescente, altos niveles de estrés y pobreza socioeconómica. Circunstancias⁶.

4.1.2.- TIPOS DE NEGLIGENCIA

4.1. 2.a. - Descuido activa:

Falla intencional de los padres o tutores para cumplir con sus responsabilidades de cuidado⁶⁻⁷.

4.1.2.b- Descuido pasivo:

La falla involuntaria de los padres o tutores para cumplir con sus responsabilidades de cuidado debido al conocimiento, enfermedad, enfermedad, finanzas o falta de conocimiento del apoyo / recursos disponibles de la comunidad⁶⁻⁷.

4.1.2.c- Descuidar:

La incapacidad de una persona para satisfacer sus propias necesidades debido a una discapacidad física, mental o de desarrollo o cualquier combinación de éstas. La negligencia dental también puede clasificarse según el tipo de atención⁶⁻⁷

4.1.2.d- Descuido de la prevención dental:

Se define como la negligencia en la prevención de enfermedades orales que resultan en la experiencia de afecciones dentales (medidas por caries dentales tratadas y no tratadas y / o lesiones dentales traumáticas y / o dolor dental) ⁶⁻⁷.

4.1.2.e- Descuido del tratamiento dental:

Se define como el descuido del tratamiento dental necesario que resulta en la experiencia de caries dentales no tratadas y / o lesiones dentales traumáticas y / o dolor dental⁶⁻⁷.

4.1.3.- INDICADORES PARA IDENTIFICAR LA NEGLIGENCIA

El desarrollo y las pruebas de la escala de negligencia dental de Adelaide de siete ítems se desarrollaron para los niños según las calificaciones de los padres. Más tarde, fue diseñado para su uso en adultos por (Thomson y Locker 2000). La escala de negligencia dental representa un instrumento relevante para las encuestas de población dirigidas a identificar grupos de riesgo basados en información sobre salud oral, comportamiento y actitudes relacionadas con la salud oral. Evalúa hasta qué punto una persona cuida sus dientes, recibe atención dental profesional y considera que la salud bucal es importante. Esta escala puede ser un sustituto útil de los datos clínicos en las encuestas de salud oral cuando las limitaciones de recursos impiden el examen de los participantes⁸

4.1.4.- IMPACTO DE NEGLIGENCIA DENTAL

La negligencia dental puede tener un impacto duradero en la salud general y la salud oral. Existe un desarrollo socioemocional anormal. Hay una reducción en el peso corporal, la circunferencia de la cabeza, el crecimiento y la calidad de vida, la pérdida de sueño, el tiempo fuera de la escuela y la interferencia con el juego y la socialización. Se ha informado un aumento en el riesgo de problemas psiquiátricos, el estilo de apego desorganizado asociado con la cantidad de problemas de desarrollo, incluidos los síntomas disociativos, la ansiedad, los síntomas depresivos y de actuación. Se observan dolor severo, infección aguda y crónica y daño a los dientes permanentes subyacentes junto con una calidad de vida de la salud bucal disminuida y una salud bucal auto informada deficiente / baja⁷⁻⁸

4.1.5.- ESCALA DE NEGLIGENCIA

La negligencia dental se mide con una escala de negligencia dental de Thompson y col., y se ha demostrado que está asociado con un amplio rango de indicadores y de comportamientos clínicos (Anexo 1).⁹ Manifestándose con el hecho que una persona no tome precauciones para conservar su salud bucal, omitiendo obtener atención dental necesaria, y desatendiendo la dentición y los tejidos relacionados. Las características de la negligencia dental han demostrado estar asociadas con una clase social baja, un número mayor de dientes con caries y ausentes, niveles altos en placa dental y las malas técnicas de autocuidado oral. La escala de negligencia dental de Thompson y col. es un instrumento útil para obtener datos clínicos en encuestas de salud oral cuando las restricciones de recursos impiden el examen clínico de los participantes.¹⁰

La escala de negligencia dental de Thomson y col., para examinar la negligencia al cuidado dental en adultos, se modificó levemente, es una escala más barata y menos invasiva que una revisión clínica al ser de auto informé de la salud bucal, deben ser breves en su contenido y fáciles de interpretar. Esta escala se publicó por primera vez en el año de 1996.⁹ Para la asignación de puntajes los encuestados deben encerrar en un círculo una respuesta, la frecuencia de la puntuación debe ser invertida de manera que las puntuaciones altas (de 11 a 30) están asociados a personas con negligencia dental, y las puntuaciones bajas (de 6 a 10) están asociadas a personas sin negligencia dental, para obtener los resultados se sumará la puntuación de los ítems que serán de 6 a 30.⁹

4.1.6.- NIVEL SOCIOECONÓMICO

Existe una extensa evidencia que demuestra que la presencia de una asociación entre el estado de salud bucal y personas con un nivel de ingreso económico alto tienen la posibilidad de tener mejor salud, este hecho es conocido como el gradiente social en salud, el cual se refiere a que las desigualdades en la salud bucal van relacionadas siempre con las desigualdades según el nivel de ingreso económico. Estas desigualdades son grandes y según varios autores van incrementando. La mayoría de las teorías que explican estas desigualdades utilizan indicadores de nivel socioeconómico tales como: ingreso, escolaridad, ocupación y raza, entre otros, a través de los cuales la salud se distribuye de manera desigual.¹¹

Las desigualdades en salud se han evaluado alrededor del mundo mediante diversos indicadores en la salud fundadas con la esperanza de vida de las personas, comportamientos relacionados con el consumo de tabaco y alcohol, con accesos al servicio de salud, tasas de mortalidad generales e infantiles, peso bajo en el momento de nacimiento y algunas enfermedades que son crónicas.¹¹

Algunos factores socioeconómicos fueron asociados al nivel de limpieza o higiene bucal, de tal manera que estas han sido muy relacionadas con el estado de salud bucodental general. Es así que se ha observado que los niños con más pobreza no reciben las instrucciones de higiene bucal ya que no acuden o se les dificulta acudir a un consultorio odontológico, además que poseen mayores necesidades respecto a su salud bucal.¹¹

4.1.7.- CLASES SOCIOECONÓMICAS

Con datos del (INEC) en la encuesta realizada en el año 2011 para la estratificación del nivel socioeconómico, la cual permite identificar los grupos relevantes¹⁰:

- (clase alta) nivel A
 - Se ubica el 1.9% de la población¹⁰
- (clase media alta) nivel B
 - Representa el 11.2%¹⁰
- (clase media típica) nivel C+
 - Constituye el 22.8%¹⁰
- (clase media baja) nivel C-
 - La más frecuente con el 49.3%¹⁰
- (clase baja) nivel D
 - Equivale al 14.9%¹⁰

4.1.8.- BARRERA DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

Se considera al acceso a los servicios de salud uno de los puntos de mayor importancia en los países de economía con medianos y bajos ingresos es decir países subdesarrollados; y se considera como la actividad o capacidad de una persona para conseguir atención médica.¹²

A nivel internacional las barreras que con mayor frecuencia afectan en gran medida son: estigma social, creencias y mitos, temor o vergüenza, desconfianza en equipos y tratamientos, costo de fármacos y consultas medicas¹²

Estas barreras causan mayor consecuencia en personas que posean un menor nivel socioeconómico¹²

En nuestro país, existen barreras culturales, sociales, económicas y geográficas que ralentizan o impiden al acceso de poblaciones a servicios de salud por parte del estado ¹²

4.1.8.a.- BARRERAS CULTURALES

- Miedo
- Diversidad gramatical y cultural (profesional - paciente)
- Creencias en la medicina natural
- Apreciación de ineficacia en los programas de salud¹²

4.1.8.b.- BARRERAS SOCIALES Y ECONÓMICAS

- Elevado precio de salud
- Escasa disponibilidad de horarios
- Variedades sociales.¹²

4.1.8.c- BARRERA GEOGRÁFICA

- Difícil paso
- Grandes trayectos
- Escasez de transporte¹²

4.2.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

En el artículo de revista denominado: Actitudes de salud bucodental en relación al nivel socioeconómico en individuos adultos³, Dhó, M, S.1. Presentaron los análisis de las actitudes de salud bucodental y su relación con el nivel socioeconómico (NSE) en individuos adultos de la Ciudad de Corrientes; Argentina, se determinó el tamaño de la muestra estableciéndose un nivel de confianza del 95% para la generalización de los resultados (381 individuos). Se halló que los individuos de NSE particular en lo que se refiere a la actitud frente al dolor dental y a los motivos por los cuales se consulta generalmente al odontólogo. que se refiere a la actitud frente al dolor dental y a los motivos por los cuales se consulta generalmente al odontólogo.

En el artículo de revista denominado: LA EVALUACIÓN DE LA FIABILIDAD Y VALIDEZ DE LA ESCALA DE LA NEGLIGENCIA DENTAL EN ADULTOS NORUEGOS.¹¹, Skaret E. Astrom AN, Haugeorden O., Klock KS., Trovik TA. Evaluaron la fiabilidad y validez de constructo de la escala de la negligencia dental (DNS) y estimar el nivel de abandono dental en la población noruega adulto. Un cuestionario que contiene sociodemográficos, variables actitud de la salud oral, el uso de servicios de auto-reporte y una versión traducida del DNS original fue probado en dos muestras: 1) una muestra de empleados de la universidad (n = 263) y 2) una proporción aleatoria muestra (n = 2000) extraído del registro de la población nacional (edad 16-79 años). La evaluación de la fiabilidad del instrumento fue por consistencia interna (alfa de Cronbach) y el análisis de los factores (componente principal) (n = 1309). Las comparaciones de test-retest (n = 108) fueron analizadas por la rho de Spearman para la suma resultados y estadísticas kappa para artículos individuales. Análisis de regresión logística se utilizaron para evaluar la validez de constructo de la DNS.

En el artículo de revista denominado: Negligencia dental, un tipo de abuso infantil-Revisión Narrativa.¹²,Baptista, A, S.1; Laranjo, E.2; Norton, A, A.3; Casimiro de Andrade, D.4; Areias, C.5; Marcedo, A, P.6. La negligencia dental está fuertemente asociada con las condiciones familiares; sin embargo, sus determinantes sociales como el bajo nivel socioeconómico, las malas condiciones de vida, la familia monoparental o el historial de abuso doméstico han demostrado ser datos importantes para ser registrados, en el caso de sospecha. El bajo ingreso familiar es un importante indicador de salud, asociado con una salud oral más débil y actitudes menos favorables con respecto al cuidado oral, lo que contribuye al desarrollo de la caries desde una edad temprana.

En el artículo de revista denominado: El impacto de la negligencia dental en la salud bucal: un estudio basado en la población en hong kong.¹,McGrath C., See-King Sham A., King Lun

Ho D. y Hok Ling Wong J. Presentaron que la tasa de respuesta fue del 70% (556/800). El puntaje medio de negligencia dental de la población fue de 14.81 (D 3.62) [rango posible de 6 a 30]. Más comúnmente, la gente era negligente de usar la atención de salud dental profesional. Las disparidades sociodemográficas en DN fueron evidentes, en relación con la edad (Población de niños de seis a 12 años de edad).

En el artículo de revista denominado: Negligencia Dental que afecta el estado de salud oral en la India¹⁷, Mathur, A.1; Mathur, A.2; Pal, Aggarwal, V.3 Presenta que la asociación de negligencia dental y caries fue probada primero dicotomizando la variable de negligencia dental y, en segundo lugar, 38 utilizando el análisis de la varianza para examinar DMFS del grupo de edad individual respectivamente y sus componentes. Un estudio mostró que la negligencia dental fue mayor entre mujeres, niños mayores, aquellos cuya madre tenía menos educación, niños que no habían recibido cuidado 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 los niños mayores, aquellos en el grupo de mayor negligencia dental era significativamente mayor experiencia de caries dental (DMFS con P

En el artículo de revista denominado: Impacto de la Escala de negligencia dental en el estado de salud oral entre diferentes profesionales en la ciudad de Indore: un estudio transversal. ¹³,Sarkar, P.1; Dasar, P.2; Nagarajappa, S.3; Kumar, S.4; Balsaraf, S.5; Lalani, A.6; Chauhan, A.7. Presento una muestra conveniente de 400 estudiantes de 18-25 años de edad. La puntuación de la escala de negligencia dental (DNS, Dental Neglect Scale) se encontró estadísticamente significativa con OHIS y la experiencia de caries al intervalo de confianza del 95%. No hubo diferencias estadísticamente significativas.

En el artículo de revista denominado: Determinantes socioeconómicos de la atención odontológica durante la gestación en Cali, Colombia.⁶. Corchuelo, Ojeda, J.1; González, Pérez, G, J.2 Presentaron una asociación con los recursos económicos (86,6% suficiencia versus 72,5% insuficiencia, OR = 1,8; IC95%: 1,1-2,8), nivel de instrucción (88% secundaria completa versus 74% incompleta, OR = 1,7; IC95%: 1,1-2,7), información dada en el control prenatal sobre salud oral y la visita dental (86,4% si versus 42,9% no, OR = 5,7; IC95%: 3,1-10,0). Se evidencia un acceso diferencial entre las gestantes con bajo nivel socioeconómico, quienes asistieron en menor proporción que las gestantes con mejores condiciones de vida.

En el artículo de revista denominado: Determinantes socioeconómicos de la necesidad de atención dental en adultos. ¹⁹, Trohel, G.1; Bertaud-Gounot, V.2; Soler, M.3; Chauvin, P.4; Grimaud, O.5 Presentaron el análisis multivariadas, las variables socioeconómicas más

fuertemente asociadas con la necesidad de cuidado dental fueron: nivel educativo (OR = 1.21 [1.02-1.44]), nivel de ingresos (OR = 1.66 [1.92-2.12]) y origen nacional (OR = 1.53 [1.26-1.86]).

En el artículo de revista denominado: Desigualdades sociales en la salud oral de los adultos en 40 países de medianos ingresos.¹⁸ Bhandari, B.1; T Newton, J.2; Bernabé, E.3. Presentaron que en 21 países para la pérdida total de dientes y en 18 países para las necesidades percibidas. Dos patrones distintivos de la desigualdad social en la salud oral se encontraron en los países que utilizan el RII y el SII. Para pérdida total de dientes, pro-rico la desigualdad se encontró en 25 países (RII / SII significativo en ocho países) y se encontró desigualdad a favor de los pobres en 15 (significativa RII / SII en tres países). Para las necesidades percibidas, se encontró desigualdad a favor de los pobres en 26 países (RII / SII significativo) en seis países) y la desigualdad pro-rica se encontró en 14 (RII / SII significativo en cinco países). El gradiente social en la salud oral de los adultos que favorecía a los ricos no estaba presente en todos los países de bajos y medianos ingresos. Se observaron desigualdades a favor de los pobres en la pérdida total de dientes, y particularmente en las necesidades percibidas de tratamiento dental, en algunos países.

En el artículo de revista denominado: Salud dental, negligencia dental y uso de servicios en un adulto.¹⁰ Jamieson L, Thomson M. Presentaron una tasa de respuesta de 78.2 por ciento. De los 458 encuestados, casi dos tercios eran mujeres y casi todos eran europeos. De los 385 entrevistados (84,1 por ciento), el 62,5 por ciento usualmente visitó a un dentista para un chequeo y el 66,6 por ciento había visitado a un dentista en el año anterior. El puntaje promedio de abandono dental para los encuestados dentados fue 12,4 (sd, 4,4), y fue mayor entre los jóvenes y los del grupo ocupacional más bajo. En comparación con los exámenes de salud bucal nacionales y regionales anteriores, una proporción más alta de encuestados calificó mal su salud oral, no pagó su último tratamiento dental y recibió su último cuidado dental de un servicio dental público. Aunque el estudio era de pequeña escala y se realizó en Un área en la que hay acceso a los servicios dentales de bajo costo a través de la Facultad de Odontología de la Universidad de Otago, se considera que las determinaciones son una contribución útil a la imagen general del uso de servicios dentales por los neozelandeses.

5. HIPÓTESIS

El ingreso económico bajo es un factor de riesgo para la negligencia al cuidado dental.

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. MARCO METODOLÓGICO

ENFOQUE: El enfoque de la investigación es cuantitativa¹⁴

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN: Caso control¹⁴

NIVEL DE INVESTIGACIÓN: Relacional

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

- **POR EL ÁMBITO:** De campo
- **POR LA TÉCNICA:** Comunicacional
- **POR LA TEMPORALIDAD:** Retrospectivo

2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La muestra de estudio estuvo constituida por “529” adultos jóvenes entre los 18 a 44 años de estos seleccionamos solo los que indicaron su ingreso económico que nos dio un total de “149” de los cuales estos emparejando respectivamente quedaron 31 casos y controles para negligencia al cuidado dental

2.1.- CRITERIOS DE SELECCIÓN: Para la formalización de la población se consideró los siguientes criterios

2.1.a. CRITERIO DE INCLUSION: Se incluyeron en el presente estudio las personas de la Parroquia Cañaribamba adultos jóvenes de 18 a 44 años, que aceptaron ser parte de la presente investigación y que estén en condiciones para responder al cuestionario.

2.1.b. CRITERIO DE EXCLUSION: Se excluyeron del estudio las personas que poseen título de médico y odontólogo, encuestas sin firma de consentimiento y personas con problemas cognitivos.

2.2. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Una investigación que incluyó dos muestras (dos grupos de estudio, caso-control o grupo experimental-grupo control) el tamaño de muestra debe estar calculado en base a la diferencia entre ambos grupos. Los insumos necesarios son: (P1) que es la probabilidad de que el fenómeno se dé como espera el investigador en el primer grupo (grupo control) y la probabilidad (P2) que significa la probabilidad que se dé el fenómeno en el segundo grupo (grupo experimental).¹⁵ Se utilizó el programa “Open Epi” de acceso libre. Debido a la cantidad de este grupo poblacional se optó por realizar un tamaño muestral por conveniencia.

3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERATIVA	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA	DATO	INSTRUMENTO
NEGLIGENCIA DENTAL	Falta de precaución para mantener la salud oral, la falta de atención dental necesaria y la negligencia física de la cavidad bucal	Nivel de desinterés de las personas encuestadas sobre su salud bucal y sus respectivos cuidados, medido mediante la encuesta	Encuesta DNS	Escala de negligencia dental de Thompson y col.	Cualitativo Ordinal	Ordinal	Con negligencia Sin negligencia	Datos que se encuentra en la encuesta
INGRESO ECONÓMICO	Cantidad de dinero que una familia puede gastar en un periodo determinado sin aumentar ni	Consiente del ingreso total familiar entre el número de personas que dependen del mismo		Ingreso familiar Número de personas en la familia	Cualitativo Ordinal	Ordinal	Alto Bajo	Datos que se encuentra en la encuesta

	disminuir sus netos							
SEXO	Características genotípicas de la persona	Características externas que diferencian al masculino del femenino		Femenino y masculino	Cualitativo Nominal	Nominal	Femenino Masculino	Datos que se encuentra en la encuesta
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Dato que se encuentra en la encuesta.		Adulto joven	Cuantitativa discreta	Razón	18-44	Datos que se encuentran en la encuesta

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

4.1.- INSTRUMENTOS DOCUMENTALES.

Se utilizó la encuesta de Thomson, sugiere que los comportamientos y actitudes con relación al abandono dental pueden ser valiosos para entender los malos resultados de la salud oral y que al ser estudiados se puede asociar el abandono dental y otros problemas de salud oral. La encuesta consta de 6 preguntas, con respuestas de definitivamente no y definitivamente si, con valores de 6 a 30, donde valores de 6 a 10 son personas sin negligencia y valores de 11 a 30 son personas con negligencia. Además del software Epi Info.

4.2.- INSTRUMENTOS MECÁNICOS

Computador portátil, procesador i7

4.3- MATERIALES

Materiales de escritorio, esfero, hojas, etc

4.4.- RECURSOS

Para llevar a cabo el estudio se necesitaron recursos institucionales (UCACUE) recursos humanos (Encuestadores y Tutores) y recursos financieros (autofinanciados)

5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS

5.1.- UBICACIÓN ESPACIAL.

La Parroquia Cañaribamba, se encuentra delimitada de la siguiente manera: del cruce de la vía oriental de la Avda. Guapondelig y el camino de la Avda. González

Suarez, en dirección oriental sigue hasta la intersección con la vereda oriental de Avda. Max Uhie; en dirección sur por la vereda occidental de esta avenida hasta el Rio Cuenca; sigue aguas arriba por el margen norte de este Rio hasta la unión de los Ríos Tome bamba y Yanuncay y continua agua arriba por la margen norte del Rio Tome bamba hasta la Avda. Huayna-Cápac; sigue por dirección norte por la vereda oriental de la Avda. Huayna-Cápac hasta la inserción sur de la Carrera Cacique Duma sigue con la dirección oriental por esta Carrera hasta la Avda. Guapondelig; parte con dirección nor-oriental por la vereda sur de la Avda. González Suarez

5.2.- UBICACIÓN TEMPORAL

La investigación se realizó entre los meses marzo y abril del 2018, recolectando datos de encuestas para expresar en resultados los niveles de negligencia al cuidado oral, y la relación entre negligencia dental y el ingreso económico

5.3.- PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS

Para el registro de datos, se tomó en cuenta la encuesta aplicada en la Parroquia Cañaribamba, considerada los límites, el número de manzanas y de casas designadas a cada encuestador. Se trabajó en parejas para mayor efectividad y seguridad. Con ciertas indicaciones por parte del tutor como que no se debía ingresar a los hogares de las personas encuestadas ni salir a realizar estas tareas solos. Al iniciar la lectura del cuestionario los encuestadores nos encargamos de realizar las preguntas personales de importancia, es decir; nombres completos, números de cedula, edad, nivel de instrucción y el ingreso económico que es una variedad opcional de responder; mientras que con el resto del cuestionario le daban lectura los encuestados para que fuese respondido con veracidad. Posteriormente las encuestas aplicadas fueron ingresadas a una base de datos del programa Epi – info, lo cual facilito la tabulación de los resultados de la relación entre negligencia dental y el ingreso económico. Dicho programa exporta la base de datos a un archivo de Excel en el cual se aplica los puntos de corte para obtener los datos específicos de la presente investigación.

5.3.a. MÉTODOS DE EXÁMEN UTILIZADO POR LOS EXAMINADORES.

El encuestador se dirigió a la parroquia Cañaribamba y procedió con el correspondiente saludo y explicación del porqué está queriendo realizar la encuesta, la persona encuestada

nos dio su número de cédula, nombre y firma de consentimiento. Se comenzó preguntando al encuestado su número de cédula, ocupación, edad, grado de instrucción, ingreso mensual familiar aproximado; posteriormente se aplicó la encuesta de Thompson que constaba de seis preguntas realizadas con una puntuación del uno al cinco.

5.3.b. CRITERIOS DE REGISTRO DE HALLAZGOS

Cuando se realizó la encuesta los datos se consignaron y se registraron en la encuesta, el cuestionario de negligencia consta de seis preguntas con una valoración del uno al cinco. Al sumar los valores si son menor y/o igual a 11 significa que no tienen negligencia, si son mayor a 12 significa que tienen negligencia.

6. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.

Para realizar el análisis de datos se tomó la escala de negligencia al cuidado dental de Thomson, la misma que consistía en una encuesta de 6 preguntas, cada una de ellas tenía una puntuación del 1 al 5, el autor del instrumento indicó que para la evaluación del análisis de datos se debe realizar la conversión en donde 1 equivale a 5, 2 a 4, el 3 se mantiene, el 4 a 2 y el 5 en 1

Cuadro número 1: ¹⁴

	CASOS	CONTROLES
Expuestos	A	B
No expuestos	C	d

Proporción de exposición en el grupo de casos:

a= casos en expuestos / c= casos en no expuestos

Proporción de exposición en el grupo de control:

b= no casos en expuestos / d= no casos en no expuestos

Fórmula razón de Proporciones:

$$RP = \frac{a/c}{b/d} = \frac{a \times d}{b \times c}$$

7. ASPECTOS BIOÉTICOS

El presente estudio no implicó conflictos bioéticos. Se les indicó que hay un compromiso de confidencialidad de sus datos por parte del investigador principal y se les solicitó que firmen el Consentimiento Informado.

CAPÍTULO III

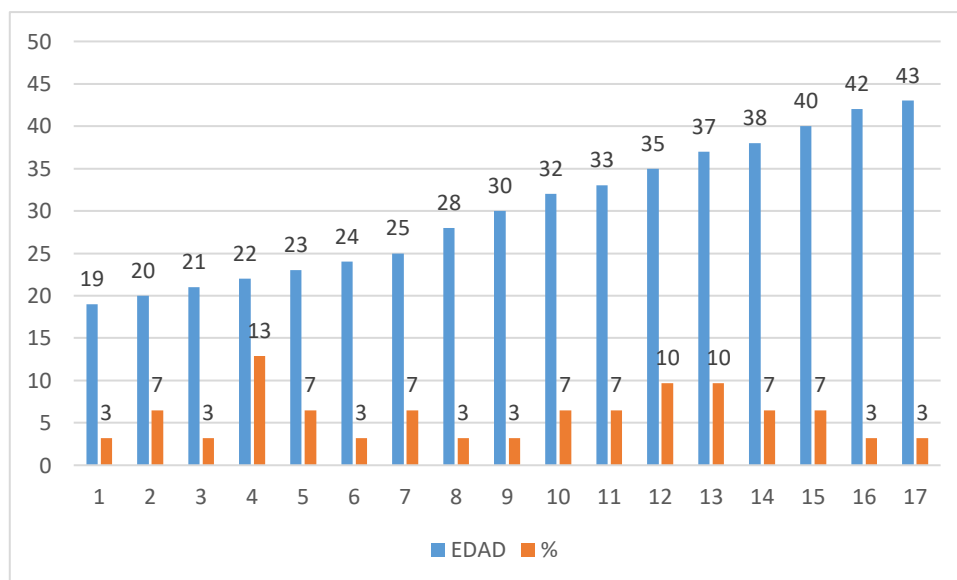
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

1. RESULTADOS

La presente investigación fue realizada con los datos de la encuesta de salud bucal a los adultos de 18 a 44 años de edad en la parroquia de Cañaribamba, Cuenca – Ecuador, que consta en el registro del departamento de investigación de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca, mostrando los siguientes resultados:

TABLA No 1.- DISTRIBUCIÓN GENERAL POR EDADES DE LA MUESTRA

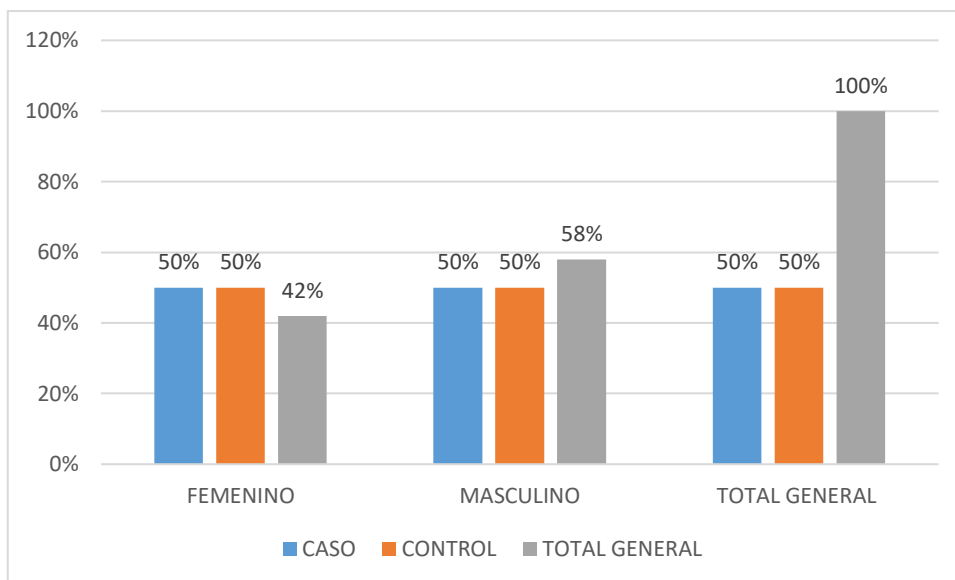
	N	%
19	2	3,2
20	4	6,5
21	2	3,2
22	8	12,9
23	4	6,5
24	2	3,2
25	4	6,5
28	2	3,2
30	2	3,2
32	4	6,5
33	4	6,5
35	6	9,7
37	6	9,7
38	4	6,5
40	4	6,5
42	2	3,2
43	2	3,2
Total	62	100



Interpretación: El total de la muestra de la parroquia Cañaribamba fue de 62 personas encuestadas, de los cuales el mayor número de los casos fueron de 22 años con un porcentaje de 12.9%.

TABLA No 2.- DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN SEXO

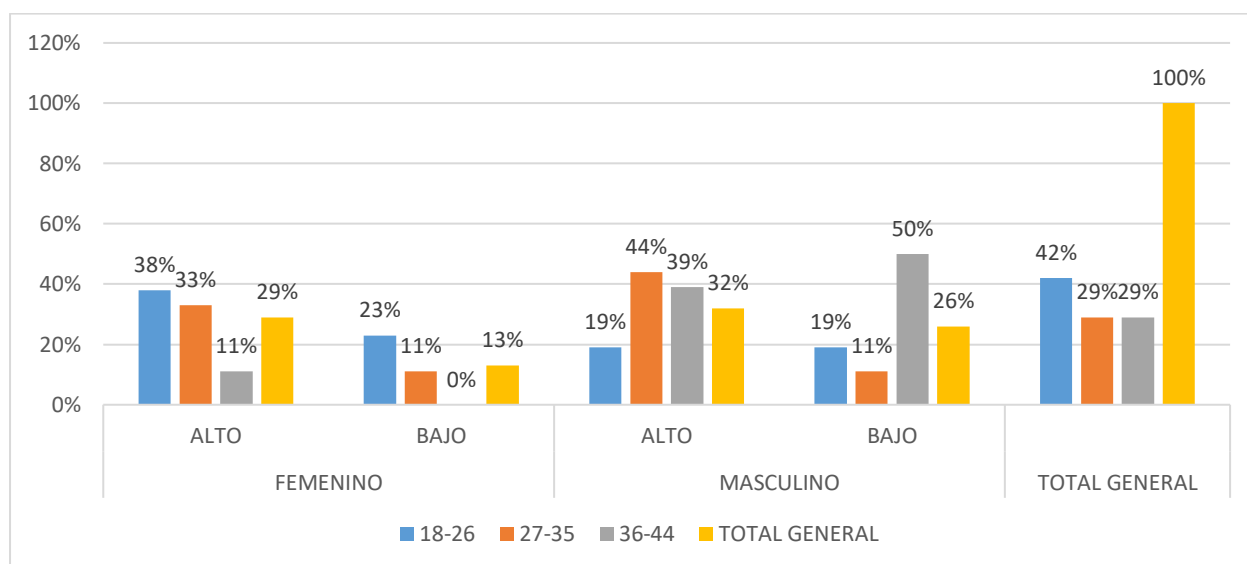
	CASOS		CONTROL		TOTAL GENERAL	
	N	%	N	%	N	%
FEMENINO	13	50%	13	50%	26	42%
MASCULINO	18	50%	18	50%	36	58%
TOTAL GENERAL	31	50%	31	50%	62	100%



Interpretación: En la distribución por sexo, se establecen 31 casos y 31 controles, correspondiendo de 26 para el sexo femenino y 36 para el sexo masculino.

TABLA No 3.- INGRESO ECONÓMICO SEGÚN EDAD Y SEXO

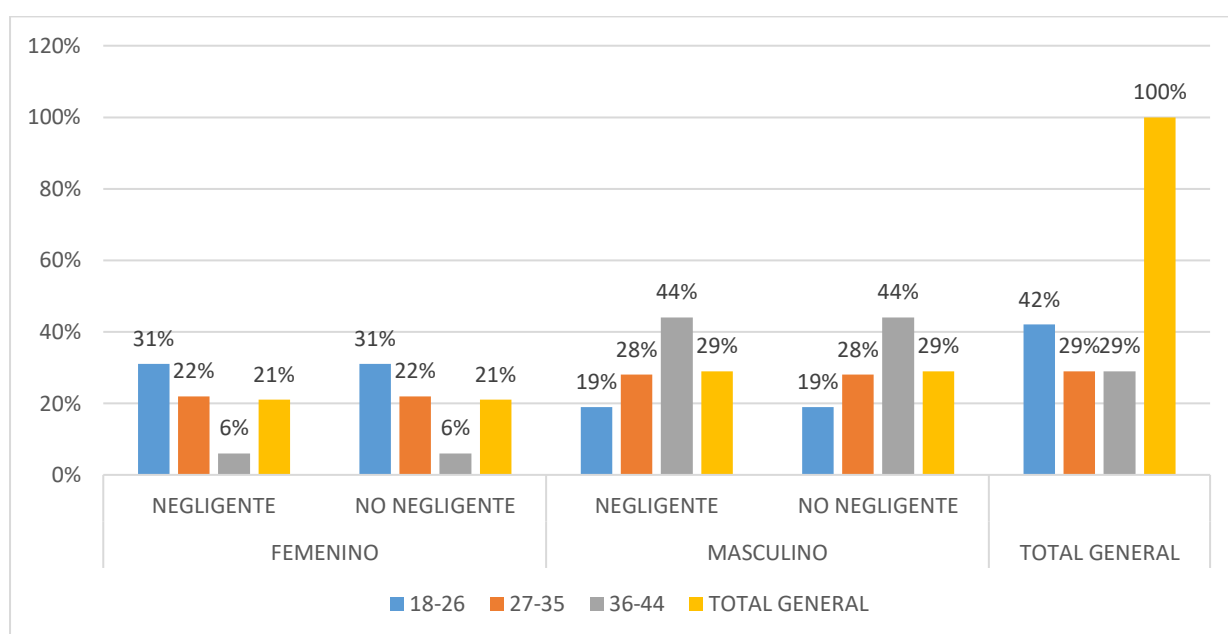
	FEMENINO				MASCULINO				TOTAL GENERAL	
	ALTO		BAJO		ALTO		BAJO		GENERAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
18-26	10	38%	6	23%	5	19%	5	19%	26	42%
27-35	6	33%	2	11%	8	44%	2	11%	18	29%
36-44	2	11%	0	0%	7	39%	9	50%	18	29%
TOTAL GENERAL	18	29%	8	13%	20	32%	16	26%	62	100%



Interpretación. - La distribución por edades y sexo de la muestra de la parroquia Cañaribamba demuestra que el ingreso económico alto según edad y sexo corresponde al grupo femenino comprendido entre 18-26 y el grupo masculino en edades 27-35, y el ingreso bajo en ambos sexos es en edades de 27-35.

TABLA No 4.- NEGLIGENCIA DENTAL SEGÚN EDAD Y SEXO

	FEMENINO				MASCULINO				TOTAL GENERAL	
	NEGLIGENTE		NO NEGLIGENTE		NEGLIGENTE		NO NEGLIGENTE		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
18-26	8	31%	8	31%	5	19%	5	19%	26	42%
27-35	4	22%	4	22%	5	28%	5	28%	18	29%
36-44	1	6%	1	6%	8	44%	8	44%	18	29%
TOTAL GENERAL	13	21%	13	21%	18	29%	18	29%	62	100%



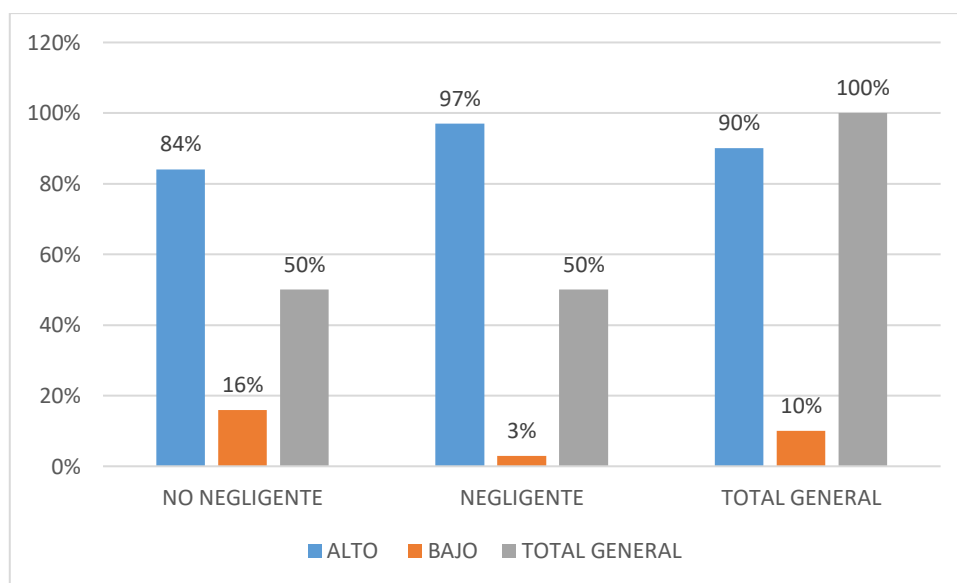
Interpretación: Resultados obtenidos con muestreo por conveniencia. En la tabla se demuestra que se tomaron en cuenta, para la realización de este estudio, el mismo número de casos que de controles para los diferentes grupos etarios y sexo femenino, masculino.

TABLA No5. ASOCIACIÓN EL NIVEL INGRESO SOCIOECONÓMICO Y LA NEGLIGENCIA DENTAL.

	ALTO		BAJO		TOTAL GENERAL	
	N	%	N	%	N	%
NO NEGLIGENTE	26	84%	5	16%	31	50%
NEGLIGENTE	30	97%	1	3%	31	50%
TOTAL GENERAL	56	90%	6	10%	62	100%

OR:0.17

Intervalos de confianza al 95%: (0.019, 1.58)



Interpretación: Del total de la muestra se encuentra que no hay asociación entre el ingreso socioeconómico y la negligencia dental debido a que se obtuvo un odds ratio de 0.17.

2. DISCUSIÓN

El presente estudio documenta información sobre la Relación entre el nivel de Ingreso Económico y la Negligencia a la salud dental en personas de 18 y 44 años de edad, de la parroquia Cañaribamba de la ciudad de Cuenca.

Se realizó el análisis de los factores de riesgo que pudieran estar desencadenando la negligencia a la salud dental mediante el Odds Ratio (OR); se utilizó una encuesta basada en el cuestionario de Thomson ¹ y posteriormente se ingresó los datos recolectados en las encuestas en el programa EPI INFO ver (7.2). Esta investigación incluyó a personas de 18 y 44 años de edad de la parroquia Cañaribamba de la ciudad de Cuenca, para evaluar el nivel de negligencia a la salud dental y como variable se consideró el ingreso económico debido a que existen limitaciones de acudir a una consulta odontológica por ciertos factores como un status económico bajo, tratamientos costosos, dificultad de acceder a un servicio de salud, nivel educativo bajo, lo cual genera un gran impacto social de las condiciones bucodentales en la calidad de vida y una mala salud oral subjetiva. ⁵

La muestra constó de 62 pacientes entre 18 y 44 años de edad, la misma no se distribuyó de manera proporcional entre personas de sexo masculino y femenino, siendo así que el número mayor de pacientes corresponden al sexo masculino.

En el presente estudio al evaluar los niveles de negligencia dental se determinó que en los pacientes expuestos hubieron 31 casos (Pacientes con negligencia) y 31 pacientes correspondieron al grupo de controles (Pacientes sin negligencia), de un total general de 62 pacientes, por lo tanto se calculó el Odds Ratio (OR=0.17), el cual evidenció que el ingreso económico no es un factor de riesgo en relación a la Negligencia al cuidado dental, los estudios de Trohel, G; Bertaud-Gounot, V; 2016 confirman que la prevalencia de las necesidades de atención dental es mayor en adultos de nivel socioeconómico bajo el cual presentó (OR=1.66 (1.92-2.12)), por lo que ciertos factores como el nivel de educación (OR=1.21 (1.02-1.44)), y el origen nacional (OR=1.53 (1.26-1.86)), son asociados de manera significativa con la necesidad de atención dental. ¹⁹

Dhó, M, S; 2015, determinó que los individuos de nivel socioeconómico bajo y medio bajó, ante una situación de dolor dental predomina una actitud desfavorable, en relación a los individuos de nivel socioeconómico medio-medio y medio-alto/alto.

En este estudio se evaluó que el 50% de las personas acuden únicamente al odontólogo ante una situación de dolor dental y otras urgencias odontológicas. La actitud aceptable

aumenta en relación a personas que presentan un buen nivel económico ya sea medio-medio o medio-alto.³

En el estudio realizado por Baptista, A; 2017, determinó que la negligencia dental está fuertemente asociada a determinantes sociales como el bajo nivel socioeconómico, condiciones inadecuadas de vida, familias mono parenterales siendo así que el bajo ingreso familiar y la falta de educación de los padres están asociados con una salud oral débil y actitudes desfavorables en relación al cuidado oral.¹² Estos resultados difieren de los obtenidos por Bhandari B y col. Los cuales hallaron que la prevalencia de problemas en la cavidad oral fue más alto en el tercil superior de riqueza que en la parte inferior de riqueza en países como Uruguay, Eslovaquia.¹⁸

Corchuelo-Ojeda, J; González, Pérez, G; 2014, realizaron un estudio con un análisis de variables relacionadas con la asistencia odontológica y determinaron que el nivel de negligencia dental de la población se ve relacionada con los recursos económicos obteniendo un OR=1.7; IC=95% (1.1-2.8), de igual manera se evaluó el grado de asociación con el nivel de instrucción con un OR=1.7; IC=95% (1.1-2.7).⁶ Esta investigación presenta concordancia con el estudio de Correa, M; Peres, M; 2013, puesto que las personas que nacieron en condiciones de pobreza y tenían dificultad para acceder a la consulta odontológica se obtuvo un OR=2.35 (1.38-4.00), por lo cual presentaban enfermedades dentales frecuentes.

En el estudio realizado por Mathur, A; 2016 se determina que la puntuación más alta de negligencia dental se registra en mujeres debido a que suelen ser más ansiosas a tratamientos dentales, cuyo estudio concuerda con mi estudio debido a que el sexo femenino tuvo un mayor nivel de negligencia dental obteniendo un OR= 1.95.¹⁷

En esta investigación se determinó que de acuerdo al grupo etario se mostraron 142 casos (pacientes con negligencia) y 142 controles (pacientes sanos) siendo así que en la edad de 25 años se observó mayor número de casos y controles dando un total general de 26 pacientes. Sarkar P, y colab., informó que los jóvenes y poblaciones de edad media son víctima de una carencia de conocimientos preventivos y una actitud adecuada en relación a su higiene oral por lo que se observó un mayor nivel de negligencia al cuidado dental.¹³

Se pudo concluir que la Negligencia al cuidado dental no presenta una asociación estadísticamente significativa en relación al nivel económico, su causa podría atribuirse principalmente a problemas relacionados al complicado acceso a los servicios de salud Oral, inadecuados servicios brindados en el sector público, los costos altos que implican una consulta odontológica privada o ciertos problemas personales relacionados con el miedo al odontólogo.

3. CONCLUSIONES

- Se logró determinar que no existe asociación entre el nivel de ingreso económico y la negligencia al cuidado dental en personas de 18 a 44 años de edad, de la Parroquia Cañaribamba, de la Ciudad de Cuenca-Ecuador 2018.
- El nivel de ingreso económico no tiene relevancia para la negligencia dental en personas de 18 y 44 años de edad de la Parroquia Cañaribamba de la Ciudad de Cuenca – Ecuador.
- Se evaluó el comportamiento de las personas con negligencia a la salud dental según el grupo etario por lo que se observó que la edad con mayor tendencia a la negligencia dental es de 22 años.

BIBLIOGRAFÍA

1. Thomson WM, Spencer AJ. Prueba de una escala de negligencia dental infantil en Australia del Sur. *Gaughwin A Community Dent Oral Epidemiol.* 1996 Oct;24(5):351-6.
2. McGrath C., See-King Sham A., King Lun Ho D. y Hok Ling Wong J.. The impact of dental neglect on oral health: a population based study in Hong Kong. *International Dental Journal.* 2007. 57.
3. Quintana Stella. El acceso a la salud en Colombia. *Médicos sin fronteras. España,* 2002.8(3):337-343,2014
4. Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Soc. Sci Med* 2001;53(9):1149-1162.
5. Navarro V. What we mean by social determinants of health. *Internacional Journal of Health Services* 2009; 39(3): 423-441.
6. World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report, Geneva: Who; 2008.
7. Amit Kumar, Manjunath. P. Negligencia Dental una Revision. *RRJDS I Volumen 3 I Problema 1 I Mayo de 2005.* Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/290989212_DENTAL_NEGLECT-A_REVIEW
8. Pubali Sarkar, Pralhad Dasar. Impacto de las Escala de Negligencia dental en el estado de salud oral entre diferentes profesionales en la ciudad de Indore: un estudio transversal, *J Clin Diagn Res,* 2015 Oct; 9(10): ZC67-ZC70.Publicado en línea el 1 de octubre de 2015. Disponible en: 10.7860/JCDR/2015/14321.6674
9. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y salud, 2015. Disponible en: http://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789240694873_spa.pdf
10. Durward CS, Wright FA, Conocimientos dentales, actitudes y comportamientos de adolescentes indochinos y australianos. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1989 Feb; 17(1):14-8.
11. Jamieson LM, Thomson WM. The Dental Neglect and Dental Indifference scales compared. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002.
12. Jamieson L. Thomson M. Dental health, dental neglect, and use of services in an adult Dunedin population sample. *New Zealand Dental Journal.* 2002.

13. Airen B,P Dasar, Nagarajappa S, Kumar S; Jain D, Warhekar S. Estado de la dentición y necesidad de tratamiento en los habitantes de barrios marginales urbanos en la ciudad de Indore, India Central. *J Indian Assoc Public Health Dent.* 2014; 12 : 163-66.
14. Villavicencio-Caparó E., Cuenca-León K., Vélez- León E., Sayago-Heredia J., CabreraDuffau A. Pasos para la planificación de una investigación clínica. *Odontología activa UCACUE.* 2016 enero; 1(1). Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php?journal=OACTIVAUCACUE&page=article&op=view&path%5B%5D=20&path%5B%5D=22>
15. Inocente-Díaz M., Pachas-Barrionuevo F.. Educación para la Salud en Odontología. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.* [Internet]. 2012. Vol.22. [citado 15 octubre 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4215/421539373008.pdf>
16. Villavicencio-Caparó E., Alvear-Cordova M., Cuenca-León K., Calderón-Curipoma M., Palacios-Vivar D., Alvarado-Cordero A.. Diseños de estudios clínicos en odontología. *Revista OACTIVA UC Cuenca .* Vol. 1, No. 2, 2016. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php?journal=OACTIVAUCACUE&page=article&op=view&path%5B%5D=37&path%5B%5D=46>
17. Villavicencio-Caparó E., Alvear-Cordova M., Cuenca-León K., Calderón-Curipoma M., Zhunio-Ordóñez K., Webster-Carrión F.. El tamaño muestral en tesis de post grado. ¿Cuántas personas debo encuestar?. *Revista O Activa UC Cuenca.* Vol 2, No 1, 2017. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php?journal=OACTIVAUCACUE&page=article&op=view&path%5B%5D=76&path%5B%5D=126>
18. Organización mundial de la salud. [Internet]. 2012. (citado el 10 mayo 2017). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. *Canasta Analíticas. Canasta familiar básica.* Marzo 2018. Disponible en: <https://www.ecuadorcifras.gob.ec/documentos/webine/inflacion/canasta/Canasta2018/Marzo-2018.pdf>.
19. Thomson WM, Locker D. Estudio Multidisciplinario de Salud y Desarrollo de Dunedin. *Community Dent Oral descuido dental y salud dental entre personas de 26 años en Epidemiol.* 2000 Dic;28(6):414-8.

ANEXOS

Anexo 1: ENCUESTA MODIFICADA POR LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

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

AUTOMEDICACIÓN	
15. ¿Usted se auto medica? Si () NO ()	
16. ¿Cuándo tiene una dolencia quién le recomienda la medicación?	
a) Médico	e) Familiar
b) Odontólogo	f) Amistades
c) Farmacéutico	g) Por iniciativa propia
d) Técnico en farmacia	
17. ¿En qué tipo de dolencias Usted se automedica? (tomar medicamento sin prescripción médica)	
a) Fiebre	d) Dolor de cabeza
b) Dolor de estomago	e) Gripe
c) Dolor de diente	f) Otros
18. ¿Cuándo tiene dolor de diente por qué motivos se auto medica (tomar medicamento sin prescripción médica) y no recurre al Odontólogo?	
a) Por indicación del técnico de farmacia	d) Por hábito
b) Porque es muy cara la consulta	e) Otros
c) Porque la clínica u Hospital está muy lejos de su casa	
19. ¿Por cuánto tiempo Usted se auto medica? (tomar medicamento sin prescripción médica)	
a) 1 día	c) 3 días
b) 2 días	d) O más
20. Dónde adquirió el medicamento:	
a) Farmacia	c) 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. Comienzé a ponerse nervioso/a cuando el Odontólogo le invita a sentarme en la silla Si () NO ()	
25. Comienza a ponerse nervioso/a cuando el Odontólogo va a extraerle un diente, se siente realmente asustado en la sala de espera. Si () NO ()	
26. Cuando va en camino al consultorio piensa que el odontologo no le va a explicar lo que hay en sus dientes Si () NO ()	
27. Quiere irse del consultorio cuando piensa que el Odontólogo no le va a explicar lo que hay en sus dientes Si () NO ()	
28. En el momento en que el Odontólogo alista la jeringa con la inyección de anestesia, cierra los ojos fuertemente. Si () NO ()	
29. En la sala de espera suda y tiembla cuando piensa que es su turno de pasar a la consulta Si () NO ()	
30. Cuando va hacia el consultorio del odontólogo, se pone ansioso/a solo de pensar si tendrá que usar el taladro dental con Ud. Si () NO ()	
31. Cuando esta sentada en la silla de tratamiento y no sabe lo que el odontólogo esta haciendo en su boca, se pone nerviosa/o y suda Si () NO ()	
32. En su camino hacia el consultorio del odontólogo, la idea de estar sentada en la silla de tratamiento le pone nervioso/a. Si () NO ()	