



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA ODONTOLOGÍA

“Relación entre el nivel de instrucción y la negligencia en la salud dental en personas de 45 a 65 años de edad de la parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca-Ecuador,2017.”

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DE TÍTULO DE ODONTOLOGO

AUTORA Tenesaca Olivo,Paulina Alexandra.

DIRECTOR: Naula Vicuña, Carlos Roberto. Od. Esp.

CUENCA,

2018

DECLARACIÓN

Yo, Tenesaca Olivo Paulina Alexandra 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: Tenesaca Olivo Paulina Alexandra.

CI.: 0107083875

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“Relación entre el nivel de instrucción y la negligencia en la salud dental en personas de 45 a 65 años de edad de la parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca-Ecuador, 2017”** realizado por **TENESACA OLIVO PAULINA ALEXANDRA**, 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, Febrero 2018

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.

COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN ODONTOLÓGICA

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Od. Liliana Encalada Verdugo.

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN DE ODONTOLOGÍA.

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado ” **Relación entre el nivel de instrucción y la negligencia en la salud dental en personas de 45 a 65 años de edad de la parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca-Ecuador,2017** ”, realizado por **TENESACA OLIVO PAULINA ALEXANDRA**, 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, Febrero 2018

.....
Tutor: Od Esp Carlos Naula Vicuña.

DEDICATORIA

A mis abuelos

Que siempre tuvieron fe en mí y me otorgaron todo su apoyo y amor.

A mis padres y hermanos

Por ser uno de mis más grandes ejemplos de superación y fortaleza

A mis amigos

Por estar siempre en mis buenos y malos momentos y darme todos los ánimos que alguna vez me faltaron.

Paulina

EPIGRAFE

“Sólo hay dos resultados posibles. Llego ahí abajo en una sola pieza y tener una gran historia que contar o me quemo en los próximos diez minutos. De cualquier forma... ¡si no hay daño, no hay falta! Porque de cualquier manera va a ser un viaje espectacular.”

Dra. Ryan Stone

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer principalmente a mi tutor Od.Esp. Carlos Naula V, ya que sin su guía, su ayuda y conocimientos no sería posible la realización de este gran proyecto

En segundo lugar quiero agradecer a todas las personas que participaron en este proyecto y me brindaron su paciencia y tiempo para la realización de este proyecto

ÍNDICE

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEORICO	13
1.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
2.-JUSTIFICACIÓN.....	14
3.- OBJETIVOS.....	16
4.-MARCO TEÓRICO	17
4.1 a.- NIVEL PRIMARIO.....	17
4.1 b.- NIVEL SECUNDARIO O BACHILLERATO	17
4.1 c.-NIVEL SUPERIOR UNIVERSITARIO	17
4.1 d. - NEGLIGENCIA.....	18
4.1 e.- NEGLIGENCIA DENTAL	18
4.1.f.-TIPOS DE NEGLIGENCIA.....	18
4.1 g.- CLASIFICACIÓN DE NEGLIGENCIA EN EL CUIDADO ORAL SEGÚN EL ESTUDIO PRESENTE.	188
4.1 h.-FACTORES TOMADOS EN CUENTA EN LA ENCUESTA DE JAMIESON Y THOMPSON.....	20
NIVEL DE CUIDADO ORAL	20
FRECUENCIA DE CEPILLADO Y CONOCIMIENTO DE TÉCNICAS BUCALES.....	20
CEPILLADO DENTAL.....	21
4.1 i.- CONSUMO DE ALIMENTOS ENTRE COMIDAS.....	22
4.1 j- FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SALUD ORAL	22
4.1k.- NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y CONOCIMIENTOS GENERALES SOBRE CUIDADO E HIGIENE BUCAL.....	22
4.1l.- RELACIÓN ENTRE EDAD Y NIVEL DE CUIDADO ORAL	23
4.1 m .- NEGLIGENCIA DENTAL Y SU RELACIÓN CON EL GÉNERO.....	24
4.1.n .-DESCUIDO DENTAL	24
4.1 o .- ENFERMEDADES BUCODENTALES	25
4.1p.- ENFERMEDADES ORALES MÁS COMUNES RELACIONADAS A NEGLIGENCIA DENTAL.....	25
PLACA BACTERIANA	25
CARIES DENTAL	26
PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CARIES	26
ENFERMEDAD PERIODONTAL	27
CÁNCER ORAL	28
4.2.-ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	29

5.- HIPÓTESIS	33
CAPÍTULO II	
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	34
1.-MARCO METODOLÓGICO.....	35
Tipo de Investigación:	35
2.-POBLACIÓN Y MUESTRA.....	35
2.1.- Criterios de selección.....	35
3.-OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	36
4.- INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	37
4.1.- Instrumentos documentales.....	37
4.2.- Instrumentos mecánicos.....	37
4.3.- Materiales.....	37
4.4.- Recursos.....	37
5.-Procedimiento para la toma de datos.....	37
5.1.-Ubicación espacial.....	37
5.2.-Ubicación temporal.....	37
5.3.- Procedimientos de la toma de datos.....	38
5.3. a. -Método de examen utilizado por los examinadores.....	38
7.- Aspectos bioéticos.....	38
CAPÍTULO III	
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	39
1.-RESULTADOS	40
2.-DISCUSIÓN.....	43
3.- CONCLUSIÓN.....	46
ANEXOS.....	50

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No 2 .- Distribución de la muestra de acuerdo a genero	40
Tabla No 3.- Distribución de la muestra de acuerdo a la edad	40
Tabla No 1.-Relación entre nivel de instrucción y negligencia	41

RESUMEN

OBJETIVO : Relacionar el nivel de instrucción y negligencia dental en las personas de 45 a 65 años de edad pertenecientes a la parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca en el año 2017 .**MATERIALES Y MÉTODOS:** El enfoque del estudio fue cuantitativo con un diseño descriptivo caso control , para la toma de datos se utilizó el cuestionario realizado por Jamieson LM, Thomson WM **RESULTADOS:** En los resultados se evaluó el Odds Ratio (OR) de cada factor asociado, además se pudo determinar los niveles de negligencia y su relación con el nivel de instrucción educacional de cada paciente ya que con lo investigado la mayoría de los encuestados la presentaban, y asociarla al género y la edad **CONCLUSIÓN:** El nivel de instrucción no es un factor de riesgo para el desarrollo de negligencia con un OR=0.6 IC 95% (0.43-0.89) por tanto los niveles de instrucción altos y bajos no van a influir en el desarrollo de la misma .

PALABRAS CLAVE: Negligencia dental, instrucción, género, edad

ABSTRACT

OBJECTIVE: To find the relationship between the level of dental instruction and negligence in people from 45 to 65 years of age belonging to the Gil Ramírez parish of the city of Basin in 2017. **MATERIAL AND METHODS:** The focus of the study was qualitative with A descriptive design, control case, the questionnaire was carried out by Jamieson LM, Thomson WM **RESULTS:** In the results, the Odds Ratio (OR) of each associated factor was evaluated, in addition the levels of negligence and its Relationship with the level of educational instruction of each patient as the majority of the respondents investigated and present it to gender and age. **CONCLUSION:** The level of instruction is not a risk factor for the development of negligence with an OR = 0.6 IC 95% (0.43-0.89) therefore high and low levels of instruction will not influence the development of it.

KEY WORDS: Dental neglect, instruction, gender, age

INTRODUCCIÓN

El conocimiento de las personas actualmente va en aumento en los diferentes niveles de educación : primaria , secundaria y universitaria , gracias al interés y perfeccionamiento individual de cada persona a nivel global , pero este tipo de conocimiento nos da un vacío en cuanto a la relación en diferentes actividades, actitudes y aptitudes diarias de manera general y en este estudio en particular a la actitud de las personas ante la negligencia dental enmarcada en los hábitos de higiene oral .

Muchas de las personas no ponen demasiada importancia en la higiene oral como parte de la salud, por tanto, es necesario conocer el motivo del descuido para solucionar los problemas sociales en cuanto a negligencia dental y en uno de sus factores de riesgo más importantes por los cuales nos enfocamos es el nivel de instrucción educacional.

Las personas que son negligentes independientemente de su instrucción escolar tienen el mismo resultado en cuanto a la presencia de caries, pérdidas dentales, periodontopatías, lo que afecta su calidad de vida y el desenvolvimiento social desde la masticación , fonación y estética. Sin embargo en algunos individuos la sensación de rechazo evoluciona y en un lapso de tiempo hacen caso omiso al problema y llevan su vida con normalidad sin presencia de complejos ya sea por desconocimiento o por falta de recursos económicos, por tanto la pregunta sería: ¿Afecta el nivel de instrucción de cada una de las personas para el desarrollo de negligencia? ⁽¹⁾⁽²⁾

En nuestra sociedad en general todavía hay un gran desconocimiento de los correctos hábitos del cuidado oral, muchas veces es por falta de una guía, pudiendo ser transmitida de generación en generación, sin tomar en cuenta los daños que se van produciendo con el tiempo.

En otros casos el cuidado dental es relacionado con conceptos de estética y se piensa que solo personas con empleos en donde juega un papel importante la imagen requieren un cuidado dental extenso.

Por tanto, se desea conocer el nivel de instrucción educativo y su relación con la negligencia dental de cada persona , para así poder desarrollar un plan a futuro y seguir motivando el correcto cuidado dental.

CAPITULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El problema que se investigo fue el nivel de instrucción educacional y su relación con la negligencia en la salud oral que presentan las personas de entre 45 a 65 años de edad pertenecientes a la parroquia Gil Ramírez Dávalos ,en la actualidad dentro de la ciudad de Cuenca existe un nivel considerable de personas que no conocen sobre una higiene oral adecuada, en otros casos algunas personas solo la ignoran por variedad de causas sean socioculturales o económicas, sin embargo no se conocen cifras exactas que confirmen estas supuestas afirmaciones , la interrogante principal para plantear esta investigación fue: ¿cuál es el nivel de relación entre nivel de instrucción y negligencia dental en personas de 45 a 65 años de edad pertenecientes a la parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca en el año 2017?

2.-JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se enfocara en estudiar la relación entre el nivel de instrucción y negligencia en el cuidado oral que se presenta en las personas de entre 45 a 65 años de edad que habitan en la parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca , ya que es frecuente observar el desconocimiento que poseen las personas referente a su cuidado dental y la importancia de dicho tema , sin embargo hasta la actualidad no se ha realizado ningún estudio pertinente a nivel nacional en donde existan datos estadísticos, ni causas específicas obtenidos con estudios científicos .

Dicho estudio va a otorgar una contribución en el ámbito científico ya que va a conceder cifras claras y verídicas que pueden ser utilizadas para posteriores investigaciones a nivel de Latino América, a su vez también va a contribuir en el ámbito social ya que posterior a esta investigación con estadísticas más acertadas se podría diseñar un plan de contingencia para así reducir los niveles obtenidos en esta investigación , beneficiando así a los pobladores del sector en estudio, por último, va a tener relevancia humana ya que las estadísticas obtenidas van a revelar los niveles de negligencia y su relación con los niveles de instrucción , así junto con el plan de contingencia a futuro se podría educar a los pobladores para mejorar su salud y calidad de vida.

El interés para desarrollar dicho estudio se enfoca en el ámbito personal ya que se desea obtener con el mismo el título profesional de odontólogo otorgado por la Universidad Católica de Cuenca.

Los recursos financieros son obtenidos por cuenta propia, los recursos académicos son conseguidos de artículos científicos encontrados en buscadores como Scielo, Pubmed y Research Gate. El tiempo que tomó dicho estudio es de 1 año aproximadamente.

Con respecto a las líneas de investigación de la Universidad Católica de Cuenca encaja en la línea de atención integral de la salud familiar con sub-línea en atención primaria y evaluación de normas y programas de salud.

3.- OBJETIVOS

GENERAL

Relacionar el nivel de instrucción y negligencia dental en las personas de 45 a 65 años de edad pertenecientes a la parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca en el año 2017

ESPECÍFICOS

- Conocer si existe relación entre la edad y la negligencia dental.
- Determinar si existe relación entre género y la negligencia dental.

4.-MARCO TEÓRICO

4.1.- NIVELES DE INSTRUCCIÓN EDUCACIONAL

4.1 a.- NIVEL PRIMARIO

Según el Ministerio de Educación del Ecuador en su última normativa el nivel primario o básico consta de 10 años de estudio que van desde el primer año de básica hasta decimo de básica , siendo el más accesible a nivel nacional , ya que últimamente se han implementado planes de desarrollo educacional facilitando el acceso al mismo a gran escala para la mayoría de niños tanto en zonas rurales como en zonas urbanas , sin embargo hace algunas décadas el acceso a dicha educación era mas difícil ya que se consideraba que solo aprender a leer y a escribir era lo necesario para poder desarrollarse en la vida diaria, presenciando en la actualidad un número considerable de personas adultas que solo han cursado los primeros años del nivel básico.

4.1 b.- NIVEL SECUNDARIO O BACHILLERATO

El nivel secundario consta de 3 años posteriores al nivel básico, por lo general es en donde las áreas de estudio se especializan en distintas ramas sean técnicas o científicas, dependiendo las preferencias de cada alumno, considerado como algo muy necesario en la actualidad ya que sin este nivel de estudio cursado las oportunidades de empleo son disminuidas en grandes proporciones desmejorando así la calidad de vida de las personas.

4.1 c.-NIVEL SUPERIOR UNIVERSITARIO

Consta por lo general de 5 años de estudio fuera de años de especialidad o posgrado, siendo el menos exequible para las personas ya que el gobierno garantiza la educación primaria y secundaria gratuita sin embargo la universitaria es mucho más selecta y en algunos casos estos servicios son privados, únicamente otorgados a jóvenes de recursos económicos medios o altos con reducidas posibilidades de ingreso a jóvenes de recursos económicos bajos.

4.1 d. - NEGLIGENCIA

Se define como negligencia a la falta de cuidado, aplicación y diligencia de una persona en las actividades que realiza, en especial en el cumplimiento de una obligación. Muchas de las veces ciertas actividades no se cumplen de forma correcta ya que a pesar de ser conocidas, no se realiza en su totalidad generando de esta manera un estado negligente en un individuo ⁽¹⁾⁽³⁾

4.1 e.- NEGLIGENCIA DENTAL

Se detalla como negligencia dental al acto en el cual se realiza un cuidado ineficiente en la cavidad oral. En teoría cada uno de los individuos debe tener un cuidado oral adecuado y con un tiempo necesario para poder realizarlo de manera correcta, con motivación, prevención, educación e instrucción de higiene oral. ⁽²⁾

4.1.f.-TIPOS DE NEGLIGENCIA

NEGLIGENCIA ACTIVA

Fallo intencional para cumplir con las responsabilidades de cuidado

NEGLIGENCIA PASIVA

Presencia de incumplimiento involuntario para el cumplimiento de las responsabilidades con respecto al cuidado oral.

4.1 g.- CLASIFICACIÓN DE NEGLIGENCIA EN EL CUIDADO ORAL SEGÚN EL ESTUDIO PRESENTE.

Para realizar una clasificación sobre los niveles de negligencia que podemos encontrar se debe tomar en cuenta una serie de factores sobre todo la presencia de hábitos y enfermedades a nivel de la cavidad oral que poseen las personas en su vida cotidiana, los parámetros son:

- Cuidado dental en el hogar , e importancia de la salud oral

- Nivel de cuidado oral que se recibe
- Necesidad de atención dental
- Frecuencia de cepillado y conocimiento de una técnica correcta
- Control de alimentos entre comidas
- Rango de importancia que tiene la salud oral

En la entrevista que se realiza para determinar estos parámetros se expresa un nivel que va de uno al cinco, siendo uno el nivel de negligencia más bajo y cinco representando un nivel de negligencia alto con intermediarios de dos tres y cuatro.

VALORACIÓN DE 6 HASTA MENOS DE 10 : EXPUESTO

- Cuidado dental en el hogar , e importancia de la salud oral
- Necesidad de atención dental frecuente
- Frecuencia de cepillado de 3 veces al día y conocimiento de una técnica correcta
- Control de alimentos entre comidas evitando lo que más se pueda la cantidad de alimentos azucarados y con carga alta de carbohidratos
Prioridad alta con respecto a salud oral.

VALOR MÁS DE 10 A 30 NO EXPUESTO

- Cuidado dental en el hogar , e importancia de la salud oral bajo
- Nivel de cuidado oral casi nulo
- Necesidad baja de atención dental
- Frecuencia de cepillado de una vez al día o ninguna y desconocimiento de una técnica correcta
- Control nulo de alimentos entre comidas
Baja prioridad con respecto a importancia que tiene la salud oral. ⁽⁴⁾

4.1 h.-FACTORES TOMADOS EN CUENTA EN LA ENCUESTA DE JAMIESON Y THOMPSON

NIVEL DE CUIDADO ORAL

Algunos conocimientos referentes a salud oral no siempre están asociados a los comportamientos de cada una de las personas con respecto a prevenir patologías orales, siempre se ha relacionado que un mayor conocimiento académico puede provocar mejores acciones en la salud , realizando modificaciones en el comportamiento individual provocaría el aumento de uso de servicios de salud en los primeros síntomas de una enfermedad. El conocimiento puede ser adquirido a lo largo de toda la vida ya sea por vivencias y experiencias o también obtenido de modo científico que es considerado como eficaz basado en información verídica, sin embargo en algunos casos a pesar de ser adquiridos no se los practica de manera adecuada ⁽⁵⁾.

NECESIDAD DE ATENCIÓN DENTAL

El estado de salud oral es uno de los factores que todas las personas debemos darle la suficiente importancia ya que el sistema estomatognatico es fundamental en nuestro diario vivir , a saber que sin él no se desarrollaría con normalidad el crecimiento corporal ni la vida. Sin embargo en el Ecuador no se tiene datos precisos de un nivel de cuidado oral por poblaciones ,o por edades siendo bastante inexacto , muchas de las veces se piensa que la perdida de las piezas dentales va de la mano con el avance de la edad , el cual es un dato completamente erróneo que debe ser erradicado . Al consultorio dental los pacientes acuden siempre y cuando exista la presencia de dolor o alguna molestia, Siendo este un patrón que es observado a diario , pocas de las veces acuden para realizar un tratamiento preventivo, generando poca importancia respecto a los cuidados orales adecuados , pensando que son incensarios o muy costosos. ^{(6) (7)}

FRECUENCIA DE CEPILLADO Y CONOCIMIENTO DE TÉCNICAS BUCALES

Con respecto a la frecuencia de cepillado las recomendaciones profesionales de realizarlo son de 3 veces al día en un periodo mínimo de 2 a 3 minutos utilizando la técnica de Bass o modificada , hipotéticamente este sería la regla que todo individuo debe seguir sin embargo en la realidad las personas no acatan este protocolo ya sea por falta de tiempo o desconocimiento , en el estudio realizado en el año 2009 por Ganns C realizado a 103 individuos se determinó que la frecuencia de cepillado es de 2 veces al día en un tiempo de 36 segundos y la técnica que más se utilizo fue la técnica de barrido

con un 73.8 % de frecuencia de uso y en los demás participantes se observaron técnicas empíricas y no se observó a ninguna persona utilizando la técnica de Bass modificada demostrando una negligencia a gran escala.^{(8) (9)}

CEPILLADO DENTAL

Una de las principales causas para que se dé el surgimiento de enfermedades a nivel de la cavidad oral es el desconocimiento de una técnica de cepillado, y no conocer una frecuencia correcta de la misma. El cepillado adecuado es beneficioso pero en algunos casos puede producir daños ya que si la consistencia de las cerdas dentales es demasiada dura dará lugar a abrasiones a nivel cervical de las piezas dentales.

Es una práctica que se incluye entre las normas higiénicas consideradas como imprescindibles. Involucra el compromiso de las tres áreas de la conducta, tanto en el profesional como en el paciente:

- a. Área cognitiva: porque para desarrollarse necesita fundamentarse en el conocimiento de la etiología de la caries;
- b. Área procedimental: porque requiere la incorporación de un hábito motor.
- c. Área actitudinal: porque implica alcanzar o poseer adecuada motivación y cambios de conducta duraderos.

En la enseñanza-aprendizaje del control de la placa bacteriana se debe organizar las experiencias de forma continua, dando al paciente información y obligándole a adquirir destreza para poder enseñarle técnicas de complejidad mayor y siempre integrada en el plan de atención clínica, de forma que la técnica aprendida sea adecuada para eliminar la placa de dicho paciente en su situación clínica personal.⁽⁷⁾

TÉCNICA DE BASS

Es una de las técnicas más recomendadas ya que abarca la mayoría de las superficies dentales, en esta técnica se recomienda utilizar un cepillo de cerdas suaves así evitamos la abrasión de las piezas dentales y posibles lesiones a las mucosas, la técnica consiste en colocar al cepillo en un ángulo de 45 grados con respecto al eje longitudinal del diente, las cerdas del cepillo tienen que ingresar en los espacios interdientales y sobre todo a nivel del surco gingival para así facilitar la remoción de placa bacteriana de este espacio, se deben realizar pequeños movimientos vibratorios y un movimiento de barrido hacia la cara oclusal.⁽¹⁰⁾

4.1 i.- CONSUMO DE ALIMENTOS ENTRE COMIDAS

En la actualidad existe una variedad significativa de alimentos que son de fácil acceso y muchas veces de preparación rápida o vienen listos para su consumo , estos alimentos son preparados a base de algunos elementos sintéticos como es el caso de las azúcares y carbohidratos, dada la facilidad del acceso a estos alimentos las personas los adquieren a todas horas sobre todo entre comidas , en el estudio de Dho Maria, realizado en el año 2015 del total de participantes el 92.3% afirman que consumen alimentos entre comidas , también se pudo determinar que el factor socioeconómico y educativo tiene mucho que ver ya que las personas más pudientes y con educación universitaria son las que con más frecuencia consumen alimentos cariogénicos como caramelos, golosinas ,tortas entre otros siendo este el momento en donde cada individuo es vulnerable a enfermedades en la cavidad oral ^{(5) (9) (11)}

4.1 j- FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SALUD ORAL

Las enfermedades orales son patologías que se van a ir acumulando con el pasar de los años y estas a su vez van a ir incrementando su complejidad y su nivel de molestia va a pasar de moderada a severa, muchas de las veces para el desarrollo de las mismas se van a ver involucrados una serie de factores sociodemográficos del medio en el que se desarrolla cada individuo ya que estas diferencias son marcadas a nivel tanto continental como en cada país. ^{(12) (13)}

4.1k.- NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y CONOCIMIENTOS GENERALES SOBRE CUIDADO E HIGIENE BUCAL

En la actualidad muchas de las veces se piensa que el nivel de cuidado oral está relacionado con el nivel de instrucción sin embargo no se han encontrado muchos estudios con una exactitud a nivel nacional que confirme la veracidad de lo que se menciona, convirtiendo esa idea en algo general que todavía no ha sido desmentida del todo . ⁽¹⁴⁾

Con respecto al estudio realizado por Díaz S en el año 2017 titulado “Impacto de Salud Oral sobre Calidad de Vida en Adultos Jóvenes de Clínicas Odontológicas Universitarias” se pudo encontrar que personas con el nivel de educación bajo tenían un nivel alto de deficiencia con respecto a su higiene bucal influyendo radicalmente en su calidad de vida con un 54.8% a diferencia de las personas con nivel de educación alto en donde tenían

conocimientos básicamente aceptables sobre el cuidado dental demostrando que la calidad de vida se encontraba afectado en un 33% indicando que el nivel de educación si influye en la calidad del cuidado oral ⁽¹⁵⁾

En el Estudio realizado por Limonta E en el año 2009 en donde se tomó como referencia a 111 sujetos de estudio en donde se determinaba si el nivel de higiene oral era adecuado o no adecuado, se analizó a personas con un nivel educativo desde ninguno hasta educación universitaria y se determinó que todos poseía un conocimiento inadecuado hasta del 100% sobre salud oral sin influir su nivel educativo presentando deficiencias en conocimientos de control de placa bacteriana , enfermedades bucales más frecuentes , prevención e importancia de las estructuras bucales . ^{(16) (17)}

4.11.- RELACIÓN ENTRE EDAD Y NIVEL DE CUIDADO ORAL

Respecto a este tema muchas de las veces se ha relacionado la edad y el nivel de aplicación de las prácticas que conllevan una correcta salud oral, ya que existen distintos factores como la motricidad de cada individuo, los conocimientos correctos, el factor tiempo y el orden de prioridades.

La manera de idealizar la higiene oral y el desarrollo de cada individuo es bastante equivoco en el medio de estudio, ya que muchas madres piensas que en edades muy tempranas un niño no requiere de atención oral profesional por la idea de que las piezas en la cavidad del niño son deciduas y por tanto van a cambiar tarde o temprano, desconociendo las patologías que conllevan dicho descuido, visualizando sin embargo la destrucción dental, otra de las razones es la falta de accesibilidad a servicios de salud oral en los centros de salud públicos, y el miedo a utilizar medicamentos prefiriendo medicinas caseras a base de plantas o remedios recomendados por familiares o allegados.

Esta idea se va transmitiendo día a día de individuo a individuo y así sucesivamente sigue la continuación de ella, llevando a daños de gran magnitud como son la presencia de patologías dentopulpaes, lesiones de los gérmenes de piezas permanentes, falta de espacio para la nueva pieza a brotar, y mal posición dental.

El pensamiento continua con la persona con el pasar de los años dejando a la salud oral en segundo plano frente a otras necesidades, así el nivel de negligencia oral va solidificándose con el pasar de los años relacionando al embarazo con la pérdida dental o a la edad avanzada con la enfermedad periodontal, catalogándolas como algo normal en

esas etapas de la vida sin saber que dichas patologías se puede prevenir de manera eficaz aplicando desde un inicio la prevención en lapsos de tiempo determinados .⁽¹⁸⁾

4.1 m .- NEGLIGENCIA DENTAL Y SU RELACIÓN CON EL GÉNERO

Dentro de nuestra sociedad existe una diferencia marcada entre el género y el desarrollo de su rol en el medio , así mismo la atención con respecto a salud oral y cuidados generales y su frecuencia es diversa ,en el caso del hombre este es marcado como el sustento de cada hogar , y el que realiza los trabajos duros , el en el caso de las mujeres son las encargadas de mantener y velar por el vínculo familiar ,alimentación y cuidados generales tanto del esposo como de los hijos desde el nacimiento.

Así mismo todas estas actividades pueden marcar significativamente en la importancia general al cuidado dental , ya que como se mencionó anteriormente las mujeres en el hogar están más encaminadas al cuidado de la salud en general de cada integrante de la familia , por este motivo la importancia personal de su cuidado puede ser mayor , esto se confirma en el estudio realizado por Chocarro L. en el año 2012 denominado” Análisis de diferencias de género en el cuidado dental “ el cual fue realizado con 205 integrantes de nacionalidad española constando con 91 hombres y 114 mujeres demostrando que en el nivel de importancia las mujeres tenían niveles más altos en el rango de mucha importancia con un valor de 62.7% versus al 0% que le daba poca importancia con un valor medio de 25.4%, en el caso de los hombres demostraron que el nivel de importancia en el rango de mucha importancia solo llega al 37.3 % versus al rango de poca importancia en donde se calculó un 100% con un intermedio de 61.5% .^{(19) (20) (21)}

4.1.n .-DESCUIDO DENTAL

Mantener una correcta salud Bucodental, no sólo es sinónimo de belleza, sino más bien va relacionado a un nivel de limpieza y correcta función de los elementos de la cavidad bucal, además puede ayudarnos a prevenir una serie de problemas de salud en diversas partes del organismo, asociados a una incorrecta higiene bucal, por tal motivo es importante tener un nivel de higiene optimo que garantice la eliminación de bacterias.⁽⁵⁾
(6)

La relación que existe entre el nivel de higiene muchas veces está asociada al nivel aceptación por parte de la sociedad y por tanto el autoestima que poseen las personas,

en muchos casos esto juega un papel importante para el desarrollo de cada individuo tanto moral como laboralmente.

Se debe tener conocimientos de una correcta técnica de cepillado, frecuencia de cepillado al día, uso de seda dental, visitas programadas al odontólogo para realizarse una limpieza más profunda ,y verificación de la presencia o no de alguna patología, todas estas instrucciones mencionadas deberían ser cumplida por cada una de las personas , sin embargo la mayoría de personas no las toman en cuenta , tomando como primera y muchas veces la única manera de mantener su salud oral “aparentemente correcta” el uso de cepillo dental, el cual se da un uso indefinido, volviéndose con el pasar de los días un foco de infección , desconociendo la recomendación de cambio cada 3 meses. ⁽²²⁾

4.1 o .- ENFERMEDADES BUCODENTALES

En la actualidad la mayoría de las enfermedades de la cavidad oral comparten factores de riesgo comunes con otras patologías no trasmisibles como por ejemplo las enfermedades cardiovasculares, cánceres, diabetes y enfermedades respiratorias.

Estos factores de riesgo incluyen:

- Dieta no saludable ricas en azúcar
- Consumo de tabaco y drogas
- Alcohol. ⁽¹⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS), afirma que las enfermedades bucodentales más frecuentes son la caries dental, las afecciones periodontales, mal oclusiones, alteraciones de tejidos blandos, cáncer de boca, y las lesiones congénitas ⁽²⁾

4.1p.- ENFERMEDADES ORALES MÁS COMUNES RELACIONADAS A NEGLIGENCIA DENTAL.

PLACA BACTERIANA

Para poder hablar de distintos tipos de enfermedades orales, se debe iniciar hablando por uno de los factores desencadenantes más comunes como es la placa bacteriana.

Se define como placa bacteriana o conocido como biofilm a un conjunto de bacterias que forman una comunidad en áreas de la cavidad bucal en donde la limpieza es limitada, por

tanto fragmentos alimenticios se van a adherir a las superficies de los tejidos de la cavidad bucal sobre todo en los dientes, llegando a desmineralizarlos produciendo así caries dental o puede ingresar en los tejidos blandos provocando así enfermedad periodontal.

CARIES DENTAL

La Organización Mundial de la Salud define a la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial, que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el ablandamiento del tejido duro de la pieza dental y que evoluciona hasta la formación de una cavidad la cual si no es tratada a tiempo puede llevar a consecuencias con mucha más severidad. ⁽²⁾

Afecta entre un 60 90 % en la infancia a nivel mundial, pero puede afectar a todas las edades y constituye un reto importante en salud pública. ⁽¹⁾

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CARIES

Esta patología es uno de las principales molestias que provocan que el paciente acuda al consultorio dental sin embargo muchas de las veces ellos desconocen cuál es el factor real para la producción de la misma, comúnmente asociándola con el excesivo consumo de azúcar, así demostrando un conocimiento parcial pero no completo del porque se produce esta patología.

Por tanto es necesario conocer los niveles de prevalencia que posee y los factores de riesgo que provocan esta enfermedad para así estar más familiarizados y saber cuál es la magnitud del problema al que nos enfrentamos par así tomar las medidas pertinentes .⁽⁶⁾

En el estudio realizado por Olmos P en el año 2013 en Uruguay, se realizó un análisis de COP en personas de varias edades a partir de los 18 años y se pudo determinar que el nivel de CPO fue de 4.8 y en personas de 74 años de edad siendo de 24,4 y en personas de 35 a 44 años el índice fue de 15.8 , con respecto al sexo se pudo determinar que en los hombres es de 25.1 y en el de mujeres fue menor con una cifra de 23.2 . ⁽²³⁾

En la actualidad existe un sin número de estudios en donde se corrobora cuáles son los principales factores que pueden desencadenar dicha enfermedad, el estudio realizado por Gómez J en el año 2014 propone que los principales factores de riesgo son:

- Bacterias Cariogénicas
- Ausencia o baja producción de saliva
- Malos hábitos
- Estilo de vida
- Deficiencia de higiene bucal⁽²⁴⁾

ENFERMEDAD PERIODONTAL

La enfermedad periodontal es un problema mayor de salud pública que supone un reto para los sistemas sanitarios en todo el mundo. Progresa de manera silenciosa para los pacientes hasta que alcanza fases avanzadas⁽²⁵⁾

El término "enfermedad periodontal" es un nombre genérico, utilizado para describir un grupo de enfermedades que afectan los tejidos de soporte y protección del diente⁽³⁾

Las enfermedades periodontales están relacionadas con la presencia de microorganismos en la superficie dentaria y tejidos vecinos, a pesar de ser más prevalente en adultos, estas enfermedades pueden afectar a niños y adolescente todo va a depender del nivel de cuidado y aseo que mantenga cada una de las personas⁽²⁵⁾

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ENFERMEDAD PERIODONTAL

Cuando se habla de enfermedad periodontal se podría decir que es una de las principales que padecen las personas adultas en donde se ven afectadas las encías en ciertos grados dependiendo de muchos factores, ya que por el pasar de los años se va dando una acumulación de placa ayudando a la formación de bolsas periodontales afectando así a la salud del surco gingival provocando un inminente sangrado dental que muchas veces pasa desapercibido por el paciente o simplemente hace caso omiso del mismo.

A pesar de los avances realizados en la ciencia relacionados a la salud oral todavía en la actualidad no se puede solucionar con totalidad los problemas que causan la enfermedad periodontal, siendo unos de los principales problemas a los que nos enfrentamos en la consulta dental día a día.

En el estudio realizado por Giacaman R. en el año 2016 titulado "Epidemiología del estado de salud periodontal en el VII Región de Maule, Chile", utilizó una muestra de 2414

personas se pudo determinar que la mayoría del grupo de 35 a 44 años presentó niveles moderados de placa bacteriana 74,5% y niveles moderados de inflamación gingival con un 91,0%. En los participantes de 65 a 74 años, el nivel moderado de placa bacteriana fue el más prevalente 62,7%, así como la inflamación gingival 84,6%. La gran mayoría de la población de 35 a 44 años, presentó cálculo u otros factores retentivos de placa bacteriana con un 77,2%, siendo el grupo etario que presenta la mayor prevalencia de esta característica. En su mayoría, los adultos mayores de 65 a 74 años tenían cálculo y otros factores retentivos de placa bacteriana 65,8%,^{(26) (27)}

Muchas pueden ser las causas que pueden generar el desarrollo de la enfermedad periodontal que puede afectar a la variedad de pacientes, en el estudio realizado por Páez- Gonzales Y. nos demuestra que los principales factores de riesgo son:

- Higiene bucal deficiente con un 70 % de población afectada,
- Caries dental con un 45%
- Mal oclusión con un 12.5%
- Dientes perdidos no restituidos 27.5%
- Odontología iatrogénica 10%
- Tabaquismo con un 6.25%.⁽⁵⁾

CÁNCER ORAL

Se define como cáncer oral a la proliferación celular sin control, dándose una pérdida del control de los órganos pluricelulares, produciéndose una mitosis repetida y anormal , invadiendo cualquier parte del organismo a un crecimiento sin control de células anormales ,y como consecuencia dañan y destruyen tejidos sanos .

Las lesiones cancerígenas tanto de labios, cavidad bucal y faringe está dentro de las 10 primeras localizaciones de incidencia de cáncer a nivel mundial, incluyen son más frecuentes en hombres y con mayor incidencia pasados los 40 años sin variedad con respecto a su ubicación geográfica.⁽²⁷⁾

FACTORES DE RIESGO

Uno de los principales factores de riesgo es el tabaquismo, el alcoholismo, también puede originarse por estados como sepsis bucal, dientes con bordes filosos , prótesis dentales desajustadas , radiación solar , dieta escasa de nutrientes adecuados .⁽²⁸⁾

4.2.-ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Obra: Artículo de Revista Las escalas de negligencia dental y de indiferencia dental comparadas. ⁽¹⁾

Autor: Jamieson LM , Thomson WM .

Resultados: En total, 478 personas (78,2%) devolvieron el cuestionario. La puntuación media de negligencia dental fue 12,4 (DE 4,4). La puntuación media de la escala de indiferencia dental fue de 3,1 (DE 1,9). La asociación entre las puntuaciones de las escalas fue moderada ($r = 0,58$, $P < 0,01$), y sólo hubo un moderado grado de concordancia entre ambos. Las dos escalas tuvieron asociaciones en gran parte similares con características socio-demográficas, de cuidado bucal y de autocuidado, y de impacto en la salud oral, aunque se encontraron ligeramente más asociaciones con la escala de Indiferencia Dental. Se encontró que la escala de negligencia dental era más fácil de usar que la escala de indiferencia dental porque no requería un algoritmo complejo para calcular las puntuaciones de escala.

Obra: Artículo de revista. La Escala de negligencia dental en adolescentes ⁽²⁾

Autor: Coolidge Trilby, Heima Masahiro , Johnson Elissa y Weinstein Philip

Resultados: En cada comparación, se observaron puntuaciones de DNS significativamente más altas en adolescentes con caries visible, que no se han sometido a un control en los últimos tres años o que no acuden a un dentista (todos los valores de $p < 0,05$). La fiabilidad test-retest del DNS fue alta ($CCI = 0,81$) y su fiabilidad interna fue aceptable (alfa de Cronbach = 0,60). El análisis factorial arrojó dos factores, que se caracterizaron por el cuidado en el hogar y la visita a un dentista.

Obra: Artículo de Revista. Impacto de la escala de negligencia dental en el estado de salud bucal entre diferentes profesionales en la ciudad de Indore - un estudio seccional transversal ⁽²⁹⁾

Autor: Pubali Sarkar

Resultados: Un total de 400 estudiantes de diferentes colegios fueron reclutados para el estudio. [Tabla / Fig-1 muestra el espectro de estudiantes reclutados para el estudio. [Tabla / Fig-2] muestra las respuestas del artículo de la escala de negligencia dental por los participantes. [Tabla / Fig-3] Los sujetos se dividieron en dos grupos de acuerdo con las puntuaciones de escala de negligencia dental (≤ 15 y > 15). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación de DNS y la frecuencia de los dientes cariados, faltantes y llenos.

Obra: Artículo de revista. Propiedades psicométricas y la prevalencia, intensidad y causas de los impactos orales sobre el desempeño diario (OIDP) en una población de ancianos tanzanos⁽³⁰⁾

Autor: IA Kida

Resultados: Un total de 511 (tasa de participación del 85,2%) urbana y 520 (tasa de participación del 86,7%) de población rural entre 50 y 100 años (edad media: 62,9; DE = 10,6; hombres: 46,4%; Una extensa entrevista personal seguida de un examen clínico de boca completa. La prevalencia de la pérdida de dientes (≥ 1 diente debido a cualquier razón) fue 85,5% en áreas urbanas y 82,1% (pérdida de dientes 6.1, SD = 6,4 significar) (media de la pérdida de dientes 5.9, SD = 6,6) en las zonas rurales

Obra: Artículo de Revista .Negligencia Dental como una Auditoría del Comportamiento de la Salud Bucal-Un Sistema Revisión de literatura⁽¹³⁾

Autor: Amit Kumar

Resultados: Entre los 385 artículos obtenidos mediante búsqueda electrónica, sólo ocho estudios

Revisión sistemática de la literatura. La negligencia dental varió con la edad y el género. Bajo nivel educativo junto con los bajos ingresos y clase social se asoció con alto abandono dental. Personas con la actitud negligente y el comportamiento negativo hacia la salud oral obtuvieron puntajes altos en la escala de negligencia dental.

Obra: Artículo de revista La relación de la alfabetización en salud bucal y la autoeficacia con el estado de salud oral y el descuido dental⁽¹⁷⁾

Autores: Lee Jessica, Divaris Kymon, Baker Diane, Rozier Gary, Vann Willam

Resultados: Menos de un tercio de los participantes calificaron su OHS como muy bueno o excelente. Un OHL más alto se asoció con un mejor OHS (para un aumento REALD de 10 unidades: razón de prevalencia multivariado = 1.29, intervalo de confianza del 95% = 1.08, 1.54). OHL no se correlacionó con DN, pero la autoeficacia mostró una fuerte correlación negativa con DN. La autoeficacia se mantuvo significativamente asociada con DN en un modelo completamente ajustado que incluía OHL.

Obra Artículo de revista. Descuido dental entre adolescentes universitarios en Virajpet, India. ⁽²²⁾

Autor: Sequeira Simon , Jain Jitesh , Battur Hemant

Resultados: Seiscientos adolescentes completaron satisfactoriamente el cuestionario DN. De estos, más de la mitad de los participantes del estudio (58.5%) eran mujeres. Su edad promedio fue 16.33 (desviación estándar = 0.63 rango = 15-18). Más de tres cuartos (76%) del ingreso familiar del participante (por año) fue de 1-2 lakhs. Más de la mitad (56.8%) de los adolescentes se habían sometido a un chequeo dental en los últimos 3 años y muchos de ellos (67.5%) no visitaron al dentista durante el tiempo de estudio.

Con respecto al ítem-1, más de la mitad de los encuestados (78.2%) respondieron que cepillaron tan bien como deberían. Con respecto al ítem-2, muchos de los encuestados (35.7%) respondieron que controlan los bocadoillos entre comidas tan bien como deberían. Para el ítem-3, más de la mitad de los encuestados (50.7%) respondieron que reciben la atención dental que deberían. En respuesta al ítem 4, más de la mitad de los sujetos (59%) respondieron que necesitan atención dental, pero la pospondrán. Con referencia al ítem-5, más de la mitad de los encuestados (62.7%) respondieron que continúan con su cuidado dental. En relación con el ítem-6, más de la mitad de los encuestados (59.2%) considera que su salud dental es importante.

Obra Artículo de revista Impacto de Salud Oral sobre Calidad de Vida en Adultos Jóvenes de Clínicas Odontológicas Universitarias ⁽¹⁵⁾

Autor: Díaz-Cárdenas Shyrley; Meisser-Vidal Anaya; Tirado-Amador Lesbia Rosa; Natalia Fortich-Mesa; Liliana Tapias-Torrado & Farith Damián González-Martínez

Resultados : La muestra estuvo integrada por un total de 400 adultos que asistieron a clínicas odontológicas universitarias de la ciudad de Cartagena, con edad promedio de 44,6 años (DE=13,7), el 54,7 % estaban en etapa de adultez madura y el 66,7 % eran de

sexo femenino, en su mayoría eran casados con el 27,5 %, católicos en un 69,2 % y de procedencia urbana con el 81,5 %, asimismo en mayor proporción pertenecían a un nivel socioeconómico bajo o muy bajo con el 86,2 %, el 79,7 % tenían ingresos menores a un salario mínimo legal vigente y 27,2 % poseían un nivel de formación académica técnica.

Con relación al motivo de consulta el 58,5 % acudió a las clínicas odontológicas universitarias por problemas estéticos, seguido por alteraciones en la oclusión; con relación al estado de salud oral el 89,5 % presentó un índice COP superior a 3, el 59 % tenía un índice de placa bacteriana superior al 15 %, el 50 % presentó restos radiculares y 35,7 % usaban prótesis dentales desadaptadas; con relación a los tratamientos realizados 62 % había recibido acciones de promoción y prevención de salud oral (Tabla I). Respecto al nivel de percepción del CVRSB según el índice GOHAI, el 60,2 % (241 pacientes) (IC 95 %: 55 - 65) presentó un impacto bajo de su salud oral sobre la CV, seguido de un impacto alto con el 33,2 % (133 pacientes) (IC 95 %: 28 - 37) y la frecuencia más baja fue el impacto moderado con un 6,5 % (26 pacientes) (IC 95 %: 4-8). Al evaluar la asociación entre el impacto de la salud oral con las características sociodemográficas se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el bajo nivel de escolaridad ($p=0,000$; OR=2,4; IC 95 % = 1,6-3,8), no presencia de seguridad social en salud ($p=0,002$; OR=1,9; IC 95 % = 1,2-2,8), con un alto impacto de CVRSB (Tabla II). Respecto a la asociación del impacto CVRSB con el estado de salud oral se encontraron diferencias estadísticamente significativas con la presencia de menos de 19 dientes ($p=0,000$; OR=3,6; IC 95 % = 2,3-5,8), restos radiculares ($p=0,000$; OR=6,5; IC 95 % = 4,1-10), cálculos ($p=0,000$; OR=5,3; IC 95 % = 3,3-8,4), cuando el motivo de consulta no era por control ($p=0,004$; OR=0,23; IC 95 % = 0,07-0,6) y cuando no le han realizado tratamiento de promoción y prevención ($p=0,000$; OR=0,29; IC 95 % = 0,19-0,4); al realizar el modelo multivariado, las variables que producen un impacto negativo sobre la CVRSB fueron el no contar con servicios de seguridad social (salud), presencia de menos de 19 dientes, de restos radiculares y de cálculos dentales ($p<0,05$) mientras que la presencia de altos índices de placa bacteriana y el pertenecer a bajos estratos socioeconómicos no presentó impacto negativo sobre la CVRSB.

Obra: Artículo de revista. Análisis de las diferencias de género en el cuidado bucodental
(19)

Autor: Chocarro Lourdes

Resultados: Las mujeres cuidan más su dentadura, ya que se cepillan con más frecuencia y utilizan más el hilo dental; ellas dan una mayor importancia a la estética y a la salud bucal que los hombres.

Obra: Artículo de revista .Higiene bucal en la población de San Francisco Antioquia y sus factores relacionados ⁽¹⁴⁾

Autor: Ospina Dorian, Herrera Yessid , Betancur Juan, Agudelo Hector, Posada Adriana

Resultados Del total de encuestados, el 65% era mujeres. La mayor proporción de participantes tenía entre 5 y 12 años (36,9%). Cerca del 95% de los individuos residía en viviendas en estrato socioeconómico bajo. En cuanto al aseguramiento, alrededor del 71% pertenecía al régimen subsidiado. Respecto al nivel educativo, el 81% no superaba la primaria Cuando se indagó por los hábitos relacionados con la salud oral, todos los encuestados afirmaron practicar el cepillado de los dientes, pero de estos, el 6% indicó no cepillarse diariamente. El 67% expresó cepillarse tres veces o más al día y el 48% no ha cambiado de cepillo hace más de dos meses. El uso de la seda dental es poco frecuente: el 43% no la usa; en el caso del enjuague bucal, solo lo utiliza el 30%. Por otro lado, el 92% de las personas expresó cepillarse la lengua. En cuanto al uso de los servicios de salud, el 61% respondió no haber ido al odontólogo en los últimos seis meses, y siete de los encuestados reportaron no haber asistido ni sola una vez a consulta odontológica. La razón más frecuente de la última atención odontológica fue por control, prevención y revisión rutinaria, mientras un 26% del total asistieron para tratar caries, dolor o infección. Al 64% de la población le resulta agradable asistir al odontólogo, y el 14,2% afirmó que el hecho de asistir al odontólogo le resultaba desagradable.

5.- HIPÓTESIS

El nivel de instrucción es un factor de riesgo y está relacionado con la negligencia dental.

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1.-MARCO METODOLÓGICO.

Enfoque: El enfoque de la investigación es cuantitativo ⁽³³⁾

Diseño de Investigación: Caso control ⁽³²⁾

Nivel de investigación: Descriptivo relacional

Tipo de Investigación:

- **Por el ámbito:** De campo
- **Por la técnica:** Comunicacional
- **Por la temporalidad:** retrospectiva

2.-POBLACIÓN Y MUESTRA.

La muestra de estudio estará constituida por “240” adultos de edad media entre los 45 a 65 años de edad con su respectivo cuestionario de preguntas, que corresponderán al total de encuestas realizadas en el estudio de negligencia a la atención odontológica.⁽³⁵⁾

2.1.- Criterios de selección:

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

2.1. a. -Criterios de inclusión: Se incluirán:

- A personas que están dentro de la edad especificada entre 45 a 65 años de edad habitantes en la parroquia Gil Ramírez Dávalos perteneciente a la ciudad de Cuenca

2.1. b-Criterios de exclusión: Se excluirán del estudio:

- Personas que no estén dentro del rango de edad.
- Gente que ejerza la profesión odontológica.

- Personas con deficiencia psicológica y con cierto tipo de discapacidad mental.

Tamaño de la muestra: Se calcula mediante la fórmula de muestreo para proporciones, con un nivel de confiabilidad del 95% y un error de 5%. Se utilizó el programa OPEN EPI de acceso libre. ⁽³²⁾ ⁽³³⁾

3.-OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Para la obtención del tamaño de la muestra, se utilizó el método por conveniencia utilizando un total de 450 encuestas de las cuales se seleccionó 240 fichas para la obtención de datos.

Indicador	Tipo	Escala	Dato
Negligencia	Cualitativo ordinaria	ordinal	Valor de 1y2 representa alta negligencia Valor de 3 representa media negligencia Valor de 4 representa baja negligencia Valor de 5 representa sin negligencia
edad	Cuantitativo discreta	de razón	45-65 años de edad
Genero	Cualitativo nominal	Nominal	Femenino Masculino
Nivel de instrucción	Cualitativo ordinal	ordinal	Primario Secundaria Superior técnica Superior universitario

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

4.1.- Instrumentos documentales:

La encuesta que se utilizará se basa en el cuestionario de Thomson (15) incluida en la encuesta de barreras al acceso odontológico, la mencionada encuesta consta de 5 niveles los cuales tienen opciones de fácil entendimiento y de respuesta rápida diseñado para personas de 45 a 65 años de edad posterior a esto, el ingreso de los datos recolectados en la parroquia estudiada se dará en el programa EPI INFO.

4.2.- Instrumentos mecánicos.

Para la toma de datos no se utilizó instrumentos mecánicos.

4.3.- Materiales.

Entre los materiales que se emplearon están, los materiales de escritorio

4.4.- Recursos.

Para llevar a cabo el estudio se necesitaran recursos humanos (Examinadores y Tutores) y recursos financieros (autofinanciados).

5.-Procedimiento para la toma de datos.

5.1.-Ubicación espacial.

La parroquia Gil Ramírez Dávalos es una unidad de organización política administrativa dentro de la ciudad Santa Ana de los Cuatro Ríos de Cuenca, que está ubicada en el centro austral de la República del Ecuador, es la capital de la provincia del Azuay, cuenta con 270 mil habitantes, su temperatura va de 7 a 15 grados centígrados en invierno y de 12 a 25 grados centígrados en verano. La superficie de área urbana es de 72 kilómetros cuadrados aproximadamente, tiene una alta cobertura de servicios básicos, es la tercera ciudad más importante de la República del Ecuador. Se caracteriza por su riqueza cultural y su gran variedad de museos. Está a 2500 metros sobre el nivel del mar.

5.2.-Ubicación temporal.

La investigación se realizó entre los meses de Mayo y Diciembre del 2017, recolectando datos con las respectivas encuestas que reflejaran la situación relacionada con negligencia, dichas fichas fueron recolectadas entre los meses de Mayo y Junio del 2017 Dirigido a personas de 45 a 65 años de edad nacidas entre los años 1952 y 1972 que actualmente residan en la parroquia Gil Ramírez Dávalos.

5.3.- Procedimientos de la toma de datos.

Para realizar la respectiva toma de datos se visitó indistintamente los hogares de cada una de las personas que residen en la parroquia Gil Ramírez Dávalos y se procedió a realizar la encuesta de barreras odontológicas, las cuales fueron ingresadas en el programa EPI INFO versión 7.2.

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

Las encuestas de Negligencia dental se realizaron a Personas entre 45 a 65 años de edad provenientes de la parroquia Gil Ramírez Dávalos, y reposan en los archivos del departamento UCACUE, y se llenaron con los siguientes criterios:

El encuestador visita una a una cada hogar de los habitantes de la parroquia y se procederá a pedir la respectiva autorización para iniciar la encuesta una vez otorgada la autorización se empezará a llevar una a una las respectivas preguntas relacionadas a cuidado dental frecuencia de cepillado, automedicación, miedo al odontólogo.

7.- Aspectos bioéticos.

El presente estudio no implicara conflictos bioéticos, debido a que se ejecutara con un previo consentimiento informado en la parte inferior de cada una de las encuestas de negligencia dental en la parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca en el año 2017 en cada uno de los mini-consentimientos se les informara que dichos datos solo son para calcular y encontrar datos estadísticos y sus datos serán guardados de forma confidencial y no serán utilizados con otros fines que no sean investigativos , y procedían a colocar su nombre y su firma.

CAPITULO III
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1.-RESULTADOS

Tabla No 1 .- Distribución de la muestra de acuerdo a genero

Género	Casos	Controles	Total general
Femenino	83	83	166
Masculino	37	37	74
Total general	120	120	240

Interpretación.- En la siguiente tabla se puede observar el tamaño de la muestra en casos y controles pudiendo notar que en el género femenino se realizó 83 casos(mujeres con negligencia) y 83 controles (mujeres sin negligencia) y el total general fue de 166 personas de género femenino ,con respecto al género masculino se analizaron 37 casos(hombres con negligencia dental) y 37 controles(hombres sin negligencia dental) y el total general fue de 74 personas de género masculino , el total de individuos fue de 240 .

Tabla No 2.- Distribución de la muestra de acuerdo a la edad

Edad	casos	controles
45	6	6
46	7	7
47	6	6
48	14	14
49	8	8
50	10	10
51	3	3
52	6	6
53	10	10
54	3	3
55	8	8
56	3	3
57	2	2
58	5	5
59	6	6
60	5	5
61	3	3
62	4	4
63	4	4
64	1	1
65	6	6
Total		
general	120	120

Interpretación.- En la siguiente tabla podemos evidenciar la distribución de casos y controles de acuerdo a la edad, desde los 45 años hasta los 65 años de edad con un total de 120 casos y 120 controles.

Tabla No 3.-Relación entre nivel de instrucción y negligencia

Nivel de instrucción	Casos		Controles		Total general	
	n°	%	n°	%	n°	%
Alto	43	35,8	48	40	91	37,9
Bajo	77	64,2	72	60	149	62,1
Total general	120	100,0	120	100	240	100,0
	0					

OR=0.6 IC 95% (0.43-0.89)

Interpretación. - En esta tabla se puede observar la relación que existe entre el nivel de instrucción educacional distribuido en alto (correspondiente a técnico superior y superior universitario) con 43 casos y 43 controles dando un total de 91 individuos y nivel de instrucción bajo (analfabeto, primaria, secundaria) en donde se analizaron 77 casos y 72 controles con un total de 149 individuos. Al análisis del OR con un valor de 0.6 IC 95% (0.43-0.89) se pudo determinar que el nivel de instrucción no es un factor de riesgo.

2.-DISCUSIÓN

En el siguiente estudio realizado en el Ecuador , específicamente en la ciudad de Cuenca en el año 2017 en donde se ejecutaron 450 encuestas referentes a negligencia dental , a personas pertenecientes a la parroquia Gil Ramirez Davalos, dentro en un rango de edad desde los 45 años hasta los 65 años , de los cuales se escogieron a 240 individuos por medio del método de selección por conveniencia posterior a esto se calculó un punto de corte valorado en 10 puntos donde menor a este valor fue catalogado como no negligentes y mayor a 10 puntos se consideró como negligente . la siguiente variable que se considero fue el nivel de instrucción clasificado en alto que corresponde a superior técnica y superior universitario ; el nivel de instrucción bajo que corresponde a analfabetas, primaria y secundaria se pudo determinar que la distribución de casos y controles fue el siguiente , referente al nivel de instrucción alto fue de 43 casos y 43 controles dando un total de 91 individuos y con respecto al nivel de instrucción bajo en donde se analizaron 77 casos y 72 controles con un total de 149 personas otorgando un OR de 0.6 IC 95% (0.43-0.89) determinando que el nivel de instrucción no es un factor de riesgo , la mayoría de individuos encuestados pertenecieron al género femenino con total de 166 participantes y el género masculino fue representado con un numero de 74 individuos .

En el estudio realizado por Jamieson y Thomson en el año 2002 se pudo determinar que q los niveles de instrucción demostraron valores medios distintos de negligencia dental , en el nivel de instrucción primario y secundario fue de 12.5 puntos en el nivel de preparatoria fue de 12.9 y por último en el tercer nivel fue de 11.9 demostrando una diferencia más o menos considerable entre los distinto niveles de instrucción , sin embargo no demuestra que conforme incrementa el nivel de instrucción la escala de negligencia disminuye ⁽¹⁾.

En la actualidad se pensaba que el nivel de instrucción estaba relacionado con nivel de negligencia al cuidado oral que tenían las personas , esto se afirmó el estudio realizado por Díaz en el año 2017 titulado “Impacto de salud oral sobre calidad de vida en adultos jóvenes se pudo encontrar esta relación , en donde se demostró que personas con un nivel de instrucción bajo tenían un rango alto de deficiencia con respecto a su higiene bucal influyendo de forma radical en su calidad de vida con un 54.8% a diferencia de las personas con un nivel educativo alto en donde si tenían conocimientos básicos

aceptables sobre cuidado dental demostrando que la calidad de vida de estas personas solo se encontraba afectada en un 33% en el estudio realizado por Ospina en el año 2016 se realizo un análisis sobre factores de riesgo denominado “Higiene bucal en la población de San Francisco , Colombia y sus factores relacionados “ se demostró que el nivel de instrucción correspondiente a analfabeto, primario y secundario otorgaron niveles altos de un inadecuado cuidado oral sin embargo cuando analiza el nivel de instrucción universitario tuvo valores similares en cuidado adecuado e inadecuado viendo que no es un factor de riesgo⁽¹⁴⁾ ,por lo contrario en el presente estudio se pudo demostrar que el nivel de educación no es un factor de riesgo para la generación de Negligencia en el cuidado oral ya que nos otorgó un OR de 0.6 IC 95% (0.43-0.89) demostrando que no es un factor de riesgo en personas de 45 a 65 años de edad siendo indiferente al nivel de instrucción .

Referente al género se realizó una clasificación de caso control en donde el género femenino presento 83 casos y 83 controles y el total fue de 166 mujeres fue el predominante en esta encuesta, con respecto al género masculino se analizaron 37 casos y 37 controles santo un total general de 74 hombres y el total de individuos estudiados fue de 240.

En el estudio realizado por Jamieson y Thomson en el año 2002 se pudo determinar escalas medias de negligencia dental referente al género y el valor medio para el género Masculino fue de 12.5 y para el género femenino fue de 12.2 .de un total de 458 encuestados, y en las encuestas realizadas predomino el género femenino.⁽¹⁾

En estudio realizado por Coolidge en el año 2009 el género que predomino en el estudio realizado fue el masculino con un total de 117 individuos dando un valor de negligencia media de 13.6 y en el caso de las mujeres el puntaje promedio fue de 12.8.⁽²⁾

Referente al género en el estudio realizado por Chocarro L en el año 2012 denominado “Análisis de diferencias de género en el cuidado dental “ en donde se tuvo un total de 205 integrantes constando con 91 hombres y 114 mujeres demostrando que el nivel de importancia al cuidado oral más elevado fue otorgado a las mujeres con un valor de 62.7% versus al 0 % que le daba poca importancia con una media de 25.4% en el caso de los hombres se demostró que el nivel de importancia en el rango de mucha importancia solo llega al 37.3% versus al rango de mucha importancia solo llega al 37.3 % versus al rango de poca importancia en donde se calculó un 100% con un intermedio de 61.5% los mismos resultados fueron obtenidos en el estudio de Shorma realizado en el año 2016 donde se analizó el género y se obtuvo como resultado que mayor descuido dental lo demostraron los individuos del género femenino pero al momento de que se

calculó si era factor de riesgo o no este demostró no serlo, en la respectiva investigación pudimos denotar que el grupo femenino de individuos con negligencia fue mayor con un total de 83 casos demostrando la presencia de mayor negligencia a comparación del género masculino con un total de 37 casos y 37 controles , sin embargo los porcentajes son similares referente al 100%.este resultado es confirmado en la investigación realizada por Diaz en el año 2017 en donde se otorga al género femenino el rango alto de descuido dental. ⁽¹⁹⁾ ⁽²¹⁾

Respecto a la edad en el estudio presente el mayor número de casos y controles fue de 48 años con 14 casos y 14 controles y la edad que demostró menos casos y controles fue en grupo de 64 años de edad con 1 caso y 1 control.

En el estudio realizado por Ospina en el año 2016 denominado “Higiene bucal en la población de San Francisco, Colombia, y sus factores relacionados se pudo determinar que el factor edad influyo de la siguiente manera, el estudio analizo varios factores sociodemográficos incluyendo la edad en el cual se tomó a sujetos de estudio dentro de los rangos de 45 a 65 años de edad y se evidencio que conforme avanza la edad el descuido referente a la salud oral incrementa comprando a un grupo de caso y otro de control en donde tenían una salud dental adecuada frente a un grupo que tenía salud bucal inadecuada en el grupo de 45 a 55 años de edad se compararon dos grupos en total conformados por 14 individuos subdivididos en 7 personas cada uno y se determinó que el 50% de los individuos presentaban salud bucal adecuada frente al otro 50% que presentaba salud oral inadecuada , en el grupo de edad de 55 a 65 años de edad se analizó a 8 sujetos de estudio en donde se pudo determinar que el 75% de individuos presentaba un cuidado oral inadecuado . ⁽²⁾

3.- CONCLUSIÓN

Al finalizar la investigación se llegó a la conclusión que no existe relación entre el nivel de instrucción y negligencia dental.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jamieson LM TW. Se compararon las escalas de negligencia dental e indiferencia dental. *Community Dent Oral Epidemiology*.CDOE 2002 Junio; 30(3).
2. Coolidge T, Heima M, Johnson E, Weinstein P. La Escala de negligencia dental en adolescentes. (*BMC Oral Health*. 2009 Enero; 9(2).
3. Kumar A. Negligencia dental una revisión. *Research & Reviews: Journal of Dental Sciences (JDS)*. 2015 ma; 3(1).
4. Sarkar P. Impacto de la Escala de negligencia dental en el estado de salud oral entre diferentes profesionales en la ciudad de Indore: un estudio transversal. *Journal Clinical Diagnostic Research (JCDR)*. 2015 Octubre ; 9(10).
5. Dho M. Conocimientos de salud bucodental en relación con el nivel socioeconómico en adultos de la ciudad de Corrientes, Argentina. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública Revlsta . Facultad Nacional de Salud Pública.(RFNSP)* 2015 Septiembre ; 33(3).
6. Méndez-Serrano BM. Necesidades de tratamiento dental y/o periodontal. *Revista Horizontes (RH)*. 2014 Agosto; 6(4).
7. Silva A. Motivo de consulta mas frecuente de los pacientes mayores de edad que asiaten a la clinica odontologica de la Universidad de las Americas , en el periodo Octubre del 2014 a Enero del 2015. *Revista Electronica Universidad de las Americas (REUA)*
8. Klimek.GS. Tooth brushing habits in uninstructed adults—frequency, technique, duration and force. *Clinical Oral Investigations(COI)*. 2008 2009; 2(13).
9. Rizzo L, Torres Ana D. Comparación de diferentes técnicas de cepillado para la higiene bucal. *Revista de la universidad CES Odontologia (RCES)*. 2016 Noviembre; 29(2).
10. Loscos G. Periodoncia para el higienista dental. *Peridoncia y osteointegración*. 2005 Enero; 15(1).
11. Gonzales B, Gonzales B. Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. *Nutrición Hospitalaria*. 2013 Julio; 28(4).
12. Sanchez M. Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. (REDALIC) ,org*. 2011 Abril; 16(2).
13. Kumar A, Manjunath P. Puranik SK. Dental Neglect as a Behavioural Audit of Oral Health- A Systematic Literature Review. *International Journal of Health Sciences and ResearchI (JHSR)*. 2016 Marzo; 6(4).
14. Ospina D, Herrera Y, Betancur J. Higiene bucal en la población de San Francisco,Colombia y sus factores relacionados. *Revista de la universidad de Antioquia(RUA)*. 2015 Noviembre; 12(22).
15. Díaz-Cárdenas¹ S, Meisser-Vidal² MA, Tirado-Amador³ LR, Fortich-Mesa⁴ N, González-Martínez LTT&FD. Impacto de Salud Oral sobre Calidad de Vida en

Adultos Jóvenes de Clínicas Odontológicas Universitarias. International journal of odontostomatology (JO). 2017 Abril; 11(1).

16. Limonta E. Conocimientos sobre salud bucal en pacientes del consultorio estomatológico Barrio Bolívar en Venezuela. Revista Medica de Santiago de Cuba (MEDISAN). 2009 Noviembre-Diciembre ; 13(6).
17. Lee JY . La relación entre la alfabetización en salud oral y la autoeficacia con el estado de salud oral y el descuido dental. American Public Health Association (APHA) 2012 Mayo; 105(2).
18. Garcia C. Experiencias del familiar en relación al cuidado con la salud bucal de niños. Revista de Latinoamerica Enfermagen(RLAE). 2011 Enero; 19(1).
19. Chocarro L. Análisis de las diferencias de género en el cuidado bucodental. Gaceta Dental GD. 2012 Noviembre .
20. Agudelo A. Salud bucal y género en relación a la población adulta mayor atendida en la red hospitalaria pública de Medellín: Los puntos de vista del personal de salud. Revista Universidad y Salud (RUS). 2015 Noviembre; 18(1).
21. Sharma P, Solanky J. Impact of sociodemographics facts on utilization of oral health care services among people visiting health centers of rural Jaipur. The Journal of Contemporary Dental Practice JP journals. 2016 Marzo; 3(3).
22. Sequeira P . Descuido dental entre adolescentes universitarios en Virajpet, India. Departamento de Salud Pública Odontología, Dental College and Hospital, Kurunjibhag KVG. 2014 Noviembre ; 12(3).
23. Olmos P. Caries dental. La enfermedad oral más prevalente: Primer Estudio poblacional en jóvenes y adultos uruguayos del interior del país. Odontoestomatologia - SCIELO. 2013 Junio; 15.
24. Gomez J. La valoración del riesgo asociado a caries. Revista Dental Mexicana (ADM). 2014 Septiembre ; 71(2).
25. Federación Dental Internacional (FDI). El Desafío de las Enfermedades Bucodentales Brighton,(RU): Myriad Editions; 2015.
26. Giacaman R. Epidemiología del estado de salud periodontal en la VII Región del Maule, Chile. Elsevier. 2016 Agosto; 9(2).
27. Paez Y. Factores de riesgo de periodontopatías en pacientes adultos. Correo científico medico de Holguin.(CCMH) 2015; 19(2).
28. Sidron M. Cáncer oral: Genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. Revisión de la literatura. Avances en estomatología (AE). 2015 Enero; 31(4).
29. Doncel C. Conocimientos sobre el cáncer bucal en pacientes de estomatología. Revista Cubana de Medicina Militar.(ECIMED) 2014; 43(1).
30. Salkar P. Impacto de la escala de abandono dental en el estado de salud bucal entre diferentes profesionales en la ciudad de Indore: un estudio transversal.. -

Journal of Clinical and Diagnostic Research (JCDR) 2015 Octubre; 9(10).

31. Kida I, Åstrøm A, Strand G, Masalu J, Tsakos G. Propiedades psicométricas y la prevalencia, intensidad y causas de los impactos orales en el rendimiento diario (OIDP) en una población de tanzanos mayores. Resultados de Salud y Calidad de Vida Health and Quality of Life Outcomes (HQLO) 2006 Agosto; 4(56).
32. Villavicencio E ,Alverar M,Cuenca k.Calderom M,Palacios D. Diseño de estudios en odontología.Contribución Didáctica Docente.Revista OACTIVA UC Cuenca 2016 Mayo-Agosto 1(2,pp.83-86,)
33. Villavicencio E, Cuenca K,Velez E,Sayago J, Cabrera A Pasos para la planificación de una investigación clínica.Odontología Activa UC Cuenca.2016 Enero
34. Jimenez R. Actitud y conducta hacia la salud oral en estudiantes de la comuna de Arauco. Chil Salud Pública. 2010; 14(372-416).
- 35 Villavicencio E El tamaño muestral en tesis de posgrado ¿Cuántas personas debo encuestar. Odontología Activa Uc Cuenca.2016 Septiembre

ANEXOS

ANEXO 1 Ficha de encuesta de salud bucal del proyecto de barreras en la odontología.

ENCUESTA DE SALUD BUCAI UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

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

Edad: _____ AÑOS Ocupación: _____ PARROQUIA: _____

OPCIONAL

1. Grado de Instrucción

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

Ingreso mensual familiar aproximado: _____

¿Cuántas personas dependen de este ingreso?: _____

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

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

Firma.....

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

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

AUTOMEDICACIÓN	
15. ¿Usted se auto médica? SI () NO ()	
16. ¿Cuándo tiene una dolencia quién le recomienda la medicación?	
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. Comenzá 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 ()	

ANEXO 2.- Base de datos definitiva con la que se realizó la investigación ,con un total de 240 individuos.

CI	Edad	GENERO	Nivel de instrucción	enfermedad
101342707	45	Masculino	alto	con negligencia
102416799	45	Masculino	alto	con negligencia
301095345	45	Femenino	alto	con negligencia
102758125	45	Masculino	bajo	con negligencia
1305144063	45	Femenino	bajo	con negligencia
103418216	45	Femenino	alto	con negligencia
1711903094	46	Masculino	alto	con negligencia
102710050	46	Masculino	bajo	con negligencia
102432267	46	Femenino	alto	con negligencia
102358348	46	Femenino	bajo	con negligencia
104122759	46	Femenino	alto	con negligencia
105141212	46	Femenino	alto	con negligencia
105778070	46	Femenino	bajo	con negligencia
102399219	47	Femenino	alto	con negligencia
300971336	47	Femenino	alto	con negligencia
103018776	47	Masculino	alto	con negligencia
102122579	47	Masculino	bajo	con negligencia
102141850	47	Femenino	alto	con negligencia
301457412	47	Masculino	bajo	con negligencia
1704890381	48	Masculino	alto	con negligencia
102361011	48	Femenino	alto	con negligencia
602319899	48	Masculino	alto	con negligencia
1600227431	48	Masculino	alto	con negligencia
102848397	48	Femenino	alto	con negligencia
102139805	48	Femenino	bajo	con negligencia
1400585228	48	Femenino	alto	con negligencia
102741774	48	Femenino	alto	con negligencia
103370730	48	Femenino	bajo	con negligencia
104614953	48	Femenino	bajo	con negligencia
103370730	48	Femenino	bajo	con negligencia
105385389	48	Femenino	bajo	con negligencia
102461761	48	Femenino	bajo	con negligencia
102429693	48	Femenino	bajo	con negligencia
102788742	49	Femenino	bajo	con negligencia
959909249	49	Femenino	bajo	con negligencia
102139284	49	Femenino	bajo	con negligencia
107578452	49	Femenino	bajo	con negligencia
1708232267	49	Masculino	bajo	con negligencia

105812424	49	Masculino	alto	con negligencia
104599725	49	Masculino	bajo	con negligencia
105068738	49	Masculino	bajo	con negligencia
102134574	50	Masculino	alto	con negligencia
102218476	50	Femenino	alto	con negligencia
102733110	50	Femenino	bajo	con negligencia
301726519	50	Femenino	alto	con negligencia
102525284	50	Femenino	bajo	con negligencia
102389368	50	Femenino	bajo	con negligencia
107197840	50	Femenino	alto	con negligencia
102344777	50	Femenino	bajo	con negligencia
103726519	50	Femenino	alto	con negligencia
301010252	50	Masculino	alto	con negligencia
105922793	51	Femenino	bajo	con negligencia
104777669	51	Femenino	bajo	con negligencia
1102700612	51	Femenino	bajo	con negligencia
102313533	52	Masculino	bajo	con negligencia
102113206	52	Masculino	bajo	con negligencia
102311040	52	Femenino	bajo	con negligencia
1102282942	52	Femenino	bajo	con negligencia
102261641	52	Femenino	bajo	con negligencia
101763936	52	Femenino	bajo	con negligencia
102393618	53	Femenino	alto	con negligencia
180197396	53	Masculino	bajo	con negligencia
105172233	53	Masculino	alto	con negligencia
706279213	53	Femenino	bajo	con negligencia
104359575	53	Femenino	alto	con negligencia
105769988	53	Femenino	bajo	con negligencia
105411490	53	Femenino	bajo	con negligencia
106077118	53	Femenino	bajo	con negligencia
102302924	53	Femenino	bajo	con negligencia
105669733	53	Femenino	bajo	con negligencia
104599675	54	Masculino	bajo	con negligencia
101847242	54	Femenino	alto	con negligencia
101833918	54	Femenino	alto	con negligencia
101582633	55	Femenino	bajo	con negligencia
101593457	55	Masculino	bajo	con negligencia
105794911	55	Femenino	bajo	con negligencia
1716045172	55	Masculino	bajo	con negligencia
103904652	55	Femenino	bajo	con negligencia
105927149	55	Femenino	bajo	con negligencia
104610795	55	Femenino	alto	con negligencia
302632708	55	Femenino	alto	con negligencia

1401236524	56	Femenino	alto	con negligencia
101675707	56	Femenino	bajo	con negligencia
104105413	56	Femenino	alto	con negligencia
107083876	57	Femenino	bajo	con negligencia
105356810	57	Masculino	alto	con negligencia
703686824	58	Masculino	bajo	con negligencia
101361657	58	Masculino	bajo	con negligencia
106052947	58	Femenino	bajo	con negligencia
101763050	58	Femenino	bajo	con negligencia
300714375	58	Femenino	bajo	con negligencia
101310369	59	Femenino	bajo	con negligencia
102638525	59	Masculino	bajo	con negligencia
101385243	59	Femenino	bajo	con negligencia
105486864	59	Masculino	alto	con negligencia
104374004	59	Masculino	alto	con negligencia
101070563	59	Masculino	alto	con negligencia
102154911	60	Femenino	bajo	con negligencia
101413482	60	Femenino	bajo	con negligencia
105353957	60	Femenino	bajo	con negligencia
102354912	60	Femenino	bajo	con negligencia
104041801	60	Femenino	bajo	con negligencia
302222765	61	Femenino	alto	con negligencia
104282348	61	Femenino	alto	con negligencia
105975510	61	Femenino	bajo	con negligencia
101197226	62	Femenino	bajo	con negligencia
101904308	62	Masculino	alto	con negligencia
1704269396	62	Femenino	bajo	con negligencia
101222569	62	Femenino	bajo	con negligencia
905668893	62	Masculino	bajo	con negligencia
104775929	63	Masculino	bajo	con negligencia
106052947	63	Masculino	bajo	con negligencia
101147643	63	Masculino	bajo	con negligencia
300582764	63	Masculino	bajo	con negligencia
101563104	64	Femenino	bajo	con negligencia
1103201461	65	Femenino	bajo	con negligencia
102272317	65	Masculino	alto	con negligencia
101971356	65	Femenino	bajo	con negligencia
105949564	65	Femenino	bajo	con negligencia
107462756	65	Femenino	bajo	con negligencia
102215837	65	Femenino	bajo	con negligencia
102283561	45	Masculino	alto	sin negligencia
102244695	45	Masculino	alto	sin negligencia
102511508	45	Femenino	alto	sin negligencia

105110464	45	Femenino	bajo	sin negligencia
105273023	45	Femenino	alto	sin negligencia
103381752	45	Masculino	alto	sin negligencia
102314622	46	Femenino	alto	sin negligencia
101822609	46	Masculino	alto	sin negligencia
301033577	46	Femenino	alto	sin negligencia
102424413	46	Masculino	bajo	sin negligencia
701797646	46	Femenino	alto	sin negligencia
106509939	46	Femenino	bajo	sin negligencia
1711178267	46	Femenino	alto	sin negligencia
100874361	47	Masculino	bajo	sin negligencia
702515651	47	Masculino	alto	sin negligencia
151362449	47	Masculino	alto	sin negligencia
104364724	47	Femenino	bajo	sin negligencia
102255007	47	Femenino	alto	sin negligencia
1201135694	47	Femenino	alto	sin negligencia
107083077	48	Femenino	bajo	sin negligencia
102120060	48	Femenino	alto	sin negligencia
103084190	48	Femenino	bajo	sin negligencia
102348869	48	Femenino	alto	sin negligencia
102308483	48	Masculino	alto	sin negligencia
302393889	48	Masculino	bajo	sin negligencia
102162906	48	Femenino	alto	sin negligencia
101348868	48	Femenino	alto	sin negligencia
952813186	48	Masculino	bajo	sin negligencia
102918984	48	Femenino	bajo	sin negligencia
107562266	48	Femenino	bajo	sin negligencia
103061685	48	Femenino	bajo	sin negligencia
105609861	48	Femenino	bajo	sin negligencia
103084290	48	Femenino	bajo	sin negligencia
102348793	49	Masculino	bajo	sin negligencia
102998960	49	Femenino	bajo	sin negligencia
1104685100	49	Masculino	bajo	sin negligencia
104609862	49	Masculino	bajo	sin negligencia
103098960	49	Femenino	bajo	sin negligencia
102691623	49	Femenino	bajo	sin negligencia
702315615	49	Femenino	alto	sin negligencia
101309278	49	Masculino	bajo	sin negligencia
101635175	50	Femenino	alto	sin negligencia
102941028	50	Femenino	bajo	sin negligencia
101902286	50	Femenino	alto	sin negligencia
102052206	50	Femenino	alto	sin negligencia
110802287	50	Femenino	alto	sin negligencia

1709293805	50	Masculino	alto	sin negligencia
102544389	50	Femenino	bajo	sin negligencia
105686034	50	Masculino	alto	sin negligencia
301061529	50	Femenino	bajo	sin negligencia
10407863	50	Femenino	bajo	sin negligencia
102851722	51	Femenino	bajo	sin negligencia
103051723	51	Femenino	bajo	sin negligencia
102963626	51	Femenino	bajo	sin negligencia
101921336	52	Femenino	bajo	sin negligencia
102345673	52	Masculino	alto	sin negligencia
102401817	52	Femenino	bajo	sin negligencia
102501815	52	Femenino	bajo	sin negligencia
103245672	52	Masculino	alto	sin negligencia
102220340	52	Femenino	bajo	sin negligencia
103071353	53	Femenino	alto	sin negligencia
102057023	53	Masculino	alto	sin negligencia
101864759	53	Femenino	bajo	sin negligencia
105943641	53	Femenino	bajo	sin negligencia
200829448	53	Femenino	bajo	sin negligencia
102173309	53	Masculino	bajo	sin negligencia
104846472	53	Femenino	bajo	sin negligencia
1500394216	53	Femenino	bajo	sin negligencia
102895986	53	Femenino	bajo	sin negligencia
104187901	53	Femenino	alto	sin negligencia
102039591	54	Femenino	bajo	sin negligencia
103039591	54	Femenino	bajo	sin negligencia
101684561	54	Masculino	bajo	sin negligencia
101857886	55	Femenino	alto	sin negligencia
101765592	55	Femenino	alto	sin negligencia
104555941	55	Masculino	alto	sin negligencia
101309268	55	Femenino	bajo	sin negligencia
102057885	55	Femenino	alto	sin negligencia
1400057517	55	Femenino	bajo	sin negligencia
1801880319	55	Femenino	bajo	sin negligencia
102118411	55	Masculino	alto	sin negligencia
105248678	56	Femenino	bajo	sin negligencia
101504041	56	Femenino	bajo	sin negligencia
104252945	56	Femenino	bajo	sin negligencia
106878226	57	Masculino	bajo	sin negligencia
101585198	57	Femenino	bajo	sin negligencia
101657203	58	Femenino	bajo	sin negligencia
104404561	58	Masculino	alto	sin negligencia
101557204	58	Femenino	bajo	sin negligencia

101794006	58	Femenino	bajo	sin negligencia
101051308	58	Masculino	alto	sin negligencia
400545521	59	Masculino	alto	sin negligencia
104631510	59	Masculino	alto	sin negligencia
101987865	59	Masculino	bajo	sin negligencia
101330272	59	Femenino	bajo	sin negligencia
908787369	59	Masculino	bajo	sin negligencia
101406601	59	Femenino	bajo	sin negligencia
101303733	60	Femenino	alto	sin negligencia
101281830	60	Femenino	bajo	sin negligencia
1801469220	60	Femenino	alto	sin negligencia
104292561	60	Femenino	alto	sin negligencia
104846472	60	Femenino	bajo	sin negligencia
108073973	61	Femenino	bajo	sin negligencia
101112019	61	Femenino	bajo	sin negligencia
101373363	61	Femenino	bajo	sin negligencia
300327038	62	Femenino	bajo	sin negligencia
103178398	62	Femenino	bajo	sin negligencia
101191765	62	Femenino	bajo	sin negligencia
105751770	63	Masculino	alto	sin negligencia
102647526	63	Masculino	alto	sin negligencia
100719244	63	Masculino	alto	sin negligencia
300084535	63	Masculino	alto	sin negligencia
100984137	64	Femenino	bajo	sin negligencia
300651411	65	Masculino	alto	sin negligencia
101965143	65	Femenino	bajo	sin negligencia
101480051	65	Femenino	bajo	sin negligencia
100893858	65	Femenino	bajo	sin negligencia
1800969113	65	Femenino	bajo	sin negligencia
1800969113	65	Femenino	bajo	sin negligencia

ANEXO 3.- Calculo de Odds Ratio realizado en el programa Open Epi

Estudio de Casos-Controles pareados

Análisis de tabla simple

		Controles	
		(+)	(-)
Casos	(+)	43	48 91
	(-)	77	72 149
		120	120240

Medidas de Asociación

Prueba	Valor	g.l.	1-Cola	Valores P	2-Colas
McNemar	6.728	1			0.009491
McNemar con corrección de continuidad	6.272	1			0.01227
Exacto de Fisher				0.005980(P)	0.01196
Mid-p exacto				0.004752(P)	0.009503

There are 125 discordant pairs.
Because this number is ≥ 20 , the McNemar test can be used.

Cálculos basados en Odds

Parámetro	Estimador Puntual	Intervalos de confianza al 95% Inferior, Superior	Tipo
Odds Ratio apareado	0.6234	0.4347, 0.8939	Series de Taylor
Odds Ratio CMLE*	0.6234	0.4323, 0.8921	Mid-P exacto
		0.4254, 0.9054	Exacto de Fisher