



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 BAÑOS – CUENCA, 2017.

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A
LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE ODONTÓLOGO

AUTORA: Toledo Ortega, Celia Elizabeth.

DIRECTOR: Villavicencio Caparó, Ebingen, Dr.

CUENCA
2018

DECLARACIÓN:

Yo, Toledo Ortega, Celia Elizabeth 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.

.....

Autora: Toledo Ortega, Celia Elizabeth.

C.I.: 190079400-7

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

Dra. Liliana Encalada Verdugo.

COORDINADORA DEL DEPARTAMENTO DE TITULACIÓN – CARRERA ODONTOLÓGICA.

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL EN ADULTOS DE 18 A 44 AÑOS DE LA PARROQUIA BAÑOS – CUENCA, 2017”**, realizado por **TOLEDO ORTEGA, CELIA ELIZABETH**, 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, 26 de Junio del 2018

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.

Director del Departamento de Investigación en Odontología

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Dra. Liliana Encalada Verdugo.

COORDINADORA DEL DEPARTAMENTO DE TITULACIÓN – CARRERA ODONTOLOGÍA.

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL EN ADULTOS DE 18 A 44 AÑOS DE LA PARROQUIA BAÑOS – CUENCA, 2017”**, realizado por **TOLEDO ORTEGA, CELIA ELIZABETH**, 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, 26 de Junio del 2018

.....

Tutor: Villavicencio Caparó, Ebingen, Dr.

DEDICATORIA

En primer lugar a Dios por la vida, salud, fortaleza y sabiduría adquirida.

A mis padres Luz Ortega Jaramillo y Manuel Toledo Maldonado, hermanos Jackson y Tatiana Toledo Ortega, pilares fundamentales en mi desarrollo personal, por su apoyo incondicional, esfuerzos y sacrificios realizados. A aquellas personas que a lo largo de esta formación profesional han contribuido en el desarrollo de la misma.

EPIGRAFE

“El que es negligente con la verdad en las cosas pequeñas,
no puede ser confiado en los asuntos importantes”

Albert Einstein

AGRADECIMIENTOS

A Dios y mi familia por ser partícipes en mi crecimiento diario de mi formación académica.

A las personas que colaboraron con este estudio.

A mi tutor de tesis Dr. Ebingen Villavicencio por la ayuda brindada, por compartir su experiencia y su elevado nivel de conocimiento para el desarrollo de esta investigación.

A la Universidad Católica de Cuenca y a mi Facultad de Odontología por la oportunidad de fortalecer los conocimientos académicos adquiridos durante el transcurso de esta etapa.

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud.

DN: Negligencia dental.

DPN: Negligencia a la prevención dental.

DTN: Negligencia al tratamiento dental.

DNS: Dental Neglect Scale (Escala de Negligencia dental).

FDI: Federación dental mundial.

OPS: Organización Panamericana de Salud.

MPS: Ministerio de Salud Pública.

AAPD: Academia Americana de Odontología Pediátrica.

MRDD: Personas con retraso mental severo y profundo y discapacidades del desarrollo.

INEC: Instituto Nacional de Estadística y censos.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	13
ABSTRACT	14
INTRODUCCIÓN	15
CAPÍTULO I	16
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	16
1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	18
2. JUSTIFICACIÓN	18
3. OBJETIVOS	19
3.1. Objetivo general	19
3.2. Objetivos específicos.....	19
4. MARCO TEÓRICO	20
4.1. BASES TEÓRICAS	20
4.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	30
5. HIPÓTESIS	35
CAPÍTULO II	18
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	18
1. MARCO METODOLÓGICO.....	37
2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	37
2.1. Tipo de muestreo.....	37
2.2. Tamaño de la muestra.....	37
2.3. Criterios de selección.....	38
2.3.a. Criterios de inclusión.....	38
2.3.b. Criterios de exclusión.....	38
3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	39
4. INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA TOMA DE DATOS.....	40
4.1. Instrumentos documentales.....	40
4.2. Instrumentos mecánicos.....	40

4.3. Materiales.....	40
4.4. Recursos.....	40
5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.....	40
5.1. Ubicación Espacial.....	40
5.2. Ubicación temporal.....	40
5.3. Procedimientos de la toma de datos.....	41
5.3.a. Método de examen.....	41
5.3.b. Criterios de registro de hallazgos.....	41
6. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.....	42
7. ASPECTOS BIOÉTICOS.....	43
CAPÍTULO III.....	44
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	44
1. RESULTADOS.....	45
2. DISCUSIÓN.....	51
3. CONCLUSIONES.....	54
BIBLIOGRAFÍA.....	55
ANEXOS.....	59

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1. Distribución de la muestra según sexo y edad en adultos de 18 a 44 años de la parroquia Baños-Cuenca, en el año 2017.....	45
Tabla N°2. Frecuencia de la negligencia según sexo en adultos de 18 a 44 años de la parroquia Baños-Cuenca, en el año 2017.....	48
Tabla N°3. Frecuencia de la negligencia según ocupación en adultos de 18 a 44 años de la parroquia Baños-Cuenca, en el año 2017.....	49
Tabla N°4. Frecuencia de la negligencia según el nivel de instrucción en adultos de 18 a 44 años de la parroquia Baños-Cuenca, en el año 2017.....	50

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1. Frecuencia de negligencia en adultos de 18 a 44 años de la parroquia Baños-Cuenca, en el año 2017.....	46
Gráfico N°2. Frecuencia de la negligencia según edad en adultos de 18 a 44 años de la parroquia Baños-Cuenca, en el año 2017.....	47

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la frecuencia de la negligencia al cuidado dental en adultos de 18 a 44 años de la parroquia Baños – Cuenca, 2017. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio de diseño descriptivo transversal, el universo estuvo constituido por 5.582 personas de 18 a 44 años de la parroquia Baños de la ciudad de Cuenca, la muestra analizada fue de 368 personas, el instrumento que se utilizó fue la encuesta de Salud Bucal de la UCACUE, dentro de la cual consta 6 interrogantes referente a la negligencia al cuidado dental, para el análisis de datos se empleó una ficha digital en el programa EPI INFO, para realizar la valoración de los resultados empleamos la escala de Likert (DSN) que va desde uno "definitivamente no" a cinco "definitivamente si", sumando un total de 30 puntos considerando que \geq a 11 negligente y \leq 10 no negligente, esta investigación fue evaluada mediante el análisis estadístico Chi cuadrado. **RESULTADOS:** De las 368 personas el sexo femenino y las edades entre 21 a 30 años prevalecen, la relación de la negligencia y las variables se evidenció que según la edad la negligencia asciende según el avance de edad, en un 78% al sexo femenino, 80% grupo expuesto (ocupación), 81% grupo bajo (analfabeto/primario/secundaria), la frecuencia de la negligencia se encuentra en un 77% negligentes contra un 23% no negligente. **CONCLUSIÓN:** La negligencia dental evidentemente alcanza valores prevalentes altos en la población de estudio por ello se propone iniciar programas preventivos y medidas terapéuticas oportunas que eviten exacerbar el aumento de enfermedades bucodentales.

PALABRAS CLAVES: negligencia, cuidado dental, salud bucal, frecuencia, adulto joven.

ABSTRACT

AIM: Determine the frequency of dental neglect to dental health in adults from 18 to 44 years of the Baños - Cuenca parish, 2017. **MATERIALS AND METHODS:** Cross-sectional descriptive design study, the universe consisted of 5,582 people from 18 to 44 years, of Baños parish of the city of Cuenca, the analyzed sample was of 368 people, the instrument that was used was the Oral Health Survey of the UCACUE, within which consists 6 questions regarding the neglect, for the analysis of data used a digital card in the EPI INFO program, to make the assessment of the results, we used the Likert scale (DSN) ranging from one "definitely not" to five "definitely if", adding a total of 30 points considering that $> =$ a neglect 11 and ≤ 10 not neglect, this investigation was evaluated by means of the statistical analysis Chi square. **RESULTS:** Of the 368 people, females and ages between 21 and 30 years prevail, the relationship of neglect and the variables showed that according to age the neglect ascends according to the advance of age, 78% female, 80% group exposed (occupation), 81% low group (illiterate / primary / secondary), the frequency of neglect is 77% neglect against 23% not neglect. **CONCLUSION:** Dental neglect evidently reaches high prevailing values in the study population, which is why it is proposed to initiate preventive programs and timely therapeutic measures that avoid exacerbating the increase in oral diseases.

KEY WORDS: neglect, dental care, oral health, frequency, young adult.

INTRODUCCIÓN

Se estima que a nivel mundial los países industrializados y, en desarrollo, especialmente entre las comunidades más pobres evidencian enfermedades bucodentales tales como caries dental, periodontitis, y cáncer, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽¹⁾, afirma que cinco mil millones de personas en el planeta ha padecido caries reflejando incrementos en países asiáticos y latinoamericanos.

De acuerdo con la información emitida por Ministerio de Salud Pública (MSP), Organización Panamericana de Salud (OPS), OMS y la Universidad del Bosque (Colombia), en un “Estudio Epidemiológico Nacional de Salud Bucal en Escolares Menores de 15 años de Ecuador”, durante los años 2009 y 2010, según el cual la prevalencia de caries dental fue del 88,2% ⁽²⁾.

Al enunciar el término negligencia al cuidado dental hace referencia a la falta de precauciones para mantener una buena salud bucodental, carencia de atención dental propicia y el descuido físico de la cavidad bucal ⁽³⁾, a pesar de conocer lo que requiere, se la considera como tercer nivel de barrera al acceso a servicios de salud dental, siendo impedimento para lucir y gozar de una boca saludable ⁽¹⁾, la limitada disponibilidad o la inaccesibilidad de estos servicios hace que exista incrementos en las tasas de enfermedades bucodentales.

Lo cual nos asevera que la población con mayor prevalencia se encuentran en escolares, aumentando considerablemente en los adultos, este tipo de patologías traen consigo dolor, sufrimiento, deterioro funcional provocando disminución de la calidad de vida ⁽¹⁾, y consecuencias desfavorables en el bienestar físico y psicosocial ⁽⁴⁾.

Al analizar los factores de riesgo encontramos malos hábitos de higiene bucodental, el consumo de azúcares, la falta de calcio y de micronutrientes y el tabaquismo, por otra parte los principales determinantes socioculturales como la pobreza, el bajo nivel de instrucción ⁽¹⁾, estas gradientes sociales predominan en las edades más jóvenes ⁽⁴⁾, infravalorando la significancia de la salud bucodental.

A la negligencia al cuidado dental se la puede definir como el comportamiento y las actitudes que pueden tener consecuencias perjudiciales para la salud bucal del individuo ⁽⁵⁾.

La salud bucal es un indicador que es y será un reto tanto para la salud pública y privada, ya que es subestimada y no existe una concientización positiva, este factor es importante para ejecutar un enfoque holístico de los cuidados en el campo bucodental, haciendo hincapié en la generación más joven.

Grandes organizaciones como la OPS/OMS enuncian que para erradicar este dilema se debe fortalecer servicios de salud bucodental a través de capacitaciones, la implementación de buenas prácticas y promoción de la salud bucal en la comunidad ⁽⁶⁾, estableciendo que el cuidado dental debe empezar desde la infancia haciendo de esto un estilo de vida.

El actual estudio estuvo orientado en el análisis de datos obtenidos acerca del porque esta barrera impide que los usuarios no accedan a los servicios de salud bucal. Para completar los objetivos de esta investigación se evaluarán encuestas de adultos de 18 a 44 años de edad en la parroquia “Baños”, recolectadas por los estudiantes de la Universidad Católica de Cuenca de la Carrera de Odontología que constan en el archivo de la oficina de investigación. Al final de este estudio se determinó cuanto es la frecuencia de la negligencia al cuidado dental en adultos de 18 a 44 años de la parroquia Baños – Cuenca, 2017.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente tema de investigación surgió a partir del macro-estudio acerca de la Salud Bucal de las distintas parroquias de la ciudad de Cuenca, el mismo que estuvo dirigido a la parroquia de Baños, determinando la negligencia al cuidado dental y los factores asociados o determinantes psico-socio-culturales, considerado como una barrera al acceso a servicios de la salud bucal que impiden beneficiarse de los servicios de salud adecuados para mejorar su bienestar general, el mismo que fue planteado por el departamento de investigación de la carrera de odontología de la Universidad Católica de Cuenca, encaminados a la búsqueda de información de línea basal para poder evidenciar lo cuestionable ya sean causas asociadas con el propósito de erradicar mediante intervención comunitaria. El problema de investigación que se planteó en este trabajo investigativo estuvo encaminado a responder la pregunta ¿Cuánto es la frecuencia de Negligencia al cuidado dental en adultos de 18 a 44 años de edad de la parroquia Baños-Cuenca, 2017?

2. JUSTIFICACIÓN

La salud bucal es de suma importancia, debido a la interrelación con el bienestar físico biológico y psico-social del individuo, ya que la mayor parte de las enfermedades y afecciones bucodentales requieren de atención odontológica profesional y del cuidado dental propicio; aun así, la limitada disponibilidad o la inaccesibilidad a estos servicios la tasa de atención son bajas, presentándose en mayor proporción en personas con ingresos deficientes y estudios limitados. La relevancia humana de la presente investigación estuvo enfocado en adultos de 18 a 44 años de edad. Mediante el cual se pudo cuantificar datos exactos de personas que presentan una actitud negligente al cuidado dental, factores asociados o determinantes socio-culturales que impiden el acceso a servicios de la salud bucal evaluando conductas y / o actitudes relacionadas con la infravaloración a la importancia de la salud bucal que, a su vez, trae como consecuencias deficientes a la salud oral y aumento en las patologías bucodentales tanto en niños como en adultos, surgiendo la necesidad de implementar programas de prevención y asistencia. En la relevancia social, la comunidad a la que fue dirigido este estudio fue a la parroquia “Baños” de la ciudad de Cuenca. En cuanto a la relevancia científica, está enfocado en determinar la importancia o utilidad de esta investigación ya que al obtener los datos estadísticas, ayudó a conocer las principales causas que impiden gozar de una salud bucal de calidad en esta población, además como referencia para otros lugares de la región, con las características epidemiológicas lograr en un futuro implementar programas de salud comunitaria. El presente estudio tuvo un nivel de originalidad local, nacional e internacional, debido a que no se cuenta con estudios acerca del cuidado bucal y consecuencias que traen consigo en esta población. Para garantizar la viabilidad del estudio

se ha coordinó, con las autoridades institucionales de la Universidad Católica de Cuenca, con la Dirección de Carrera de Odontología, con la Dirección de Investigación de la Carrera de Odontología y con la cátedra de Investigación de la misma. La siguiente investigación ayudó a contribuir a la Universidad Católica de Cuenca y a la Facultad de Odontología, como aporte académico y estadístico para la institución, en beneficio de la sociedad.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general:

Determinar la frecuencia de negligencia al cuidado dental en adultos de 18 a 44, parroquia Baños - Cuenca, 2017.

3.2. Objetivos específicos:

- 3.2.a.** Analizar la frecuencia de la negligencia al cuidado dental según la edad.
- 3.2.b.** Analizar la frecuencia de la negligencia al cuidado dental según el sexo.
- 3.2.c.** Analizar la frecuencia de la negligencia al cuidado dental según la ocupación.
- 3.2.d.** Analizar la frecuencia de la negligencia al cuidado dental según el grado de instrucción.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. BASES TEÓRICAS

4.1.1. SALUD

En el año 1948, “*La OMS*”⁽⁷⁾, define que salud es una condición completa de bienestar mental, físico, y social, no exclusivamente a la carencia de enfermedades o afecciones.

Podemos recalcar que la salud se la considera un derecho inclusivo, siendo necesario ser partícipes de adquirir una atención sanitaria apropiada u oportuna, gozar de un estilo de vida en condiciones favorables, para el desarrollo general e integral del individuo.

Con respecto a las determinantes sociales es necesario analizar su concepto y evaluar la relación existente con la salud, ya que estos factores se encuentran ligados, las condiciones en las cuales los individuos se desarrollan son esenciales para determinar su estado de salubridad, el nacer, crecer, trabajar, vivir y envejecer, en circunstancias limitadas inciden en el incremento de padecer alguna patología, deteriorando su calidad de vida⁽⁸⁾.

Las determinantes sociales se las puede clasificar en dos tipos, estructurales e intermediarios, la primera hace referencia a las divisiones de clases sociales o posiciones socioeconómicas personales. La segunda son aquellas condiciones psico-sociales y materiales; dentro de las cuales encontramos a: las relaciones interpersonales, stress, nutrición, sustento social, acción física, consumo de sustancias tales como; alcohol, tabaco y ciertos factores hereditarios⁽⁸⁾.

Según sea el tipo de determinantes en la cual pertenezcamos es considerado relevante, razón por la cual se origina la disposición estratificada de la sociedad dando como resultado la inequidad en la salud general.

4.1.2. SALUD BUCODENTAL

Donna ES⁽⁹⁾, menciona que la salud bucal y general no deben de ser interpretados de forma separada, ya que son valoradas integralmente para el bienestar de los individuos, al referirnos a la salud bucal, más allá de gozar de una buena salud dental y una buena calidad de vida, se define como la ausencia de dolor oro facial, caries, cáncer de boca, infecciones, enfermedades periodontales, pérdida de dientes que limitan la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, repercutiendo en su bienestar psicosocial⁽⁹⁾⁻⁽¹⁰⁾⁻⁽¹¹⁾.

Aunque la población reconoce la importancia de la higiene bucal, esta nos es valorada como tal, en los diferentes grupos etarios, ratificando que la mala higiene dental se asocia en un alto porcentaje en personas adultas^{(12), (13)}. El compromiso personal de la salud tiene que ser acogida con responsabilidad e interés acerca de las acciones a cumplir por medio de la promoción bucodental y la prevención de dichas enfermedades como estrategia para elevar la cultura de salud bucal en la comunidad⁽¹³⁾.

La salud dental y las determinantes sociales, son factores de riesgos colectivos que disminuyen la capacidad de adoptar decisiones propias de la salud como conocimiento de causa y comprensión de todas las cuestiones en las cuales se encuentran ligadas ⁽¹⁰⁾⁻⁽¹¹⁾, con el desarrollo de la sociedad en las diferentes poblaciones y comunidades desde las más vulnerables hasta la más desarrollada se sensibilizan a la obligación de conservar su cavidad bucal en buen estado, pero dicha ideología no se ha expandido de manera uniforme, pues se ha transformando en un desafío para aquellas personas que trabajamos dentro del área de la salud en su toda su expansión ⁽¹⁴⁾.

4.1.3. NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL

4.1.3.a. CONCEPTO

Según la *“Lengua castellana”* la negligencia se define como: *“Descuido, falta de cuidado, falta de aplicación”* ⁽¹⁵⁾, el término *“Negligencia”* es el *“Descuido”* ⁽¹⁵⁾, el cual tiene *“Connotación de carencia o falla debido a factores tales como; estrés, competencia, falta de educación o privación socioeconómica; sin embargo, pueden encontrarse intenciones en las actitudes negligentes”* ⁽¹⁶⁾.

Por otro lado, la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) en el año 2016 ⁽¹⁷⁾, describe que el descuido dental es el déficit deliberado del padre o tutor por buscar y seguir con el tratamiento necesario para su hijo asegurando un nivel de salud oral esencial y oportuna para una función adecuada con ausencia de dolor e infección.

Con respecto a la negligencia al cuidado dental, Thomson W, Locker D ⁽⁵⁾, en el año 2000, define *“Como el comportamiento y las actitudes que pueden tener consecuencias perjudiciales para la salud bucal del individuo”*.

Un segundo concepto es el que propone Sarri G, et al. ⁽¹⁸⁾, en el año 2012, los autores menciona dos tipos de Negligencia Dental (DN), negligencia a la prevención dental (DPN), que resulta en la *“Experiencia de alteraciones dentales”*; y la negligencia al tratamiento dental (DTN), el cual resulta de la *“Experiencia de caries dentales, tratamientos dentales sin tratar o dolor dental”*

El concepto a considerar en esta investigación, es el incumplimiento del conocimiento de la atención de la salud bucal para mantener una cavidad oral en condiciones adecuadas ⁽¹⁹⁾.

4.1.3.b. CAUSAS

Las causas son complejas y se atribuye a tres niveles distintos; un nivel intrapersonal, interpersonal / familiar y social / ecológico ⁽²⁰⁾, puede tener origen étnico, racial, socioeconómico, cultural, religioso y educativo.

La presencia de una variedad de causas, ciertos estudios de literatura referente a la negligencia mencionan que existen una relación directa con:

- Deficiente salud bucodental de los tutores o padres.
- Empleo inadecuado de ciertas técnicas y productos de la higiene bucal.
- Consumo indiscriminado de sustancias.
- Maltrato familiar.
- Desocupación y su relación con la pobreza.
- Falta de planificación.
- Desconfianza e incertidumbre acerca de su futuro.
- Problemas para administrar su estado económico.
- Falta de madurez emocional.
- Desconocimiento sobre necesidades que requieren los infantes.
- Madres jóvenes.
- Niveles de stress elevados.
- Posiciones socioeconómicas deficientes ⁽²⁰⁾.

4.1.3.c. CONSECUENCIAS

El mantener una salud oral eficiente depende básicamente de padres o tutores en edades tempranas ^{(16), (20)}, incluye disponer de una higiene oral constante, dieta adecuada, y la oportuna atención al tratamiento cuando este sea necesario ⁽⁴⁾. El incumplimiento a estas medidas lleva a que existiese relevancia significativa en la salubridad, calidad de vida y el bienestar físico y mental ^{(9), (13)}, trayendo consigo secuelas dentro de nuestra cavidad oral como: caries que es la principal enfermedad dental, presencia de placa y cálculo, llevando consigo a presentar gingivitis y periodontitis ⁽²¹⁾, dejando consecuencias evidentes; como dolor ^{(21), (22)}, privación del sueño, interferencia con el rendimiento en la escuela y actividades sociales ⁽²²⁾. También se ha demostrado reducción en el peso corporal y el perímetro cefálico y un efecto en la nutrición ⁽²²⁾, enfermedades sistémicas y autoimagen ⁽²³⁾.

Desde un punto estomatológico, la caries causa deterioro en el desarrollo del esmalte en los dientes permanentes continuos ⁽²¹⁾, paulatinamente el abandono dental en niños aumenta, ya que en la atención brindada en la mayoría de los casos requiere la aplicación de anestesia general, trayendo consigo experiencias desagradables ⁽²²⁾.

Las consecuencias de no recibir el tratamiento apropiado deben ser entendidas por todos los involucrados en el cuidado dental del individuo ⁽²³⁾. Una vez que se haya establecido todo lo anterior, corresponde al profesional de la salud oral abordar la negligencia dental existente en las instalaciones y llegar a un acuerdo con el individuo involucrado para mejorar la salud oral a largo plazo.

4.1.3.d. MANIFESTACIONES DE NEGLIGENCIA DENTAL

Pese a que no se ha establecido indicadores precisos para comprender el abandono de la salud bucal ⁽²⁴⁾, podemos intuir que este problema prevalece en tres signos característicos:

4.1.3.d.1. Manifestación oral e historia.

Las manifestaciones orales incluyen caries no tratadas visualmente que pueden ser fácilmente observadas e identificadas por un individuo promedio o un profesional de la salud que no esté relacionado con la odontología ⁽²⁴⁾, ⁽²⁵⁾, úlceras o aftas no tratadas en la región intraoral o extraoral; estas enfermedades dentales tienen un gran impacto en el niño, adultos y mayores; la falta de cuidado dental en condiciones desfavorables evidencia que estas afecciones perduren ⁽²⁴⁾. Estos factores, asociados con la privación o el retraso en la búsqueda de tratamiento dental para un traumatismo importante, la imposibilidad de completar el tratamiento recomendado conllevan al deterioro propio de la salud bucal ⁽²⁵⁾.

4.1.3.d.2. Determinantes sociales.

Aunque la DN infantil puede ocurrir en cualquier status familiar, las determinantes sociales características son la pobreza, desempleo, aislamiento familiar, enfermedad, hacinamiento, vivienda deficiente, situación económica deficiente y abuso de sustancias pueden atribuirse a este tipo de condiciones en la infravaloración del cuidado dental ⁽²⁵⁾. La situación socioeconómica en un grupo familiar se ha reflejado como un indicador directo para estimar que un individuo goce de una salud oral eficiente y adecuada. De hecho, el abandono dental infantil es comúnmente visto en las clases socioeconómicas más bajas ⁽²⁴⁾.

4.1.3.d.3. Características de los padres o cuidadores.

Se ha demostrado que padres evidencian elevada negligencia influyendo a que sus hijos adopten dichos hábitos, trayendo consigo causas tales como: asistencia retrasada, citas perdidas repetidas para la evaluación dental programada, desinterés por la educación de higiene oral, asistencia repetida para aliviar el dolor de emergencia, no tener acceso a los tratamientos dentales y servicios de rehabilitación, falla al completar planes de tratamiento

necesarios, conocimiento y actitud deficientes con respecto a la salud bucal y una higiene oral domiciliaria inadecuada ⁽²⁴⁾.

4.1.3.e. IMPACTO DE LA NEGLIGENCIA DENTAL

La descuido al cuidado dental tiene relación directa en la salud oral afectando al bienestar general ⁽⁴⁾, ⁽²⁶⁾, Comenzando desde un desarrollo socioemocional anormal, existe el aumento progresivo de problemas psiquiátricos, estilo desorganizado con diversos problemas del desarrollo, incluyendo manifestaciones disociativas relacionadas ⁽²⁶⁾. Se han reportado situaciones psicológicas como ansiedad, depresión y actuación ⁽⁸⁾. En relación a la salud oral se ha descubierto *“Dolores severo y crónicos, infecciones aguda y crónica, daño en los dientes permanentes subyacentes, todos estos en conjuntos favorecen en la suposición que la calidad de vida y salud dental se ven afectadas, íntimamente relacionadas con el desconocimiento acerca de medidas odontológicas preventivas necesarias”* ⁽²⁶⁾.

4.1.3.f. CLASIFICACIÓN DE LA NEGLIGENCIA DENTAL

4.1.3.f.1. Negligencia activa o intencionada.

“Fallo intencional de los tutores o padres para cumplir con sus responsabilidades de cuidado dental con sus hijos” ⁽²⁶⁾.

4.1.3.f.2. Negligencia pasiva o involuntaria.

Incumplimiento involuntario de los *“Tutores o padres para desempeñar con sus obligaciones del cuidado bucodental debido a su conocimiento acerca de la enfermedad, o falta de conocimiento de los recursos y soporte de la comunidad en la que se encuentran”* ⁽²⁶⁾.

4.1.3.f.3. Descuidar.

“Incapacidad que posee un individuo para satisfacer sus necesidades debido a una discapacidad física, mental y desarrollo o cualquier combinación existente entre de ellas” ⁽²⁶⁾.

4.1.3.g. CLASIFICACIÓN SEGÚN EL TIPO DE ATENCIÓN

4.1.3.g.1. Negligencia a la prevención dental.

“El descuido de la prevención de las enfermedades orales son consecuencia por la presencia de afecciones dentales, medidas por caries dentales tratadas y aquellas que no son tratadas o lesiones dentales traumáticas con dolor dental asociado” ⁽²⁶⁾.

4.1.3.g.2. Negligencia al tratamiento dental.

“El descuido del tratamiento dental esta mediado por la experiencia de caries dentales que no son tratadas o lesiones dentales traumáticas con dolor dental” ⁽²⁶⁾.

4.1.3.h. ESCALA DE NEGLIGENCIA DENTAL

En el año 1996, Thompson W, et al. ⁽²⁷⁾, desarrolló una *“Prueba de escala de siete elementos de negligencia dental”* en la ciudad metropolitana de Adelaide para niños en la cual fueron valorados por medio de sus padres, esta escala estuvo catalogada como prueba de medición fácil, aparentemente no se ve afectado por el proceso de exclusión, y podía ser manipulada estadísticamente, sus puntajes continuos daban lugar a calificaciones dicotómicas de negligencia (presente / ausente) la cual era analizada por medio del estadístico ⁽²⁷⁾.

Posteriormente la utilización de la escala de Adelaide fue realizada en una población de adultos la misma que incluyó elementos de auto informe en lugar de evaluaciones parentales. Dando como consecuencia, una modificación de la escala y examinar su asociación con la salud y el uso del servicio entre los participantes sobre la salud y el desarrollo ⁽⁵⁾.

Al ser diseñado para su uso en adultos la escala de negligencia dental (DNS), se valoró situaciones como; *“Evaluar el grado en que un individuo cuida sus dientes, recibe atención dental profesional y cree que la salud oral es importante”*, entre otras ⁽²⁷⁾. Esta escala puede ser de gran *“Utilidad en los datos clínicos en algunas encuestas de salud oral cuando las limitaciones de recursos impiden el examen de los participantes”*, de la misma manera es *“Útil para comprender y predecir la variación en la salud dental”*, para diseñar y orientar las estrategias de promoción de la salud odontológica.

Para calcular el abandono al dental se realizaron encuestas acerca de la DNS ^{(5), (19), (25), (27), (28), (29), (30), (31), (32)}, la misma que está constituida por un cuestionario que contienen las siguientes interrogantes”:

- 1) *“¿Conservo mi atención dental en la casa?”*
- 2) *“¿Recibo el cuidado dental que debería?”*
- 3) *“¿Necesito el cuidado bucal, pero lo pospongo? “*
- 4) *“¿Me cepillo los dientes cómo debería? “*
- 5) *“¿Me controlo de comer entre comidas? “*
- 6) *“¿Considero que mi salud dental importante? “*

El cuestionario exhaustivo en el cual se valora el abandono dental se realiza mediante las respuestas de los padres a las seis interrogantes, *“Utilizando una escala de Likert que varía de uno “definitivamente no” a cinco “definitivamente sí”* ⁽²⁷⁾ (ANEXO 1).

El análisis factorial de Thomson W, et al. ⁽²⁷⁾, de la escala original de los 7 ítems arrojó dos factores, un factor general *“Negligencia dental”* y un segundo factor *“Prevención de cuidado”* para los dos tipos de factores haciendo referencia a posponer la atención necesaria. Mientras

que Skaret E, et al. ⁽²⁸⁾, dio a conocer que los 6 ítems de la escala de adultos dado en un solo factor en una muestra de adultos de 16 a 79 años, en la cual no encontró evidencia de un segundo factor. Esta escala original presentó tres tipos de modificaciones: se usaron referencias personales (Datos de afiliación), la primera interrogante se modificó ligeramente para mejorar su legibilidad sin alterar su significado y se suprimió la pregunta que hace referencia al aplazamiento parental de la atención ⁽⁵⁾.

En la etapa de análisis, las codificaciones para todos los ítems se revirtieron, de manera que, para todos los ítems, excepto para el tercero, dando como resultado una puntuación más alta que refleja una mayor negligencia dental. Donde, por ejemplo, un médico puntaje 1 y un trabajador puntaje 6 ⁽⁵⁾. El puntaje total de la negligencia al cuidado dental “*Es la suma de los puntajes individuales de cada una de las interrogantes*”. La calificación estandarizada de los rangos son de 6 a 30 para las respuestas de puntaje, esto implicó simplemente agregar los valores seleccionados para llegar a una puntuación final de Abandono Dental ⁽²⁹⁾.

La dicotomización para la asociación de negligencia dental con la caries dental ^{(5), (27)}, primero, la variable de negligencia dental continúa en la mediana, para crear grupos de negligencia dental “*Altos*” y “*Bajos*” de igual tamaño, y segundo, probando la asociación usando muestras independientes como Prueba T student. Las asociaciones entre la pertenencia al grupo de negligencia dental y las variables categóricas como el sexo o el uso episódico de los servicios se realizaron con la Prueba Chi cuadrado ⁽⁵⁾.

Los puntajes de escala se distribuyen normalmente, se utiliza una división mediana punto de corte del puntaje general de negligencia dental para crear grupos de negligencia dental más altos valores mayores o iguales a 11 con negligencia dental y valores inferiores o iguales 10 sin negligencia dental ⁽⁵⁾.

4.1.3.i. TRATAMIENTO

Es necesario optar por planificar actividades y diligencias de prevención y promoción de la salud dental en la población afectada, una vez evaluado el nivel de negligencia dental debe estar orientado en mejorar la vida diaria o la calidad de vida de las personas afectadas ⁽³⁰⁾.

Cuando se ha reconocido la negligencia dental, es recomendable una respuesta escalonada, con tres etapas de intervención, implementadas de acuerdo con el nivel de preocupación: administración preventiva del equipo dental; gestión preventiva de múltiples agencias y referencia de protección infantil ⁽³³⁾.

4.1.2.i.1. Gestión preventiva del equipo dental.

El objetivo de la atención buco-dental corresponde en “*Centrarse en el alivio del dolor y otros síntomas*”, seguido de la reconstrucción adecuada de la función que cumplen las estructuras dentarias y la apariencia ^{(19), (33)}. Antes a lo mencionado es recomendable un equipo dental

preventivo exhaustivo: ofrecer apoyo, llevar registros precisos, ayudar con charlas de técnicas de cepillado, uso de hilo dental, colutorios ⁽¹³⁾. Y más aún incentivarles desde niños para que estas medidas preventivas mejoren su estilo de vida.

Varios estudios han demostrado que la intervención temprana y propicia de la enfermedad dental sintomática, favorece significativamente a mejorar la calidad de vida, es necesario recalcar que con el avance y desarrollo del sistema estomatológico es mucho más preventivo que reparativo o restaurativo.

4.1.2.i.2. Gestión preventiva de múltiples agencias.

Si persisten las manifestaciones o si la situación no está mejorando, es necesario que el equipo dental debe buscar varias alternativas como analizar cualquier inquietud sobre el niño o adulto a tratar con otros profesionales con el propósito de apoyar a la familia y dar una solución definitiva al problema ⁽³³⁾. Existirá momentos en que no es posible obtener el consentimiento de los padres antes de compartir información. En esos casos, puede ser necesario tomar más consejos; el principio subyacente es que el bienestar del niño es primordial.

Al asociarse con grupos de defensa, profesionales que pueden trabajar para asegurar recursos adicionales para las familias a fin de reducir la probabilidad de negligencia o brindar servicios. Cada uno de estos niveles de promoción es valioso para abordar los problemas y darles solución. Deben establecerse vínculos con diferentes profesionales de la salud brindando asistencia social para proveer la comunicación. *“Los servicios dentales brindados por los odontólogos deben considerar brindar vías de atención primarias para el manejo adecuado de la negligencia dental en consulta con las agencias locales”.*

4.1.2.i.3. Referencia de protección infantil.

Si en algún momento existe un daño significativo por negligencia dental o muestre otros signos de negligencia, surge la necesidad de una remisión de protección infantil se debe hacer siguiendo los procedimientos locales de protección infantil. La contribución al proceso de protección infantil es que los dentistas presenten un informe como conferencia de caso de protección infantil, esto ocurre cuando la negligencia dental es el motivo de la remisión de protección infantil o como parte de la evaluación integral de las necesidades de un niño cuando se está llevando a cabo cualquier investigación de protección infantil. El dentista debe aclarar la base de cualquier solicitud de información y si se ha obtenido el consentimiento para compartir información. En ocasiones, cuando un caso va a la corte, se le solicita al dentista que asista como testigo de hecho o se le pida que actúe como testigo experto.

Se ha identificado una discrepancia entre la gran proporción de dentistas que tienen preocupaciones reconocidas sobre el abuso y la negligencia, y el número relativamente

pequeño que han respondido con la acción adecuada. Existe una comprensión cada vez mayor de las barreras para la participación del equipo dental en la protección infantil.

En la actualidad, la negligencia dental es un campo que ha recibido poca atención. El tema se encuentra en la interfaz o, tal vez, se encuentra en la brecha entre la comunidad y la odontología de la salud pública y la odontología pediátrica. El trabajo colaborativo entre diferentes disciplinas dentales y con otras disciplinas o agencias como medicina, y cuidado social, es necesario para identificar las prioridades para la investigación futura con el fin de establecer una base de evidencia mejorada para la provisión de orientación para los profesionales.

4.1.2.j. RECOMENDACIONES

La provisión de tratamiento acerca de las enfermedades bucodentales debe considerarse una prioridad de atención médica-odontológica ⁽³³⁾. Para la atención preventiva debe existir una alta prioridad, recibiendo apoyo adicional para acceder a los servicios dentales:

- Existir sistemas locales para asegurar un seguimiento riguroso de todos los niños que tienen enfermedades dentales que no asisten a sus citas de tratamiento.
- Relacionarse con otros profesionales de la salud y la asistencia social para facilitar la planificación del tratamiento que el individuo requiera en diferentes disciplinas si lo amerita.
- Los servicios dentales que son brindados deben abordar las necesidades de los niños más vulnerables y contar con sistemas para salvaguardar su vida.
- Todo el personal dental debe tener entrenamiento regular de protección infantil.
- La negligencia dental en los niños debe considerarse una prioridad para futuras investigaciones.

4.1.2.k. LA NEGLIGENCIA DENTAL Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Diversos estudios demuestran la existencia de asociación entre la negligencia al cuidado dental y ciertos factores sociodemográficos, tales como ^{(28), (29), (30), (31), (32)}, la edad, sexo, estado socio-económico, nivel ocupacional y grado de instrucción.

4.1.2.k.1. Negligencia dental y edad

El grupo etaria a más de evidenciar la senectud de una persona, nos ayuda a conocer cierto tipos de hábitos en los que nos encontramos inmersos y de esa manera valorar el estilo de vida de adoptamos, el descuido dental afirma que a medida que aumenta edad esta incrementa por un sinnúmero de motivos involucrados, comenzando desde la infancia,

atravesando la adolescencia hasta finalmente la longevidad. Se indica que la atención dental en los adolescentes aumenta paulatinamente según el paso de los años, presentando conductas y actitudes subvaloradas acerca de la salud oral, manifestando una mala salud oral, medido por índices elevados de caries, dolor de dientes, cantidad de dientes perdidos, y otras patologías asociadas ⁽³²⁾, trayendo consigo limitaciones funcionales orales, sociales y físicas.

Se ha identificado que en la adolescencia dichos jóvenes en determinado tiempo demuestran comportamientos propios de salud oral que pueden marcarse, convertirse en hábitos, dado por el descuido de los padres a sus hijos proporcionándoles un cuidado deficiente ⁽²⁹⁾. Las razones por las cuales consideramos que el cuidado bucal durante la adolescencia es importante esta mediado por varias razones, una de ellas es el cambio dentario (erupción permanente), aumentando la cantidad de piezas dentales que pueden sufrir deterioro, conllevando a un aumento de enfermedades periodontales tempranas". Por lo tanto, los adolescentes pueden estar en mayor riesgo de enfermedad dental durante un período de desarrollo cuando existen hábitos deficientes en el cuidado bucal ⁽³⁰⁾.

Cuando esta se asocia al prescindir de una atención o control dental por un profesional, las personas han reducido su calidad de vida en general. Por lo tanto, la negligencia en adultos se asocia al aumento de enfermedades bucodental trayendo consigo consecuencias perjudiciales en la salud oral y su actividad general ⁽³⁰⁾.

Razón por la cual se puede aseverar que adultos con un descuido bucodental tienen mayor prevalencia de presentar caries y ausencia de piezas dentales en boca ⁽³²⁾. La asistencia a las consultas dentales son irregulares, disminución en chequeos recientes, y se caracterizan por citas a largo plazo. La calidad de vida en dichos pacientes trae consigo limitaciones en su diario vivir, socialmente restringiéndose al momento del habla debido a las preocupaciones que expone su apariencia.

4.1.2.k.2. Negligencia dental y sexo

La asociación del sexo y el abandono dental se refleja por una elevada prevalencia en el sexo masculino en comparación con el sexo femenino, está dada por el simple hecho que los hombres no cumplen con una higiene dental exhaustiva ⁽³¹⁾, carencia a tratamientos dentales, asistencia dental es más irregular, existiendo desvalorización en chequeos recientes, y si estos se dan se caracterizan por tiempos prolongados entre una cita u otra ⁽³²⁾.

4.1.2.k.3. Negligencia dental y Nivel educativo

La salud dental se asocia a la educación que una persona posee para la toma de decisiones en relación a su bienestar ⁽¹¹⁾. El grado de educación conlleva a consecuencias e manera directa e indirecta en el estado de salud que una persona se encuentre, evidenciándose a

manera de refuerzo y protección para mantener su estado de vida en condiciones estables. En representación de refuerzo, contribuye al tipo de elección de su estilo de vida al que quiere pertenecer y su comportamiento para mantener una salud favorable y, paralelamente, influye en la búsqueda de un mejor cargo, oportunidades de vida que salvaguarden el riesgo de padecer alguna patología. A parte de ello se demuestra que puede existir cierto grado de individuos que al conocer las necesidades bucales necesarias se privan de ellos por causas improcedentes.

4.1.2.k.4. Negligencia dental y Nivel socioeconómico

El nivel económico de la población en general, se lo considera como un indicador notable para establecer las desigualdades y diferencias sociales, y sus consecuencias que trae consigo en relación a la salud, aun así, algunas investigaciones han comprobado que su relación puede variar, como sucede que las personas que poseen un ingreso alto no buscan mejorar su salud, al menos de manera característica ⁽¹¹⁾. Igualmente, han reportado antecedentes que se pueden catalogar como indicadores. En relación a la situación socioeconómica de status bajo se presume que pertenece directamente a la falta de cuidado dental ya que al no contar a lo largo de su vida con un ingreso mensual estable, provoca una limitación el uso rutinario de los servicios de salud bucal y la práctica hábitos continuos que son favorables para mantener una buena salud ⁽³¹⁾. Existiendo discrepancia con algunos autores que concluyen que la falta de conciencia hacia el tratamiento dental es la principal causa del mismo percibiéndolo desde una perspectiva psicológica.

4.1.2.k.5. Negligencia dental y Nivel ocupacional

El factor ocupacional en relación a la organización social, favorece a la protección de los riesgos laborales, contribuye al acceso a los recursos sanitarios, considerado que puede influir en su comportamiento o en la adopción de estilos de vida saludable, en ciertos casos favorece a causar diferentes niveles de estrés psicológico ⁽¹¹⁾, conllevando al descuido de la salud, al clasificar a quienes se dedican a los labores domésticos o se encuentran en condiciones de retiro, entre otras cargos pagados conlleva a existir una disminución respecto a acciones preventivas y reparativas en la salud bucal.

4.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Los autores Skaret E et al. ⁽²⁸⁾, en el año 2007 en noruega, realizaron un artículo de Assessment of the reliability and validity of the dental neglect scale in Norwegian adults, en su investigación acerca de la evaluación de la negligencia dental en adultos noruegos, en el cual determinaron que las puntuaciones en dicha población existía un alto índice de prevalencia de negligencia dental fue del 20%, el mismo que estuvo relacionado con una opinión negativa acerca de salud dental como tal, la última cita dental a la cual asistió debido

a dolor u otros problemas, presencia de menos de 20 dientes en cavidad bucal, bebida de refrescos con azúcar todos los días, el uso irregular del servicio dental y el uso de hilo dental.

El autor Mathur A et al. ⁽³¹⁾, en el año 2016, realizaron un artículo de Dental neglect affecting oral health status in India, referente a la negligencia dental que afecta el estado de salud oral en India, el cual manifestó que la negligencia dental fue mayor entre mujeres, niños y adultos mayores, aquellos cuya madre tenía menos educación, niños que no habían recibido cuidado dental en los dos años anteriores. Entre los niños mayores, aquellos en el grupo de mayor negligencia dental tenían significativamente mayor experiencia de caries dental, y mayor cantidad de superficie cariada en sus dientes permanentes.

El autor Coolidge T et al. ⁽³²⁾, en el año 2009, en Washington, EE. UU, en su publicación de The dental neglect scale in adolescents, en su artículo la información propuesta acerca de negligencia dental al realizar una evaluación de 117 adolescentes fue donde evidenciaron que en cada una de sus comparaciones con los diferentes factores demográficos, en donde se observaron puntuaciones de DNS significativamente más altas en adolescentes con caries visibles, que no se han sometido a un control en los últimos tres años o aquellos que no acuden a un dentista. La fiabilidad y confiabilidad de test de la DNS fue alta (CCI = 0,81) y su fiabilidad interna fue aceptable. El análisis factorial arrojó dos factores, que se caracterizaron por el cuidado en el hogar y la visita a un dentista.

Thomson WM et al. ⁽²⁷⁾, en el año 1996 en Australia, en su investigación Testing a child dental neglect scale in Soutti Australia, en el presente estudio acerca de la Negligencia dental infantil en Australia del Sur, en el cual se descubrió que de 769 niños, demostraron que la negligencia dental se puede medir objetivamente y explorar su asociación con la salud dental entre las personas mayores. La investigación de la negligencia dental entre los niños determinaría la aplicabilidad del concepto a esa edad, y quizás mejore la comprensión de la etiología de la caries dental en los niños, dando como resultado el análisis factorial dos factores, uno de los cuales confirmó en el grupo de mayor negligencia dental tenían significativamente mayor experiencia general de caries permanente y un mayor número de superficies dentales permanentes con caries, teniendo relación directa con los factores sociodemográficos.

El autor Sarri G et al. ⁽¹⁸⁾, en el año 2012, en Londres realizaron un artículo denominado A school-based epidemiological study of dental neglect among adolescents in a deprived area of the UK, el mismo que estuvo dirigido a adolescentes del Reino Unido, el cual analizó dos tipos de DN (DPN, DTN) medidos por indicadores clínicos, la prevalencia de DPN y DTN fue 41.0% y 45.1% respectivamente, cuatro de cada diez adolescentes DPN y cinco de cada diez DTN. La muestra de adolescentes que vivían en un área privada y multicultural, tenían un mayor riesgo de experimentar DPN, aquellos que no tenían declaraciones; refugiados; o

aquellos que fueron LAC. También se encontró que una mayor proporción de adolescentes refugiados y de ALC experimentaron DTN que sus contrapartes y la privación familiar, sola se relacionó con DPN. Los adolescentes con necesidades educativas especiales sin una declaración, refugiados y aquellos "atendidos" por una autoridad local experimentaron una mayor proporción de ambos tipos de DN, llegando a la conclusión que en una zona deprimida de la ciudad, la proporción de adolescentes con DN fue significativa, los adolescentes refugiados y los niños atendidos pueden estar en mayor riesgo de DN.

Bhatia S et al. ⁽²²⁾, en el año 2014 su investigación *Characteristics of child dental neglect: a systematic review*, concluyeron que de 3863 estudios potenciales examinados, 83 estudios fueron revisados y 9 incluidos, representando un número de 1595 niños. Entre las características incluidas se encontraron la falla o retraso en la búsqueda de tratamiento dental; falta de cumplimiento, tratamiento completo; falta de atención oral básica; impacto adverso coexistente en el niño, dolor e hinchazón. Dos estudios se desarrollaron e implementaron herramientas de detección de "negligencia dental" con éxito. También se destaca la importancia de las herramientas de calidad de vida para identificar el impacto de la atención dental olvidada.

El autor Thomson WM & Locker D ⁽⁵⁾, en el año 2000 en Dunedin, Nueva Zelanda, en su investigación *Dental neglect and dental health among 26-year-olds in the Dunedin multidisciplinary health and development study*, en el mencionado artículo investigaron acerca de la negligencia dental y la salud dental entre personas de 26 años en el Estudio Multidisciplinario de Salud y Desarrollo en Dunedin, al realizar el análisis el de los 973 que completaron satisfactoriamente el cuestionario de negligencia dental, 478 (49.1%) eran mujeres, el 899 (92.3%) de esos individuos, con 255 (28.4%) en el grupo de clase social superior. El análisis factorial confirmó la existencia de una variable de negligencia dental latente que representó el 43.6%, para crear grupos de negligencia dental más altos (más de 13; N=416) e inferiores (menos de 14; N=557). Una proporción más alta del grupo de grupo de mayor descuido: eran hombres; cepillarse los dientes con poca frecuencia; depósitos extensos de placa; servicios dentales solo cuando tenían un problema; pérdida al menos un diente permanente debido a la caries, y mayor cantidad de superficies dentales deterioradas, aunque la validez y confiabilidad de la escala de negligencia dental parece prometedora para la promoción de la salud dental, no solo resalta los grupos de población o individuos que se beneficiarían de los esfuerzos intensivos de promoción de la salud, sino también en la evaluación de intervenciones de promoción de la salud.

McGrath C, Sham AS, DK and Wong JH ⁽³⁰⁾, en el año 2007 en Hong Kong-China, en su estudio *The impact of dental neglect on oral health: a population based study in Hong Kong*, investigaron el impacto de la negligencia dental en la salud oral, en donde descubrieron que la tasa de respuesta fue del 70% (556/800). El puntaje promedio de negligencia dental de la

población fue 14.81 (DS 3.62) [rango posible de 6 a 30], los cuales fueron negligentes en el uso de la atención dental profesional. Las disparidades sociodemográficas en la negligencia dental fueron evidentes, tales como sexo, nivel de económico e instrucción. La negligencia dental se asocia con el estado de salud oral autoinformado, que incluye cómo la salud oral impacta en la calidad de vida. Estos hallazgos tienen implicaciones para comprender el impacto de la negligencia dental.

Sarkar P. Pralhad D. Sandesh N. Swati B ⁽¹⁹⁾, en el año 2015 en Indore, en su artículo *Impact of dental neglect scale on oral health status among different professionals in Indore city-a cross-sectional study*, el impacto de negligencia dental en el estado de salud oral entre 400 estudiantes de 18-25 años de edad de 4 colegios profesionales del Grupo de Institutos Sri Aurobindo del mismo campus, en donde les realizaron un examen de salud oral para evaluar la caries dental y el estado de higiene oral mediante el uso de DMFT y OHIS, respectivamente. Se demostró que (57.7%) presentan una higiene oral justa para el puntaje de DNS <15, mientras que la mayoría de los profesionales (63.7%) mostraron una higiene oral deficiente para el puntaje DNS > 15. La puntuación de la escala de negligencia dental, se encontró estadísticamente significativa con OHIS y la experiencia de caries al intervalo de confianza del 95%. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación del DNS y la frecuencia de dientes cariados, perdidos y llenos DMFT. En conclusión el puntaje de DNS final se encontró más alto en los estudiantes de farmacia y fue menor en los estudiantes de medicina.

El autor Jamieson LM & Thomson WM ⁽²⁹⁾, en el año 2002 el estudio *The dental neglect and dental indifference scales compared*, en el siguiente artículo se comparó la negligencia e indiferencia dental donde se concluyó que del total 478 personas que corresponde al 78.2%, respondieron el cuestionario. El puntaje promedio de negligencia dental fue 12.4. La puntuación media de la escala de Indiferencia Dental fue de 3.1. La asociación entre los puntajes de las escalas fue moderada y solo hubo un grado moderado de concordancia entre los dos. Las dos escalas tenían asociaciones en gran parte similares con las características sociodemográficas, de cuidado bucal y de autocuidado, y con la salud oral, aunque se encontraron algunas asociaciones con la escala de Indiferencia dental. Se descubrió que la escala de negligencia dental era más fácil de usar que la escala de indiferencia dental porque no requería un algoritmo complejo para calcular los puntajes de escala.

El autor Kumar A ⁽²⁶⁾, en el año 2015 en su investigación acerca de *Dental neglect- a review*, en el siguiente artículo se elaboró una revisión de literatura acerca de la negligencia dental, definiciones, tipos, entre otros puntos, el abuso menos conocidos y detectados, a pesar de que son los más frecuentes, la mala salud oral, el descuido dental y su asociación al aumento de las limitaciones funcionales orales y las discapacidades sociales y físicas. Las herramientas utilizadas para la medición de la negligencia dental son la escala de negligencia

dental. El concepto de negligencia dental permite una mejor comprensión de la relación compleja entre el comportamiento individual, los factores ambientales y las enfermedades dentales. Los esfuerzos de colaboración entre diferentes disciplinas dentales pueden desentrañar el verdadero escenario dental y ayudar a desarrollar políticas y programas apropiados. La negligencia dental debe considerarse una prioridad para futuras investigaciones. Esta revisión explora los diversos aspectos de la negligencia dental y brinda recomendaciones que pueden ser utilizadas para disminuir esta condición.

El autor Ramazani N ⁽²⁴⁾, en el año 2014, realizó un estudio acerca de Child dental neglect: a short review, realizaron una breve reseña de literatura acerca de la negligencia dental infantil donde se distinguió los signos directos e indirectos de negligencia dental es el primer paso para mejorar este asunto. El equipo dental es el principal profesional que puede mejorar el conocimiento de los padres sobre las consecuencias de la negligencia dental infantil. Las víctimas sufren de resultados adversos a corto y largo plazo. Es necesario que los diferentes profesionales de la salud intenten colaborar para resolver este problema.

Los autores Connick CM & Barsley RE ⁽²³⁾, en el año 1999 en Louisiana EE.UU, la investigación propuesta acerca de Dental neglect: definition and prevention in the louisiana developmental centers for patients with MRDD, en el presente estudio se realizó una reseña bibliográfica de negligencia dental y la debida examinación de las consecuencias para las personas que con MRDD cuando no se usan las restricciones apropiadas y el cuidado dental preventivo en el hogar. Los datos de evaluación de resultados de salud oral de esta población de MRDD indican la presencia o ausencia de negligencia dental. La evaluación de resultados mide el nivel de salud oral dentro del centro de desarrollo. El Departamento de Salud y Hospitales de Louisiana (DHH) opera nueve centros de desarrollo, donde residen aproximadamente 2000 personas con discapacidades mentales severas a profundas. Dos tercios (66%) de esta población son resistentes a la prestación de servicios dentales clínicos y preventivos.

El autor Baptista A. Laranjo E. Norton A. Casimiro D. Areías C. Macedo A ⁽²⁵⁾, en el año 2017, en su investigación Negligência dentária, uma modalidade de abuso infantil – revisão narrativa, en el presente artículo se valoró una búsqueda en bases de datos y motores de búsqueda con las palabras clave "niño", "dental" y "negligencia", entre 1996 y 2016, los resultados revelaron que identificar esta condición requiere no solo una historia clínica detallada y datos clínicos que muestren claramente la falta de la salud oral, pero también investiga los determinantes sociales y parentales en los que el niño está involucrado. Por lo tanto, insertar al dentista en equipos de análisis en caso de sospecha demuestra ser indispensable para la detección de esta y otras situaciones de abuso.

El autor Santos H ⁽¹¹⁾, en el año 2011, en su estudio de las Determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación, en el presente artículo obtuvo información relevante sobre el tema de los determinantes y las desigualdades sociales en las políticas de salud. Fuente de datos Revisión documental y bibliográfica on-line y en formato electrónico sobre el tema. Se utilizaron los descriptores determinantes sociales, desigualdad e inequidad en salud, para la búsqueda en los sitios y páginas web de instituciones y centros bien reconocidos. Síntesis de los datos Breve recuento histórico acerca de las relaciones entre el estado de salud de las personas y sus condiciones sociales, así como, valoraciones y comentarios críticos sobre los enfoques utilizados por investigadores prestigiosos.

5. HIPÓTESIS

El presente estudio no precisó hipótesis por ser un estudio de tipo descriptivo.

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. MARCO METODOLÓGICO

Enfoque: cuantitativo ⁽³⁴⁾.

Diseño de Investigación: descriptivo ⁽³⁵⁾.

Nivel de Investigación: descriptivo ⁽³⁵⁾.

Ámbito: de campo.

Técnica: comunicacional (encuesta).

Temporalidad: transversal-actual.

2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Baños es una parroquia rural del cantón Cuenca que según el INEC del Ecuador en el año 2010 ⁽³⁶⁾, consta de 8.867 habitantes de 18 a > 66 años de edad, la muestra de estudio que se tomó en cuenta estuvo constituida de 5.582 individuos en el rango de 18 a 44 años de edad, que corresponde al total de encuestas registradas en el estudio de salud bucal para esta parroquia, las mismas que fueron realizadas de manera aleatoria, que se encontraron dentro de los rangos de edad preestablecidos.

2.1. Tipo de muestreo.

Se realizó un muestreo probabilístico estratificado y proporcional.

2.2. Tamaño de la muestra.

Se calculó mediante la fórmula de muestreo para proporciones, con un nivel de confiabilidad del 95% y un error de 5% ^{(37), (38)} (ANEXO 2).

El total de habitantes de la parroquia Baños de 18 a 44 años de edad es de 5.582 ^{(35)- (36)}.

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{z^2 \cdot p \cdot q + E^2(N - 1)}$$

Donde:

N= total de la población de 5582.

z^2 = 1.96 al cuadrado (confiabilidad del 95%)

p= probabilidad de sanos (en este caso 5%=0.5)

q= probabilidad de enfermos (en este caso 5%=0.5)

E= Error del 0.05 (corresponde a un error del 5%)

$$n = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.95 * 5582}{1.96^2 * 0.5 * 0.95^2 + 0.05^2(5582 - 1)}$$

$$n = 360$$

Se seleccionaron 360 muestras de las cuales se logró elaborar el total de 368 encuestas de acuerdo a la proporción de personas de 18 a 44 años que se encontró en esta parroquia.

2.3. Criterios de selección.

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

2.3.a. Criterios de inclusión.

Se incluyeron al estudio:

Personas pertenecientes a la parroquia Baños de la ciudad de Cuenca, que se encontraron en el rango de 18 a 44 años de edad cumplidos o que cumplieron hasta el 31 de diciembre del 2017, hombres y mujeres con autonomía cognitiva y cooperación durante la entrevista con el debido consentimiento informado firmando que consten en el archivo de la oficina de investigación de la carrera de Odontología de la UCACUE.

2.3.b. Criterios de exclusión.

Se excluyeron del estudio: Personas que no cumplen el rango de edad, personas que no colaboraron con la elaboración de la encuesta en todos sus parámetros, y personas que hayan adquirido títulos de médicos y odontólogos.

3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA	DATOS
Negligencia	Omisión consciente o por ignorancia, culpable, derivada de una acción indebida.	Persona que presenta acción negligente al cuidado dental.	Cualitativa	Nominal	Con Negligencia Sin negligencia
Sexo	Características genóticas de la persona	Características externas que diferencian al varón de la mujer	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
Nivel 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.	Se determinó el nivel de instrucción que presentaban las personas.	Cualitativa	Nominal	Bajo - Expuestos Alto - No expuestos
Grupo de edad	Tiempo que se ha vivido, por lo general contado en años, meses y días.	Cantidad en número de su edad que presenta el individuo.	Cualitativa	Ordinal	De 18 a 20 años De 21 a 30 años De 31 a 40 años De 41 a 44 años
Ocupación	Relación de dependiente en la que un individuo ejerce un trabajo o empleo.	Se estableció una categorización según el cargo que desempeñaba el individuo.	Cualitativa	Nominal	Expuesto (Grupos 5, 7, 9) No expuesto (Otros grupos)

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

4.1. Instrumentos documentales.

Se utilizó una ficha de recolección de información digital, en el programa de acceso libre EPI INFO; para registrar los datos que constan en la encuesta de Salud Bucal de la Universidad Católica de Cuenca la misma que contiene 80 interrogantes, consta de 5 partes, la primera de datos generales del paciente, número de cédula del encuestador, la segunda Indiferencia al tratamiento dental, la tercera Negligencia al cuidado dental ^(ANEXO 3.1), la cuarta Ansiedad, la quinta Automedicación y la sexta Alfabetización.

4.2. Instrumentos mecánicos.

Para la toma de datos se utilizó una computadora de escritorio, procesador Core 5.

4.3. Materiales.

Entre los materiales que se emplearon estuvieron, los materiales de escritorio.

4.4. Recursos.

Para llevar a cabo el estudio se necesitaron recursos institucionales (Universidad Católica de Cuenca), recursos humanos (Investigadora: Celia Elizabeth Toledo Ortega / Tutor: Ebingen Villavicencio Caparó) y los recursos financieros fueron autofinanciados.

5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS

5.1. Ubicación Espacial.

El cantón Cuenca está conformado por 21 parroquias rurales, de las cuales Baños forma parte de aquellas. La parroquia de Baños está ubicada al sur occidente del cantón Cuenca, a 8 kilómetros de la ciudad de Cuenca. Delimita de la siguiente manera: limita al norte con la Parroquia San Joaquín, al Sur con la Parroquia Tarqui, Victoria del Portete y los Cantones San Fernando y Santa Isabel; al este con Cuenca y Turi y al oeste con la Parroquia Chaucha. Está conformada por diez comunidades: Baños Centro, Unión Alta, Minas, Guadalupano, Huizhil, Misicata, Narancay, Nero, Uchuloma y Zhucay ⁽³⁹⁾.

5.2. Ubicación temporal.

La investigación se realizó entre los meses de Octubre a Diciembre del año 2017, recolectando datos que reflejan la situación habitual referente a su cuidado dental del año en curso.

5.3. Procedimientos de la toma de datos.

Para el registro de los datos, se tomó en cuenta las encuestas de la parroquia "BAÑOS", las cuales fueron ingresadas a una base de datos en el programa EPI INFO versión 7.2, las mismas que reflejan información que fue registrada con las siguientes características:

El estudio de negligencia al cuidado dental buscó describir cuantitativamente el problema al cuidado dental actual en adultos comprendidos en las edades de 18 a 44 años de edad, utilizando las fichas obtenidas mediante encuestas elaboradas por estudiantes de la Universidad Católica de Cuenca en el periodo octubre y diciembre del 2017.

5.3.a. Método de examen.

El procedimiento para la toma de datos se desarrolló de la siguiente manera: los quince encuestadores nos dirigimos a la parroquia asignada, sectorizamos el lugar por manzanas, se realizó grupo de dos personas, posteriormente se inició con la respectiva entrevista puerta a puerta, se saludaba al encuestado se realizaba una breve explicación del proyecto, una vez aceptado a participar en el mismo se solicitaba que firme el consentimiento informado, luego se procedía a llenar los datos de afiliación seguido del número de cedula del encuestador, continuando a realizar las respectivas interrogantes, si existía alguna inquietud se realizaba la explicación respectiva de la pregunta, una vez concluida la misma se despedía y agradecía por su colaboración, a continuación se subieron al sistema EPI INFO en el orden preestablecido, posterior a ello se agruparon las encuestas en un numero 129 se realizó el respectivo anillado en 8 tomos en el mismo orden del sistema, y para culminar se elaboró el control de calidad por el departamento de investigación de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca.

5.3.b. Criterios de registro de hallazgos.

Los Criterios de Evaluación acerca de la Negligencia están basados en la puntuación de su respuesta.

Para este estudio se utilizó la Escala Dental de Negligencia según Thompson, ⁽⁴⁰⁾ la cual permite medir la negligencia al cuidado dental que evalúa hasta qué punto un individuo se preocupa por el cuidado de sus dientes, recibe atención dental profesional y cree que la salud oral es importante, para realizar los resultados empleamos una escala de Likert que va desde uno ("definitivamente no") a cinco ("definitivamente sí").

Se realizó la inversión de las respuestas de las preguntas pertinentes a excepción de la pregunta 11 ⁽²⁷⁾, una vez realizado este proceso se hace la sumatoria respectiva teniendo un máximo de 30 puntos, considerando que el punto de corte es >10, siendo negligente y menor a esto es no negligente.

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

- Indicar una sola respuesta por ítem.
- El valor máximo de puntaje permitido es de 5 por pregunta y el mínimo 1.
- Se sumaría todos los puntajes de la escala de negligencia al cuidado dental
- El rango de puntaje ira de 6 a 30.

Para calcular el valor de la negligencia al cuidado dental el instrumento de Thompson considera las siguientes interrogantes ^{(5), (19), (25), (27), (28-32)}

9) *“¿Mantengo mi cuidado dental en el hogar?”*

10) *“¿Recibo el cuidado dental que debo?”*

11) *“¿Necesito el cuidado dental, pero lo pospongo?”*

12) *“¿Me cepillo los dientes tan bien como debería?”*

13) *“¿Me controlo de comer entre comidas?”*

14) *“¿Considero mi salud dental importante?”*

6. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizó el programa EPI INFO versión 7.2 para ingresar los datos recolectados mediante las fichas estadísticas ^(ANEXO 3.2), se analizaron los datos a través del programa Excel Microsoft. De la base de datos completa se tomó en cuenta datos de afiliación e información con respecto a la Negligencia dental de la encuesta de Salud Bucal de la Universidad Católica de Cuenca de dicha población que corresponde desde la interrogante 9 a 14, posteriormente a ello se realizó la debida depuración, es decir explorar, corregir y suprimiendo registros de datos erróneos existentes, permite identificar datos incompletos, incorrectos, inexactos, no pertinentes, una vez concluido se invirtieron las codificaciones para todos los ítems, a excepción de pregunta 11, el puntaje total de negligencia dental es la suma de los puntajes individuales de cada una de las interrogantes, proporcionando una puntuación de 6 a 30, La dicotomización para la asociación de negligencia dental con las variable tales como: sexo, edad, ocupación, ingreso económico y nivel ocupacional, es necesario para crear grupos de negligencia dental " altos" y "bajos" de igual tamaño, y segundo, probando la asociación usando muestras independientes como Prueba T student. Las asociaciones entre la pertenencia al grupo de negligencia dental y las variables categóricas se realizan con la Prueba Chi cuadrado ⁵.

Los puntajes de escala se distribuyen normalmente, se utiliza un punto de corte del puntaje general de negligencia dental para crear grupos de negligencia dental más altos valores mayores a de 11 con negligencia dental y valores inferiores a 10 sin negligencia dental ⁵.

Se dividió la población en cuatro grupos para facilitar la obtención de resultados:

- De 18 a 20 años de edad
- De 21 a 30 años de edad
- De 31 a 40 años de edad
- De 41 a 44 años de edad

Para culminar se procedió a realizar las tablas dinámicas respectivas en comparación con los diferentes tipos de variables y se aplica la prueba estadística de Chi cuadrado, siendo útiles para proporcionarnos la existencia de asociación entre las variables establecidas, proporcionándonos los resultados necesarios para valorar esta condición.

7. ASPECTOS BIOÉTICOS

El presente trabajo investigativo denominado Negligencia al Cuidado Dental en adultos de 18 a 44 años de edad, en la parroquia Baños – Cuenca, 2017, ha fue realizado sin que hubiese daños morales, físicos y psicológicos a los encuestados, se hizo conocer a cada encuestado que los datos obtenido son para la medición de la negligencia al cuidado dental., se les indicó que hay un compromiso de confidencialidad de sus datos por parte del investigador principal y se les solicitó que firmen el respectivo Consentimiento Informado.

CAPÍTULO III
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. RESULTADOS

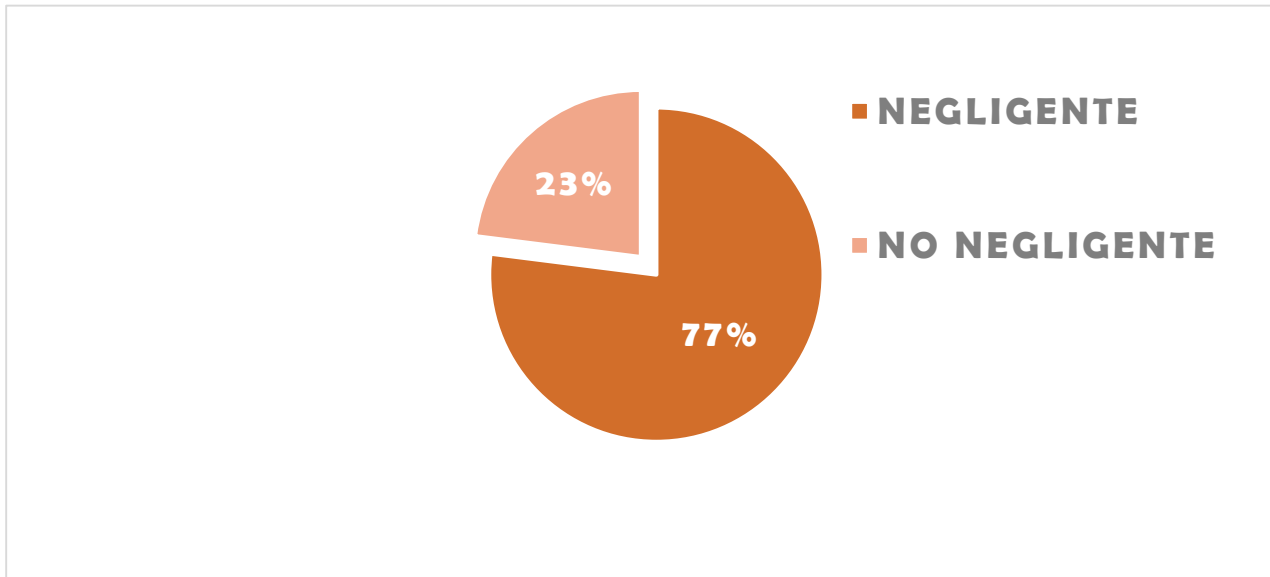
El presente estudio fue realizado en la parroquia Baños la cual buscó determinar la frecuencia de la negligencia al cuidado dental en personas de 18 a 44 años de edad con un número de 368 encuestados, mediante la escala de Likert y la base de datos obtenida del programa EPI-INFO, que constan en los archivo del departamento de investigación de la carrera de Odontología de la UCACUE, exponiendo los siguientes resultados:

Tabla N°1. Distribución de la muestra según sexo y edad en adultos de 18 a 44 años de la parroquia Baños-Cuenca, en el año 2017.

EDAD/SEXO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL GENERAL	
	n	%	n	%	n	%
DE 18 A 20	30	16%	32	18%	62	17%
DE 21 A 30	81	43%	78	44%	159	43%
DE 31 A 40	55	29%	56	31%	111	30%
DE 41 A 44	24	13%	12	7%	36	10%
TOTAL GENERAL	190	100%	178	100%	368	100%

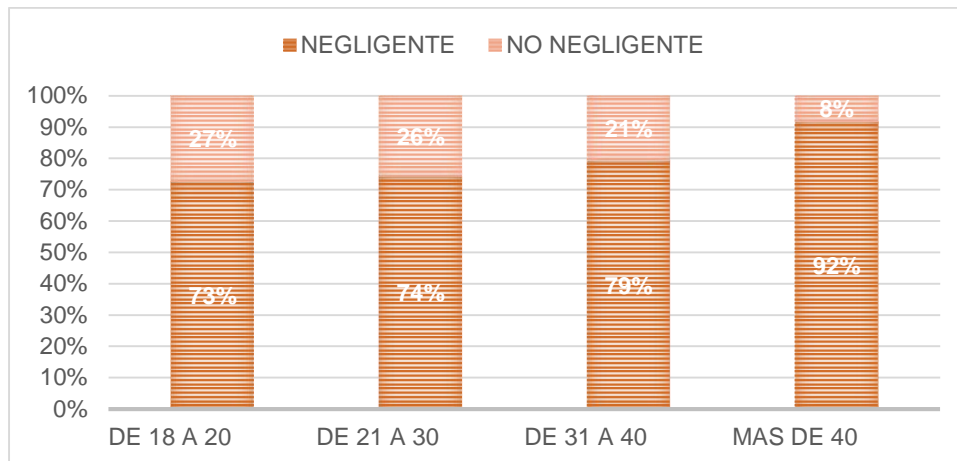
Interpretación: En la tabla N° 1 se puede evidenciar que el mayor número de personas que participaron en la investigación pertenecen al sexo femenino, por otra parte las edades con mayor predominio se encuentran entre 21 a 30 años de edad.

Gráfico N°1. Frecuencia de negligencia en adultos de 18 a 44 años de la parroquia Baños-Cuenca, en el año 2017.



Interpretación: En el gráfico N° 2 se expone la frecuencia de Negligencia al cuidado dental de los habitantes de la parroquia Baños de 18 a 44 años de edad; en el cual demostramos un porcentaje elevado de comportamiento negligente en dicha población.

Gráfico N°2. Frecuencia de la negligencia según edad en adultos de 18 a 44 años de la parroquia Baños-Cuenca en el año 2017.



Chi cuadrado $p= 0,10660502$

Interpretación: En el gráfico N° 2 podemos apreciar que la negligencia dental asciende paulatinamente a medida que va aumentando la edad de las personas; además en el cálculo proporcionado por el Chi ² muestra que no existe relación estadística significativa ($p=0.10$) entre la edad y negligencia al cuidado dental.

Tabla N°2. Frecuencia de la negligencia según sexo en adultos de 18 a 44 años de la parroquia Baños-Cuenca en el año 2017.

SEXO/NEGLIGENCIA	NEGLIGENTE		NO NEGLIGENTE		Total general	
	n	%	n	%	n	%
FEMENINO	149	78%	41	22%	190	52%
MASCULINO	135	76%	43	24%	178	48%
TOTAL GENERAL	284	77%	84	23%	368	100%

Chi cuadrado $p= 0,55591633$

Interpretación: En esta tabla N° 2 se registra que existió un mayor porcentaje de negligencia en el sexo femenino en comparación al sexo masculino. El resultado expuesto en el Chi ² en este caso es que dichas variables son independientes es decir no presenta relación estadística significativa entre las mismas.

Tabla N°3. Frecuencia de la negligencia según ocupación en adultos de 18 a 44 años de la parroquia Baños-Cuenca en el año 2017.

OCUPACIÓN/NEGLIGENCIA	NEGLIGENTE		NO NEGLIGENTE		TOTAL GENERAL	
	n	%	n	%	n	%
EXPUESTO (Grupos 5, 7, 9)	238	80%	59	20%	297	81%
NO EXPUESTO (Otros grupos)	46	65%	25	35%	71	19%
TOTAL GENERAL	284	77%	84	23%	368	100%

Chi cuadrado $p= 0,00564455$

Interpretación: La tabla N° 3 refleja que las personas pertenecientes al grupo laboral (Trabajadores de los servicios, vendedores de comercio y mercados; oficiales operarios y artesanos; y ocupaciones elementales) no está asociado significativamente con el desarrollo de negligencia al cuidado dental.

Tabla N°4. Frecuencia de la negligencia según el nivel de instrucción en adultos de 18 a 44 años de la parroquia Baños-Cuenca en el año 2017.

INSTRUCCIÓN/NEGLIGENCIA	NEGLIGENTE		NO NEGLIGENTE		TOTAL GENERAL	
	n	%	n	%	n	%
ALTO (NO EXPUESTO)	74	67%	36	33%	110	30%
BAJO (EXPUESTO)	210	81%	48	19%	258	70%
TOTAL GENERAL	284	77%	84	23%	368	100%

Chi cuadrado $p=0,00312744$

Interpretación: En esta tabla N° 4 se refleja un alto porcentaje de personas negligentes que pertenecen al grupo catalogado como bajo en cuanto al nivel de instrucción (analfabeto/primario/secundaria), en comparación al grupo clasificado como alto (técnica/universitaria). El Chi ² en esta ocasión demostró que si existe relevancia significativa entre el nivel de instrucción y la negligencia.

2. DISCUSIÓN

El presente trabajo de titulación fue de tipo cuantitativo de diseño descriptivo transversal, el universo de estudio estuvo constituido por 5.582 personas de 18 a 44 años de edad en la parroquia Baños de la ciudad de Cuenca, la muestra analizada fue de 368 entrevistados, los datos fueron recogidos mediante entrevistas puerta a puerta de manera aleatoria, el instrumento que se utilizó fue una encuesta de Salud Bucal de la Universidad Católica de Cuenca, para el análisis estadístico de la frecuencia a la negligencia dental se utilizó la escala de Likert (DSN) que va desde uno "definitivamente no" a cinco "definitivamente sí", sumando un total de 30 puntos considerando que \geq a 11 negligente y \leq 10 no negligente. La negligencia dental considerada como barrera para acceder a los servicios de salud bucal, en la población de Baños fue superior existiendo relación con algunas variables sociales tales como; sexo, edad, nivel de instrucción y ocupación. La mayoría de estudios evidencian relación con la mayor parte de estas, en sí, al adoptar esta condición impidiendo desarrollar un cuidado dental aceptable conlleva a desarrollar enfermedades dentales, disminución en su calidad de vida, pérdida de funcionamiento de las piezas dentales, entre otras.

En el Gráfico N° 1 se ha demostrado que la negligencia al cuidado dental aumenta de manera significativa entre las edades de 18 a 20 años en un porcentaje del 73%, ascendiendo con una cifra del 92% pertenecientes al grupo etario de 41 a 44 años, existiendo coincidencia con el estudio realizado por Jamieson LM, Thomson WM ⁽²⁹⁾, en el año 2002, donde se observa que la negligencia dental se encuentra aumentado en los grupos etarios $>$ 19 años en donde se comprobó una mayor prevalencia en el grupo de edad de 45-64 años (34.1%), existiendo un aumento significativo conforme el avance de la edad, mientras que en el estudio realizado por Coolidge T, et al. ⁽³²⁾, en el 2009 en Washington-EE.UU, demostraron que aparente en algunos individuos en su adolescencia muestran un elevado porcentaje de negligencia siendo esta variable ya que los jóvenes de esta edad pueden influir en su asistencia dental debido a la mayor autonomía, viendo desde otro punto de vista investigaciones como Sarri G, et al. ⁽¹⁸⁾, en el año 2012 en Londres, reveló que los adolescentes han sido reconocidos como un grupo vulnerable en términos de su tendencia a experimentar negligencia, este hallazgo pueden ser atribuido a factores como hábitos deficientes en la dieta y la salud bucal que a sus discapacidades de aprendizaje, los adolescentes refugiados en este estudio corrieron un riesgo significativamente mayor de experimentar DNP, a los que concuerda con investigaciones previas, relacionando lo dicho en el estudio de McGrath C, et al. ⁽³⁰⁾, en el año 2007 en Hong Kong-China; Skaret E, et al. ⁽²⁸⁾, en el año 2007 en Noruega, mencionan que las personas de 16 a 24 años mostraron puntuaciones más altas de negligencia dental que las personas de 25 a 44 años y las personas de 45 a 64 años, y por último en una investigación realizada por Mathur A, et al. ⁽³¹⁾, en el año 2016 en India, afirman que las edades que tienen mayor negligencia tienden a presentar mayor cantidad de caries (1.18)

que los que se encuentran dentro del grupo de negligencia (0,82), y el mayor grupo de negligencia se asocia a que existe mayor pérdida de dientes en relación al grupo inferior de negligencia, siendo evaluados los niños mayores (14-15 años), existiendo una mayor porcentaje de negligencia relacionándose a la experiencia general de caries.

Según Thomson WM, et al. ⁽²⁷⁾, en el año 1996 en Australia, Thomson WM, Locker D ⁽⁵⁾, en el año 2000 en Dunedin, McGrath C, et al. ⁽³⁰⁾, en el año 2007 en Hong Kong-China, Skaret E, et al. ⁽²⁸⁾, en el año 2007 en noruega, mencionan que la relación entre la variable del género y la negligencia al cuidado dental es más alta en el sexo masculino en comparación al sexo femenino, existiendo desacuerdo con nuestro estudio ya que la Tabla N^a 2, se observa que las mujeres prevalecen en un 78% de negligencia frente a un 76% de varones negligentes, pudiendo aseverar la presencia de desinterés o descuido de encuentran en proporciones estadísticamente equivalentes en ambos sexos en los habitantes de la parroquia Baños, relacionándose con nuestro estudio la investigación realizada por Mathur A, et al. ⁽³¹⁾, en el año 2016 en India, ya que la puntuación más alta se registró en las mujeres, y esta condición se relaciona a que en los tratamientos dentales se encuentran más ansiosas evitando las citas a una consulta dental.

Según Jamieson LM, Thomson WM ⁽²⁹⁾, en el año 2002, McGrath C, et al. ⁽³⁰⁾, en el año 2007 en Hong Kong-China, Skaret E, et al. ⁽²⁸⁾, en el año 2007 en noruega, el bajo grupo ocupacional, son factores que predisponen a la falta de higienización, Según Santos H ⁽¹¹⁾, la salud dental y las determinantes sociales están íntimamente relacionadas, las mismas que repercuten la calidad de vida, la OMS ⁽¹⁾, mencionan que las comunidades más pobres son más propensas a sufrir enfermedades bucales, la parroquia de Baños presenta relación evidenciando un 80% de la población descrito en la Tabla 3, aquellas que se encuentran dentro del grupo expuesto (agricultores, comerciantes, amas de casa) ^(ANEXO 4), pero el resultado no tiene relevancia ya que las personas que fueron encuestadas en su mayor proporción se encontraron dentro esa clasificación.

Según Jamieson LM, Thomson WM ⁽²⁹⁾, en el año 2002; McGrath C, et al. ⁽³⁰⁾, en el año 2007 en Hong Kong-China, comprueban en sus estudios que el bajo nivel educativo muestran mayor negligencia dental en relación a aquellos que obtuvieron educación secundaria o educación terciaria, existiendo relación con los resultados de nuestra investigación la misma que refleja que un 81% de personas negligentes que pertenecen al grupo descrito como bajo en cuanto al nivel de instrucción (analfabeto/primario/secundaria) datos presentes en la tabla 4, mostrando que la negligencia se debe al desconocimiento o ignorancia conllevando a la falta de interés hacia la higiene bucal, mientras que Según Sarkar P, et al. ⁽¹⁹⁾, en el año 2015 en Indore, la investigación estuvo dirigida a estudiantes dando como resultado que los encuestados profesionales presentaron (63.7%) mostrando una higiene oral deficiente sumando el puntaje DNS > 15. El puntaje de DNS se encontró más alto en los estudiantes de

farmacia y fue menor en los estudiantes de medicina existiendo contrariedad con nuestra investigación.

La negligencia dental se encuentra asociada al aumento paulatino de ciertas funciones generando sobre ellas limitaciones en los ámbitos de la salud oral-general, física y social. Al priorizar nuestra salud bucal, la elección de adoptar comportamientos personales adecuados para lograr y mantener una salud bucodental estable, y si estas medidas no son cumplidas y se exceden, pueden llegar a internalizarse en nuestra vida cotidiana, al no ser rectificadas en el momento oportuno se convierten en hábitos, evidenciándose en la niñez ya que los padres se involucran cada vez menos en el cuidado de sus hijos. El cuidado bucal durante la adolescencia es importante por varias razones, el aumento de las enfermedades bucodentales, deterioro de las superficies dentales y el aumento de las enfermedades periodontales. Por lo tanto, los adolescentes pueden estar en mayor riesgo de enfermedad dental durante un período de desarrollo cuando no establecen hábitos de cuidado bucal. ⁽¹⁴⁾

La higiene bucal se asocia a la disminución de patologías bucodentales, en las personas también se ha comprobado disminución en las percepciones de su calidad de vida en general. Por lo tanto, la negligencia en adultos se asocia con una sucesión de las consecuencias negativas dentro de la salud oral y su funcionamiento general.

Con respecto a nuestro estudio de Negligencia al cuidado dental en los habitantes de 18 a 44 años de la parroquia Baños existe una frecuencia del 77% de personas negligentes contra un 23% correspondiente a no negligente.

Esto nos permite evidenciar las variables sociales como el bajo nivel económico, la falta de instrucción y otros factores predisponentes humanos en esta zona rural, la falta de conocimientos en medidas preventivo y promocionales, surge la necesidad de contar con programas de salud pública odontológica en los cuales fomenten el aspecto preventivo y terapéutico, en consecuencia mejorar las condiciones de salud bucodental; para superar las desigualdades existentes entre lo urbano y lo rural.

3. CONCLUSIONES

Primera.- Se evidenció un alto porcentaje de negligencia al cuidado dental en personas en las edades comprendidas de 18 a 44 años de la parroquia de Baños de la ciudad de Cuenca.

Segunda.- No existe asociación estadísticamente significativa entre a edad y la negligencia al cuidado dental.

Tercera.- No existe asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la negligencia al cuidado dental.

Cuarta.- No existe asociación estadísticamente significativa entre el grupo laboral y la negligencia al cuidado dental.

Quinta.- Existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel de instrucción y la negligencia al cuidado dental.

BIBLIOGRAFÍA

- [1]. Organización Mundial de la Salud. La OMS publica un nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales [Internet]. 2004 [citado 26 Jun 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>
- [2]. Organización Mundial de la Salud. Estudio Epidemiológico Nacional de Salud Bucal en Escolares Menores de 15 años de Ecuador 2009 - 2010. Boletín Informativo [Internet]. 2011 [citado 26 Jun 2018]; 29(2): 45-60. Disponible en: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&alias=356-boletin-informativo-n0-29-enero-octubre-2011&category_slug=comunicacion-social&Itemid=599
- [3]. Villavicencio Caparó, E. Barreras Para El Acceso A servicios de Salud Bucal. Odontología Activa Revista Científica, Vol. 2 No. 2, p. V-VI, mar. 2018. ISSN 2588-0624. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/184/210>
- [4]. Myriad D. El Desafío de las Enfermedades Bucodentales – Una llamada a la acción global. Atlas de Salud Bucodental [Internet]. 2015 [citado 26 Jun 2018]; 45(2): 6-45. Disponible en: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/book_spreads_oh2_spanish.pdf
- [5]. Thomson W, Locker D. Dental neglect and dental health among 26-year-olds in the Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study. Community Dent Oral Epidemiol [Internet]. 2000 [citado 26 Jun 2018]; 28(6):414-418. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11106013>.
- [6]. Organización Mundial de la Salud. La salud bucal es esencial para la salud general [Internet]. 2013 [citado 26 Jun 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8387%3A2013-oral-health-vital-overall-health&catid=1443%3Aweb-bulletins&Itemid=135&lang=es
- [7]. Organización Mundial de la Salud. La OMS presenta las preguntas más frecuentes sobre salud [Internet]. [citado 26 Jun 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- [8]. Rueda G, Albuquerque A. La salud bucal como derecho humano y bien ético. Revista Latinoamericana de Bioética [Internet]. 2016 [citado 26 Jun 2018]; 17 (1):36-59. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v17n1/v17n1a03.pdf>
- [9]. California Dental Association. Salud Bucal. [Internet]. 2015 [citado 26 Jun 2018]. Disponible en: https://www.cda.org/Portals/0/pdfs/fact_sheets/oral_health_spanish.pdf
- [10]. Organización Mundial de Salud. Salud Bucodental [Internet]. 2012 [citado 26 Jun 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

- [11]. Santos H. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. Scielo [Internet]. 2010 [citado 26 Jun 2018]. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rcsp/2011.v37n2/10.1590/S0864-34662011000200007/>
- [12]. Olaydis B, Venzant S, Carbonell M, Carbonell C. Salud bucal en la adolescencia. Clínica Estomatológica de Vista Alegre [Internet]. 2013 [citado 26 Jun 2018]; 17(1): 100-123. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100015
- [13]. Lugo E, Venzant S, Garcia C, Gross C, Casas S. La cultura en la salud bucal como problema actual de la sociedad. Medisan [Internet]. 2013 [citado 26 Jun 2018]; 17(4): 34-53. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000400015
- [14]. Capote M, Campello E. Importancia de la familia en salud bucal. Rev. Cubana Estomatol [Internet]. 2012 [citado 26 Jun 2018]; 49(1): 234-260. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072012000100007&Ing=es
- [15]. Real Academia Española. Negligencia. [Internet]. [citado 26 Jun 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=QMABIOd>
- [16]. Instituto Nacional de Pediatría. Maltrato por negligencia. Acta Pediatric Mexico [Internet]. 2013 [citado 26 Jun 2018]; 31(1): 23-56. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2010/apms101d.pdf>
- [17]. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of Dental Neglect. [Internet]. [citado 26 Jun 2018]. Disponible en: http://www.aapd.org/media/policies_guidelines/d_dentalneglect.pdf
- [18]. Sarri G, Evans P, Stansfeld S, Marcenes W. A school-based epidemiological study of dental neglect among adolescents in a deprived area of the UK. Br Dent J [Internet]. 2013 [citado 26 Jun 2018]; 10(6):345-360. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23175099>
- [19]. Sarkar P, Pralhad D, Sandesh N, Swati B. Impact of Dental Neglect Scale on Oral Health Status Among Different Professionals in Indore City-A Cross- Sectional Study. J Clin Diagn Res [Internet]. 2015 [citado 26 Jun 2018]; 9(10):45-60. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4625340/>
- [20]. Cocker J. Child Neglect. Pediatric Dentistry Child Dental [Internet]. 2005 [citado 26 Jun 2018]. Disponible en: <http://www.saferchildrenyork.org.uk/2014%20YorOK%20Website/Downloads%20Old/Tematic%20review%20of%20child%20neglect.pdf>
- [21]. Penchas J. Consequences of Dental Neglect. Midtown [Internet]. 2012 [citado 26 Jun 2018]. Disponible en: <https://midtowndentistry.com/dental-neglect/>

- [22]. Bhatia S, et al. Characteristics of child dental neglect: a systematic review. *J Dent* [Internet]. 2014 [citado 26 Jun 2018]; 42(3):229-39. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24140926>
- [23]. Connick C, Barsley R. Dental neglect: definition and prevention in the Louisiana Developmental Centers for patients with MRDD. *Spec Care Dentistn* [Internet]. 1999 [citado 26 Jun 2018]; 19(3):123-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10860076>
- [24]. Ramazani N. Child Dental Neglect: A Short Review. *Int J High Risk Behav Addict* [Internet]. 2014 [citado 26 Jun 2018]; 3(4). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4331660/>
- [25]. Baptista A, Laranjo E, Norton A, Casimiro D, Areías C, Macedo A. Dental Neglect, one type of child abuse - Narrative review. *Scielo* [Internet]. 2017 [citado 26 Jun 2018]; 4(3). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2358-04292017000300001
- [26]. Kumar A. Dental Neglect - A Review. *Journal of Dental Sciences* [Internet]. 2015 [citado 26 Jun 2018]; 3(1). Disponible en: <http://www.rroij.com/open-access/dental-neglect-a-review.php?aid=53395>
- [27]. Thomson W, et al. Testing a child dental neglect scale in South Australia. *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 1996 [citado 26 Jun 2018]; 24:351-356. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0528.1996.tb00875.x>
- [28]. Skaret E, et al. Assessment of the reliability and validity of the Dental Neglect Scale in Norwegian adults. *Community Dent Health* [Internet]. 2007 Dec [citado 26 Jun 2018]; 24:247-252. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18246843>
- [29]. Jamieson LM, Thomson WM. The Dental Neglect and Dental Indifference scales compared. *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 2002 [citado 26 Jun 2018]; 30: 168-175. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1034/j.1600-0528.2002.300302.x>
- [30]. McGrath C, et al. The impact of dental neglect on oral health: a population based study in Hong Kong. *Int Dent J* [Internet]. 2007 [citado 26 Jun 2018]; 57:3-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17378343>
- [31]. Mathur A, Mathur A, Aggarwal V. Dental Neglect Affecting Oral Health Status in India. *Int J Pediatr* [Internet]. 2016 [citado 26 Jun 2018]; 2(1). Disponible en: <https://www.clinmedjournals.org/articles/ijpr/international-journal-of-pediatric-research-ijpr-2-016.pdf>
- [32]. Coolidge T, Heima M, Johnson E, Weinstein P. The Dental Neglect Scale in adolescents. *BMC Oral Health* [Internet]. 2009 [citado 26 Jun 2018]; 9(2). Disponible en: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6831-9-2>

- [33]. Harris JC, Balmer RC, Sidebotham PD. British Society of Paediatric Dentistry: a policy document on dental neglect in children. *Int J Paediatr Dent* [Internet]. 2009 [citado 26 Jun 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19470009>
- [34]. Villavicencio E. Auditoría de la Investigación Científica Biomédica. Perú: 1º Ed. s/e; Mayo 2016.
- [35]. Villavicencio-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=view&path%5B%5D=37&path%5B%5D=46>
- [36]. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Base de datos - Censo Población y Vivienda 2010. [Internet]. [citado 26 Jun 2018]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/base-de-datos-censo-de-poblacion-y-vivienda-2010/>
- [37]. 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. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/175>
- [38]. Villavicencio-Caparó E., Cuenca-León K., Vélez- León E., Sayago-Heredia J., CabreraDuffau A. Pasos para la planificación de una investigación clínica. *Odontología activa UCACUE* Vol. 1 No.1, enero 2016. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/186/324>
- [39]. Brito E. Desarrollo y Ordenamiento Territorial en Baños. [Internet]. 2010 [citado 26 Jun 2018]. Disponible en: <http://parroquiabanos.gob.ec/resena-de-banos/>
- [40]. Matute C., Barzallo JG., Villavicencio E. Negligencia al cuidado dental. Revisión de la Literatura. En prensa. 2017;3(3), s.p

ANEXOS

ANEXO 1. Distribuciones de respuesta según los ítems de Escala de negligencia dental.

Items	Definitely no			Definitely yes		Skewness
	1	2	3	4	5	
1. Maintains his/her dental care	1.7	2.2	14.2	27.6	53.4	1.28
2. Receives needed dental care	1.6	2.0	6.1	14.3	75.2	2.40
3. Needs dental care: parent defers	79.4	8.1	4.6	3.3	3.1	2.47
4. Needs dental care: child defers	76.2	9.8	5.8	3.1	3.4	2.27
5. Brushes as well as he/she should	3.3	5.4	26.0	34.4	29.9	0.67
6. Controls between-meal snacking	10.7	19.3	41.7	16.2	11.2	-0.01
7. Considers dental health important	2.3	4.8	24.2	29.0	38.5	0.71

ANEXO 2. Cálculo de la Muestra Mediante Open Epi.

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N): 2223
 frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p): 50% +/- 5
 Límites de confianza como % de 100(absolute +/- %)(d): 5%
 Efecto de diseño (para encuestas en grupo- $EDFF$): 1

Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza

Intervalo Confianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	328
80%	154
90%	242
97%	389
99%	512
99.9%	729
99.99%	901

Ecuación

Tamaño de la muestra $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)]$

Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoSSPropor
 Imprimir desde el navegador con ctrl-P
 o seleccione el texto a copiar y pegar en otro programa

ANEXO 3:

ANEXO 3.1. Ficha de recolección datos de la Negligencia al cuidado dental.

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?: _____

NEGLIGENCIA DENTAL					
Califique del 1 al 5 si 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

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

Firma.....

ANEXO 3.2. Ficha digital en el programa Epi Info de la Negligencia al cuidado dental.

The image shows a screenshot of the Epi Info software interface. The window title is "FICHASDEBARRERAS" and the current page is "pag 2". The main content area is titled "NEGLIGENCIA" and contains five survey questions, each with a dropdown menu for the answer. The questions and their current values are:

Question	Value
9. Mantengo mi cuidado dental en el hogar, considero	3
10. Recibo el cuidado dental que necesito	3
11. Necesita atención dental, pero la ignoro	3
12. Se cepilla tan bien como debiera	3
13. Controlo los bocadillos entre las comidas, tan bien como puedo	3
14. Considero que mi salud dental es importante	4

ANEXO 4. Clasificación Nacional de Ocupaciones.

- | | |
|---|---|
| 1 | DIRECTORES Y GERENTES |
| 2 | PROFESIONALES CIENTÍFICOS E INTELLECTUALES |
| 3 | TÉCNICOS Y PROFESIONALES DEL NIVEL MEDIO |
| 4 | PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO |
| 5 | TRABAJADORES DE LOS SERVICIOS Y VENDEDORES DE COMERCIOS Y MERCADOS |
| 6 | AGRICULTORES Y TRABAJADORES CALIFICADOS AGROPECUARIOS, FORESTALES Y PESQUEROS |
| 7 | OFICIALES, OPERARIOS Y ARTESANOS DE ARTES MECÁNICAS Y DE OTROS OFICIOS |
| 8 | OPERADORES DE INSTALACIONES Y MÁQUINAS Y ENSAMBLADORES |
| 9 | OCUPACIONES ELEMENTALES |
| 0 | OCUPACIONES MILITARES |