



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

**“Relación entre la ocupación y la negligencia al cuidado dental en adultos
mayores de 65-79 años, de la parroquia Monay de la ciudad de Cuenca,
2017.”**

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO
A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGA

AUTORA: Cedillo Orellana, Erika Antonella.

DIRECTORA: Cedillo Orellana, Sara Ivanna. Od. Esp.

CUENCA
2018

DECLARACIÓN:

Yo, Cedillo Orellana Erika Antonella bajo juramento declaro que el presente trabajo aquí escrito 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 el presente trabajo; 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 documento, según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su reglamento y normatividad institucional vigente.

.....

Autor: Cedillo Orellana Erika Antonella

C.I:1400587760

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo denominado **“RELACIÓN ENTRE LA OCUPACIÓN Y LA NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL EN ADULTOS MAYORES DE 65-79 AÑOS, DE LA PARROQUIA MONAY DE LA CIUDAD DE CUENCA, 2017.”**, realizado por CEDILLO ORELLANA ERIKA ANTONELLA, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que está expedito para su presentación.

Cuenca, Marzo 2018.

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.

Coordinador Departamento de Investigación

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Dra. Liliana Encalada Verdugo.

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN – CARRERA ODONTOLOGÍA

De mi consideración:

El presente trabajo denominado denominado **“RELACIÓN ENTRE LA OCUPACIÓN Y LA NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL EN ADULTOS MAYORES DE 65-79 AÑOS, DE LA PARROQUIA MONAY DE LA CIUDAD DE CUENCA, 2017.”**, realizado por CEDILLO ORELLANA ERIKA ANTONELLA, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que está expedito para su sustentación.

Cuenca, Marzo 2018.

.....

Od. Esp.Cedillo Orellana, Sara Ivanna.

DEDICATORIA:

A mis padres de quienes he recibido el apoyo y la comprensión necesaria en el transcurso de esta etapa estudiantil.

A mis hermanas.

EPÍGRAFE.

Pensar es el trabajo más difícil que existe. Quizá sea ésta la razón por la que haya pocas personas que lo practiquen.

(Henry Ford)

AGRADECIMIENTO:

Al personal docente de la Unidad académica de ciencia odontológica de la Universidad Católica de Cuenca, por su aporte brindado, a mi tutora por haberme guiado en la realización de este proyecto, así como a los pacientes que contribuyeron en mi formación

LISTA DE ABREVIATURAS.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

DNS: Dental Neglect Scale

UCACUE: Universidad Católica de Cuenca

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	14
CAPÍTULO I.....	15
PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	15
1.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	16
2.- JUSTIFICACIÓN	16
3.- OBJETIVOS	18
3.1. OBJETIVO GENERAL	18
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
4.- MARCO TEÓRICO.....	19
4.1. -CUIDADO DENTAL EN ADULTOS MAYORES	19
4.2.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	29
5.- HIPÓTESIS	32
CAPÍTULO II.....	33
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	33
1.- MARCO METODOLÓGICO.....	34
2.- POBLACIÓN Y MUESTRA.....	34
2.1- Criterios de selección:.....	34
2.1.a. Criterios de inclusión	34
2.1. b. Criterios de exclusión	34
2.2 Tipo de Muestra.40	34
3.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	35
4.- INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE	36
DATOS.....	36
4.1.- Instrumentos documentales:	36
4.2.- Instrumentos mecánicos.	36
4.3.- Materiales	36
4.4.- Recursos.	36
5.- PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.....	36
5.1.-Ubicación espacial.	36
5.2.-Ubicación temporal.	37
5.3.- Procedimientos de la toma de datos.	37
6.- PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS	38
7.- ASPECTOS BIOÉTICOS.	38
CAPÍTULO III.....	39

RESULTADOS DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	39
1.- RESULTADOS	40
2.- DISCUSIÓN	43
3.- CONCLUSIONES.....	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	47
ANEXOS.....	51

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1.....	40
TABLA N° 2.....	41
TABLA N° 3.....	42

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la relación entre la ocupación y la negligencia al cuidado dental en adultos mayores de 65 a 79 años, de la parroquia Monay de la ciudad de Cuenca - Ecuador, 2017. **MATERIALES Y MÉTODOS:** El estudio fue de enfoque cuantitativo, de diseño caso-control y de nivel relacional; el tipo de investigación fue de campo, con técnica comunicacional y transversal actual, para ello fue necesario la utilización de la encuesta DNS de Thompson, con 6 preguntas guiadas a determinar la presencia o ausencia de Negligencia al cuidado Dental. **RESULTADOS:** Se evaluó el Odds Ratio (OR) pudiendo evidenciar que las ocupaciones 5, 7, 9 (expuestos) tienen 2.85 veces más probabilidades de presentar negligencia al cuidado dental que las ocupaciones 0,1,2,3,4,6,8 (no expuestos). Con un IC de 0.5009-16.3. **CONCLUSIÓN:** No existe relación entre la ocupación y la negligencia al cuidado dental en adultos mayores de 65-79 años, de la parroquia Monay de la ciudad de Cuenca, 2017.

PALABRAS CLAVE: Negligencia, Ocupación, Adultos mayores.

ABSTRACT

AIM: To determine the relationship between occupation and neglect of dental care in adults over 65 to 79 years of age, from the Monay parish in the city of Cuenca - Ecuador, 2017.

MATERIALS AND METHODS: The study was a quantitative, design approach case-control and relational level; the type of research was field, with current communication and cross-sectional technique, for this it was necessary to use Thompson's DNS survey, with 6 guided questions to determine the presence or absence of Negligence to Dental care. **RESULTS:** The Odds Ratio (OR) was evaluated being able to show that occupations 5, 7, 9 (exposed) are 2.85 times more likely to present negligence to dental care than occupations 0,1,2,3,4,6,8 (not exposed). With an IC of 0.5009-16.3. **CONCLUSION:** There is no relationship between the occupation and the negligence of dental care in adults over 65-79 years old, of the Monay parish of the city of Cuenca, 2017.

KEY WORDS: Negligence, Occupation, Elderly.

INTRODUCCIÓN

El cuidado dental debería ser una prioridad para el ser humano, tener una mala salud dental tiene consecuencias como caries, mal aliento, inflamación de las encías, entre otras, así como también puede afectar de manera negativa a la autoestima y a la capacidad de comunicación.¹

Resulta fundamental integrar salud general y salud oral en los servicios de salud, debiendo implementar programas de prevención, educación y promoción de salud a nivel poblacional.¹

En la actualidad, la mayoría de personas de edad avanzada muestran interés en mantener una buena salud general, pese a ello, presentan problemas en su cavidad oral, esto se debe a que con el transcurso del tiempo las funciones del organismo disminuyen notoriamente, volviéndose más susceptible a que se produzcan episodios traumáticos y se contraigan infecciones con más facilidad en esta población.²

Tamayo define a la palabra negligencia como una actitud profesional que se manifiesta, no haciendo lo que se debe hacer cuando se puede hacer.³ Por lo tanto, la negligencia al cuidado dental significa descuido, falta de celo, vigilancia o constancia debida en la atención de patologías de la cavidad bucal; omisión de medidas que debieron cumplirse, faltas de asepsia; que generan problemas en la salud del paciente sumado y en el Sistema Nacional de Salud, que ha de hacer frente al incremento de los gastos generados por la atención de los mismos.⁴

El propósito de este estudio es realizar una investigación acerca de la negligencia al cuidado dental en adultos mayores con edades comprendidas entre 65 a 79 años, de la parroquia Monay de la ciudad de Cuenca, estableciendo la relación que existe entre ésta y la ocupación desempeñada por cada uno de los participantes.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Para este trabajo de titulación se plantea el problema de investigación que responde a la pregunta ¿Existe relación entre la ocupación y la negligencia al cuidado dental en adultos mayores de 65-79 años de edad de la parroquia Monay de la ciudad de Cuenca, 2017.?

Este trabajo de investigación pretende analizar la negligencia dental la cual se considera a la pérdida de responsabilidad de llevar una adecuada higiene bucal para mantener la salud de la misma, trayendo graves consecuencias y se evaluará mediante la encuesta DNS de Thompson. El presente tema de investigación surgió a partir del macro estudio de las barreras para acceder a los servicios odontológicos en la ciudad de Cuenca, planteado por el departamento de investigación de la carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca.

Siendo preciso levantar información sobre este tema, ya que en la actualidad no hay investigaciones al respecto. Es por esto que resulta relevante analizar esta problemática para de esta manera sentar las bases que abran el camino a posibles soluciones.

2.- JUSTIFICACIÓN

La presente investigación busca determinar la relación entre ocupación y negligencia al cuidado dental, en adultos mayores con edades comprendidas entre 65 y 79 años, teniendo una **relevancia humana** específica para este grupo etario.

La **relevancia científica** se dará al poder evidenciar la relación que presenta la negligencia al cuidado dental con el nivel de instrucción, sexo y edad de esta población a estudiar, teniendo como finalidad el poder intervenir posteriormente para evitar este problema.

Tiene **relevancia social** ya que va dirigida a la parroquia Monay de la ciudad de Cuenca, y servirá para conocer las causas de la negligencia al cuidado dental, abriendo la posibilidad a futuro de trabajar en ello y así disminuir el número de casos que puedan presentarse.

El interés personal es realizar un trabajo de titulación en el que pueda dar a conocer la relación existente entre la ocupación y la negligencia al cuidado dental, contribuyendo a tomar medidas que se puedan implementar para solucionar o mejorar este aspecto, que representa un problema tanto para el paciente, ya que este deberá optar por un tratamiento restaurativo en lugar de plan de prevención con el consecuente tiempo y costo que esto implica; así como para el odontólogo, ya que el plan terapéutico a ofertar muchas de las veces no cumplirá con las expectativas debido a la condición bucal muy deteriorada y limitaciones en la salud del paciente.

Tiene un nivel de originalidad nacional, debido a que no se cuenta con estudios sobre la relación entre ocupación y negligencia al cuidado dental en mayores de 65 años, en la parroquia Monay de la ciudad de Cuenca.

Para garantizar la viabilidad del estudio se ha coordinado con las autoridades institucionales de la Unidad Académica de Salud y Bienestar, con la dirección de la carrera de odontología y con el departamento de investigación de la misma.

3.- OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la relación entre la ocupación y la negligencia al cuidado dental en adultos mayores de 65 -79 años, de la parroquia Monay de la ciudad de Cuenca, 2017.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar la muestra según el sexo.
- Analizar la muestra según la edad.

4.- MARCO TEÓRICO

4.1. -CUIDADO DENTAL EN ADULTOS MAYORES

El buen estado de la cavidad oral, forma parte de una adecuada salud general, la cual se define como: “bienestar físico, psicológico y social en relación con el estado dental, así como su vinculación con tejidos duros y blandos de la cavidad bucal”.^{5,6}

El cuidado de la salud oral, cumple un rol de suma importancia, ya que interviene en la realización de actividades diarias como: ingesta de alimentos, comunicación y aspectos psicológicos que están relacionados con el desenvolvimiento en la sociedad.⁷

Los adultos mayores en su gran mayoría creen que es un achaque inevitable la pérdida dental, desgaste y otras patologías bucales, resignándose a estas condiciones, sumado a esto, la carencia económica, falta de conocimiento, así como la poca información y asesoría profesional, la falta de interés e inhibición social, provoca rechazo a la atención odontológica necesaria.⁸ Sin embargo, son examinados frecuentemente por su médico de cabecera u otro especialista.⁹

La atención del adulto mayor con respecto al resto de grupos etarios exige un mayor compromiso debido a que pueden surgir dificultades mayores². Por lo que la odontogeriatría pretende reducir la falta de interés de los adultos mayores en lo que a su salud oral se refiere, ya que esta disciplina busca sensibilizar e influir en los profesionales de la salud, con el fin de procurar a sus pacientes una mejor calidad de vida.¹

4.1.a.- ESTADO DE SALUD ORAL EN LOS ADULTOS MAYORES

Las personas de la tercera edad son susceptibles a sufrir patologías en la cavidad bucal, siendo la enfermedad periodontal y la caries las más frecuentes y son las principales causales de la pérdida de piezas dentales repercutiendo en el bienestar físico, psicológico y social de estos.⁸

Según el “índice de salud oral geriátrico GOHAI”, se ha determinado que existe negligencia al cuidado dental, relacionándose de manera directa con las condiciones de vida de la población geriátrica.¹⁰ Hernández y cols, midieron “el impacto de la salud bucal en la calidad de vida” en personas de la tercera edad, a través de: índice OHIP-14 (Oral Health Impact Profile), obteniendo que una mala salud oral tenía repercusión en cuanto al dolor en sus piezas dentales, dificultad al hablar, molestias y dolor al comer sumado a baja autoestima.⁸

En un estudio realizado por Díaz y cols en Colombia para evidenciar el estado de salud oral en 120 adultos mayores, pacientes de la unidad odontológica en la “Universidad de Cartagena”, resultó que : los pacientes que presentaron menos de 19 piezas dentales fueron el 75%,

tratamientos protésicos un 58,1%, restauraciones mal adaptadas en un 48,3%, cálculo se presentó en el 80% de los pacientes, caries con un porcentaje de 72,5%, presencia de restos radiculares en un 23,3%, teniendo también problemas de la ATM en el 75% de las personas examinadas. El principal motivo de consulta fue de origen periodontal 85%, seguido de problemas traumáticos 77,5%.¹⁰

Fure y Steele observaron que con la edad el riesgo de caries dental es mayor debido a condiciones microbianas y salivares poco ventajosas^{11,12} por lo que la prevención y tratamiento oportunos evitarían la pérdida dental.

Así también, se ha demostrado que la enfermedad periodontal es la patología oral de más frecuencia en los adultos, y es la causa más importante de pérdida dental después de los 35 años. Las consecuencias de la pérdida dental son graves, pues limita la gama de alimentos a ser consumidos, así como el impacto sobre la autoestima y la comunicación (esto último nos lleva a la pérdida de la fonación).¹³

En cuanto a la ausencia de piezas dentarias, estudios realizados en Europa, indican que este grupo etario presenta gran necesidad en cuanto a tratamientos protésicos, siendo que un 57,52% requieren prótesis totales bimaxilares, aumentando progresivamente con la edad teniendo incluso un 72% de adultos mayores de 85 años que requieren de estos tratamientos.^{5,6}

Inclusive se debe considerar que el adulto mayor pudiera tener hábitos como el de fumar que empeoraría estos estados, Akelsson realizó un estudio en varios grupos de pacientes de 35, 50, 65 y 75 años, en el que se llegó a la conclusión que el hábito de fumar es un indicador de riesgo significativo para la pérdida de los dientes, las enfermedades periodontales y las caries dentales.¹⁶

Algunos autores consideran que la disponibilidad de recursos económicos, y las adecuadas atenciones médicas durante edades tempranas asegurarán un estilo de vida sano durante la vejez, por lo que es factible poseer una cantidad de dinero destinada para cuidados de la salud.^{17,18}

4.1.b.- TIPOS DE PACIENTES ADULTOS MAYORES

Podemos tener en consulta dos tipos de pacientes adultos mayores, los pacientes autónomos e independientes, cuya salud es variable y que acuden por si mismos a consulta dental, y con pacientes geriátricos, que podrían presentar discapacidad tanto física como psíquica. Los

cuales pueden vivir en su propio hogar ya sea acompañados de su familia o solos o pueden habitar en residencias para ancianos.¹⁴

La primera clasificación corresponde al mayor número de individuos, los cuales tienen la capacidad para decidir por sí solos, la visita al profesional odontólogo, ya sea en instituciones públicas o consulta privada, condicionado únicamente por su economía.

En el segundo grupo generalmente encontramos pacientes alojados en asilos, casas de salud y hospitales de larga estancia dependiendo del cuidado dental que tengan y la accesibilidad que se permita en estos lugares.¹⁹

La creencia absurda de que siempre lo privado es mejor que lo público provoca que se desaproveche la oferta de servicios de salud propiciando la aparición de secuelas por no prestar atención a este primordial aspecto que es la salud bucal.²⁰

4.1.c.- PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE SALUD EN EL ADULTO MAYOR

Aunque la prevención en salud oral generalmente se enfoca preferentemente en los pacientes jóvenes y niños, es muy cierto que el paciente geriátrico necesita también de programas destinados a conservar sus piezas dentarias en el mejor estado estructural y funcional posible.²¹

Hay, sin embargo, situaciones que van a condicionar poderosamente esta acción preventiva entre los ancianos como su pobre estado de salud, en ocasiones sus cortas o pobres expectativas de vida, situaciones en las que el propio paciente rehúsa a ser tratado o a usar prótesis, cuando este siente un ajuste o adaptación satisfactoria a su estado oral (por malo que sea) y su estado económico deficiente.²²

Por lo general, la prevención recurre a la educación en forma de programas aplicados directamente con el anciano o bien a través de sus cuidadores. A través de los mismos se puede dar información sobre cepillado dental, limpieza y conservación de prótesis e higiene de la cavidad oral, al tiempo que se va involucrando progresivamente a cada anciano en el «autocuidado», usando el recordatorio de que la boca es una parte integrada en el resto o conjunto del organismo y cuando aparece una enfermedad en ella puede originar anomalías en otra zona o bien a nivel de la esfera psíquica.²²

Budts Jorgensen y colaboradores han realizado varios estudios con la aplicación de programas de promoción y prevención de salud en el adulto mayor. Uno de ellos, realizado en 1998, tuvo como objetivo evaluar clínica y microbiológicamente los efectos de un programa preventivo de salud bucal a largo plazo aplicado a adultos mayores. En este utilizaron 116

pacientes, de los cuales la mitad fue incluida en un grupo experimental beneficiados con el programa. Obtuvieron como resultados que a los 18 meses, el conteo de *Streptococos mutans* y las caries de raíz eran más bajas en el grupo experimental que en el otro grupo, llegando a la conclusión que este programa fue eficaz para reducir la colonización de *Streptococos mutans* y el predominio de caries.^{23,24}

Persson realizó en 1998 un estudio de los efectos periodontales después de aplicar un programa de prevención, donde utilizó 237 ancianos entre 60 y 90 años, divididos en 5 grupos, demostrando también los beneficios de un programa preventivo de cuidado de la salud bucal.²⁵ Taani realizó un estudio acerca del conocimiento periodontal y conocimiento y modelos de asistencia dental entre los adultos en Jordania, en el año 2002, llegando también a la conclusión de que se necesita más educación de salud para mejorar la salud bucal.²⁶

Honkala y colaboradores realizaron una investigación acerca del tratamiento dental entre las personas mayores finlandesas en el año 2002, ya que se percataron que había un aumento en los adultos mayores dentados, por lo que la demanda de los servicios restaurativos será más alta, y en ese lugar los cuidados dentales sistemáticos para las personas mayores no habían sido organizados. El programa aplicado demostró la necesidad de un acercamiento apropiado al cuidado dental para el anciano y de hacer este servicio más rentable.²⁷

4.1.d.- ATENCIÓN A LA SALUD ORAL EN ADULTOS MAYORES

Es bien entendido que el uso de los servicios odontológicos por los adultos mayores es escaso, De acuerdo con ciertos autores, las visitas al odontólogo tienden a ser menos frecuente según avanza la edad.²⁸

Diferentes estudios realizados en latinoamérica revelan este fenómeno, teniendo como resultado que un 75% de adultos mayores no han visitado al odontólogo en los últimos seis meses antes de realizar la encuesta.²⁹

En resultados generales, la autopercepción que tienen los adultos mayores acerca de su salud dental, no coincide con lo que se observó clínicamente. en estudios realizados por medio de encuestas, la gran mayoría piensa que su salud oral es buena e incluso muy buena, refiriendo tener mínimos problemas en la masticación o no presentarlos.²⁹

La OMS y la federación Dental Internacional en el año 2000, trazó metas con el objetivo de mejorar la salud oral en la población de adultos mayores, planteandose como primer punto

reducir la pérdida dentaria en un 25%, seguido de que más del 50% de adultos mayores de 60 años conserven al menos 20 dientes funcionales.³⁰ Lamentablemente, se conoce que la salud oral es bastante crítica en América Latina, considerando que existe una prevalencia elevada de pérdida de piezas dentales en su totalidad y enfermedades periodontales, el elevado número de piezas dentales perdidas y lo frecuente que es el uso de prótesis para sustituirlas, por lo que, en base a todo ello, la meta propuesta es muy difícil de lograr.

El problema mencionado se encuentra perpetuado por los sistemas actuales de atención odontológica, que en caso de ser de uso público no cumplen con todas las necesidades de los adultos ya que únicamente brindan servicios de atención primaria y los servicios privados que brindan atención de especialidad, pero a un costo mayor. Por otra parte la existencia de adultos mayores con enfermedades degenerativas que implican postración, así como aquellos que permanecen en residencias para su cuidado, presagian un incremento de las patologías bucales en adultos mayores.

Según lo señala la OPS, es indispensable crear objetivos y programas dirigidos a la atención en el área odontológica para los adultos mayores, tomando en cuenta medidas de corto, mediano y de largo plazo.³¹

Esto debe ser orientado a una corrección de los problemas clínicos que se observan en la práctica, acabando con las diferentes creencias falsas acerca de la salud oral de los adultos mayores. Con todo esto no se tiene intenciones de dejar de brindar atención de prioridad a otros grupos, sino más bien realizar una distribución adecuada según la epidemiología, situación demográfica y tecnología que encontramos a disponibilidad.

4.1.e.- IMPLICACIONES DE LA OCUPACIÓN EN LA SALUD ORAL

En un estudio realizado por Dhó MS, acerca de Actitudes de salud bucodental en relación al nivel socioeconómico en individuos adultos en Argentina se observó que las personas de nivel socioeconómico más bajo relacionado con la variable ocupación, presentan actitudes de salud bucodental menos favorables, en particular en lo que se refiere a la actitud frente al dolor dental y a los motivos por los cuales se consulta generalmente al odontólogo (dolor/urgencias).³²

Michael Marmot, director del Instituto de Equidad y Salud del University College de Londres en el informe “Los determinantes sociales y las desigualdades en materia de salud”, publicada por la OMS describe que las causas inmediatas de los problemas de salud tienen su origen en circunstancias en las que la gente crece, vive, trabaja y envejece y los factores políticos, sociales y económicos que moldean esas condiciones. El desempleo de larga duración, mayor precariedad en el empleo, peores condiciones de trabajo (por ejemplo, contratos de

cero horas), la reducción de la protección social y la educación, y otras políticas que afectan las condiciones sociales tienen un impacto diferencial en distintos países, en las diferentes regiones de esos países y entre diversos grupos sociales; existiendo más probabilidades de que se perpetúen las desigualdades y la brecha social en el campo de la salud. En general existe un gradiente social en todos estos factores que conlleva al empeoramiento de la salud en las ocupaciones de la escala socioeconómica más baja.³³

De lo que podemos inferir que, las condiciones de trabajo pueden afectar la salud dental, siendo que las ocupaciones de escalas más bajas pudieran influenciar de manera negativa la salud oral.

4.1.f.- CLASIFICACIÓN DE LAS OCUPACIONES EN ECUADOR

En el Ecuador según el INEC, existe un sistema que clasifica las diferentes ocupaciones, de acuerdo a la información y recolección de datos que se tenga de la misma, esto se realiza con los individuos que aportan de manera económica al país, teniendo una numeración específica que va desde el número 0 al número 9, de acuerdo a la actividad que cada individuo realice.

Para poder realizar una correcta clasificación debemos de tener cuenta los diferentes conceptos:

Empleo: Se denomina empleo a las diferentes tareas y actividades desempeñadas por un individuo, ya sea como empleado para una entidad o por su propia cuenta.

Ocupación: agrupación de empleos en los cuales las diferentes tareas tienen características semejantes. Un individuo puede asociarse con una ocupación, ya sea con el empleo que desempeña en ese momento, un empleo que sea de tipo secundario o empleos que ha desarrollado en el pasado.

Nivel de Competencias: Se relaciona con el grado de complejidad que se tiene al desarrollar las diferentes ocupaciones.

Para la realización del presente trabajo investigativo, en relación a la variable ocupación, se tomo como referencia la siguiente clasificación:

CLASIFICACIÓN OCUPACIONAL DEL ECUADOR

NUMERACIÓN	OCUPACIONES
1.	<ul style="list-style-type: none"> • Directores y gerentes.
2.	<ul style="list-style-type: none"> • Profesionales científicos e intelectuales.
3.	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicos y profesionales del nivel medio.
4.	<ul style="list-style-type: none"> • Personal de apoyo administrativo.
5.	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados.
6.	<ul style="list-style-type: none"> • Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros.
7.	<ul style="list-style-type: none"> • Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios.
8.	<ul style="list-style-type: none"> • Operadores de instalaciones y máquinas ensambladores.
9.	<ul style="list-style-type: none"> • Ocupaciones elementales.
0.	<ul style="list-style-type: none"> • Ocupaciones militares.

4.1.g.- DEFINICIÓN DE GRUPOS OCUPACIONALES

GRUPO UNO DIRECTORES Y GERENTES

Este gran grupo comprende las profesiones cuyas funciones principales consisten en definir y formular la política del gobierno nacional, las leyes y reglamentos, vigilar su aplicación, representar al gobierno nacional y actuar en su nombre, o preparar, orientar y coordinar la política y la actividad de una empresa o de un organismo, o de sus departamentos y servicios internos.

GRUPO DOS PROFESIONALES CIENTÍFICOS E INTELECTUALES

Este gran grupo comprende las ocupaciones cuyas funciones principales requieren para su desempeño conocimientos profesionales de alto nivel y experiencia en materia de ciencias físicas y biológicas o ciencias sociales, de informática y humanas.

Sus funciones consisten en ampliar el acervo de conocimientos científicos o intelectuales, aplicar conceptos y teorías para resolver problemas por medio de la enseñanza, asegurar la difusión sistemática de esos conocimientos.

GRUPO TRES TÉCNICOS Y PROFESIONALES DE NIVEL MEDIO

Este gran grupo comprende las ocupaciones cuyas funciones principales requieren para su desempeño los conocimientos técnicos y experiencia de una o varias disciplinas de las ciencias físicas y biológicas o de las ciencias sociales y las humanas.

Sus funciones consisten en llevar a cabo labores técnicas relacionadas con la aplicación de conceptos y métodos en relación con las esferas ya mencionadas y en impartir enseñanza de cierto nivel.

GRUPO CUATRO PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO

Este gran grupo comprende las ocupaciones cuyas funciones principales requieren para su desempeño los conocimientos y la experiencia necesarios para ordenar, almacenar y encontrar información.

Las funciones consisten en realizar trabajos de secretaría, operar máquinas de tratamiento de textos y otras máquinas de oficina, realizar cálculos e ingresar datos en computadoras y diversos trabajos de servicios a la clientela, relacionados con los servicios de correos, las operaciones de caja y la concertación de citas o entrevistas.

GRUPO CINCO TRABAJADORES DE LOS SERVICIOS Y VENDEDORES DE COMERCIOS Y MERCADOS

Este gran grupo comprende las ocupaciones cuyas funciones principales requieren para su desempeño los conocimientos y la experiencia necesarios para la prestación de servicios personales y servicios de protección y de seguridad o la venta de mercancías en un comercio o en mercados.

Dichas funciones consisten en servicios relacionados con los viajes, los trabajos domésticos, la restauración, los cuidados personales, así como la protección de personas y bienes, el mantenimiento del orden público o la venta de mercancías en un comercio o en los mercados.

GRUPO SEIS AGRICULTORES Y TRABAJADORES CALIFICADOS AGROPECUARIOS, FORESTALES Y PESQUEROS

Este gran grupo comprende las ocupaciones, cuyas tareas principales requieren para su desempeño los conocimientos y la experiencia necesarios para la obtención de productos de la agricultura, silvicultura y la pesca.

Sus tareas consisten en practicar la agricultura a fin de obtener sus productos, criar o cazar animales, pescar o criar peces, conservar y explotar los bosques y, en particular cuando se trata de los trabajadores dedicados a la agricultura y la pesca comerciales; vender los productos a los compradores, a organismos de comercialización o en los mercados.

GRUPO SIETE OFICIALES, OPERARIOS Y ARTESANOS DE ARTES MECÁNICAS Y DE OTROS OFICIOS

Este gran grupo comprende las ocupaciones, cuyas tareas principales requieren para su desempeño los conocimientos y la experiencia necesarios para ejercer oficios de artesanía y artes mecánicas, así como de otros fines, lo cual entre otras cosas, exige la capacidad de utilizar máquinas y herramientas y el conocimiento de cada una de las etapas de la producción y de la naturaleza y las aplicaciones de los productos fabricados.

Sus tareas consisten en extraer materias primas del suelo, construir edificios y otras obras, y fabricar diversos productos y artesanías.

GRUPO OCHO OPERADORES DE INSTALACIONES Y MÁQUINAS Y ENSAMBLADORES

Este gran grupo comprende las ocupaciones, cuyas tareas principales requieren para su desempeño los conocimientos y la experiencia necesarios para atender y vigilar el funcionamiento de máquinas e instalaciones industriales de gran tamaño y a menudo automatizadas.

Sus tareas consisten en atender y vigilar las máquinas y materiales para la explotación minera, las industrias de transformación y otras producciones, conducir vehículos, conducir y operar instalaciones móviles y montar componentes de productos.

GRUPO NUEVE OCUPACIONES ELEMENTALES

Este gran grupo comprende las ocupaciones para cuyo desempeño se requieren los conocimientos y la experiencia necesarios para cumplir funciones generalmente sencillas y rutinarias realizadas con la ayuda de herramientas manuales, y para las cuales se requiere a veces un esfuerzo físico considerable y salvo raras excepciones, escasa iniciativa o capacidad de juicio.

Sus funciones consisten en vender mercancías en las calles, brindar servicios de portería y vigilancia de inmuebles y bienes, limpiar, lavar, planchar ropa y ejecutar tareas simples relacionadas con la minería, la agricultura o la pesca, la construcción o las obras públicas y las industrias manufactureras.

GRUPO CERO OCUPACIONES MILITARES

Las fuerzas armadas se componen de las personas que, por decisión propia o por obligación, prestan normalmente servicios en las diferentes ramas y en los servicios auxiliares y no disfrutan de la libertad de aceptar un empleo civil.

Las integran los miembros permanentes del ejército, la marina, la aeronáutica u otras ramas o servicios así como las personas reclutadas por conscripción en el servicio armado por un período reglamentario para adquirir formación militar o cumplir otros servicios.

Quedan excluidas las personas que ocupan un empleo civil en los establecimientos públicos, relacionados con la defensa.

Existiendo para cada gran grupo subgrupos principales, grupos primarios, grupos secundarios y ocupaciones individuales.

4.2.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

- **Obra: Artículo de Revista:** “ACTITUDES DE SALUD BUCODENTAL EN RELACIÓN AL NIVEL SOCIOECONÓMICO EN INDIVIDUOS ADULTOS.”³²

Autor: Dhó MS.

Resultado: Se halló que los individuos de NSE más bajo presentan actitudes de salud bucodental menos favorables, en particular en lo que se refiere a la actitud frente al dolor dental y a los motivos por los cuales se consulta generalmente al odontólogo.
- **Obra: Artículo de Revista:** “EL IMPACTO DE LA NEGLIGENCIA DENTAL EN SALUD ORAL: UNA POBLACIÓN BASADA ESTUDIAR EN HONG KONG.”³⁵

Autor: McGrath, Colman; See-King Sham, Arthur; King Lun Ho, Dominic; Hok Ling Wong, Janet.

Resultado: la tasa de respuesta fue 70% (556/800). El puntaje promedio de negligencia dental de la población fue 14.81 (DS 3.62) [posible rango 6 a 30]. Más comúnmente, las personas fueron negligentes en el cuidado de la salud dental profesional. Las disparidades sociodemográficas en DN fueron aparentes, en relación con la edad ($P < 0.05$), ingreso ($P < 0.05$) y logro educativo ($P < 0.05$). DN se asoció con autoinformación salud oral: estado de la dentadura postiza ($P < 0.05$), número de dientes poseídos ($P < 0.05$) y oral calidad de vida relacionada con la salud ($P < 0.05$).
- **Obra: Artículo de Revista:** “SALUD DENTAL, NEGLIGENCIA DENTAL Y USO DE SERVICIOS EN UNA MUESTRA DE POBLACIÓN DE DUNEDIN PARA ADULTOS.”³⁶

Autor: Jamieson LM¹, Thomson M.

Resultado: Una encuesta descriptiva de una muestra aleatoria de 600 residentes en el Electorado Dunedin Sur dio como resultado una tasa de respuesta del 78.2 por ciento (14 cuestionarios fueron devueltos). De los 458 encuestados, casi dos tercios eran mujeres, y casi todos eran europeos. De los 385 encuestados dentados (84.1 por ciento), el 62.5 por ciento generalmente visitaba a un dentista para un chequeo, y el 66.6 por ciento había visitado a un dentista el año anterior. La puntuación media de negligencia dental para los encuestados dentados fue de 12,4 (desviación estándar, 4,4), y fue más alta entre los más jóvenes y los del grupo ocupacional más bajo. En comparación con las encuestas de salud bucal nacionales y regionales anteriores, una mayor proporción de encuestados calificaron su salud bucal de manera deficiente, no pagaron su último tratamiento dental y recibieron su último cuidado dental de un servicio dental público. Aunque el estudio fue de pequeña escala y se realizó en un área en la que hay acceso a atención dental de bajo costo a través de la Facultad de

Odontología de la Universidad de Otago, los hallazgos se consideran una contribución útil a la imagen general del uso de servicios dentales por los neozelandeses.

- **Obra: Artículo de Revista:** “EVALUACIÓN DE LA FIABILIDAD Y VALIDEZ DE LA ESCALA DE NEGLIGENCIA DENTAL EN ADULTOS NORUEGOS.”³⁷

Autor: Skaret E, et al.

Resultado: El coeficiente alfa de Cronbach para la construcción general del DNS fue 0,67 (n = 173) y 0,57 (n = 1301). Solo se extrajo un factor, lo que explica un total del 36% de la varianza de la escala (n = 1301). El kappa de Cohen para las comparaciones de prueba-reprueba varió de 0.21-0.79 (n = 108), y la rho de Spearman para los puntajes de suma test-retest fue de 0.60. Las puntuaciones más altas de negligencia se relacionaron positivamente con una opinión negativa sobre la propia salud dental (OR = 3,3), la última cita dental debido a dolor u otros problemas (OR = 2,3), menos de 20 dientes (OR = 2,2), bebiendo refrescos con azúcar todos los días (OR = 2.1), el uso no regular del servicio dental (OR = 2.2) y el uso de hilo dental o mondadientes rara vez o nunca (OR = 1.6). La prevalencia de alta negligencia dental fue del 20%.

- **Obra: Artículo de Revista:** “LA SALUD BUCODENTAL DE LOS ANCIANOS: REALIDAD, MITOS Y POSIBILIDADES.”²⁹

Autor: Mariño, R.

Resultado: En total se encontraron 14 referencias, siete correspondientes a estudios epidemiológicos sobre la salud bucodental (tres (426) de alcance nacional y cuatro (7-10) de carácter local). Se identificaron además otros siete estudios con información sobre la percepción que tienen los ancianos de su propia salud bucodental y sobre la frecuencia con que estos utilizan los servicios odontológicos (22-17).

- **Obra: Artículo de Revista:** “DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD: LOS HECHOS IRREFUTABLES.”³³

Autor: Wilkinson Richard , Marmot Michael.

Resultado: Las políticas y las acciones para la salud deben estar diseñadas para abordar los determinantes sociales de la salud con el fin de eliminar las causas de la mala salud antes de que puedan ocasionar problemas. Se trata de una tarea desafiante tanto para quienes toman decisiones como para los principales actores y defensores de la salud pública. La evidencia científica sobre los determinantes sociales es fuerte, pero es sometida a debate principalmente por los investigadores.

Este folleto es parte de una campaña de la Oficina Regional Europea de la OMS para presentar las pruebas sobre los determinantes sociales de manera clara y comprensible. En esta publicación también se identifican las implicaciones generales para la formulación de políticas en diez áreas seleccionadas. La campaña está concebida para aumentar la conciencia, estimular el debate y promover la acción.

- **Obra: Artículo de Revista:** “COMPARACIÓN DE ESCALAS DE LA NEGLIGENCIA DENTAL Y LA INDIFERENCIA DENTAL.”³⁴

Autor: Jamieson LM, Thomson WM

Resultado: en total, 478 personas (78.2%) devolvieron el cuestionario. El puntaje promedio de negligencia dental fue 12,4 (SD 4.4). La puntuación media de la escala de Indiferencia Dental fue de 3.1 (SD 1.9). la asociación entre los puntajes de las escalas fue moderada ($r=0.58$; $P! 0.01$), y fue solo un grado moderado de concordancia entre los dos. Las dos escalas tenían asociaciones en gran parte similares con atención sociodemográfica, oral y autocuidado, y características de impacto de salud oral, aunque se encontraron un poco más de asociaciones con la escala de Indiferencia Dental. La escala de negligencia dental resultó ser palabras clave: adultos; indiferencia dental; dental negligencia; uso del servicio dental; la salud bucal es más fácil de usar que la escala de Indiferencia Dental porque no requiere un complejo algoritmo para calcular puntajes de escala.

- **Obra: Artículo de Revista:** “IMPACTO DE LA SALUD BUCAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES DEMANDANTES DE ATENCIÓN DENTAL.”⁸

Autor: Fuente-Hernández, Javier de la; Sumano-Moreno, Óscar; Sifuentes-Valenzuela, María Cristina; Zelocuatecatl-Aguilar, Alberto

Resultado: se identificó un impacto positivo en las preguntas relacionadas con la preocupación por problemas con los dientes y boca (87,3%), molestias al comer (64%), dolor bucal (60,7%) e interrupción de la alimentación (56%). Menor impacto tuvieron las preguntas sobre incapacidad total para realizar actividades diarias (14,7%) y dificultad para realizar actividades diarias (13,3%).

- **Obra: Artículo de Revista:** “INDICADORES DE RIESGO CLÍNICO Y CONDUCTUAL PARA LA CARIES EN PERSONAS MAYORES.”¹²

Autor: Steele JG1, Sheiham A, Marcenes W, Fay N, Walls AW.

Resultado: Nueve o más ingestas de azúcares por día duplicaron las probabilidades de que haya caries en la raíz (OR 2.2-2.4). Otros factores clínicos y de

comportamiento que afectan a la caries radicular incluyen el uso de una dentadura postiza parcial en presencia de depósitos de placa gruesa (OR 2.1-2.6) y cepillado dental poco frecuente (OR 2.8-4.1). Los modelos de regresión lineal mostraron que, entre los que tenían caries radicular, chupar caramelos en presencia de boca seca, higiene deficiente, dentaduras parciales y vivir en una institución contribuían al alcance de la caries radicular, medida por la RCI (d).

- **Obra: Artículo de Revista:** “RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR.”¹⁴

Autor: Aguirre H.

Resultado: La Organización de las Naciones Unidas (ONU) calcula que de continuar las tendencias actuales, en el 2025 los adultos mayores en América Latina y el Caribe constituirán el 14.1% de la población del planeta, incrementándose hasta el 22.6% en 2050, cuando uno de cada cuatro habitantes pertenecerá al grupo de población de más de 65 años. La sociedad actual tiende a relegar a los ancianos y esta situación condiciona baja autoestima, deterioro físico y limitación de ámbitos de participación social, llegando a la dependencia y en no pocos casos al maltrato; lo que puede degenerar en depresión.

- **Obra: Artículo de Revista:** “IMPACTO DE LA SALUD ORAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES.”¹⁰

Autor: Díaz-Cárdenasa S; Arrieta -Vergarab , Katherine; Ramos –Martínez, Ketty.

Resultado: Al realizar la prueba X² se encontró significación estadística entre una salud bucal deficiente y el impacto negativo sobre la calidad de vida, según GOHAI (p=0,01) y al asociar este último y los problemas de origen endodóntico (OR: 3,5; IC 95%: 1,4-8,4; p = 0,004), hipertensión arterial (OR: 4,44; IC 95%:1,5-12; p = 0,005) y vivir con más de 5 miembros en la familia (OR: 3,38; IC 95%: 1,34-8,49; p=0,009). En la regresión logística estos factores constituyeron el modelo que mejor explicaba el detrimento en la calidad de vida relacionada con la salud bucal (p= 0,0001; x²=21,31).

5.- HIPÓTESIS

La ocupación es un factor de riesgo para la negligencia al cuidado dental en adultos mayores de 65 a 79 años en la parroquia Monay de la ciudad de Cuenca, 2017.

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1.- MARCO METODOLÓGICO

Enfoque: Cuantitativo.³⁸

Diseño de Investigación: Caso Control.³⁹

Nivel de Investigación: Relacional.

Tipo de Investigación:

- **Por el ámbito:** De campo.
- **Por la técnica:** Comunicacional.
- **Por la temporalidad:** Retrospectivo.
 - **Instrumentos:** Encuesta.

2.- POBLACIÓN Y MUESTRA

La población en la que se realizó la investigación pertenece a la parroquia Monay de la ciudad de Cuenca, en el grupo etario de adultos mayores de 65 a 79 años.

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

2.1.a. Criterios de inclusión

Se incluirá en el presente estudio a los habitantes de la parroquia de Monay de la ciudad de Cuenca, con edades comprendidas entre 65 a 79 años, cuya colaboración sea voluntaria y expresada mediante la firma de un consentimiento informado.

2.1. b. Criterios de exclusión

Se debió excluir del presente estudio las encuestas que presentaban inconsistencias en sus respuestas, así como datos no legibles; además fueron excluidos participantes cuya profesión está ligada al ámbito de la salud, como las de medicina y odontología. Así participantes que no accedieron a firmar el consentimiento informado para el presente estudio.

2.2 Tipo de Muestra.⁴⁰

Tamaño de la muestra: Al calcular el tamaño muestral mediante la fórmula, el número requerido superaba a la cantidad de casos de la base de datos fuente, por ese motivo se realizó el muestreo por conveniencia, dando como resultado 26 casos y 26 controles.

3.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADOR	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA
NEGLIGENCIA	Falta de cuidado, aplicación y diligencia de una persona en lo que hace, en especial en el cumplimiento de una obligación.	Presencia de Negligencia según encuesta de Thompson	Presente Ausente	Cualitativo	Nominal
OCUPACIÓN	Es el oficio o profesión de una persona, independiente del sector en que pueda estar empleada o del tipo de estudio que hubiese recibido.	Dato que se encuentra en la ficha de barrera.	<ul style="list-style-type: none"> • Directores y gerentes. • Profesionales científicos e intelectuales. • Técnicos y profesionales del nivel medio. • Personal de apoyo administrativo. • Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados. • Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros • Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios • Operadores de instalaciones y máquinas ensambladores • Ocupaciones elementales Ocupaciones militares	Cualitativo	Ordinal
EDAD	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Dato que se encuentra en la ficha de barreras	De 65 a 79 años	Cuantitativo	De razón
SEXO	Características genotípicas de la persona	Dato que se encuentra en la ficha de barreras	Masculino femennino	Cualitativa	Nominal

Tabla N°1: Operacionalización de variables.

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

4.1.- Instrumentos documentales:

Se utilizó una base de datos constituida a partir de la información obtenida por la “ficha de barreras” elaborada en la Universidad Católica de Cuenca, que consta de 10 segmentos como son: datos generales (incluye consentimiento informado), cuidado dental, negligencia al cuidado dental, automedicación, ansiedad, autopercepción periodontal, relación profesional-paciente, aspectos generales, índice ICON y tipos de pastas dentales más usadas.

Para determinar negligencia se utilizó la encuesta DNS de Thompson, con 6 preguntas guiadas a determinar la presencia o ausencia de Negligencia al cuidado Dental.

Así como también el programa EPI INFO en el cual se ingresaron los datos obtenidos de las encuestas.

4.2.- Instrumentos mecánicos.

Para la toma de datos se utilizaron instrumentos mecánicos como la computadora de escritorio y tablero.

4.3.- Materiales

Entre los materiales empleados están, insumos de oficina.

4.4.- Recursos.

Para llevar a cabo el estudio se utilizaron:

- **Recursos financieros:** autofinanciado
- **Recursos institucionales:** UCACUE (autorización del Departamento de Investigación y la Unidad de Titulación.)
- **Recursos humanos:** Estudiantes y tutores.

5.- PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.

5.1.-Ubicación espacial.

Según la ordenanza de división de las parroquias urbanas de la ciudad de Cuenca la parroquia MONAY, se delimita así: a partir de la intersección de la vereda oriental de la Avda. Max Uhle y la vereda sur de la Avda. González Suárez, sigue por esta vereda en dirección oriental hasta el cruce con la vereda oriental de la Avda. Los Andes; desde aquí en dirección norte hasta el cruce con la vereda sur de la Avda. del Cóndor; continúa por esta vereda en dirección nor-este hasta su encuentro con la Quebrada de Milchichig; se sigue aguas abajo por esta quebrada hasta el cruce con el Río Cuenca, siguiendo en dirección sur-este por una línea imaginaria hasta el límite urbano; continúa por el Límite Urbano en dirección sur-oeste hasta la intersección con la Quebrada Chaguarchimbana; continúa hacia el norte hasta la unión con el Río Yanuncay; aguas abajo por este Río hasta la intersección por el Río

Tomebamba sigue aguas abajo por la margen sur del Río Cuenca hasta la prolongación de la Avda. Max Uhle; hacia el norte por la vereda oriental de esta calle hasta su intersección con la Avda. González Suárez.

5.2.-Ubicación temporal.

La investigación se realizó entre los meses de mayo a Julio 2017, recolectando datos de encuestas que reflejan el nivel de negligencia y los factores causantes de este fenómeno en pacientes de 65 a 79 años de edad.

5.3.- Procedimientos de la toma de datos.

Anterior al proceso de la toma de datos se mantuvieron reuniones entre los alumnos de la unidad de titulación y los tutores para la distribución por sectores de las parroquias de la ciudad de Cuenca. Para este estudio se acudio a la parroquia Monay, debiendo aplicar las encuestas casa por casa, las mismas que serían completadas luego de que los participantes accedan a firmar el consentimiento informado.

Para registrar los datos de las encuestas realizadas en la parroquia Monay, estas fueron ingresadas a una base de datos en el programa Epi Info, las cuales reflejan información esencial que fue registrada con las siguientes características:

El estudio de Negligencia al cuidado dental buscó describir cuantitativamente el problema y las causas de este, en personas mayores de 65 a 79 años, utilizando un cuestionario que nos ayudó a determinar la presencia de negligencia al cuidado dental.

5.3.a.-Método de examen

Una vez firmada la autorización, el encuestador empezó a realizar las preguntas respectivas, a personas mayores de 65 a 79 años de edad en la parroquia Monay, en horarios de 9:00 - 12:00 y de 13:00 – 16:00 horas.

Se inició consultando el número de cédula, edad y sexo del encuestado, y posteriormente realizando la encuesta DNS de Thompson que consta de 6 preguntas realizadas a las personas seleccionadas para este estudio, con escala del 1 al 5, siendo 1 definitivamente no y 5 definitivamente si, (Ver anexo).

5.3.b.-Criterios de registro de hallazgos

Cuando se realizó la encuesta, los datos fueron consignados y registrados según la respuesta que el encuestador seleccionó con una puntuación del 1 al 5, con lo que posteriormente podremos determinar si existe o no Negligencia al Cuidado dental.

6.- PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de datos de la escala DNS de Thompson en las preguntas 1,2,4 y 5 se invirtió las respuestas, convirtiendo el valor 5 en 9, 4 en 8, el valor 3 se mantuvo, el valor 2 fue cambiando por el número 4, valor 1 en 5, valor 8 en 2 y finalmente valor 9 en 1. Para obtener el resultado se realizó la suma de los valores de cada una de las preguntas, si este era menor a 11, la persona encuestada no presentaba negligencia al cuidado dental, pero si por el contrario el resultado era 11 o mayor a 11 ésta persona presentaba negligencia al cuidado dental.

Para analizar la variable Ocupación, ésta se dividió en 2 grupos, dentro del primer grupo se encontraron las ocupaciones con los números 5, 7 y 9 denominados como Expuestos, conformando el segundo grupo las ocupaciones restantes 0, 1, 2, 3, 4, 6, 8 pertenecientes al grupo No Expuestos.

Se calculó la relación entre la negligencia y la ocupación mediante la razón de oportunidades (O.R) en adultos mayores de 65-79 años, de la parroquia Monay de la ciudad de Cuenca, 2017.

$$O.R = a*d / b*c$$

	Casos	Controles
Expuestos	a	B
No Expuestos	c	D

7.- ASPECTOS BIOÉTICOS.

El presente estudio no implicará conflictos bioéticos, ya que todas las personas que accedieron a responder la encuesta, fueron informadas de los objetivos y la metodología de estudio accediendo a firmar un consentimiento informado. Se les informó los resultados e indicó el cuidado que deben tener y la importancia de mantener una adecuada atención de su salud oral para evitar problemas futuros.

CAPÍTULO III

RESULTADOS DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1.- RESULTADOS

El presente trabajo se realizó con datos obtenidos de encuestas realizadas a las personas de la parroquia Monay, que constan en el archivo del departamento de investigación de la carrera de Odontología de la UCACUE, mostrando los siguientes resultados.

TABLA Nº 1. Distribución de la muestra de acuerdo al sexo.

SEXO	CASOS	CONTROLES
FEMENINO	14	14
MASCULINO	12	12
TOTAL	26	26

Interpretación: En esta tabla se puede evidenciar la distribución de la muestra de acuerdo al sexo, en este estudio caso-control se realizó un emparejamiento de 26 controles (personas sanas) y 26 casos (personas enfermas), con un total general de 52 personas.

TABLA N° 2. Distribución de la muestra de acuerdo a la edad.

EDAD	CASOS	CONTROLES
65	5	5
66	7	7
67	2	2
69	1	1
70	2	2
71	2	2
72	2	2
74	1	1
75	2	2
76	1	1
78	1	1
TOTAL	26	26

Interpretación: En esta tabla se puede evidenciar la distribución de la muestra de acuerdo a la edad, existió un mayor número de casos de negligencia al cuidado dental en personas de 66 años, disminuyendo en cuanto avanza la edad.

TABLA Nº 3. Relación entre la exposición y la enfermedad.

OCUPACIÓN	CASOS	CONTROLES
EXPUESTOS	24	21
NO EXPUESTOS	2	5
TOTAL	26	26

OR: 2.857142857 (0.5009 - 16.3)

Interpretación: En esta tabla se puede evidenciar que las ocupaciones 5, 7, 9 (expuestos) tienen 2.85 veces más probabilidades de presentar negligencia al cuidado dental que las ocupaciones 0,1,2,3,4,6,8 (no expuestos). Sin embargo el IC indica que no existe relación entre ocupación y la negligencia al cuidado dental.

2.- DISCUSIÓN

El presente estudio documenta información sobre la negligencia al cuidado de la salud dental de adultos mayores de 65-79 años en habitantes de la parroquia de Monay de la Ciudad de Cuenca, 2017. Obteniendo una probabilidad de 2.85 veces mayor de que los encuestados con nivel de ocupación considerada como factor de riesgo o expuestos (trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados, oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios, ocupaciones elementales.) presenten negligencia en relación con ocupaciones consideradas como no expuestas (directores y gerentes, profesionales científicos e intelectuales, técnicos y profesionales del nivel medio, personal de apoyo administrativo, agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros, operadores de instalaciones y máquinas ensambladores, ocupaciones militares.)

Según el informe redactado por Marmot³³ y publicado por la OMS, con el tema “Determinantes sociales de la salud: los hechos irrefutables”, indica que el nivel socioeconómico incide directamente sobre las condiciones de salud de un paciente, de igual manera en el estudio de Dhó³² “Actitudes de salud bucodental en relación al nivel socioeconómico en individuos adultos”, realizado a 381 personas, se encontró que los individuos de NSE más bajo presentan actitudes de salud bucodental menos favorables, en particular en lo que se refiere a la actitud frente al dolor dental y a los motivos por los cuales se consulta generalmente al odontólogo, debido a que los individuos con trabajos poco remunerados, tienen menos posibilidades de asistir a casas de salud dental, además en el estudio de tipo descriptivo realizado por Jamieson L y Thompson³⁶ a 458 individuos con el tema “Salud dental, negligencia dental y uso de servicios en una muestra de población de Dunedin para adultos”, se presentan resultados similares, indicando que el grupo de ocupación mas baja presentaba mayor negligencia. En el presente estudio se observó un resultado similar que en los estudios anteriores, sin embargo debido al intervalo de confianza que fué de 0.5009 - 16.3, no se podría tomar el nivel de ocupación como factor de riesgo, pudiendo deberse este resultado a que se tuvo que realizar una muestra por conveniencia ya que no se logró encuestar a toda la población de la parroquia Monay, además de que los encuestados pudieron tener una autopercepción de su salud oral equivocada.

En un estudio desarrollado por Skaret E³⁷ quien realizó dos tipos de muestreo, uno por conveniencia, con 173 participantes y el segundo con un total de 1301, dato obtenido con una muestra proporcional, para la “Evaluación de la fiabilidad y validez de la escala de negligencia dental en adultos noruegos”, se obtuvo que los niveles más altos de negligencia estaban relacionados con una opinión negativa sobre la propia salud dental, es decir al existir menor interés acerca de su salud oral, existe mayor negligencia al cuidado dental, pudiendo inferir que los individuos con ocupaciones que demandan mayores periodos de trabajo al día, o no

tienen horarios de trabajo definidos, no tienen tiempo ni muestran mayor interés acerca de su salud dental por lo que presentan negligencia.

En un estudio de corte transversal realizado por Fuente-Hernández⁸ denominado "Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental", realizado a 150 pacientes que asistían a consulta dental en una Delegación Política en la ciudad de México y tenían edades comprendidas entre 60-85 años, se identificó que tener una inadecuada salud bucal genera impacto en las actividades diarias, dificultad para ingerir alimentos y dolor dental, pese a esto la negligencia no ha sido controlada, podríamos pensar que al ser adultos mayores éstos creen que sus piezas dentales no tienen mayor importancia o que la mejor opción sería extraer sus dientes para evitar molestias, debido a que hace algún tiempo se acostumbraba a extraer las piezas dentales en lugar de restaurarlas.

Los estudios de Jamieson L, Thompson W³⁶ "Salud dental, negligencia dental y uso de servicios en una muestra de población de Dunedin para adultos", Skaret E³⁷ "Evaluación de la fiabilidad y validez de la escala de negligencia dental en adultos noruegos", y Colman McGrath³⁵ "El impacto de la negligencia dental en salud oral: una población basada en Hong Kong ", presentaron similitud en sus estudios, ya que tuvieron como resultado que el mayor número de casos de negligencia al cuidado dental se presentó en el sexo masculino, contrario al resultado del presente estudio en el que se encontró que existe un mayor número de casos de negligencia al cuidado dental en el sexo femenino, pudiendo deberse a que este estudio no fue realizado en un número equitativo de acuerdo al sexo, teniendo al sexo femenino, con un tamaño de muestra de 53.8% y el sexo masculino contó con un 46.2%.

Colman McGrath³⁵ en su estudio realizado a 556 ciudadanos de Hong Kong, para evaluar la negligencia dental, identificar las variaciones sociodemográficas y determinar la asociación que existe entre negligencia dental y salud oral, determinó que la edad en la que mayor negligencia al cuidado dental existió es en el grupo de 15-24 años, teniendo en segundo lugar el grupo de adultos mayores de 65 años, difiriendo de nuestro estudio en el que se obtuvo que la edad en la que mayor casos de negligencia existió fue a los 66 años, disminuyendo conforme aumenta la edad, obteniendo resultados diferentes ya que los mencionados estudios no fueron realizados con el mismo rango de edad.

Por lo cual se vuelve indispensable, trabajar con la población joven promocionando estilos de vida saludables que les permita disfrutar de su etapa de adulto mayor con una buena calidad de vida. Además, se debe promover el intercambio de información entre el odontólogo y otros profesionales de la salud como la base de un sistema eficiente de salud pública y el cuidado de la salud, lo que implica que el estomatólogo debe involucrarse activamente con

sus pares en otros ámbitos del cuidado de la salud general, fomentando el abordaje multidisciplinario de las necesidades de atención de los adultos mayores.

3.- CONCLUSIONES

- No existe relación entre la ocupación y la negligencia al cuidado dental en adultos mayores de 65-79, de la parroquia Monay de la ciudad de Cuenca, 2017.
- En el presente estudio se pudo concluir que la negligencia al cuidado dental, en adultos mayores de 65-79 años se presentó con un mayor número de casos en el sexo femenino con un 53,8% .
- La negligencia al cuidado dental disminuye en cuanto avanza la edad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Caballero García JC, Caballero García FJ, González Sanz A. Gerodontología: un capítulo básico en la asistencia geriátrica. Rev Act Odonto-Estomatol Esp 1991;407:37-43.
2. Salgado Alba A. Geriatria, especialidad médica. En: Salgado Alba A, Guillén Llera F, Díaz de la Peña J, eds. Tratado de Geriatria y Asistencia Geriátrica. Barcelona: Salvat SA 1986:29-39.
3. Caballero García JC. Evaluación diagnóstica en Geriatria. Med Integral 1990;16(3):102-6.
4. Asuman Kiyak H. Reducing barriers to older persons use of dental services. Int Dental J 1989;39(2):95-103.
5. World Health Organization. WHO definition of health [internet]; c2003 [citado 21 oct 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.
6. Engel GL. The clinical application of biopsychosocial model. Am J Psychiatry. 1980 May; 137(5): 535-44.
7. Luengas I. Tendencias en la formación de odontólogos en la universidad pública en México, en el contexto de la globalización, 1986-2001: una lectura ética [tesis de doctorado en sociología]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2004.
8. Fuente-Hernández J, Sumano O. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. Universitas Odontológica [en línea] 2010, 29 (Julio-Diciembre). Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231216366010>> ISSN 0120-4319
9. Arango V, Ruiz I. Diagnóstico de los Adultos Mayores de Colombia. Ministerio de Salud. 2001; 34 (1).
10. Diaz S. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. REV CLÍN MED FAM 2012; 5 (1): 9-16

11. Fure S. Quinquenal incidence of caries, salivary and microbial conditions in 60, 70, and 80 years old Sweden people. *Caries Res* 1998;32(3):166-74. 38.
12. Steele JG. Clinical and behavioural risk indicators for root caries in old people. *Gerodontology* 2001;18(2):95-101.
13. Douglas C. Potential for increase in the periodontal diseases of the age populations. *J Periodontal* 1983;54:271.
14. Aguirre Arratibel I. Cronicidades y discapacidades en la población geriátrica guipuzcoana. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. San Sebastian. Universidad del País Vasco; 1987.
15. Minsalud. Departamento Nacional de Planeación. La Salud en Colombia. Estudio Sectorial de Salud. Tomo I. Bogotá; 1990
16. Akelsson P. Association between smoke and oral conditions in 35, 50, 65 y 75 years old people. *J Clin Periodontol* 1998;25(4):297-305.
17. Wong R, Espinoza M. Adulto Mayor Mexicano en el Contexto Socioeconómico Amplio: Salud y Envejecimiento. *Salud Pública de México*. 2007; 49:436-47
18. Petridis H. Periodontal considerations in removable partial denture treatment: A review of the literature. *Int J Prosthodont* 2001;14(2):164-72.
19. González Sanz A, Caballero García FJ. Necesidad de la Gerodontología en los planes de estudio. *Rev Vasca de Odonto-Estomatol* 1991;1 (4):42-3.
20. Caballero García JC. España: panorama de la asistencia al anciano en el umbral del siglo. *Rev de Gerontología* 1997;4:207-17.
21. Caballero García, J C. Caballero García. El anciano en la odontoestomatología The elderly person in odontostomatology. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998;33:9103-7

22. Goikoetxea Boyero J, Caballero García JC, Espina Gayubo FJ, et al. Oferta residencial para el anciano: consideraciones generales. *Geriatrka* 1989;2(5):252-62.
23. Butz Jorgensen E, Mojon P, Rentsh UN, Baehni PC. The effects of an oral health program in clinical parameters selected and salivary bacterias in a long-term care facility. *Eur J Oral Sci* 1998;106(4):827-34. 6.
24. Butz Jorgensen E, Mojon P, Rentsh UN, Deslauries N. Effects of an oral health program on the occurrence of oral candidiasis in a log-term care facility. *Oral Epidemiol Comm* 2000;28(2):141-9.
25. Persson REF. Periodontal effects of a prevention program of biobehavioral. *J Clin Periodontol* 1998;25(4):322-9
26. Taani DQ. Periodontal awareness and knowledge. The dental attendance pattern among Jordanian adults. *Int Dent J* 2002;52(2):94-8.
27. Honkala S, Honkala E. Atraumatic dental treatment among Finnish elderly persons. *J Oral Rehabil* 2002;29(5):435-40.
28. National Institutes of Health. Oral health in United Stafes adults. Bethesda, Maryland: NIH; 198% (Publicación NIH 87-2868).
29. Mariño R. La salud bucodental de los ancianos: realidad, mitos y posibilidades. *Bol Oficin Sanit Panam*.116(5), 1994
30. Fédération Dentaire Intemationale. Global goals for health in the year 2000. *Int J Dmf* 1982;32: 74-n
31. Organización Panamericana de la Salud. IAS condiciones de salud en las Américas, edición de 1990. Washington, D.C.: OPS; 1990. (Publicación científica 524).
32. Dhó MS. Actitudes de salud bucodental en relación al nivel socioeconómico en individuos adultos. *Avances en odontoestomatología* Vol. 31 - Núm. 2 – 2015

33. Wilkinson, Richard; Marmot, Michael; Páramo Gómez del campo, Roberto. Determinantes sociales de la salud: los hechos irrefutables. En Determinantes sociales de la salud: los hechos irrefutables. OMS, 2003.
34. Jamieson LM, Thomson WM. The Dental Neglect and Dental Indifference scales compared. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30: 168–75. CBlackwell Munksgaard, 2002
35. McGrath, Colman; See-King Sham, Arthur; King Lun Ho, Dominic; Hok Ling Wong, Janet. The impact of dental neglect on oral health: a population based study in Hong Kong. *International Dental Journal*.2007; 57(3-8).
36. Jamieson, LM; Thomson, M. Dental health, dental neglect, and use of services in an adult Dunedin population sample. *N Z Dent J*. 2002 Mar; 98(431):4-8.
37. Skaret, E. Assessment of the reliability and validity of the Dental Neglect Scale in Norwegian adults. *Pub Med. Community Dent Health*. 2007.
38. Villavicencio Caparó E. Pasos para la planificación de una investigación clínica. *Odontología Activa*. 2016;1(1):75-78.
39. Villavicencio Caparó E. Diseños de estudios clínicos en odontología. *Odontología Activa*. 2017;1(2):83-86.
40. Villavicencio Caparó E. ¿Cuántas personas debo encuestar?. *Odontología Activa*. 2017;2(1):59-62.

ANEXOS

ANEXO 1. Base de Datos General de la parroquia Monay en adultos de 65-79 años.

Edad	SEXO	Ocupacin	CON/SIN NEGLIGENCIA
65	Femenino	NO EXP	SIN NEGLIGENCIA
70	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
73	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
65	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
70	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
75	Masculino	EXP	SIN NEGLIGENCIA
65	Masculino	EXP	SIN NEGLIGENCIA
67	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
76	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
70	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
71	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
75	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
67	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
66	Femenino	EXP	SIN NEGLIGENCIA
65	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
79	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
67	Femenino	EXP	SIN NEGLIGENCIA
68	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
67	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
66	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
67	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
75	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
65	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
65	Femenino	EXP	SIN NEGLIGENCIA
65	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
72	Masculino	NO EXP	CON NEGLIGENCIA
66	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
76	Femenino	NO EXP	SIN NEGLIGENCIA
74	Femenino	EXP	SIN NEGLIGENCIA
72	Masculino	EXP	SIN NEGLIGENCIA
65	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
66	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
70	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
67	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
72	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
70	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
65	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
67	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
70	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
72	Masculino	NO EXP	CON NEGLIGENCIA
65	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
66	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
66	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA

73	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
67	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
66	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
74	Femenino	EXP	SIN NEGLICENCIA
72	Masculino	EXP	SIN NEGLICENCIA
70	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
66	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
70	Masculino	EXP	SIN NEGLICENCIA
65	Femenino	EXP	SIN NEGLICENCIA
65	Femenino	NO EXP	SIN NEGLICENCIA
66	Femenino	EXP	SIN NEGLICENCIA
75	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
65	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
78	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
70	Masculino	NO EXP	CON NEGLIGENCIA
70	Masculino	NO EXP	CON NEGLIGENCIA
71	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
68	Masculino	NO EXP	CON NEGLIGENCIA
78	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
68	Masculino	NO EXP	CON NEGLIGENCIA
70	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
78	Masculino	NO EXP	SIN NEGLICENCIA
67	Masculino	NO EXP	CON NEGLIGENCIA
69	Femenino	EXP	SIN NEGLICENCIA
72	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
76	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
66	Masculino	EXP	SIN NEGLICENCIA
66	Masculino	NO EXP	SIN NEGLICENCIA
70	Femenino	EXP	SIN NEGLICENCIA
74	Masculino	EXP	SIN NEGLICENCIA
77	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
76	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
69	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
69	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
67	Masculino	NO EXP	CON NEGLIGENCIA
71	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
75	Masculino	EXP	SIN NEGLICENCIA
69	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
72	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
66	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
68	Masculino	NO EXP	CON NEGLIGENCIA
70	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
67	Femenino	EXP	SIN NEGLICENCIA
72	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
67	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
72	Masculino	NO EXP	CON NEGLIGENCIA

74	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
76	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
72	Masculino	NO EXP	CON NEGLIGENCIA
65	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
72	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
68	Femenino	NO EXP	SIN NEGLICENCIA
66	Femenino	NO EXP	CON NEGLIGENCIA
66	Masculino	EXP	SIN NEGLICENCIA
70	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
66	Masculino	EXP	SIN NEGLICENCIA
69	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
71	Masculino	EXP	SIN NEGLICENCIA
67	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
68	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
66	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
68	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
68	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
73	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
66	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
69	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
67	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
70	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
71	Femenino	EXP	SIN NEGLICENCIA
68	Femenino	EXP	SIN NEGLICENCIA
73	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
76	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
66	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
75	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
68	Masculino	NO EXP	CON NEGLIGENCIA
66	Femenino	NO EXP	CON NEGLIGENCIA
69	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
67	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
70	Masculino	EXP	CON NEGLIGENCIA
73	Femenino	NO EXP	CON NEGLIGENCIA
73	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
69	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
79	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
73	Masculino	NO EXP	CON NEGLIGENCIA
70	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
66	Femenino	EXP	SIN NEGLICENCIA
67	Femenino	NO EXP	CON NEGLIGENCIA
77	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
77	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
72	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
66	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA
67	Femenino	EXP	CON NEGLIGENCIA

ANEXO 2. Encuesta de barreras para acceder a servicios Odontológicos.

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

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

Edad: _____ AÑOS Ocupación: _____ PARROQUIA: _____

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	

OPCIONAL

Ingreso mensual familiar aproximado: _____

¿Cuántas personas dependen de este ingreso?: _____

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 está 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 venga 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 va 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 b 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 dental 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. Pospone las citas, asiste al dentista regularmente 	<p>Valor: 1 si los literales b, d o f están marcados</p> <p>Si el literal c está marcado no es un puntaje de indiferencia dental</p>

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

AUTOMEDICACIÓN
15. ¿Usted se auto médica? SI () NO ()
16. ¿Cuándo tiene una dolencia quién le recomienda la medicación? a) Médico e) Familiar b) Odontólogo f) Amistades c) Farmacéutico g) Por iniciativa propia d) Técnico en farmacia
17. ¿En qué tipo de dolencias Usted se automedica? (tomar medicamento sin prescripción médica) a) Fiebre d) Dolor de cabeza b) Dolor de estomago e) Gripe c) Dolor de diente f) Otros
18. ¿Cuándo tiene dolor de diente por qué motivos se auto medica (tomar medicamento sin prescripción médica) y no recurre al Odontólogo? a) Por indicación del técnico de farmacia d) Por hábito b) Porque es muy cara la consulta e) Otros c) Porque la clínica u Hospital está muy lejos de su casa
19. ¿Por cuánto tiempo Usted se auto medica? (tomar medicamento sin prescripción médica) a) 1 día c) 3 días b) 2 días d) O más
20. Dónde adquirió el medicamento: a) Farmacia c) Bodega b) Botica d) Establecimiento de salud
21. ¿Qué tipos de medicamentos consume mayormente sin prescripción médica? a) Antiinflamatorios d) Ansiolíticos b) Antibiótico e) Otros c) Analgésicos
22. ¿En qué forma farmacéutica consume los medicamentos sin prescripción médica? a) Pastillas d) Intramuscular b) Jarabe e) Endovenosa c) Suspensión
23. ¿Cuál es el medio de comunicación que influye en su automedicación? a) Televisión d) Afiches b) Slogan e) Radio c) Paneles

ANSIEDAD
24. Comienzé a ponerse nervioso/a cuando el Odontólogo le invita a sentarme en la silla SI () NO ()
25. Comienza a ponerse nervioso/a cuando el Odontólogo va a extraerle un diente, se siente realmente asustado en la sala de espera. SI () NO ()
26. Cuando va en camino al consultorio piensa que el odontologo no le va a explicar lo que hay en sus dientes SI () NO ()
27. Quiere irse del consultorio cuando piensa que el Odontólogo no le va a explicar lo que hay en sus dientes SI () NO ()
28. En el momento en que el Odontólogo alista la jeringa con la inyección de anestesia, cierra los ojos fuertemente. SI () NO ()
29. En la sala de espera suda y tiembla cuando piensa que es su turno de pasar a la consulta SI () NO ()
30. Cuando va hacia el consultorio del odontólogo, se pone ansioso/a solo de pensar si tendrá que usar el taladro dental con Ud. SI () NO ()
31. Cuando esta sentada en la silla de tratamiento y no sabe lo que el odontólogo esta haciendo en su boca, se pone nerviosa/o y suda SI () NO ()
32. En su camino hacia el consultorio del odontólogo, la idea de estar sentada en la silla de tratamiento le pone nervioso/a. SI () NO ()

PASTAS DENTALES



ANEXO 3. Encuesta DNS de Thompson.

NEGLIGENCIA DENTAL					
Califique del 1 al 5 el nivel 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

ANEXO 4. Consentimiento informado.

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

Firma:
