



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

**“INDIFERENCIA AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO
EN ADULTOS JÓVENES DE 18 A 44 AÑOS
PARROQUIA EL BATÁN. CUENCA ECUADOR 2017”**

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO.

AUTOR: Enríquez Campoverde Pedro José.

TUTOR: Villavicencio Caparó Ebingen Dr.

CUENCA – ECUADOR

2017

DECLARACIÓN:

Yo, Enríquez Campoverde Pedro José, declaro bajo juramento que el trabajo investigativo aquí descrito es de mi autoría; que no ha estado previamente realizado aquí descrito es de mi autoría; que no ha estado previamente realizado para ningún grado o calificación profesional; y que en las fuentes bibliográficas descritas en este documento han sido consultadas; y eximo expresamente a la UNIVERSIDAD CÁTOLICA DE CUENCA y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

La UNIVERSIDAD CATOLICA 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: Enríquez Campoverde Pedro José.

C.I.: 010462948-0

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

Sr. Enríquez Campoverde Pedro José.

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado “INDIFERENCIA AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN ADULTOS JÓVENES DE 18 A 44 AÑOS PARROQUIA EL BATÁN. CUENCA ECUADOR 2017”, realizado por Enríquez Campoverde Pedro José, 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, Agosto 2017

.....

Villavicencio Caparó Ebingen Dr.

DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN ODONTOLÓGÍA.

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Od. Esp. Encalada Verdugo Liliana.

DIRECTORA DE TITULACIÓN DE LA UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR.

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado “INDIFERENCIA AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN ADULTOS JÓVENES DE 18 A 44 AÑOS PARROQUIA EL BATÁN. CUENCA ECUADOR 2017”, realizado por Enríquez Campoverde Pedro José, 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, Agosto 2017.

.....

Tutor: Villavicencio Caparó Ebingen Dr.

DEDICATORIA

A mis Padres Luis y Antonieta, por su
apoyo incansable y su inquebrantable fe;
a mi Esposa Johana
a toda mi Familia Sanguínea y Política,
a mi abuela Raquel que siempre creyó en mi para cumplir esta meta.

EPÍGRAFE

“La soberanía del hombre está oculta en la dimensión de sus conocimientos.”

Sir Francis Bacon

AGRADECIMIENTOS:

A Dios que gracias a el se pudo lograr esta meta,
a mis padres por brindarme su apoyo y su vida para poder hacer mis sueños
realidad,
a mi esposa motor y pilar fundamental en mi vida,
a mi tutor Dr. Ebingen Villavicencio por brindarme su amistad y apoyo para
realizar este estudio,
a los docentes que ayudaron a mi formación profesional,
a mis hermanos y a todos mis familiares por brindarme su amistad y afecto en
el transcurso de mi carrera en la facultad.

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS: Organización mundial de la Salud

MSP: Ministerio de Salud Pública

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos

DIS: Escala de indiferencia Dental

Índice

CAPÍTULO I	12
INTRODUCCIÓN	13
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
2. JUSTIFICACIÓN	15
3. OBJETIVOS	16
3.1. Objetivo General	16
3.2. Objetivos Específicos	16
4. MARCO TEÓRICO	17
4.1. Indiferencia	17
4.2. Barreras para el acceso a servicios de salud bucal	20
4.3. Antecedentes de la Investigación	29
5. HIPÓTESIS	34
CAPÍTULO II	35
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	35
1. Marco Metodológico	36
2. Población y Muestra	36
3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	38
4. INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	39
4.1. Instrumentos documentales	39
4.2. Recursos	39
5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS	39
5.1. Ubicación espacial	39
5.2. Ubicación temporal	40
5.3. Procedimientos de la toma de datos	40
6. ASPECTOS BIOÉTICOS	42
CAPÍTULO III	43
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	43
1.- RESULTADOS	44
2.- DISCUSIÓN	52
3.- CONCLUSIONES	55
BIBLIOGRAFÍA	56
ANEXOS	59

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia de Indiferencia al Tratamiento Odontológico en adultos jóvenes de 18 a 44 años de edad, de la parroquia El Batán Cuenca -Ecuador 2017.

Materiales: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en individuos de ambos sexos, comprendidos entre las edades de 18 a 44 años. Mediante un análisis del marco teórico y la respectiva investigación de campo, a través de la aplicación de una encuesta de 8 preguntas, se utilizó la escala de Indiferencia Dental de Nuttall que mide la Indiferencia a los Tratamientos Odontológicos a 386 personas, la población se calculó mediante la fórmula de muestreo para proporciones, con un nivel de confiabilidad de 95% y un error de 5%. Los datos se recolectaron mediante encuestas impresas, que posteriormente fueron subidos al EPI INFO y tabulados utilizando el programa Microsoft Excel 2010 que nos permite realizar el análisis estadístico.

Resultados: Nos demuestran que el nivel de indiferencia al tratamiento dental que se presenta en la parroquia El Batán es de un puntaje de 3.4 (DIS) que nos da como resultado un valor de indiferencia medio, el 89% de la población encuestada presento indiferencia al tratamiento odontológico y el 11% restante no presenta indiferencia al tratamiento.

También se pudo concluir que la indiferencia en la mayoría de encuestados es consecuencia de: la falta de tiempo, costo elevado, preocupación y ansiedad y tratamiento doloroso.

Palabras Claves: Indiferencia, jóvenes-adultos, prevalencia.

ABSTRACT

Objective: Determine the frequency of Indifference to Dental Treatment in young adults aged 18 to 44 years of the parish of El Batán Cuenca -Ecuador 2017.

Materials: A cross-sectional descriptive study was performed in individuals of both sexes, between the ages of 18 and 44 years. Through an analysis of the theoretical framework and the respective field research, through the application of an 8-question survey, we used the Nuttall Dental Indifference scale that measures Indifference to Dental Treatments to 386 people, the population was calculated using the sampling formula for proportions, with a reliability level of 95% and a 5% error. The data were collected through printed surveys, which were later uploaded to the EPI INFO and tabulated using the Microsoft Excel 2010 program that allows us to perform the statistical analysis.

Results: We show that the level of indifference to dental treatment presented in El Batán parish is 3.4 (DIS), which gives us an average indifference value, 89% of the population surveyed presented indifference to the dental treatment and the remaining 11% are not indifferent to treatment.

It was also concluded that the indifference in the majority of respondents is a consequence of: lack of time, high cost, worry and anxiety and painful treatment.

Keywords: Indifference, Young adults, prevalence.

CAPÍTULO I
PLANTAMIENTO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha determinado que aproximadamente el 100% de los adultos presentan caries dental o alguna afección bucodental. (1) Las patologías como la periodontitis, placa bacteriana, la gingivitis no diferencia edad, etnia, raza o clase social; cuando estas no son tratadas a tiempo son las que destruyen las piezas dentales; a pesar de que existe acceso a la atención de servicios de salud tanto públicos como privados, en la región existe indiferencia en la población por el cuidado de la atención bucodental.

Siendo la salud un derecho básico el que se encuentra incluido en la declaración de los Derechos Humanos adoptada por todas las naciones, lo que obliga a los profesionales de la salud mejorar esta problemática.

En cada una de las etapas de la vida es importante mantener una dentición sana para poder llevar a cabo las funciones principales del ser humano entre las que tenemos la ingesta de alimentos, el habla y la estética afectando esta última de manera importante en el desarrollo psicológico. (2)

La indiferencia es el estado de ánimo en que una persona no muestra interés o afecto hacia otro sujeto, un objeto o un asunto determinado, también es usada como mecanismo de defensa por personas que tienen miedo al dolor y al sufrimiento; los aspectos psicológicos y la calidad de vida influyen también en el desarrollo de la indiferencia odontológica.

La OMS manifiesta que para mantener una salud bucal óptima se debe realizar un chequeo odontológico mínimo una vez cada 6 meses. (1)

Es por esto que el propósito de mi proyecto es identificar el nivel de indiferencia a los tratamientos odontológicos.

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hoy en día, la salud dental prima en las distintas actividades diarias como: la comunicación para el correcto pronunciamiento de letras y palabras, la alimentación para la formación adecuada del bolo alimenticio y evitar problemas gástricos; la imagen y estética del paciente factor importante en el proceso de socialización; se observa que algunos pacientes a pesar de los adelantos tecnológicos para el cuidado dental, persiste un marcado desinterés a la atención odontológica, debido a factores: psicológicos, económicos, sociales, culturales; así como también las labores cotidianas y el nivel de educación, características comunes de las personas encuestadas.

Todo esto puede ocasionar un quebranto en la salud física y psicológica y en este caso en la salud buco-dental llevando al adulto joven a problemas más complejos que se agravan con el tiempo.

De lo antes estipulado se puede formular la problemática: ¿Qué porcentaje de pacientes presenta Indiferencia al tratamiento odontológico en adultos jóvenes entre 18 a 44 años de edad de la parroquia El Batán, Cuenca Ecuador 2017?

2. JUSTIFICACIÓN

La atención odontológica es parte importante de la salud integral, se ha determinado que las personas de edad adulta sufren enfermedades bucodentales, debido a su conducta indiferente para recibir el tratamiento que requiere; descuido que deriva en complicaciones como periodontitis, gingivitis, caries dental, placa bacteriana, las cuales posteriormente repercuten en su estilo de vida ya que suelen presentarse con dolor, halitosis (mal aliento), y molestias generales que interfieren en sus labores diarias como el trabajo, el estudio, etc.

Debido a la falta de interés de las personas hacia los tratamientos odontológicos, se realiza el presente trabajo investigativo en los jóvenes adultos entre 18 y 44 años de edad, habitantes de la parroquia de El Batán, con la finalidad de analizar y cuantificar el grado de indiferencia a los tratamientos dentales mediante un estudio epidemiológico para establecer resultados específicos.

El presente trabajo investigativo posee originalidad, ya que no existen otros estudios realizados en la localidad, lo que servirá como patrón inicial a los profesionales de la salud y como base para posteriores estudios e investigaciones locales, regionales y nacionales, con el propósito de mejorar o promulgar la indiferencia a los tratamientos odontológicos. El estudio es viable ya que cuenta con los recursos humanos, materiales y tecnológicos para que se lleve a cabo con éxito.

Como estudiante de la Universidad Católica de Cuenca y futuro profesional, presento esta investigación como un aporte académico y estadístico para la institución y la sociedad, al mismo tiempo servirá para la obtención del título que me acredite como Odontólogo.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Determinar la frecuencia de indiferencia al tratamiento odontológico en adultos jóvenes de 18 a 44 años de la parroquia El Batán. Cuenca Ecuador 2017.

3.2. Objetivos Específicos

- Analizar la indiferencia al tratamiento dental según la edad.
- Analizar la indiferencia al tratamiento dental según el sexo.
- Analizar la indiferencia al tratamiento dental según el nivel académico.
- Analizar la indiferencia al tratamiento dental según el ingreso económico.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Indiferencia

La indiferencia, del latín *indifferens*, es el estado de ánimo en que una persona no despierta interés o afecto hacia otro sujeto, un objeto o un asunto determinado. Es importante saber que en muchos casos la indiferencia no es sinónimo de frialdad sino simplemente de especial sensibilidad, es empleada por algunas personas para evitar ser menospreciadas, ignoradas, heridas o puestas en tela de juicio. También es usada como mecanismo de defensa por personas que tienen miedo al dolor y al sufrimiento. (3)

La indiferencia se origina por la inconformidad, rechazo o insatisfacción personal en muchos casos resultados de su entorno.

4.1.1. Factores Psicológicos y Calidad de Vida

Los tratamientos dentales en la actualidad son percibidos como una experiencia agónica pese a que existen técnicas odontológicas que permiten efectuar tratamientos con mínimas molestias para el paciente, el trabajo del dentista no siempre resulta agradable y en muchas personas, tanto niños como adultos, crea a menudo una reacción de temor. (4)

Factores que intervienen para la indiferencia dental:

Estrés: es el conjunto de reacciones, que se desencadena, tanto a nivel biológico como psicológico, cuando las demandas ambientales amenazan con exceder los recursos del organismo y causar daños en caso de no satisfacer o reducir tales demandas.

Miedo: Perturbación angustiosa del ánimo por un peligro real o imaginario. El miedo dental puede contemplarse desde una doble perspectiva:

- Reacción fóbica aprendida y establecida por una experiencia previa o aprendizaje social (a veces sin haber llegado a pasar por ninguna consulta).
- Respuesta adicional a otros miedos en estados propensos a padecer desórdenes psicológicos.

El miedo invade y afecta a la persona tanto en su vida social como a nivel familiar, laboral y/o en el estudio. (4)

Ansiedad: La ansiedad se describe como una reacción adaptativa de emergencia ante situaciones que son interpretadas por el sujeto como una amenaza para su integridad. La ansiedad es un factor necesario cuando esta es normal, no excesiva y de carácter adaptativo, sirve para movilizar las operaciones defensivas del organismo, es la base del aprendizaje y de la motivación para obtener placer y evitar el sufrimiento. Sus manifestaciones cognitivas pueden ir desde una leve preocupación hasta el pánico. Se estima que entre el 10% y el 15% de la población experimenta ansiedad cuando tiene que acudir al dentista, lo que puede inducirle a cancelar o posponer su cita con el especialista teniendo efectos negativos sobre su salud dental. (5)

Fobia: Mórbida asociación de miedo con ansiedad, un miedo persistente e irracional que resulta en un imperioso deseo de evitar el objeto, actividad o situación de terror, la fobia bucal se considera un miedo extremo e intensificado al dentista y al tratamiento odontológico. Esta fobia puede dar lugar a estados de pánico reales con ataques de sudoración y temblores que lleva a los pacientes a evitar su cuidado dental incluyendo prácticas orales de dejadez. (4)

La calidad de vida es la percepción subjetiva, que puede ser influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo Schumaker & Naughton (1996).

La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal. (6)

La calidad de vida y bienestar social puede tener cinco campos a comprender:

- Físico: influyen aspectos de salud y seguridad física
- Económico: contar con una vivienda propia y digna, con acceso a todos los servicios básicos, alimentos al alcance, medios de transporte.
- Educativos: existencia y cercanía a una educación donde permita ampliar los conocimientos de forma individual y colectiva.
- Emocional: lograr un nivel de equilibrio mediante el desarrollo y satisfacción personal.
- Social: donde al ser humano tiene opciones interpersonales con núcleos básicos como la familia y círculos de amistades que permitan desarrollo del mismo.

El concepto de calidad de vida se ha banalizado en grado extremo, en especial en los campos de la comunicación y del consumo. El aumento de la velocidad de cambios tecnológicos, inseguridad constante, exceso de información, desempleo, problemas familiares, pérdida de motivaciones señalan los múltiples factores estresantes a que estamos expuestos las personas. Se conoce que el estrés predispone a la enfermedad y deteriora la calidad de vida. (6)

4.2. Barreras para el acceso a servicios de salud bucal

4.2.1. Factores de Riesgo

Las causas de riesgo que se presentan de una manera constante en la población son:

Falta de higiene.- El comer azúcares y carbohidratos entre el día sin tener una rutina de higiene predispone a que las piezas dentales sean vulnerables a desarrollar caries dental. (7)

Tabaco.- Es un factor de riesgo significativo. Afecta en prevalencia y progresión de las periodontitis. Además, obstruye la cicatrización de los tejidos. Puede ser un factor etiológico inmediato en la transición de una lesión estable de gingivitis a una lesión destructiva (8)

Alcohol.- Su ingesta, presenta un índice de riesgo elevado para el origen de cáncer de boca, laringe, faringe y estómago, así como también es uno de los principales asociados para el desarrollo de otras enfermedades orales tales como la periodontitis.

Su consumo eleva significativamente el peligro de sufrir lesiones faciales y dentales producidas por accidentes, violencia o caídas.

Mala alimentación.- La falta de micronutrientes esenciales y vitaminas en el cuerpo producen un desbalance en el organismo, causando enfermedades bucales y sistémicas, además una mala alimentación asociado a una mala higiene produce un desarrollo dental deficiente.

No adherencia a la terapia.- La adherencia es el contexto en el cual el comportamiento de la persona no coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud las cuales son:

- Asistir a las consultas programadas (consultorio/hospital)
- Tomar los medicamentos como se prescribieron
- Realizar los cambios de estilo de vida recomendados
- Completar los análisis o pruebas solicitadas. (9)

4.2.2. Salud Oral

Para poder determinar epidemiológicamente la salud general y en un caso particular la bucodental, se la debe considerar tomando dos puntos de vista importantes: primero correspondiente al profesional de la salud con la aplicación de parámetros y conocimientos médicos definidos; y la segunda con la perspectiva del paciente que nos permite valorar con indicadores tales como salud del paciente, calidad y estilo de vida de las personas, capacidad física, independencia y dependencia de los individuos.

La salud Oral no es solo mostrar de una sonrisa bonita. El sistema bucodental es el reflejo de la salud del ser humano que continuamente manifiesta signos de enfermedades locales o sistémicas. El examen bucodental o inspección bucal es indispensable para denotar hábitos deficientes o no saludables de las personas, siendo los más comunes el consumo excesivo de tabaco o alcohol. (7)

Existen diferentes tipos de síntomas asociados a la salud estomatológica y la salud general del individuo, como:

- **Edentulismo:** La pérdida de las piezas dentales afecta no solo en la disminución de la habilidad de comer y en la nutrición sino que también afecta en la fonación y aspecto físico del individuo.
- **Neumonía:** Las infecciones bucales pueden originar una mayor predisposición para que esta patología se desarrolle.
- **Úlcera de estómago:** La cavidad oral es el lugar ideal de almacenamiento bacteriano asociado cuya puerta de entrada es la mala salud bucal.

- **Diabetes:** La relación con las enfermedades periodontales es alta siendo una de las causas de las complicaciones como xerostomía, periodontitis de progresión rápida y neuropatías que retrasan la cicatrización de heridas.
- **Infecciones orgánicas:** Dentro de las infecciones orgánicas más comunes se encuentran los abscesos dentales que si no son tratados adecuadamente pueden producir destrucción del hueso, así como también infecciones como la Hepatitis y VIH.
- **Patologías cardiovasculares:** La Endocarditis bacteriana tienen una relación con la Periodontitis avanzada, el staphylococcus aureus esta presente y por el medio del torrente sanguíneo puede llegar a localizarse en el endocardio.
- **Nacimiento prematuro.** Las enfermedades periodontales se relacionan a los nacimientos prematuros y bajo peso del naciente, debido a los microorganismos anaerobios gramnegativos que estimula la formación de citoquinas que favorecen a la producción de PGE2 (prostaglandinas) que pueden inducir a la dilación cervical. (7)

4.2.3. Placa Bacteriana

La placa bacteriana o placa dental, es una película compuesta por gluco-proteínas ya sean de origen salivar y bacterial, esta se adhiere a la superficie dental y es responsable del desarrollo de enfermedades con mayor prevalencia que atacan a la salud estomatológica tales como: la caries y la enfermedad periodontal por ello, la placa bacteriana debe ser controlada, tomando medidas preventivas mediante la aplicación de métodos mecánicos y químicos. (10)

Las tres etapas iniciales de la placa bacteriana son:

- Depósito de la película adquirida.
- Repoblación de la película por diferentes bacterias.
- Maduración de la placa (11)

La existencia de la placa dental, irrita las encías alrededor del diente, y si esta no se elimina de manera adecuada, puede robustecerse y convertirse en sarro o cálculo dentario que es la causa principal de la periodontitis (enfermedad de los tejidos de soporte dental). (12)

De la misma manera, mientras perdura la membrana de Nasmyth (cutícula del esmalte), que es la que recubre al diente recién erupcionado; el esmalte no contacta con la saliva, pero cuando aquella desaparece, el esmalte dentario queda recubierto inmediatamente por una capa de gluco-proteínas salivales, que se pegan selectivamente a la hidroxiapatita del esmalte del diente; a esto le llamamos la película adquirida. (11)

4.2.4. Caries Dental

La caries de las piezas dentales, es el padecimiento crónico más extenso a nivel mundial, la misma constituye un reto significativo en la salud pública, porque al no ser tratada puede dificultar algunas actividades cotidianas como la ingesta de alimentos y el pernoctar; pudiendo tener un impacto directo en el correcto desarrollo siendo la fuente principal de ausencia laboral y escolar. (7)

Por otro lado se considera una enfermedad caracterizada por la destrucción de los tejidos duros del diente, es provocada por ácidos de la fermentación de los azúcares e hidratos de carbono, esto puede ocurrir por la interacción de muchos factores de riesgo como consumo excesivo de carbohidratos y azúcares, consumo de algunos medicamentos como anticonvulsivantes (ácido valproico, fenobarbital) que producen xerostomía y asociado con la mala higiene oral afectan a la cavidad bucal. (2)

Las zonas más vulnerables son: dientes posteriores y zonas interproximales de los dientes, donde prevalece mayor acúmulos de placa, en donde los mecanismos de auto-limpieza y de control de placa son menos efectivos. (10)

Entre las causas principales para que se presente este problema tenemos:

- Acción de microorganismos.
- Fermentación de carbohidratos que proceden de la ingesta desproporcionada de hidratos de carbono que se convierten en ácidos orgánicos.
- Hábitos alimenticios producidos por el distorsionado consumo de dulces. caramelos, chocolate, etc.
- Aseo o higiene dental deficiente.
- Las bacterias presentes en la boca convierten todos los alimentos, en especial los azúcares y almidones, en ácidos, la cual causa la desmineralización de las partes duras del diente provocando caries. (12)

4.2.5. Gingivitis

Es la inflamación e irritación de las encías producidas por la acumulación de placa bacteriana, la misma que al no ser eliminada forma unos depósitos llamados sarro o tártaro los cuales no pueden ser eliminados por el simple cepillado, estos depósitos se eliminan mediante una limpieza profesional realizada por el higienista o profesional dental.

Las sustancias producidas por los microorganismos que se encuentran en la placa bacteriana producen inflamación e irritación las cuales como consecuencia producen cambio de color (rojo intenso), agrandamiento gingival (producido por la inflamación), sangrado y molestias de las encías y en algunas ocasiones presenta retracción gingival.

Entre los factores de riesgo más comunes tenemos:

Hábito de fumar: Es uno de los factores de riesgo más significativos relacionados con el desarrollo de la enfermedad de las encías. El hábito de fumar puede disminuir el efecto de algunos tratamientos.

Cambios hormonales en las niñas y mujeres: Estos cambios pueden hacer que las encías se hagan más sensibles facilitando así el desarrollo de la gingivitis.

Medicamentos: El consumo de fármacos tales como los anticonvulsivos (fenitoína), los inmunosupresores (ciclosporina A) y los bloqueadores de los canales del calcio (nifedipino, verapamilo, diltiazem y valproato sódico) producen alteraciones en la composición salival produciendo xerostomía.

Otras enfermedades: Enfermedades, como el cáncer o el SIDA y sus respectivos tratamientos, también pueden perjudicar la salud de las encías.

Genética: Algunas personas son más propensas que otras a tener un caso grave de la enfermedad de las encías. (13)

4.2.6. Enfermedad Periodontal

La enfermedad periodontal es una patología grave, en algunos casos pueden acabar en la pérdida de las piezas dentarias, afectando entre el 15% al 20% de adultos que están entre los 35 y 44 años de edad (1). La periodontitis es generada cuando la placa bacteriana no ha sido tratada ni eliminada manifestándose de manera crónica, la cual a su vez se agrava por la deficiente higiene bucal, iniciando como una gingivitis para posteriormente desarrollar espacios o bolsas que se infectan. El sistema inmunitario del cuerpo lucha contra las bacterias a medida que la placa se extiende y crece por debajo de la línea de las encías. Las toxinas de las bacterias y la respuesta natural del cuerpo contra la infección empiezan a destruir el hueso y el tejido conjuntivo que mantienen a los dientes en su lugar. Cuando la periodontitis no se trata debidamente, los huesos, las encías y los tejidos que sostienen los dientes se destruyen. Con el tiempo, puede ocasionar la pérdida total de las piezas dentales. (13)

4.2.7. Cáncer Oral

Es una de las patologías con alta mortalidad a nivel mundial, el número de casos de cáncer bucal que incide en la mayoría de países oscila de entre 1 a 10 casos por cada 100.000 habitantes esta patología generalmente afecta a individuos de sexo masculino de edad media y adultos mayores, individuos con un grado de educación bajo asociadas al consumo de sustancias perjudiciales y personas con escasos ingresos económicos (1)

Esta patología por lo general empieza con una úlcera crónica que nunca sana; otros indicadores pueden envolver signos y síntomas que se manifiesta mediante una hinchazón con dolor, sangrado y problemas al morder o al deglutir los alimentos. Las lesiones precancerosas se presentan generalmente como manchas rojas o blancas que se encuentran de manera persistente y constante en la cavidad bucal y estas representan más del 70% de los cánceres orales. Esta enfermedad en sus estados iniciales puede pasar desapercibida por la persona, muchas de las veces sin tener conciencia que padece la enfermedad y que puede ser de un avance acelerado. Las localizaciones más habituales de la enfermedad son el interior de las mejillas, la lengua y la parte inferior de la boca. (7)

El tabaco y el alcohol son los principales factores de riesgo del cáncer (el 90% de casos responsables de cáncer oral es producido por el alcohol). El consumo de tabaco masticable junto a otras sustancias cancerígenas como el betel común en el continente asiático. La cerveza y las bebidas con alto nivel de alcohol están relacionadas con el desarrollo directo de cáncer oral

La infección producida por el virus del papiloma humano (HPV) se está tornando en la principal causa de riesgo emergente. (7)

Para poder realizar un correcto tratamiento para combatir el cáncer bucal se necesita una mezcla de extirpación quirúrgica, quimio o radioterapia no obstante, los estudios estadísticos de supervivencia a esta enfermedad son de las más bajas de todos los cánceres y no han cambiado en los 10 últimos años. (7)

4.2.8. VIH/SIDA y Salud Oral

Más del 50% de pacientes VIH+ desarrollan signos y síntomas bucales de manera temprana en el lapso de la enfermedad, incluyendo infecciones fúngicas, bacterianas o virales, leucoplasia vellosa, boca seca, periodontitis severa, sarcoma de Kaposi y Linfomas. Todas ellas pueden causar molestias y dolor para el diario vivir produciendo problemas específicos en el degustar, masticar y tragar, interfiriendo directamente con el estilo y calidad de vida de la persona.

Problemas que presentan personas con VIH.

- Boca seca y caries
- Candidiasis
- Úlceras bucales (llagas en la boca, aftas)
- Úlceras por herpes
- Enfermedad en las encías (periodontitis)
- Leucoplasia pilosa
- Sarcoma de Kaposi
- Glándulas salivales agrandadas
- Herpes zoster o culebrilla
- Verrugas bucales (virus papiloma humano)

Las lesiones orales relacionadas con el VIH pueden ser útiles para el diagnóstico, evaluación del avance de la enfermedad, para predecir la fase inmune y para recibir a tiempo las intervenciones terapéuticas (7)

4.2.9. Prevención de las enfermedades Bucales

La prevención es la única forma de disminuir el riesgo de las enfermedades bucodentales y minimizar el efecto en la salud general.

Los obstáculos para alcanzar una salud óptima incluyen una situación socioeconómica baja, falta de educación en materia de salud bucodental y la falta de acceso a la atención sanitaria. Para el mantenimiento de una buena salud en general deben aplicarse enfoques preventivos fundamentados en factores de protección comunes como dieta saludable, no fumar, limitar el consumo de alcohol y promover una educación de higiene oral y prevención de enfermedades bucodentales desde una edad temprana.

Las principales actividades para la prevención son la utilización de cepillo e hilo dental, la caries inicia su labor entre las encías y los dientes donde las cerdas del cepillo no limpian, es por eso la importancia de la seda o hilo dental para poder retirar la placa dental que se forma entre los dientes y evitar la acumulación de restos alimenticios causantes de las caries interproximales.

La placa es uno de los factores fundamentales causantes de la formación de caries y enfermedades periodontales, la placa puede ser transparente y clínicamente invisible, a menos que sea muy abundante por ello es necesario utilizar sustancias reveladoras como las que se nombra a continuación:

- Pastillas reveladoras
- Jugo de remolacha cocida
- Colorante vegetal

Además de la higiene bucal la presencia del profesional odontológico juega un papel importante para el control de la salud bucal del paciente, no solo ofreciendo tratamiento a estas enfermedades sino brindando información con material publicitario, ferias de salud y ayudando a la prevención a través de aplicaciones tópicas de flúor, sellantes y profilaxis para eliminar posibles causas patológicas.

4.3. Antecedentes de la Investigación

- **Obra: Artículo de revista: ¿La indiferencia dental influye en la calidad de vida relacionada con la salud bucodental de los presos? Escuela de Odontología Clínica, Universidad de Sheffield, Sheffield, Reino Unido. (14)**

Autor: Marshman Z. Baker S. Robinson P.

Resultados:

De los 700 hombres abordados, 659 completaron la entrevista y el examen clínico. La calidad de vida relacionada con la salud bucal se asoció con menos indiferencia dental (es decir, mayor interés en la salud oral), uso regular previo de servicios dentales, necesidad percibida de tratamiento y uso de servicios dentales en prisiones. El número de dientes cariados y factores predisponentes, como las calificaciones y el empleo, no predijeron una mala calidad de vida.

- **Obra: Artículo de revista: Comparación de las escalas de negligencia dental e indiferencia dental New Zealand (15)**

Autor: Jamieson L. Murray W.

Resultados:

Las dos escalas de abandono dental e indiferencia dental tuvieron asociaciones en gran parte similares con variables sociodemográficas, de atención oral y de autocuidado, y de impacto en la salud oral, aunque se encontraron ligeramente más asociaciones con la escala de indiferencia dental. Se descubrió que la escala de Dental Neglect 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: Evitar y retrasar las visitas dentales en Australia (16)**

Autor: Centro Australiano de Investigación para la Salud Oral de la Población, Universidad de Adelaide, Australia del Sur.

Resultados:

Un poco más de dos tercios (67,1%) de las personas indicaron que evitaban ir al dentista o iban al dentista con menos frecuencia de la que creían necesario. Cuando se les preguntó por qué evitaban ir al dentista, el 67.6% de los que evitaron o retrasaron la visita (45.4% de la muestra entera) calificaron el costo o el costo de ir al dentista como una razón que era más del doble de las siguientes razones más citadas, la falta de tiempo (30,3%, 20,3% de la muestra entera) y simplemente no llegar a ella (31,9%, 21,3% de la muestra entera). Menos comúnmente citadas razones no le gustaba el dentista (18,1%, 12,1% de toda la muestra), la ansiedad dental y el miedo (17,8%, 12,0% de la muestra entera) y la inconveniencia de llegar al dentista (8,5%, 5,7% De la muestra entera)

- **Obra: Artículo de revista: Confiabilidad y validez de la Escala de Indiferencia Dental en una población de 18 años en Noruega (17)**

Autor: Skaret E. Raada M. Kvale G. Berg E.

Resultados:

El coeficiente de correlación (Pearson) para la comparación test-retest fue de 0,43. El coeficiente de correlación entre las puntuaciones de DIS y las frecuencias de citas médicas no atendidas fue 0,24. El coeficiente Alpha de Cronbach para las ocho preguntas DIS fue de 0,35 (n = 868). Sólo dos de las ocho preguntas DIS entraron en el modelo de regresión

escalonada y explicaron el 15% de la varianza de la frecuencia de citas perdidas.

- **Obra: Artículo de revista: Factores demográficos, de salud y estilo de vida asociados con la asistencia al servicio dental por parte de jóvenes adultos en Noruega (18)**

Autor: SlackSmith L. Mills C. Bulsara M. OGlady M.

Resultados:

En general, el 41 por ciento de los jóvenes adultos en este estudio había visitado a un profesional dental en los 12 meses anteriores. Las mujeres, aquellas que viven en ciudades, las que tienen seguro privado, las que hablan otros idiomas que no son el inglés, las del grupo socioeconómico más alto y las que tienen comportamientos saludables fueron subgrupos con mayor probabilidad de haber visitado a un profesional dental. Con la regresión logística, los factores que se asociaron con la asistencia a servicios dentales eran mujeres, con seguro médico privado y bajo consumo de alcohol

- **Obra: Artículo de revista: Comprender la evitación y la no asistencia entre los adolescentes en el cuidado dental - una revisión integradora en Suecia (19)**

Autor: Fagestad A. Windahl J. Arnrup K.

Resultados:

Sólo siete estudios, todos de Suecia o Noruega, investigaron los factores asociados con la evitación dental. Los 14 estudios restantes estuvieron

geográficamente extendidos. En cuanto a la evitación, el foco principal se encontró en los factores individuales y situacionales, mientras que los factores ambientales fueron más a menudo investigados para el resultado no-asistencia. Los posibles impactos de los antecedentes culturales, del consumo de tabaco, alcohol o drogas y de las circunstancias psicosociales merecen más investigación. Las implicaciones clínicas del conocimiento de hoy en día pueden ser prestar atención a los antecedentes individuales de los adolescentes ya su situación cotidiana, ofrecer un tratamiento acordado e individualizado, tener en cuenta los temores y las actitudes, evitar tratamientos dolorosos y estar alerta ante los primeros signos de evitación.

- **Obra: Artículo de revista: Desarrollo inicial de una escala para medir la indiferencia dental, New Zealand (20)**

Autor: Nuttall M.

Resultados:

El coeficiente de correlación de Pearson entre la primera y segunda conclusión del cuestionario de indiferencia dental fue 0,79. Las puntuaciones altas en el cuestionario de indiferencia dental se asociaron significativamente con ser joven, hombre y trabajador manual. Los anotadores altos tuvieron menos dientes, en promedio, que el resto de la muestra y más de la mitad de ellos no tenían registro de asistir a la atención de negación dentro de los 4 años. Los que asistieron a un dentista fueron más propensos a tener dientes llenos o extraídos

- **Obra: Artículo de revista: Modalidades terapéuticas odontológicas recibidas por el paciente anciano en la ciudad de México (21)**

Autor: Modesto L. Diaz L.

Resultados:

La muestra estudiada parece darle poca importancia al tratamiento odontológico integral, influyendo hechos tales como que el 52% de los pacientes nunca recibieron información sobre los problemas que pudieron tener en la boca, y el 66% no fue informado sobre las necesidades de tratamiento, el 45% de ancianos solo acuden al odontólogo cuando presentan dolor.

- **Obra: Artículo de revista: Diferencias basadas en el género en los factores relacionados con la no utilización de la atención dental en los jóvenes noruegos (22)**

Autor: Skaret E. Raadal M. Kvale G. Berg E.

Resultados:

La tasa de respuesta fue del 69%. El tiempo transcurrido desde la última cita dental a la edad de 23 años fue más largo para los hombres que para las mujeres. Del 2% que no había sido al dentista durante los últimos 5 años o más, la mayoría eran hombres (69%). Estas diferencias de género pueden influir en futuras estrategias de prevención de abandono de la atención y posibles intervenciones dirigidas a llevar a los adolescentes a la atención dental regular

- **Obra: Artículo de revista: Factores relacionados con citas dentales perdidas y canceladas entre adolescentes en Noruega (23)**

Autor: Skaret E. Raadal M. Kvale G. Berg E.

Resultados:

Un total de 124 sujetos que habían perdido o cancelado 20% o más de sus citas dentales durante esta edad se definieron como un grupo objetivo. Un modelo de regresión por etapas indicó que la probabilidad de ser incluido en el grupo objetivo aumentó en un factor de 6,0 si el sujeto había olvidado citas dentales durante los últimos 5 años, en un factor de 3,5 para trabajar o sin ocupación específica (en lugar de asistir a la Escuela), por un factor de 2,7 para las creencias negativas de los dentistas, y por un factor de 2,1 para la experiencia de alta caries

5. HIPÓTESIS

No precisa de hipótesis por ser un estudio descriptivo.

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Marco Metodológico

Enfoque: El enfoque de la investigación es cuantitativo

Diseño de Investigación: Descriptivo

Nivel de investigación: Descriptivo

Tipo de Investigación:

- **Por el ámbito:** De campo
- **Por la técnica:** Encuesta
- **Por la temporalidad:** Transversal actual

2. Población y Muestra

La muestra de la población que se tomó en cuenta para la elaboración de este estudio es de 386 encuestados para la recolección de datos, la misma que fue realizada de manera aleatoria en los habitantes de la parroquia El Batán las mismas que se encuentren en los rangos de edad establecidos (18 a 44 años).

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

a. Criterios de inclusión. En el presente estudio se incluirán las encuestas realizadas aleatoriamente a las personas de 18 a 44 años que habitan en la parroquia El Batán del cantón Cuenca de la provincia del Azuay.

b. Criterios de exclusión. Personas que no cumplan el rango de edad y las personas que no colaboren con la realización de la encuesta.

2.2. Tipo de muestreo: Se realizó un muestreo probabilístico, estratificado y proporcional.

2.3. Tamaño de la muestra.- Se calculó mediante la fórmula para la muestra de población finita, con un nivel de confiabilidad de 95% y un error de 5% . (24)

El total de habitantes de la parroquia El Batán es de 24626 (Ver anexo 2).

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

N = Total de la población 24626

Z α = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)

q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)

d = precisión 5%

$$n = \frac{24626 * 1.96^2 * 0,05 * 0,95}{0,05^2 * (24626 - 1) + 1.96^2 * 0,05 * 0,95}$$

$$n = 379$$

El tamaño de la muestra fue de 379 encuestas, para estratificar de acuerdo a la edad se amplió la muestra hasta 386 encuestas.

3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADOR	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA	DATO
Indiferencia dental	Falta de interés de un individuo a los tratamientos odontológicos.	Valorar el grado de indiferencia dental.	Encuesta DIS	Cualitativa	Ordinal	Alta Media Baja
Sexo	Característica genotípica de la persona.	Características externas que diferencian al hombre de la mujer.		Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Años de vida registrados en la encuesta durante la toma de datos.		Cuantitativa	Nominal	18-44 años
Nivel académico	Grado de estudios terminados o en proceso.	Nivel de estudios registrados en la encuesta durante la toma de datos.		Cualitativo	Nominal	Sin estudios, Primaria, Secundaria, Superior Técnica, Superior Universitaria
Ingreso económico	Valor recibido por la realización de un trabajo.	Ingresos económicos del encuestado.		Cuantitativa	Nominal	0-1000, 1001- 2000, 2001- 3000, + 3000

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

4.1. Instrumentos documentales

Para este estudio se utilizó la escala DIS Nuttall (*Ver anexo 1*), la cual permite medir la indiferencia al tratamiento dental, utilizando una encuesta que consta de 8 preguntas teniendo en cuenta que 8 es mayor indiferencia y 1 menor indiferencia. (15)

4.1.1. Materiales

Se empleó material de escritorio: computadora, lápiz, hojas de papel bond, etc.

4.2. Recursos

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

5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS

5.1. Ubicación espacial.

El Batán, es una parroquia urbana que está ubicada geográficamente al sureste del cantón Cuenca, limitando al norte con la parroquia San Sebastián, al sur con la parroquia Yanuncay y al este con la parroquia Sucre, el último censo poblacional realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el año 2010, consta de 24626 habitantes. (25)

Cuenca está ubicado en el centro austral de la República del Ecuador; es la capital de la provincia del Azuay; cuenta con 591.996 habitantes; su temperatura va de 7 a 15 grados centígrados en invierno y de 12 a 25 grados centígrados en verano; se encuentra a 2500 metros sobre el nivel del mar; la

superficie de área urbana es de 72 kilómetros cuadrados aproximadamente; tiene una alta cobertura de servicios básicos; es la tercera ciudad más importante del Ecuador. Se caracteriza por su riqueza cultural, su gran variedad de museos; su gastronomía es una de las más apetecidas del país.

5.2. Ubicación temporal.

El trabajo investigativo se realizó en los meses de junio julio y agosto del año 2017, reflejando la situación dentaria de los encuestados.

5.3. Procedimientos de la toma de datos.

Para el registro de los datos, se tomo en cuenta las fichas de la parroquia El Batán, las cuales fueron ingresadas a una base de datos en el programa EPI INFO, estas reflejan información que fue registrada con las siguientes características:

La Investigación indiferencia al tratamiento dental busco describir cuantitativamente el problema en jóvenes adultos comprendidos en las edades de 18 a 44 años de edad, utilizando las fichas obtenidas por encuestas realizadas por estudiantes de la Universidad Católica de Cuenca en el período junio y julio del 2017.

5.3.a. Método de encuesta utilizado por los examinadores

Para el llenado de las encuesta la realizaron parejas de encuestadores los que fueron a los hogares, parques y sectores de mayor concurrencia, luego de la breve explicación sobre el propósito del estudio, se procedió a llenar la encuesta, la misma que fue firmada dando consentimiento para utilizar los datos recolectados.

5.3.b. Criterios de registro de hallazgos.

Criterios de Evaluación de Indiferencia basados en la puntuación de respuesta.

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

- Puede indicar una o más respuestas por ítem
- El valor máximo de puntaje permitido es de 1 por pregunta.
- Se sumará todos los puntajes de la escala de indiferencia al tratamiento dental.
- El rango de puntaje irá de 0 a 8.
- El puntaje mayor asociado con niveles altos de la indiferencia al tratamiento dental.

Para tener el valor de indiferencia se tomo en cuenta:

Pregunta 1:

Valor: 1 si ninguno o si ni el literal b ni el literal c está marcado

Pregunta 2:

Valor: 1 si el literal a o d están marcados

Pregunta 3:

Valor: 1 si el literal a o d está marcado

Pregunta 4:

Valor: 1 si el literal d está marcado

Pregunta 5:

Valor: 1 si los literales a o c están marcados

Pregunta 6:

Valor: 1 si los literales a b o e están marcados

Pregunta 7:

Valor: 1 si los literales a o b están marcados

Pregunta 8:

Valor: 1 si los literales b d o g están marcados

PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

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

Se dividió la población en dos grupos para facilitar la obtención de resultados

De 18 a 31 años de edad

De 32 a 44 años de edad

Para el análisis de los datos respecto al valor de indiferencia se denominó que:

Bajo = 0 - 1

Medio = 2 – 3 – 4

Alto= 5 – 6 – 7 – 8

6. ASPECTOS BIOÉTICOS

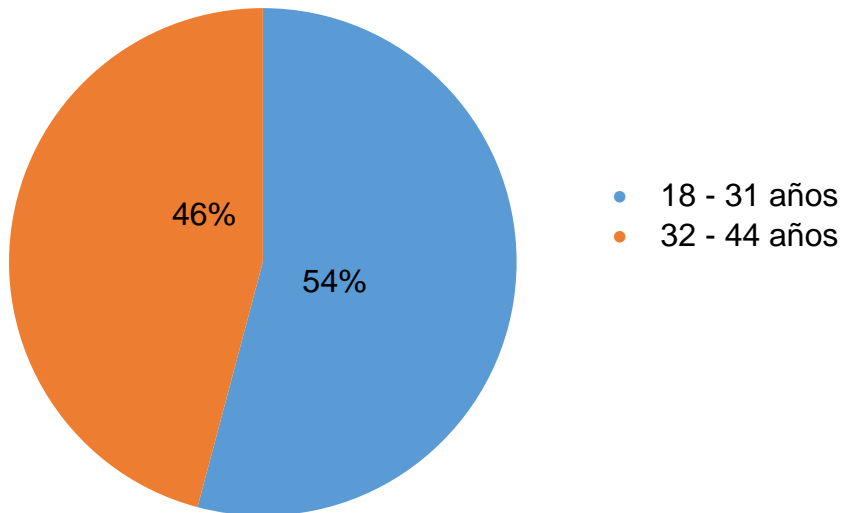
El presente trabajo investigativo denominado Indiferencia al Tratamiento Odontológico en adultos jóvenes de 18 a 44 años, parroquia El Batán. Cuenca Ecuador 2017, ha sido realizado sin que hubiese daños morales, físicos y psicológicos a los encuestados y a terceras personas, se hizo conocer a cada encuestado que de los datos obtenidos son para la medición de la indiferencia a los tratamientos odontológicos.

CAPÍTULO III

RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

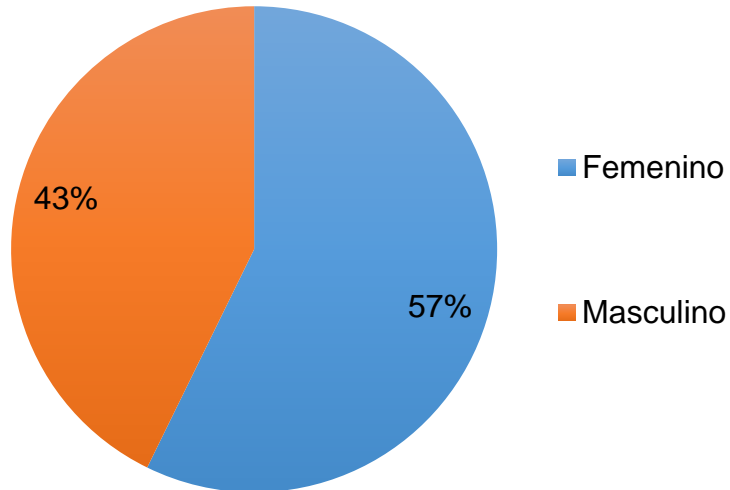
1.- RESULTADOS

Gráfico1 Frecuencia Variable Edad



Interpretación.- La edad que predomina en los encuestados es la comprendida entre 18-31 años con un 54%, seguido de 32-44 años con un 46%.

Gráfico 2 Distribución de casos de la variable sexo



Interpretación.- En el gráfico 2 podemos observar que de la población encuestada existe más habitantes de sexo femenino 57% que de sexo masculino 43%.

Tabla 3. Distribución de casos de acuerdo a la indiferencia al tratamiento dental.



Interpretación.- En la tabla anterior se observa que 89% de los encuestados tiene indiferencia a los tratamientos dentales y 11% que no tiene indiferencia.

Tabla 1. Distribución de casos de acuerdo a la Indiferencia Dental.

Indiferencia	Nº de casos	Porcentaje %
Bajo	42	10,88
Medio	243	62,95
Alto	101	26,17
Total	386	100

Interpretación.- En la tabla 1 se observa que la indiferencia al tratamiento dental que predomina es medio con un 63%, seguido del nivel alto con un 26% y por último el nivel bajo con un 11%.

Tabla 2 Relación entre indiferencia al tratamiento y el Sexo

Sexo	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
Femenino	19	8,60	140	63,35	62	28,05	221
Masculino	23	13,94	103	62,42	39	23,64	165
Total	42		243		101		386

Chi Cuadrado $p = 0,20$

Interpretación.- En la tabla 2 podemos observar que los hombres y mujeres presentan una indiferencia al tratamiento dental medio (63%), respecto al Chi Cuadrado el valor de posibilidades es mayor a 0,05 por ello no existe dependencia entre las variables indiferencia dental y sexo.

Tabla 3 Relación entre la Indiferencia dental y la Edad

Edad	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
18-31	25	11,96	126	60,29	58	27,75	209
31 - 44	17	9,60	117	66,10	43	24,29	177
Total	42		243		101		386

Chi Cuadrado $p = 0,48$

Interpretación.- En la tabla 3 podemos observar que los rangos de edad obtenidos prevalece el nivel medio (nivel de indiferencia dental), de 18 a 31 años el porcentaje es del 60% y de 31-44 años el porcentaje es de 66%, respecto al Chi Cuadrado el valor de posibilidades es mayor a 0,05 por ello no existe dependencia entre las variables indiferencia dental y edad.

Tabla 4 Distribución de nivel académico e indiferencia al tratamiento dental

Estudios	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
Sin Estudios	7	58,33	4	33,33	1	8,33	12
Primaria	16	26,67	27	45,00	17	28,33	60
Secundaria	48	30,19	64	40,25	47	29,56	159
Superior Técnica	8	23,53	18	52,94	8	23,53	34
Superior Universitaria	45	37,19	48	39,67	28	23,14	121
Total	124		161		101		386

Chi Cuadrado $p = 0,31$

Interpretación.- En la tabla 4 podemos observar entre los encuestados prevalece el nivel secundario, en cuando al nivel de indiferencia a tratamientos dentales se puede observar que el valor que prevalece es el medio en todos los niveles académicos, respecto al Chi Cuadrado el valor de posibilidades es mayor a 0,05 por ello no existe dependencia entre las variables indiferencia dental y nivel académico.

Tabla 5 Ingresos Económicos e Indiferencia Dental

Ingresos Económicos	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
1-1000	115	29,79	149	38,60	92	23,83	356
1001-2000	5	1,29	8	2,07	7	1,81	20
2001-3000	1	0,26	3	0,78	1	0,266	5
3000	3	0,78	1	0,26	1	0,26	5
Total	124		161		101		386

Chi Cuadrado $p = 0,74$

Interpretación.- Respecto al Chi Cuadrado el valor de posibilidades es mayor a 0,05 por ello no existe dependencia entre las variables indiferencia dental e ingresos económicos

2.- DISCUSIÓN

Para este trabajo investigativo se tomaron datos de los habitantes de la parroquia El Batán que se encuentran en el rango de 18 a 44 años de edad, del cantón Cuenca, en el año 2017. La falta de interés al tratamiento odontológico por parte de los habitantes es una de las causas que ha llevado a realizar este trabajo; de esta manera, conocemos la realidad de la salud bucodental en este sector.

Se realizó una encuesta a 386 personas, en la encuesta constan variables como sexo, edad, nivel académico e ingresos económicos; además se utilizó la escala DIS, la cuál consta de 8 preguntas con las que se pudo determinar si el índice de indiferencia que presentan los moradores del sector es bajo medio o alto, teniendo en cuenta que 1 es el resultado de menor grado y 8 el de mayor grado de indiferencia.

El rango de edad de 18 a 31 años presentan una mayor indiferencia (54%) en comparación al grupo de edad de 32 a 44 años (46%) puesto que en este rango de edad inicia la etapa productiva del ser humano académicamente como laboralmente, lo que su tiempo es limitado para asistir a una cita odontológica.

El puntaje promedio obtenido en la escala de indiferencia dental es de 3,4 (DIS), teniendo como resultado una indiferencia dental media. En el estudio Confiabilidad y Validez de la Escala de Indiferencia Dental en una población de 18 años en Noruega realizado por Erik Skaret, se reveló que los resultados de la investigación se correlacionan al presente estudio con un puntaje de 3,4 contando con una indiferencia media sin que interfieran ninguna de las variables en los resultados; de tal manera que con los datos obtenidos se puede constatar que la indiferencia al tratamiento odontológico no solo afecta a la parroquia de El Batán, sino que también afectan a diferentes puntos geográficos. De igual manera en el año 2014 en un estudio realizado por la doctora Marshman Zoe en los presos de la cárcel del norte de Inglaterra en la ciudad de Sheffield, donde el índice de indiferencia dental es baja se obtiene

como resultado que el estilo de vida de la persona no es motivo para la falta de interés hacia la atención dental, 659 de 700 reos tenían un alto grado de interés en la salud oral.

En la obra escrita por Slack Smith se toma al mismo rango de muestra que el nuestro que son los jóvenes adultos (personas que están entre la edad de 18 a 44 años), además Slack Smith relaciona factores demográficos, salud y estilo de vida con la asistencia al servicio dental determinando que las mujeres que tienen un nivel socioeconómico alto y actividades saludables son las que más interés tienen por visitar a un profesional dental, en la investigación realizada por Skaret Erik sobre diferencias de género en los factores relacionados con la no utilización de la atención dental en los jóvenes noruegos, determinaron que el sexo masculino tiene una prevalencia del 69% a la ausencia de citas dentales en los últimos años, en el estudio realizado por Nigel Nuttall desarrollo inicial de una escala para medir la indiferencia dental, asocian que las puntuaciones alta de indiferencia dental se relacionan con ser joven, hombre y trabajador manual además que la mitad de la población analizada no cuenta con un historial clínico dental en los últimos 4 años, a diferencia de esta investigación prevalece el sexo femenino con un 57% del masculino con un 43% los dos grupos presentan un nivel medio de indiferencia dental, además a diferencia del artículo de Nigel Nuttall, en nuestro estudio no existe relación entre la indiferencia dental y las variables edad, sexo, nivel académico e ingreso económico esto se basa en la prueba chi cuadrado realizada a cada una de las variables (p es mayor a 0,05).

En este caso se obtuvo que el 69% de habitantes realizan una cita preventiva y el 31% realizan una cita solo cuando piensa que hay algo mal con sus dientes, así mismo tan solo el 18% utiliza métodos de limpieza completa; en el artículo realizado por el centro australiano de investigación que trata sobre las visitas dentales muestra que el 67% de los encuestados visitaban al dentista con menos frecuencia de la que creían necesario, como se muestra en el artículo al igual que en esta investigación las causas de ausencia de citas dentales se da por: costos elevados en los tratamientos, falta de tiempo,

ansiedad y miedo del paciente cuando va al dentista, evidenciando de esta forma la falta de interés del cuidado bucal.

Además se recomienda que los profesionales de la salud bucal, en unión con las autoridades locales, realizar campañas para concientizar a la ciudadanía sobre la importancia del cuidado dental, desarrollando una cultura de prevención de enfermedades bucales, mediante tratamientos oportunos y eficaces, también se recomienda a los profesionales de la salud brinden toda la información necesaria antes durante y después de cada tratamiento para erradicar la indiferencia al tratamiento dental.

3.- CONCLUSIONES

- La frecuencia de indiferencia al tratamiento odontológico es de un 89% dando como resultado que si existe indiferencia y es de alto grado a los tratamientos odontológicos en la parroquia El Batán.
- La edad en la que se presenta mayor frecuencia de casos es de 18 a 31 años con un 53% con un nivel de indiferencia medio.
- A través de la prueba Chi Cuadrado ($p = 0,20$) podemos determinar que no existe dependencia entre indiferencia y las variables sexo, edad, nivel académico e ingresos económicos.
- El nivel académico que predomina es secundaria y el nivel de indiferencia es medio.
- El ingreso económico no influye con la indiferencia dental de los habitantes del sector, puesto que en todos los niveles se presentan un nivel medio de indiferencia al tratamiento dental.
- La indiferencia dental en mi estudio es causada por: falta de tiempo, tratamiento doloroso, costo elevado y por la preocupación y ansiedad de los pacientes al ir al dentista

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Salud Bucodental. [Online].; 2012 [cited 2017 Mayo 16. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>.
2. Ministerio de Salud Pública. Caries. Guía práctica clínica. [Online].; Ecuador, 2015 [cited 2017 Mayo 16. Available from: <http://salud.gob.ec>.
3. Real Academia Española. Indiferente. [Online].; 2014 [cited 2017 Septiembre 14. Available from: <http://dle.rae.es/?id=LOJb0zM>.
4. Lima M., Rivero Y. Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. [Online].; 2006 [cited 2017 09 05. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202006000100007.
5. Domínguez F. Transtornos psicologicos y su relación epítogénica con el Bruxismo. [Online].; Madrid, 2013 [cited 2017 Septiembre 15. Available from: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/660601/dominguez_m Medina_floramaria.pdf?sequence=1.
6. L. Schwartzmann. Calidad de vida relacionada con la salud. [Online].; 2003 [cited 2017 Septiembre 14. Available from: <http://www.psicologiamedica.org.uy/pdfs/cvrs.pdf>.
7. Federación Dental Internacional. El desafío de las enfermedades bucodentales. [Online]. Brighton, RU: Myriad Editions; 2005 [cited 2017 Mayo 10. Available from: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/book_spreads_oh2_spanish.pdf.
8. Alvear F. Vélez M. Botero L. Risk factors for periodontal diseases. [Online].; Antioquia, 2010 [cited 2017 Mayo 16. Available from: https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi2uce8i_bTAhUJPIYKHfXUAPEQFghGMAC&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.org.co%2Fpdf%2Ffoua%2Fv22n1%2Fv22n1a12.pdf&usq=AFQjCNFRmOJ_VwYLae-WQk1vmQR13_Emig.
9. Silva G. Galeano E. Correa J. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. [Online].; Colombia, 2005 [cited 2017 Septiembre 17. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163113820004>.
10. Navarro I. Estudio epidemiológico de salud bucodental en una población infantil-adolescente. [Online].; Madrid, 2010 [cited 2017 Mayo 16. Available from: https://www.researchgate.net/publication/41904029_Estudio_epidemiologico_de_salud_bucodental_en_una_poblacion_infantil-adolescente_de_Castilla-La_Mancha.
11. Poyato M. Segura J. Ríos V. Bullón P. Periodoncia para el Higienista Dental. [Online].; Sevilla, 2001 [cited 2017 Mayo 2. Available from: http://www.sepa.es/images/stories/SEPA/REVISTA_PO/articulos.pdf/11-2_05.pdf.

12. Cruz O. Choque E. Manual de enfermedades comunes de la cavidad bucal y formas de prevención. [Online].; Peru, 2013 [cited 2017 Mayo 3. Available from: http://www.suyana.ch/fileadmin/user_upload/Peru/Ausbildung/Lehrmaterial/Manual_Salud_bucal.pdf.
13. Institutos Nacionales de Salud. Enfermedad de las encías o enfermedad periodontal. [Online].; Maryland EEUU, 2013 [cited 2017 Septiembre 17. Available from: https://www.nidcr.nih.gov/oralhealth/Topics/GumDiseases/Documents/Periodonta_spanish_061413_508C.pdf.
14. Marshman Z. Baker S. Robinson P. ¿La indiferencia dental influye en la calidad de vida relacionada con la salud bucodental de los presos? [Online].; 2014 [cited 2017 Agosto 07. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24450539>.
15. Jamieson L. Murray W. The dental neglect and dental indifference scales compared. In Community Dentistry and Oral Epidemiology. New Zealand: Munksgaard International Publishers; 2002. p. 168–175.
16. Centro australiano de investigación para la salud oral de la población, universidad de Adelaide, Australia del Sur. La evitación y el retraso de las visitas dentales en Australia. [Online].; 2012 [cited 2017 Agosto 07. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1834-7819.2012.01697.x/full>.
17. Skaret E. Raada M. Kvale G. Berg E. Reliability and validity of the Dental Indifference Scale in a population of 18-year-olds. In Community Dentistry and Oral Epidemiology. Noruega: Munksgaard International Publishers; 2000. p. 330–335.
18. SlackSmith L. Mills C. Bulsara M. OGLady M. Factores demográficos, de salud y estilo de vida asociados con la asistencia al servicio dental por parte de adultos jóvenes. [Online].; 2007 [cited 2017 Agosto 07. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1834-7819.2007.tb00490.x/full>.
19. Comprender la evitación y la no asistencia entre los adolescentes en el cuidado dental - una revisión integradora. [Online].; 2016 [cited 2017 Agosto 07. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28509515>.
20. Nuttall M. Desarrollo inicial de una escala para medir la indiferencia dental. [Online]. [cited 2017 Agosto 07. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0528.1996.tb00825.x/full>.
21. Modesto L. Diaz L. Modalidades terapeuticas odontologicas recibidas por el paciente anciano. ADM. 1997 2017; Agosto(07).
22. Skaret E. Raadal M. Kvale G. Berg E. Diferencias basadas en el género en los factores relacionados con la no utilización de la atención dental en los jóvenes noruegos. [Online].; 2003 [cited 2017 Agosto 07. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1600-0722.2003.00072.x/full>.
23. Skaret E. Raadal M. Kvale G. Berg E. Factores relacionados con citas

- dentales perdidas y canceladas entre adolescentes en Noruega. [Online].; 2000 [cited 2017 Agosto 07. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1600-0722.2000.108003175.x/full>.
24. Herrera M.. Formula para el cálculo de la muestra poblaciones infinitas. [Online]. [cited 2017 Agosto 07. Available from: <https://investigacionpediahr.files.wordpress.com/2011/01/formula-para-cc3a1culo-de-la-muestra-poblaciones-finitas-var-categorica.pdf>.
25. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Poblacion. [Online].; Ecuador, 2010 [cited 2017 Mayo 18. Available from: <http://redatam.inec.gob.ec/cgibin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CPV2010&MAIN=WebServerMain.inl>.

ANEXOS
ANEXO 1: Encuesta Indiferencia al tratamiento Dental
Universidad Católica de Cuenca

CI: _____

Sexo: Masculino () Femenino ()

Edad: _____

Ocupación: _____

Pregunta	Respuesta	Puntuación
1. Usualmente uso:		
	a. Un cepillo de dientes para limpiar mis dientes	Valor: 1 si ninguno o si ni el literal b ni el literal c están marcados
	b. La seda o un cepillo especial para limpiar mis dientes	
	c. Tabletas reveladoras para comprobar que mis dientes están limpios	
2. En la actualidad:		
	a. Creo que hay algo mal con mis dientes, pero no es lo suficientemente malo como para ir a un dentista	Valor: 1 si el literal a o d están marcados
	b. Creo que hay algo mal con mis dientes y tengo la intención de ver a un dentista pronto	
	c. Voy a realizarme un chequeo en el próximo año	
	d. No creo que necesite ningún tratamiento por lo que no estoy planeando ir a un dentista ahora	
3. Si perdí un relleno en un diente de espalda y no me dolió:		
	a. De inmediato iré a un dentista	Valor: 1 si el literal a o c están marcados
	b. Esperaría si siento dolor o algún síntoma antes a un dentista	
	c. No sería un problema que no vería a un dentista por esta razón	
4. Por lo general, hago una cita para visitar a un dentista:		
	a. Cuando mi dentista me lo recuerda	Valor: 1 si el literal d está marcado
	b. Al final de mi última cita	
	c. Cuando pienso que es tiempo de ir a otro chequeo	
	d. Únicamente cuando pienso que esta algo malo en mis diente	
5. Si mis encías sangran pero estas no duelen:		
	a. No es un problema, no vería a un dentista por este problema	Valor: 1 si los literales a o c están marcados
	b. Iría inmediatamente a una cita con el dentista	
	c. Esperaría a ver si se presenta dolor o algún síntoma para ir al dentista	
6. Acerca de todas sus citas dentales en los últimos 5 años marque la mas cercana:		
	a. No he tenido una cita dentaria en los últimos 5 años	Valor: 1 si los literales a b o d están marcados
	b. Durante los 5 años he olvidado de asistir a mis citas dentales	
	c. Durante los 5 años solo he perdido una sola cita	
	d. Durante los 5 últimos años he cancelado una cita dental debido a que el problema desapareció	
7. Si tuviera un diente muy doloroso:		
	a. Preferiría que me lo saquen	Valor: 1 si los literales a o b están marcados
	b. Preferiría dejarlo sin tratamiento	
	c. Preferiría realizar una restauración	
8. Yo diría que mi razón principal para no ir a un dentista sería:		
	a. Porque pienso que el tratamiento es doloroso	Valor: 1 si los literales b d o g están marcados
	b. Porque toma demasiado tiempo ir al dentista	
	c. Porque siento preocupación o ansiedad cuando voy al dentista	
	d. Porque mi dentista me hace sentir culpable acerca del estado de mis dientes	
	e. Porque cuesta mucho	
	f. Porque no tengo tiempo para ir al dentista	
	g. No pospongo las citas yo asisto al dentista regularmente	Si el literal c está marcado no es un puntaje de indiferencia dental

Puntaje: Se puede responder una o más respuestas por ítem el valor máximo de puntaje permitido es 1. Se sumara todos los puntajes de la escala de indiferencia dental. El rango de puntaje ira de 0 a 8 siendo el puntaje mayor asociado con niveles altos de la indiferencia dental.

ANEXO 2: Población El Batán

Edad	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
0	243	256	499
1	240	218	458
2	278	250	528
3	228	237	465
4	237	249	486
5	220	221	441
6	232	228	460
7	218	233	451
8	228	241	469
9	254	233	487
10	208	242	450
11	257	231	488
12	230	222	452
13	224	226	450
14	253	218	471
15	236	210	446
16	270	257	527
17	287	273	560
18	289	279	568
19	292	302	594
20	265	290	555
21	229	256	485
22	252	283	535
23	251	303	554
24	266	251	517
25	261	274	535
26	221	272	493
27	236	246	482
28	234	246	480
29	226	215	441
30	206	212	418
31	203	223	426
32	176	194	370
33	164	211	375
34	150	185	335
35	146	194	340
36	150	154	304
37	125	167	292
38	142	198	340
39	118	157	275
40	130	161	291
41	104	157	261
42	109	120	229
43	107	158	265
44	107	147	254
45	110	149	259
46	111	141	252
47	116	140	256
48	111	119	230
49	130	145	275
50	107	138	245

51	98	122	220
52	96	105	201
53	92	118	210
54	100	139	239
55	92	106	198
56	101	102	203
57	81	83	164
58	59	77	136
59	70	75	145
60	78	81	159
61	67	66	133
62	47	66	113
63	46	63	109
64	52	62	114
65	39	50	89
66	40	41	81
67	35	29	64
68	45	49	94
69	41	33	74
70	40	43	83
71	22	38	60
72	17	38	55
73	22	31	53
74	17	30	47
75	14	33	47
76	18	18	36
77	14	16	30
78	12	18	30
79	20	19	39
80	19	23	42
81	14	12	26
82	10	14	24
83	7	18	25
84	17	13	30
85	9	15	24
86	4	10	14
87	9	10	19
88	9	8	17
89	2	5	7
90	4	7	11
91	1	6	7
92	6	3	9
93	4	6	10
94	1	5	6
95	2	1	3
97	1	3	4
98	-	1	1
101	-	1	1
T	11781	12845	24626