



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

“Negligencia al cuidado dental en adultos de 18 a 44 años, de la parroquia Checa, Cuenca-Ecuador, agosto 2017-abril 2018”

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

AUTOR/A: Reyes Espinoza, Verónica Beatriz.

DIRECTORA: Pinos Narváez, Patricia Alexandra. Dra. Mg.

CUENCA

2018

DECLARACIÓN:

Yo, Reyes Espinoza, Verónica Beatriz 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: Reyes Espinoza, Verónica Beatriz

C.I: 0706616513

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

Sra. Dra. Liliana Encalada Verdugo.

COORDINADORA DEL DPTO. DE TITULACIÓN.

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL EN ADULTOS DE 18 A 44 AÑOS DE EDAD, DE LA PARROQUIA CHECA, CUENCA-ECUADOR, AGOSTO 2017 - ABRIL 2018”**, realizado por **REYES ESPINOZA VERÓNICA BEATRIZ**, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que está expedito para su presentación.

Cuenca, Septiembre 2018

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.

DPT. DE INVESTIGACIÓN ODONTOLOGÍA.

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Sra. Dra. Liliana Encalada Verdugo.

COORDINADORA DEL DPTO. DE TITULACIÓN.

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL EN ADULTOS DE 18 A 44 AÑOS DE EDAD, DE LA PARROQUIA CHECA, CUENCA-ECUADOR, AGOSTO 2017-ABRIL 2018.”**, realizado por **REYES ESPINOZA, VERÓNICA BEATRIZ**, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que está expedito para su sustentación.

Cuenca, Septiembre 2018.

.....

Tutor/a: Pinos Narváez Patricia Alexandra Dra. Mg.

DEDICATORIA.

Con mucho amor a mis padres: José y Blanca, que fueron pilar fundamental a lo largo de mi carrera, quienes me brindaron su apoyo incondicional ayudándome a superar cada obstáculo, a través de sus consejos, valores y sobre todo su amor, que a pesar de la distancia siempre estuvieron ahí prestos para mí. Cada logro mío es de ellos.

A mi hermana Adriana, a quien amo mucho y quiero ser un ejemplo para ella, de que podemos lograr nuestras metas, y sé que ella también lo hará.

A mi gordo hermoso, mi hermanito Carlos, la mayor bendición que llegó a nuestras vidas, para llenarnos de felicidad y amor.

Y a mis amigos por ser parte fundamental en mi vida, especialmente mi mejor amiga Micu, con quien he vivido estos 5 años de carrera universitaria.

EPÍGRAFE

Algún día todo será diferente, sigue construyendo ese sueño con tu esfuerzo y mucho amor.

M. de Luz.

AGRADECIMIENTOS:

A Dios por nunca abandonarme, por darme la fortaleza y perseverancia para lograr concluir mi meta.

A los doctores que a lo largo de mi carrera me compartieron sus conocimientos.

A mi tutora por su paciencia y ayuda para la realización de esta tesis.

Y a cada una de las personas que me brindaron su apoyo cuando lo necesitaba.

ÍNDICE

RESUMEN	131
ABSTRACT	13
INTRODUCCIÓN	13
CAPÍTULO I	13
1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	15
2. JUSTIFICACIÓN	15
3. OBJETIVOS	17
3.2 Objetivos específicos	17
4. MARCO TEÓRICO	18
4.1 Bases Teóricas	18
4.2 Negligencia	18
4.2.a Tipos de negligencia:	19
4.2.b La lógica de la percepción.	19
4.2.c Causas	19
4.3 Vinculación entre Salud, Ingreso y Educación.	20
4.2.d Consecuencias.	21
4.4 Enfermedades y afecciones bucodentales.	21
4.5 Manejo adecuado.	23
4.6 Educación para la salud en odontología.	24
4.6.a Temas de salud bucal	24
4.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	25
5. HIPÓTESIS	29
CAPÍTULO II	30
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	30
1. MARCO METODOLÓGICO	31
2. POBLACIÓN Y MUESTRA	31
3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	33
4. INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	34
4.1 Instrumentos Documentales	34
4.2 Instrumentos Mecánicos	34
4.3 Materiales	34
4.4 Recursos	34
5. PROCEDIMIENTO PARA TOMA DE DATOS	34
5.1 Ubicación espacial	34

5.2	Ubicación temporal.....	34
5.3	Procedimiento de la toma de datos	35
6.	PROCEDIMIENTOS PARA ANÁLISIS DATOS.....	35
7.	ASPECTOS BIOÉTICOS.....	35
CAPÍTULO III	36
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	36
1.	RESULTADOS.....	37
2.	DISCUSIÓN	44
BIBLIOGRAFÍA	45
ANEXOS	49

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: Prevalencia de la negligencia dental	38
TABLA 2: Distribución de la muestra de acuerdo al sexo.....	40
TABLA 3: Relación entre nivel de ingresos económicos y negligencia dental.....	41
TABLA 4: Relación entre nivel de instrucción y negligencia dental.....	42
TABLA 5: Distribución de la muestra de acuerdo a la edad.....	39

RESUMEN

La negligencia por parte del paciente, se describe como el descuido, poco interés o falta de información en lo que corresponde a mantener una boca sana, y consecuencias de esta. La cavidad bucal es una parte fundamental del cuerpo y tenerla sana es importante para cumplir con varias funciones como: masticar, hablar, verse y sentirse bien; su descuido puede generar enfermedades que pueden afectar a todo el organismo. **OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de negligencia al cuidado dental en adultos de 18 a 44 años de edad, de la parroquia Checa, Cuenca-Ecuador, agosto 2017-abril 2018. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Es un estudio descriptivo, transversal actual, la muestra estuvo constituida por 313 personas de 18 a 44 años, para la evaluación se utilizó la escala de Thomson. Los datos recolectados fueron ingresados en el programa de libre acceso EPI-INFO versión 7.2. **RESULTADOS:** De acuerdo al análisis realizado el sexo que presenta mayor negligencia dental es el femenino con 158 casos equivalente al 40%, mientras que el sexo masculino con 155 casos equivalente al 39 %, dando un total de 79% de personas con negligencia dental y un 21% de personas no negligentes. **CONCLUSIÓN:** La negligencia dental puede desencadenar un sin número de enfermedades dentales, que a su vez van relacionadas con enfermedades sistémicas, con la prueba estadística se demostró que el nivel de instrucción y el ingreso económico está relacionado con la negligencia dental de las personas de este grupo etario.

PALABRAS CLAVES: Negligencia, OMS, salud bucal, instrucción.

ABSTRACT

Negligence on the part of the patient is described as carelessness, little interest or lack of information in what corresponds to maintaining a healthy mouth, and consequences of this. The oral cavity is a fundamental part of the body and having it healthy is important to fulfill several functions such as: chewing, talking, seeing and feeling good; his carelessness can generate diseases that can affect the whole organism. **OBJECTIVE:** The objective of this research was to determine the prevalence of negligence to dental care in adults from 18 to 44 years of age, from the Checa parish, Cuenca-Ecuador, August 2017-April 2018. **MATERIALS AND METHODS:** the methodology applied consisted of a descriptive, cross-sectional current study to determine the prevalence of negligence to dental care, the sample consisted of 313 people aged 18 to 44 years, for the evaluation the Thomson scale was used. The data collected were entered into the free access program EPI-INFO version 7.2. **RESULTS:** According to the analysis performed, the sex with the highest dental negligence is the female with 158 cases equivalent to 40%, while the male sex with 155 cases equivalent to 39%, giving a total of 79% of people with dental neglect and 21% of people not negligent. **CONCLUSION:** Dental negligence can trigger a number of dental diseases, which in turn are related to systemic diseases, with the statistical test showed that the level of education and income is related to dental negligence of people in this age group.

KEYWORDS: Negligence, OMS, oral health, instruction.

INTRODUCCIÓN

Negligencia se refiere a la falta de cuidado o descuido de las personas, lo que implica un riesgo para ellos mismos o a terceras personas. Por lo tanto, la negligencia al cuidado dental se define como el descuido de la higiene bucal, ausencia de citas odontológicas por año y de conocimiento de la importancia de mantener una boca sana. ⁽¹⁾

Debe diferenciarse la negligencia de la pobreza, ya que en esta no existen recursos que puedan obtener las personas para sus necesidades, en donde el estado es incapaz de poder brindar establecimientos, eventos o programas y seguridad; y así cumplir con las necesidades básicas de los habitantes. ⁽¹⁾

Se debe tener presente que la cavidad bucal es una parte fundamental del cuerpo y tenerla sana es importante para cumplir con varias funciones como: masticar, hablar, verse y sentirse bien; su descuido puede generar enfermedades que pueden afectar a todo el organismo. La mala realización de higiene por parte de las personas puede estar ligado al desconocimiento de prevención de higiene oral, también el miedo al profesional y el desempleo o pobreza de estas personas. ⁽²⁾

Recientes estudios indican, que conservar una cavidad bucal sana, aleja de padecer peligrosas enfermedades que generan dolencias, desde diabetes hasta problemas del corazón. En varios países se han realizados trabajos con el fin de fomentar el desarrollo social, basado en la igualdad y los derechos de todas las personas a la salud y bienestar, las cuales en la actualidad constituyen potencialidades para el incremento de la promoción de salud, así como la prevención de enfermedades.

Por esta razón es necesario realizar un estudio descriptivo con la finalidad de conocer los principales factores que conllevan a una Negligencia al cuidado dental en las personas de 18 a 44 años de la parroquia Checa de la Ciudad Cuenca.

Este estudio se realizó mediante un instrumento: las encuestas, que se efectuará a las personas de la parroquia Checa, bajo su consentimiento.

El objetivo del presente trabajo fue determinar el nivel de negligencia de estas personas, así como también los factores y consecuencias.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.

El problema de investigación que se presenta en este trabajo es, la negligencia por parte de las personas en cuanto a su salud bucal, este estudio se realizó con la finalidad de buscar información para concientizar a las personas acerca del cuidado dental, en especial a los habitantes de la parroquia Checa.

La presente investigación estuvo dirigido a responder la siguiente pregunta: ¿Cuánto es la prevalencia de la Negligencia al cuidado dental? Mediante un diseño descriptivo, que se realizó a las personas de 18 a 44 años de edad de la parroquia Checa de la Ciudad de Cuenca.

2. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se enfocó principalmente en personas de 18 a 44 años de edad que habitan en la parroquia Checa del Cantón Cuenca, con la finalidad de mejorar la salud bucal en la población de este grupo etario.

Relevancia Social: Este estudio tuvo una relevancia social y va dirigido a la comunidad de la ciudad de Cuenca, además es de gran interés para la población de Cuenca-Ecuador; ya que podría servir de referencia bibliográfica para futuras investigaciones.

Relevancia Humana: El presente trabajo estuvo enfocado en determinar los factores a la Negligencia al cuidado dental, en población de 18 a 44 años, teniendo una relevancia humana específica para este grupo etario.

Relevancia Científica: La relevancia científica de este trabajo se evidencia al poder saber cuáles son los factores con mayor prevalencia en la Negligencia al Cuidado Dental, con esto obtener datos importantes por parte de esta población, con la finalidad de posibilitar intervenciones que permitan prevenir la negligencia al cuidado dental.

El interés personal fue realizar un trabajo que arroje resultados que pueda dar a conocer los factores de la negligencia al cuidado dental, y darse a conocer como un problema frecuente.

Este estudio tiene un nivel de originalidad nacional, ya que no se cuenta con estudios recientes en estos últimos 3 años, asociados a la negligencia al cuidado dental en Checa.

Los beneficiados con los resultados del presente trabajo, será la Ciudad de Cuenca en especial la parroquia de Checa, ya que con este trabajo se podrá realizar proyectos para evitar las negligencias por parte del paciente.

El presente trabajo se enmarca dentro de la línea de investigación de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca, que se denomina: Factores de riesgo y su manejo en las enfermedades odontoestomatológicas.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general.

- Determinar la prevalencia de la negligencia al cuidado dental en personas de 18 a 44 años de edad de la parroquia Checa de la ciudad de Cuenca.

3.2 Objetivos específicos.

- Identificar en que género hay mayor frecuencia de negligencia al cuidado dental.
- Relacionar la negligencia al cuidado dental con el ingreso.
- Relacionar la negligencia al cuidado dental con la educación.

4. MARCO TEÓRICO.

4.1 Bases teóricas.

La salud bucal es un estado que se debería cuidar y mantener en equilibrio, lo que no se ha logrado en muchos casos, esta situación puede reflejar diversos hechos por ejemplo: las personas no atribuyen una importancia considerable a la salud oral, los altos costos de los tratamientos que conducen a posponer las citas dentales, personas que van a citas dentales solo cuando existe dolor, ausencia de mutuo entendimiento entre odontólogos y pacientes, todo ello se debe a la reducida participación de programas en prevención de la salud bucal desde la niñez. ^(3,4)

Por lo tanto, se debe considerar a los órganos dentales como indispensables para un correcto funcionamiento de la masticación, deglución, fonación y para conservar la estética facial. La ausencia o mala conservación de los órganos dentales, va a generar un malestar en el bienestar de las personas, ya que genera un deterioro en la nutrición, fonación y estética. Así se distingue a la boca como el asiento psicológico de las primeras necesidades emocionales y fisiológicas, con esta se toma el gusto al mundo que nos rodea. ^(3,5,6)

Por otra parte, "La OMS define a la salud bucodental como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal." ⁽⁷⁾

La salud bucal forma un fenómeno dinámico que va en relación con las etapas de la vida, en donde tenemos la etapa de la adolescencia, donde suceden cambios tantos biológicos como sociales y psicológicos. Las personas de este grupo poblacional casi siempre toman decisiones poco responsables, lo que conlleva a un descuido de su vida en su afán de ser mayores. ⁽²⁾

4.2 Negligencia.

En cuanto a la negligencia por parte del paciente en el cuidado de su salud bucal, se describe como el descuido, poco interés o falta de información en lo que corresponde a mantener una boca sana, y consecuencias de esta. ⁽¹⁾

4.2.a Tipos de negligencia:

- Negligencia inconsciente, se refiere cuando no existe el conocimiento previo por parte de las personas en una situación de riesgo, en este caso conocer las consecuencias de no mantener un cuidado dental adecuado y tomar una medida de prevención que elimine algún riesgo. ⁽¹⁾
- Negligencia consciente, en esta existe la intencionalidad, se define cuando la persona a pesar de tener conocimientos previos no toma las medidas adecuadas para la prevención de riesgo. ⁽¹⁾

4.2.b La lógica de la percepción.

En cuanto a la salud bucal en la percepción de las personas, se puede decir que está ligada a la cultura social que pertenecen, desde aquí se desprende normas y actitudes acertadas para señalar que tan importante es el cuidado y la salud bucodental. ⁽³⁾

Para las personas que realizan programas sobre la salud bucal, es importante que observen y recolecten sistemáticamente información sobre las percepciones que tienen los beneficiarios de los servicios odontológicos acerca de la salud oral, su importancia y las interpretaciones sobre los elementos de la higiene oral, como la pasta dental, cepillo e hilo dental. Si existe desconocimiento sobre las opiniones de las personas sobre la salud bucal, va impedir entender las necesidades y posibles obstáculos para el desarrollo de programas de salud para la comunidad. Se trata de evitar lo que Shader-Frechette denominó “la falacia de echar en el olvido a la gente común”, que desconocen el riesgo percibido, parte válida en la valoración de riesgos. Esto es importante para la promoción de la salud y a su vez la prevención de enfermedades. ⁽³⁾

4.2.c Causas.

En relación a la salud, la calidad de vida de las personas constituye un factor que interviene en el bienestar biosocial como la estabilidad económica, la alimentación adecuada, medio ambiente favorable y acceso a los servicios de salud. ⁽⁸⁾

Es importante conocer sobre la trama de los significados, creencias y percepciones que las personas poseen, que se basan en su interacción social, utilizados y a su vez compartidos en los diferentes espacios y en la vida cotidiana. En su mayoría, la población de personas tanto jóvenes como adultas, su concepto de higiene bucal está basado en un cepillo y pasta dental. ⁽⁷⁾

El conocimiento de las personas de 18 a 44 años de edad, respecto a la salud bucal y su mantenimiento son buenas, sin embargo, este tema tiene que ser más trabajado, por medio de la educación en salud, y así poder evitar negligencia por parte de ellos a lo largo de su vida. ⁽⁷⁾

La mayoría de las personas relacionan la salud bucal con ausencia de dolor y no como ausencia de enfermedad, por cuanto solo su asistencia al odontólogo se realizaría solamente si este presenta dolor, esto representaría una negligencia más por parte del paciente, ya que la visita al odontólogo al menos 2 veces al año sería lo ideal para mantener un estado de salud bucal muy buena y así evitar posibles enfermedades. ⁽⁷⁾

Aunque la mayoría de la población conoce la importancia de la higiene bucal, carece de argumentos que le permitan mantenerla con resultados satisfactorios. Así por ejemplo el primer cepillado del día lo realizan al levantarse y no luego del desayuno como estaría correcto, así también el cepillado más importante es el que se realiza antes de acostarse, ya que garantiza que la boca permanece limpia por más tiempo, puesto que no se consume alimentos; pero esto aún no está concientizado en las personas. ⁽⁹⁾

4.3 Vinculación entre Salud, Ingreso y Educación.

El gasto de grandes sumas de dinero en un régimen sanitario sería insuficiente si esto no va ligado simultáneamente con la educación o si no mejora las condiciones de vida de las personas. Un problema también genera los estados con diferencias sociales y económicas ya que esto genera desigualdades sanitarias. La marginación y la pobreza evitan acceder a una gran cantidad de personas a los nuevos avances en materia sanitaria que vienen generándose, lo que no le permite llevar una vida saludable. ^(9,10)

Las dos enfermedades características que nos permiten determinar las condiciones de salud bucal de la población son, la caries y la gingivitis, estas pueden estar influenciadas

por el desarrollo inicial, el nivel de educación y las condiciones sociales de estas personas.
(10)

Así también la presencia de sensibilidad dental, dolor y mal aliento es lo más indicativo de sufrir una enfermedad bucal, se puede determinar también como causantes de enfermedades bucales la poca práctica de cepillado dental y la falta de uso de otros implementos de higiene bucal como enjuagues bucales e hilo dental. (11)

Muchas de las enfermedades bucales son asociadas a la ausencia de higiene bucal, separándola de otros factores que determinan su producción como son: el nivel socioeconómico y educativo. Hábitos como el consumo frecuente de alimentos con alto contenido de azúcares son perjudiciales, así como el tabaquismo entre otros. Una sola modalidad de prevención no puede por sí sola eliminar o evitar las enfermedades. (11)

Para la mayoría de las personas padecer de alguna enfermedad bucal les afecta en lo económico ya que deben realizar gastos en exámenes y tratamientos rehabilitadores como endodoncias y prótesis dentales, son tratamientos que no cubre el sector público de la salud. (12)

La OMS designa conceder prioridad a las personas y comunidades que viven en la pobreza en la asignación de las viviendas y tierras, derecho a la salud, especialmente cuando se disponga de acceso a trabajo y servicios. Esta asignación debe efectuarse teniendo en cuenta las cuestiones de género y velando por que hombres y mujeres se beneficien de esos planes en condiciones de igualdad.

4.2.d Consecuencias.

La enfermedad bucal no sólo se produce sobre el bienestar de las personas, también tiene efectos económicos, ya que puede llegar a limitar en sus actividades, afecta el sueño, también en su comunicación y pone en peligro su estabilidad psicológica. Las personas que tienen una enfermedad bucal o dolor bucal, pierden horas hasta días de trabajo por la incapacidad que esta produce. (13)^a

4.4 Enfermedades y afecciones bucodentales.

Las enfermedades bucodentales con más frecuencia son las caries, las enfermedades periodontales, el cáncer de boca, las enfermedades infecciosas bucodentales, los traumatismos físicos y lesiones congénitas. ⁽¹⁴⁾

4.4.a Caries dental: A nivel mundial cerca del 100% de los adultos tienen caries dental, a menudo acompañada de dolor o sensación de molestia. ⁽¹⁴⁾

4.4.b Enfermedades periodontales: las enfermedades periodontales graves, que pueden concluir en pérdida de los dientes, afectan a un 15 a 20% de los adultos de edad media de 35 a 44 años de edad. ⁽¹⁴⁾

4.4.c Pérdida de dientes: los principales causantes de la pérdida de los dientes son la caries y la enfermedad periodontal. Esto afecta mundialmente, en especial a las personas mayores. Alrededor del 30% de la población mundial. ⁽¹⁴⁾

4.4.d Cáncer de boca: Según la OMS el cáncer de boca oscila en la mayoría de los países entre 1 y 10 casos por cada 100000 habitantes. Su prevalencia es relativamente mayor en los hombres, personas mayores y las personas con escasos ingresos y bajo nivel educativo. Los principales causantes del cáncer de boca es el alcohol y el tabaco. ⁽¹⁴⁾

Las bacterias que se alojan en la cavidad bucal pasan al torrente sanguíneo generando o pudiendo causar alguna enfermedad que afecta a otros sistemas del cuerpo humano. La salud bucal no solo quiere evitar la caries o enfermedades periodontales, esto no es cuestión de evitar mal aliento o solo cuestión de estética, sino atender más allá de las consecuencias directas ya que estudios vinculan enfermedades graves a una mala salud bucal. ⁽¹⁵⁾

Varias de las enfermedades cardiovasculares parecen tener una estrecha relación con una mala salud bucal. Hay que tener presente que más de 5 mil millones de bacterias habitan en la boca, y muchas de ellas llegan al torrente sanguíneo debido al sangrado de encías, úlceras o heridas en la boca. Esto puede provocar que se inflamen los tejidos que recubren el corazón, una vez que se encuentre las bacterias en la sangre, generando una endocarditis. Esto puede provocar una acumulación de elementos en las arterias pudiendo así generar aneurismas y otros problemas graves. También se ha relacionado la pérdida de dientes con problemas de corazón. ⁽¹⁵⁾

4.4.e Endocarditis

La endocarditis bacteriana es una enfermedad sistémica grave, que muchas veces va asociada a las enfermedades bucodentales y sus tratamientos. Muchos estudios controlados determinan la relación entre los procedimientos dentales y la endocarditis. ⁽¹⁵⁾

4.4.f Diabetes

Es una enfermedad que va en ambas direcciones: las infecciones en la boca y dientes que alteran los niveles de glucosa en la sangre y uno de síntomas es la facilidad de poseer infecciones. Una boca que tenga problemas en la higiene, que contengan inflamación y sangrados es un problema de alto riesgo para un paciente diabético. ⁽¹⁵⁾

Durante el proceso de embarazo la salud bucodental es muy importante para las futuras madres, ya que parece haber una clara relación entre las enfermedades periodontales y el nacimiento adelantado del bebé. Un adecuado mantenimiento de la higiene oral durante el embarazo junto con la revisión profunda del mismo, puede disminuir grandemente estos riesgos. ⁽¹⁵⁾

4.4.g Enfermedades renales.

En cuanto a las enfermedades renales, estas pueden ser detectadas en una revisión odontológica ya que cuando los riñones no tienen un buen funcionamiento, estas personas que lo padecen suelen tener mal aliento y un sabor desagradable en la boca, generalmente similar al sabor metálico, además presentan sequedad bucal. En la revisión bucodental el profesional examina la cavidad bucal para poder detectar el cáncer de boca, que puede incluir cabeza, cuello, maxilar, de piel o tiroides. ⁽¹⁵⁾

4.5 Manejo adecuado.

Por las razones antes mencionadas, resulta importante sensibilizar a las personas jóvenes y adultas para así lograr el cuidado de sus piezas dentales y que tengan conocimiento de las medidas de prevención y manejo de una correcta higiene bucal, así también sistematizar las visitas al odontólogo cada 6 meses, aunque sus dientes permanezcan sanos. ⁽⁹⁾

De igual manera se debe orientar a las personas a la realización de los exámenes bucales y faciales para prevenir el cáncer; enseñar la práctica del autoexamen de la cavidad. Esto se realiza en todas las personas, también se hace un interrogatorio sobre los hábitos, conocimientos y costumbres en relación a la salud bucal, dirigido especialmente hacia la alimentación, higiene y hábitos no adecuados. ⁽⁹⁾

La mejor forma de disfrutar de unos dientes y boca saludable es seguir con los buenos hábitos bucales que se adquieren durante la primera etapa que es la infancia. La salud bucal de los dientes y la boca en general nos indica el estado de salud general de nuestro cuerpo. ⁽⁹⁾

También se debe actuar sobre los riesgos asociados a los estilos de vida negativos para la salud de los integrantes de este grupo poblacional y su entorno; se debe prevenir los accidentes y traumas que involucren la región bucal y facial; otra manera es controlar suministros adecuado de suplementos de flúor de acuerdo con los riesgos a lo que este expuesto la persona, así como también ejecutar los controles de placa dentobacteriana para así lograr unos correctos y efectivos cepillados dentales, también se debería tener en cuenta las secuencias de los brotes dentarios. ⁽⁹⁾

4.6 Educación para la salud en odontología.

La educación para la salud es una combinación de enseñanzas y aprendizajes diseñadas para favorecer acciones voluntarias que educan a tener una buena salud bucal. Esto lleva a la persona a tener un cuidado y valorar sus piezas dentarias y boca en general mediante la asimilación, interiorización y práctica de hábitos correctos, evitando a la larga situaciones de riesgo para su salud. ⁽¹⁶⁾

4.6.a Temas de salud bucal.

Los temas que se van a enseñar están en función a un diagnóstico previo al grupo de la población que nos vamos a dirigir. Esto servirá de mucho para poder conocer las necesidades de la salud bucal específicas de este grupo humano como son las personas adultas jóvenes que corresponden de los 18 a 44 años de edad. Además, es importante contar los recursos necesarios y adecuados dentro de estos están los humanos, financieros y de equipamiento; y así poder realizar el proyecto educativo. Los temas a educar en la salud bucal pueden ser varios, pero muchos autores los engloban en la prevención de cuatro problemas fundamentales, como son la caries dental, enfermedad periodontal, cáncer bucal y traumatismo dento-faciales. ⁽¹⁶⁾

4.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

- En un artículo de revista denominado Salud bucal en la adolescencia, Hechavarria- Martínez B., Venzant Zulueta S y Cols; presentó que en particular, la salud bucal asegura importantes procesos como masticar e iniciar una adecuada digestión, de su cuidado puede conspirar contra la salud en general. En los adolescentes de ambos sexos ocurren complejas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, por lo cual se impone brindar a este grupo poblacional una atención medica integral durante esa etapa. Sobre la base de tales reflexiones, se revisó la bibliografía pertinente sobre algunas cuestiones elementales al respecto.
(2)
- En un artículo de revista denominado La Salud Oral ¿Cuestión de Cultura?, Díaz-Murillo M, el artículo llama la atención sobre la necesidad de estudiar la salud oral desde una perspectiva sociocultural, pues hay interpretaciones diversas sobre: la importancia de ella, los tratamientos que se consideran benéficos, el origen de los problemas bucales e incluso sobre el mismo servicio odontológico. La percepción de los legos, mediada por la Cultura, tendera a hacer actuar a los individuos de una manera partícula que muchas veces no coincide con la de los profesionales de salud. (3)
- En un artículo de revista denominado La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca, Rojas-Alacayaga G, Misrachi Launert C, presentó que la boca es una parte integrante no sólo de un cuerpo físico, sino también de una imagen corporal o dicho en otros términos, de un cuerpo representado a nivel psíquico. Es así que posee un significado psíquico único en relación con otras partes del cuerpo. Debido a las experiencias primarias que la boca permite en el desarrollo humano, es que en ella están representados sentimientos íntimamente ligados a la identidad del sí mismo. Cuando el dentista se relaciona con su paciente deberá considerar estos conceptos para conseguir una buena alianza terapéutica. La relación se verá fortalecida en la medida que se considere al paciente como una persona independiente que tiene ciertos conocimientos y capacidad de decisión respecto a su salud oral. Si esto se complementa con la aplicación de una serie de técnicas que ayudan a disminuir la ansiedad del paciente cuando asiste a la consulta profesional, se logrará que

desarrolle conductas de autocuidado para mejorar y mantener su salud bucal en buenas condiciones. ⁽⁵⁾

- En un artículo de revista denominado Concepciones en los usuarios de un servicio odontológico público sobre salud-enfermedad bucal, Navas-Perezo R, Rojas de Morales T, Fox-Delgado M, y Col, presentó que la significación de estar sano de la cavidad bucal estuvo vinculada a la ausencia de la enfermedad (53%). El 82% de los usuarios señaló la buena presencia, imagen y belleza como uno de los mayores beneficios de tener buena salud bucal. Expresaron el 74% de los entrevistados que lo que más les afecta de tener una enfermedad bucal era los gastos en tratamientos rehabilitadores. El 76% manifestó que su experiencia con la atención del profesional de la odontología fue buena. El 58% asoció el edentulismo con fealdad, y descuido personal, y 42% lo vinculó a la vejez. ⁽⁷⁾
- En un artículo de revista denominado Impacto de Salud Oral sobre Calidad de Vida en Adultos Jóvenes de clínicas Odontológicas Universitarias, Díaz- Cárdenas S, Meisser-Vidal M, Tirado-Amador L, Y Col; presentó que el 66,7% de los participantes eran mujeres y se hallaban en adultez madura (54,7%) edad promedio 44,6 años (DE=13,7). EL 33,2 % presento un impacto negativo de CVRSB (IC 95%). Se hallaron asociaciones entre bajo nivel de escolaridad (OR= 2,4, IC 95%= 1,6-3,8; p= 0,000 ausencia de servicios de salud (OR= 1,8; IC 95%= 1,2-2,8; p= 0,002), presencia de menos de 19 dientes (OR=3,6; IC 95% = 2,3-5,8; p=0,000), restos radiculares (OR=6,5; IC 95% = 4,1-10; p=0,000) y cálculos (OR=5,3; IC 95%= 3,3-8,4; p=0,000) con el impacto negativo de CVRSB. En el modelo multivariado las variables que mejor explican el impacto negativo fueron; ausencia de servicios de salud, contar con menos de 19 dientes, presencia de restos radiculares y cálculos (p<0,05). ⁽⁸⁾
- En un artículo de revista denominado Bacterias orales y enfermedades sistémicas, Moromi-Nakata H, presentó que el objeto de presentar una visión general de las bacterias orales en los procesos sistémicos, se analiza la presencia e implicancias de tales microorganismos en relación con las bacteriemias, endocarditis, enfermedad cardiovascular, enfermedad cerebro vascular neumonía bacteriana, peso vivo de neonatos, nefritis, artritis, dermatitis y diabetes mellitus; arribando a en conclusiones para cada una de ellas. ⁽¹¹⁾

- En un artículo de revista denominado Un nuevo enfoque de la salud oral: una mirada desde la salud, Montenegro G-Martínez, presentó que a partir del análisis de algunas estadísticas de morbilidad oral en Colombia que muestran como los problemas de salud oral (caries) siguen afectando a un número alto de la población, a pesar de haberse reducido el número de dientes afectados. (índice COP-D), el autor plantea que para alcanzar salud es necesario cambiar de perspectiva. Se propone un paso del enfoque individual de riesgo a un enfoque poblacional de salud pública que enfatice los determinantes de la salud, la promoción de la salud y la integración del odontólogo a un equipo más amplio de trabajo. El análisis se apoya en estudios epidemiológicos, documentos de la Organización Mundial de la Salud e investigaciones recientes en el tema de los determinantes de la salud, la promoción de la salud y las representaciones sociales del proceso salud-enfermedad oral. ⁽¹²⁾
- En un artículo de revista denominado Creencias sobre caries e higiene oral en adolescentes del Valle del Cauca, Tascón J, Cabrera G, presentó que con respecto a la etiología, 65% cree que la caries dental se debe a mala higiene oral, 18% por bacterias, 7% por consumo de azúcar y 10% no sabe; 41% refirió haber sufrido alguna vez de caries 14% cree que actualmente no tiene esta enfermedad oral y 37% dijo no tener historia percibida de caries; 99.8% respondió que se cepilla los dientes; la frecuencia de cepillado tuvo una mediana de 3 veces por día; 55% utiliza la seda dental y 51% el enjuague bucal; 14% refirió no haber visitado nunca al odontólogo y 27% dijo haberle visitado al menos una vez, pero hacía más de 7 meses. ⁽¹⁵⁾
- En un artículo de revista denominado Inequidades en Salud Bucal. Factores que determinan su realidad en Chile, Palomer L, este artículo presentó que a pesar de que el acceso a la salud es un derecho en Chile, diferentes encuestas y trabajos demuestran que no todos los chilenos presentan iguales índices de salud bucal. Las poblaciones más desposeídas, rurales, pertenecientes a minorías étnicas y de mayor edad, tradicionalmente han exhibido peores cifras en los estudios realizados. Se ha comenzado a incluir la salud bucal en los planes gubernamentales mediante la cobertura GES (Garantías Explícitas de Salud) de algunas acciones o grupos específicos. También la Salud Primaria chilena tiene programas de salud bucal en sus centros de atención. Otra estrategia es fomentar el autocuidado por parte de sujetos, pero, a pesar de todo esto, los grupos más afectados se mantienen con

malas cifras. ¿Cuál es la causa de esta disparidad? ¿Por qué la salud bucal es inequitativa en Chile? En este trabajo se revisan resultados de encuestas, publicaciones y estudios sobre el tema y se concluye que un factor esencial son los determinantes sociales. Mientras estos aspectos no mejoren, es difícil que se logre una realidad más justa en salud bucal. ⁽¹⁷⁾

- En un artículo de revista denominado La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico, Martínez-Herrera E, presentó que la práctica odontológica ha elaborado procesos de reflexión política con relación a otras disciplinas; una de estas propuestas es pensar la salud desde la dimensión colectiva. Este escrito propone el desarrollo de un nuevo campo de acción para agenda de salud bucal de Colombia mediante el análisis de algunos indicadores sociales y en salud. Además, se plantean unos principios en salud bucal colectiva: la salud bucal como derecho fundamental, la capacidad comunitaria para asumir el control de la salud y sus determinantes, y la participación de actores sociales, económicos, académicos y de servicios de salud. Se requiere un papel protagónico, con mayor conciencia colectiva, de los profesionales, tomadores de decisión y el sector salud en general. ⁽¹⁹⁾

5. HIPÓTESIS

El presente estudio no precisó Hipótesis por ser un estudio descriptivo.

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. MARCO METODOLÓGICO.

Enfoque: Tipo Cualitativo.

Diseño de Investigación: Descriptivo.

Tipo de Investigación:

- **Por el Ámbito:** de Campo.
- **Por la Técnica:** Comunicacional.
- **Por la temporalidad:** Retrospectivo.

2. POBLACIÓN Y MUESTRA.

La presente investigación se realizó en la parroquia Checa del Cantón Cuenca, cuenta con un número de habitantes de 10.024 según el último censo realizado en el año 2010. Los participantes de este estudio fueron adultos jóvenes de 18 a 44 años de edad que radican en la parroquia. ⁽²³⁾

2.1 Criterios de Selección: para la formalización de la población se tuvo en cuenta los siguientes criterios de selección:

2.1.a. - Criterios de Inclusión.

En el siguiente estudio se incluyó a las personas mayores de 18 años y menores de 44 años de edad que llenaron las encuestas (ANEXO1), que habitan en la parroquia Checa del Cantón Cuenca, provincia del Azuay.

2.1.b.- Criterios de exclusión.

Se excluyó a las personas que no viven en la parroquia Checa del Cantón Cuenca y que sean menores de 18 y mayores de 44 años, también se excluyó aquellas encuestas que no contengan todos los datos.

Tamaño de muestra: Se calculó mediante la fórmula para la muestra de población finita con un nivel de confiabilidad de 95% y un error del 5%.

El total de los habitantes de la parroquia de Checa es de 1.238

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

Donde:

N = Total de la población

$Z_{\alpha} = 1.96$ 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%

$$n = \frac{1.238 * (1.96)^2 * 0,05 * 0,95}{(0,05)^2 * (1.237) + (1.96)^2 * 0,05 * 0,95}$$

$$n = \frac{0.2259}{0.0030 + 0.1824}$$

$$0.1854$$

3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	TIPO ESTADISTICO	ESCALA	DATO
nivel Negligencia	Descuido de la persona.	Encuesta SDAI	Cualitativo	Nominal	Negligente No negligente
Sexo	Características genotípicas de la persona.	Características externas que diferencian al varón de la mujer.	cualitativo	Nominal	Masculino Femenino
Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo	Cantidad de años de la persona.	Cuantitativo	Ordinal	Niño Adultos Adultos mayores.
Grado de instrucción	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Nivel de estudio de la persona.	Cualitativo	Nominal	Sin estudios. Primaria Secundaria Superior técnica. Superior universitaria.
Nivel socioeconómico	Medida total económica.	Ingreso mensual y cuantías personas dependen de ese ingreso	Cualitativa	Nominal.	Alto Medio Bajo.

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

3.1 Instrumentos Documentales

Se utilizaron las encuestas de recolección de información digital, en el programa de libre acceso EPI INFO ver 7.2; para registrar los datos que constan en las encuestas.

3.2 Instrumentos Mecánicos.

Para la toma de datos se utilizó una computadora de escritorio.

3.3 Materiales

- Computadora.

3.4 Recursos

Para llevar adelante el estudio se necesitaron recursos humanos (autor, tutor) y recursos financieros (autofinanciados).

4. PROCEDIMIENTO PARA TOMA DE DATOS.

4.1 Ubicación espacial

La parroquia Checa 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, ubicada al norte del Cantón Cuenca a 12 km de distancia, limita al Norte con la provincia del Cañar, al Sur por la parroquia Chiquintad, al Este con la parroquia Octavio Cordero Palacios y Sidcay al Oeste con la parroquia Chiquintad del Cantón Cuenca.

4.2 Ubicación temporal

La investigación se realizó en los meses de septiembre y octubre del año 2017, recolectando datos de encuestas que reflejan el nivel sobre la negligencia al cuidado dental del año en curso, dichas encuestadas fueron tomadas entre los meses de Diciembre y Enero.

4.3 Procedimiento de la toma de datos

Se realizó un estudio descriptivo para el registro de datos mediante la aplicación de encuestas en la parroquia de Checa del Cantón Cuenca provincia del Azuay, las mismas que fueron ingresadas a una base de datos del programa Epi-Info, en la que se vieron reflejados datos relacionados a la Negligencia al cuidado dental.

El estudio de la negligencia al cuidado dental busco describir cualitativamente el problema en personas de 18 a 44 años de edad, utilizando la información proporcionada por las encuestas realizadas.

5. PROCEDIMIENTOS PARA ANÁLISIS DATOS.

Se calculó la prevalencia de la negligencia al cuidado dental utilizando la siguiente formula:

$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{número de enfermos}}{\text{número de examinados}}$$

Luego se realizó el mismo cálculo, pero agrupando por sexo y nivel socioeconómico.

6. ASPECTOS BIOÉTICOS.

El presente estudio de investigación no implicó daños morales, físicos y psicológicos ya que está aprobado por el comité de bioética de la Universidad Católica de Cuenca. Las encuestas se realizaron bajo consentimiento de cada una de las personas encuestadas, para ello se obtuvo los nombres y las firmas de estas personas al pie de cada encuesta. Se les indicó que hay un compromiso de confidencialidad de sus datos por parte del investigador principal.

CAPÍTULO III
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. RESULTADOS.

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

TABLA No 1.- PREVALENCIA DE NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL.

	n	%
NEGLIGENTE	313	79%
NO		
NEGLIGENTE	81	21%
TOTAL	394	100%

Interpretación. – Se muestra que, del total de participantes, existe un 79% de personas con negligencia y un 21% sin negligencia dental.

TABLA No 2.- DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DE ACUERDO AL SEXO

SEXO	NEGLIGENTE		NO NEGLIGENTE		TOTAL GENERAL	
	n	%	n	%	n	%
FEMENINO	158	40%	41	11%	199	51%
MASCULINO	155	39%	40	10%	195	49%
TOTAL	313	79%	81	21%	394	100%

Interpretación. - El sexo que presenta mayor negligencia dental es el femenino con 158 casos equivalente a 40%

TABLA NO 3.- RELACIÓN ENTRE NIVEL DE INGRESOS ECONÓMICOS Y NEGLIGENCIA DENTAL.

INGRESOS ECONÓMICOS	NEGLIGENTE		NO NEGLIGENTE		TOTAL GENERAL	
	n	%	n	%	n	%
BAJO	272	62%	72	26%	344	87%
ALTO	41	9%	9	3%	50	13%
TOTAL	313	71%	81	29%	394	100%

Prueba $X^2 = 0.2295$

Interpretación. - En base al chi cuadrado, menor a 0.5, no existe relevancia por ende si existe relación entre los ingresos económicos y la negligencia dental.

TABLA NO 4.- RELACIÓN ENTRE NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y NEGLIGENCIA DENTAL.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	NEGLIGENTE		NO NEGLIGENTE		TOTAL GENERAL	
	n	%	n	%	n	%
BAJO	253	57%	57	20%	310	78%
ALTO	60	14%	24	9%	84	22%
TOTAL	313	71%	81	29%	394	100%

Prueba $X^2 = 0.2295$

Interpretación. - En base al chi cuadrado, menor a 0.5, no existe relevancia por ende ni existe relación entre nivel de instrucción y la negligencia dental.

TABLA NO 5.- DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DE ACUERDO A LA EDAD

EDAD	NEGLIGENTE		NO NEGLIGENTE		TOTAL GENERAL	
	n	%	n	%	n	%
18-22	73	18%	21	5%	94	23%
23-27	73	18%	13	3%	86	22%
28-32	65	16%	20	5%	85	22%
33-37	44	11%	19	5%	63	16%
38-42	36	9%	7	2%	43	11%
43-44	22	6%	1	0%	23	6%
Total	313	79%	81	21%	394	100%

Interpretación. - El rango de edad que presenta negligencia es el de 18-22 y 23-27 con 73 casos equivalentes al 18%

2. DISCUSIÓN

El presente estudio se ejecutó con el objetivo de determinar la prevalencia de la negligencia al cuidado dental en personas de 18 a 44 años de edad de la parroquia Checa de la ciudad de Cuenca comprendido por una muestra de muestra de 394, las personas accedieron ser parte del estudio y llenar libremente el cuestionario.

En los estudios publicado por Ávila y Cols, sobre negligencia dental, llevada a cabo en el año 2015 en Managua, con una población de 542 personas, este estudio contaba con un porcentaje mayor de sexo femenino, lo cual coincide con nuestra población ya que igual hay mayor número de mujeres. ⁽²⁴⁾

Aditi Mathur indica en su artículo acerca de negligencia al tratamiento dental realizado en la India y aplicado a 800 personas que la negligencia es mayor en las mujeres. Esta parte específica de la investigación de este autor coincide con los resultados de la presente investigación ya que se cuenta con 158 de mujeres correspondientes al 40%, sobre los 155 casos de hombres que conforman el 39 %. ⁽²⁵⁾

En cuanto a la relación sobre negligencia dental y el ingreso económico en este estudio los resultados fueron que, si existe relación entre estas dos variables, obteniendo un chi cuadrado de 0.22, lo que indica que si hay significancia. En un estudio de Cárdenas sobre el análisis de estas variables, obtuvo con sus colaboradores un odds ratio de 2.4. indicando la relación entre los ingresos económicos bajos y la posible presencia de negligencia. ⁽²⁶⁾

Relacionado las variables de negligencia dental y nivel de instrucción de igual manera se obtuvo resultados en la presente investigación que indican que existe relación entre un nivel educativo bajo y la presencia de negligencia dental. Datos que se pueden comparar con los estudios de Martínez, donde demuestra por medio de un odds ratio de 1.8 que existe relación entre la baja escolaridad y la presencia de negligencia dental.

3. CONCLUSIONES

- En este estudio se determinó que, existe una prevalencia del 79.44% de negligencia dental en la parroquia Checa en personas de 18 a 44 años.
- Se identificó que el sexo femenino presenta mayor negligencia dental con un porcentaje del 40% y 158 casos, mientras que el sexo masculino presenta un 39% con 155 casos.
- Se estableció que el nivel de ingresos económicos en la población tiene una relevante relación con la negligencia dental, ya que las personas desempleadas o con bajos ingresos presentan mayor negligencia representado el 62%.
- En cuanto a la relación del nivel de instrucción con la negligencia dental, se determinó que las personas con un nivel de instrucción bajo, presentan mayor negligencia dental con un 57%, mientras que las personas con un nivel de instrucción alto solo presentan el 14%.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Lago G. Negligencia o Descuido. Precop SCP. México. 2013. 31-41 Disponible en: https://scp.com.co/precop-old/precop_files/modulo_5_vin_3/31-41%20Negligencia%20o%20descuido.pdf
- (2) Hechavarria B, Venzant S, Carbonell M, y Col. Salud bucal en la adolescencia. Medisan. Cuba. 2013, 17 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100015
- (3) Díaz M. La Salud Oral, ¿Cuestión de Cultura? Revista de Salud Pública. 2008, 1 (1). Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/21294/1/17631-61781-1-PB.pdf>
- (4) López G, López L, Nachon M, Hernández D. Salud bucal, salud bucal percibida y calidad de vida en adultos mayores. Revista Medica UV. 2014. Disponible en: https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol14_num2/articulos/salud.pdf
- (5) Rojas A, Misrachi L. La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca. Avances en Odontoestomatología. Madrid. 2004; 20 (4) Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852004000400003
- (6) Vallejos R, Tineo P. Investigaciones prioritarias en salud bucal producidas en una universidad privada. Revista Estomatológica Herediana. Perú. 2014; vol. 24, núm. 1, pp. 24-30. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4215/421539380005.pdf>
- (7) Navas RM, Rojas de Morales T, Fox MA, y Col. Concepciones en los usuarios de un servicio odontológico público sobre salud-enfermedad bucal. Revista Cubana de Estomatología. Venezuela. 2014, 51 (4) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072014000400002
- (8) Díaz S, Meisser MA, Tirado LR, Col. Impacto de Salud Oral sobre Calidad de Vida en Adultos Jóvenes de Clínicas Odontológicas Universitarias. Internacional journal of odontostomatology. Colombia. 2017; 11 (1): 5-11 Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2017000100001

- (9) London S, Temporelli K, Monterubblanesi. Vinculación entre Salud, Ingreso y Educación. Economía y Sociedad. México. 2009; 14 (23) 125-146 Disponible: <http://www.redalyc.org/html/510/51011904007/>
- (10) Navas R, Rojas T, Zambrano O, y Col. Salud Bucal en Preescolares: su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres. Interciencia. Venezuela. 2002, 27 (11) 631-634. Disponible: <http://www.redalyc.org/pdf/339/33907409.pdf>
- (11) Moromi H. Bacterias Orales y Enfermedades Sistémicas. Odontología Sanmarquina. 2004; 8 (1): 30-34. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/odontologia/2004_n1/a07.htm
- (12) Montenegro G. Un nuevo enfoque de la salud oral: una mirada desde la salud pública. Universidades Odontológicas. Colombia. 2011, 30 (64): 101-108- Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231218581013>
- (13) Nieto J, Abad M, Tijerina A. Psicología para ciencias de la salud: estudio del comportamiento humano ante la enfermedad. Dimensión Social. México. 2015, 27. Disponible en: <http://psiquiatria.facmed.unam.mx/docs/mpc/Tema27.pdf>
- (14) Rojas T, Navas R. Nivel de instrucción de la madre y su relación con las condiciones de salud bucal en niños con cáncer. Ciencia Odontológica. Venezuela. 2004; 1 (1): 9-17. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2052/205222145002.pdf>
- (15) Tascón J, Cabrera G. Creencias sobre caries e higiene oral en adolescentes del Valle del Cauca. Colombia Medica. Colombia. 2005; 36 (2). Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/335/1115%20>
- (16) Inocente M, Pachas F. Educación para la Salud en Odontología. Rev. Estomatológica. 2012; 22 (4): 232-41. Disponible: file:///C:/Users/PC_UCACUE/Downloads/91-320-1-PB.pdf

- (17) Palomer L. Inequidades en Salud Bucal. Factores que determinan su realidad en Chile. Acta Bioethica. 2016; 22 (2): 315-319. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v22n2/art18.pdf>
- (18) Solé A. Desigualdades en salud por nivel educativo y género en España. Observatorio Social. 2016. Disponible en: <https://observatoriosociallacaixa.org/-/desigualdades-en-salud-por-nivel-educativo-y-genero-en-espana>
- (19) Agudelo A. La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico. Rev. Gerenc. Polit. Salud. Colombia. 2009; 8 (16): 91-105. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n16/v8n16a06.pdf>
- (20) López O, Cerezo M, Paz A. Variables relacionadas con la satisfacción del paciente de los servicios odontológicos. Rev. Gerenc. Polit. Salud. Colombia. 2010; 9 (18): 124-136. Disponible en: file:///C:/Users/PC_UCACUE/Downloads/2639-9258-1-PB.pdf
- (21) Villavicencio-Caparó E., Cuenca-León K., Vélez- León E., Sayago-Heredia J., CabreraDuffaut A. Pasos para la planificación de una investigación clínica. Odontología activa UCACUE Vol. 1 No.1, enero 2016. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php?journal=OACTIVAUCACUE&page=article&op>
- (22) Viillavicencio-Caparó E., Alvear-Córdova M., Cuenca-León K., Calderón-Curipoma M., Palacios-Vivar D., Alvarado-Cordero A. Diseños de estudios clínicos en odontología. Revista OACTIVA UC Cuenca. Vol. 1, No. 2, 2016. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php?journal=OACTIVAUCACUE&page=article&op>
- (23) Villavicencio Caparó E, Alvear Córdova MC, Cuenca León K, y cols. El tamaño muestral para la tesis ¿Cuántas personas debo encuestar?. Revista OACTIVA UC Cuenca. Vol. 2. No. 1, pp 59-62. 2017.
- (24) Avilés P. Adherencia al tratamiento de los pacientes que acudieron a la clínica odontológica de especialidades, Managua, durante el período agosto. Tesis para obtener título de master en salud pública. 2016. Disponible en <http://repositorio.unan.edu.ni/7795/1/t898.pdf>

- (25) Aditi M, Anmol M. Dental Neglect Affecting Oral Health Status in India. Mathur et al. Int J Pediatr Res 2016, 2:016 ISSN: 2469-5769 Volume 2 | Issue 1. Disponible en <https://www.clinmedjournals.org/articles/ijpr/international-journal-of-pediatric-research-ijpr-2-016.pdf>
- (26) Díaz S, Meisser A, Tirado L, Fortich N, Tapias L, González F. Impacto de Salud Oral sobre Calidad de Vida en Adultos Jóvenes de Clínicas Odontológicas Universitarias. Int. J. Odontostomat. [Internet]. 2017 Abr [citado 2018 Jun 27]; 11(1): 5-11. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2017000100001&lng=es

ANEXOS

ANEXO1

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

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

Edad: _____ AÑOS Ocupación: _____ PARROQUIA: _____

OPCIONAL

Ingreso mensual familiar aproximado: _____

¿Cuántas personas dependen de este ingreso?: _____

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 | |

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

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 medica? Si () NO ()
16. ¿Cuándo tiene una dolencia quién le recomienda la medicación? a) Médico e) Familiar b) Odontólogo f) Amistades c) Farmacéutico g) Por iniciativa propia d) Técnico en farmacia
17. ¿En qué tipo de dolencias Usted se automedica? (tomar medicamento sin prescripción médica) a) Fiebre d) Dolor de cabeza b) Dolor de estómago e) Gripe c) Dolor de diente f) Otros
18. ¿Cuándo tiene dolor de diente por qué motivos se auto medica (tomar medicamento sin prescripción médica) y no recurre al Odontólogo? a) Por indicación del técnico d) Por hábito de farmacia 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 ()

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

33. Autopercepción de oclusión IONT ICON									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

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

RELACION PROFESIONAL/PACIENTE	
Poco =1 Lo justo = 2 Bueno=3 Muy Bueno =4 Excelente =5	
45. Le hace sentir cómodo:	1 2 3 4 5
46. Le trata con respeto:	1 2 3 4 5
47. Muestra interés en sus ideas acerca de mi salud dental:	1 2 3 4 5
48. Entiende sus preocupaciones principales:	1 2 3 4 5
49. Le presta atención (escucha con cuidado)	1 2 3 4 5
50. Le deja hablar sin interrupciones	1 2 3 4 5
51. Le da toda la información que necesita	1 2 3 4 5
52. Le habla en términos que Ud entiende	1 2 3 4 5
53. Le enseña los procedimientos de higiene oral	1 2 3 4 5
54. Le demuestra el procedimiento de higiene oral	1 2 3 4 5
55. Se asegura de que entiende todo	1 2 3 4 5
54. Le alienta a hacer preguntas	1 2 3 4 5
56. Le involucra en las decisiones que toma	1 2 3 4 5
57. Discute los pasos a seguir incluyendo planes por hacer	1 2 3 4 5
58. Muestra cuidado y preocupación	1 2 3 4 5
59. Se toma el tiempo necesario con ud	1 2 3 4 5

Aspectos generales	Si	No
60. ¿Tiene cepillo dental en su casa?		
61. ¿Comparte su cepillo dental con alguien?		
62. ¿Tiene cepillo dental en el trabajo?		
63. ¿Alguna vez a asistido al dentista?		
64. ¿En este año ha ido al dentista?		
65. ¿En este año faltado a sus actividades por dolor de muela?		
66. ¿Usa pasta dental?		
67. ¿Si usa pasta...¿También la usa en la noche?		
68. Si usa pasta dental ¿Qué marca es?		

AUTOPERCEPCIÓN			
En los últimos 6 meses. Los dientes cariados te han causado dificultad para:			
Nº		Afectados Si/No	Severidad
69	Comer alimentos (comidas, helados)	Si → No	1 2 3
70	Hablar claramente	Si → No	1 2 3
71	Lavarse los dientes	Si → No	1 2 3
72	Descansar (incluyendo dormir)	Si → No	1 2 3
73	Mantener un buen estado de ánimo (sin molestarte enojarte y/o irritarte)	Si → No	1 2 3
74	Sonreír, reír y mostrar tus dientes (sin sentir vergüenza)	Si → No	1 2 3
75	Realizar tus labores (trabajar, estudiar)	Si → No	1 2 3
76	Contactarte con otras personas	Si → No	1 2 3

	poco seguro/ muy seguro
77. Que tan seguro está de que usted puede llenar una encuesta medica correctamente o necesita de otra persona	1 2 3 4 5
78. Que tan seguro está de que pueda seguir las instrucciones escritas en el finalin y aspirina	1 2 3 4 5
	poco seguido/muy seguido
79. Que tan seguido alguien le ayuda a leer las recetas médicas que le proveen	1 2 3 4 5
80. Que tan seguido tiene problemas aprendiendo acerca de un tema de salud o de dificultad en el entendimiento de la información escrita	1 2 3 4 5

ÍNDICE ICON



