

**“INSERCIÓN SOCIAL Y LA PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE EL
PROFESIONAL ODONTÓLOGO Y EL PACIENTE EN ADULTOS DE LA PARROQUIA
BELLAVISTA 2024”**

AUTOR/A:

NANCY PAOLA VERDUGO GUILLEN

ORCID:

<https://orcid.org/0009-0007-9589-9336>

DIRECTOR:

EBINGEN VILLAVICENCIO CAPARO

<https://orcid.org/0000-0003-4411-4221>

CIUDAD:

CUENCA

AÑO:

2025

INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud oral son una condición presente a nivel mundial, de forma principal en países subdesarrollados y en vías de desarrollo, implicando estos grandes costos para su manejo. Sumado a esto tenemos que las patologías bucales en su mayoría son crónicas y progresivas afectando a toda la población a lo largo de su vida, existiendo grupos que por sus condiciones económica y sociales son considerados de mayor riesgo. (1)

En orden de prevalencia tenemos que la caries dental, enfermedad periodontal y maloclusión son las principales patologías a nivel mundial en países de altos y bajos recursos, debemos de tomar en cuenta que la caries afecta a más de un 60% del total de la población mundial y de forma más pronunciada en países de nuestra región donde fácilmente supera el 80% de prevalencia, demostrando esto que las intervenciones de sectores públicos y privados aún son insuficientes para reducir su incidencia.(2)

El lugar donde desarrollamos este estudio es La parroquia Bellavista, en Cuenca, es una comunidad caracterizada por su diversidad social y activa participación en eventos locales. La población está compuesta mayormente por mestizos, aunque también existen comunidades indígenas y afrodescendientes que han mantenido sus tradiciones y costumbres a lo largo del tiempo. La estructura social se destaca por su fuerte sentido de comunidad, en la que se promueve la colaboración en actividades tanto culturales como económicas. Además, la parroquia es reconocida por su infraestructura comercial y por el dinamismo de sus habitantes, quienes desempeñan un papel clave en el desarrollo de la localidad a través de pequeños negocios y el comercio minorista. (3)

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO.

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.

El presente estudio se enmarca dentro de un diseño metodológico de tipo caso-control, cuyo objetivo principal es analizar si la inserción social constituye un factor de riesgo que influye en la percepción de la relación entre el profesional odontólogo y el paciente. La elección de este diseño permite comparar dos grupos: adultos con distintos niveles de inserción social, para identificar posibles diferencias significativas en la calidad del vínculo clínico.

Esta línea de investigación surge como una extensión del macroproyecto institucional sobre barreras en el acceso a los servicios odontológicos, desarrollado por el Departamento de Investigación de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca. La temática fue trabajada inicialmente en el Taller de Investigación del año 2025, donde se propuso el análisis de variables psicosociales y clínicas en contextos locales.

En ese marco, se definió como población de estudio a los adultos residentes en la parroquia Bellavista, un territorio caracterizado por su diversidad sociocultural y por desafíos en el acceso equitativo a la atención odontológica.

El problema de investigación que se plantea en este trabajo de titulación busca dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿Existe relación entre la Inserción social y la percepción de la relación entre el profesional odontólogo y el paciente en adultos de la parroquia bellavista 2024?

2. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio sobre la inserción social y la percepción de la relación entre el profesional odontólogo y el paciente en adultos de la parroquia Bellavista durante el año 2024 se justifica por su alta relevancia social, humana y científica. (3)

La relación entre el profesional de la salud bucal y sus pacientes constituye un aspecto esencial para lograr una atención odontológica integral, ética y empática. En comunidades como Bellavista, donde pueden existir limitaciones en el acceso a servicios de salud, la calidad del vínculo profesional-paciente puede marcar la diferencia en el nivel de confianza, la adherencia al tratamiento y, en última instancia, en la mejora de la salud bucal y la calidad de vida de la población. (4)

El trabajo aporta nuevos conocimientos sobre la percepción que tienen los adultos de esta comunidad frente a los servicios odontológicos, lo cual resulta esencial para fortalecer la práctica clínica con enfoque en salud pública. Además, es un tema poco explorado en contextos específicos como el de Bellavista. En cuanto a la viabilidad, este estudio se basa en herramientas como encuestas, entrevistas y análisis siendo autofinanciada y aprobada por el comité de ética de la Universidad Católica de Cuenca. Además, será llevado a cabo por estudiantes cursando el noveno ciclo, docentes y profesionales capacitados en investigación social y odontología comunitaria. El presente trabajo forma parte de un requisito para la obtención del título de odontóloga, fundamentado en el compromiso con una atención odontológica más humana, ética y cercana a las necesidades reales de la comunidad. (5)

Comprender cómo se percibe la relación entre el odontólogo y el paciente permite no solo mejorar la experiencia del usuario, sino también formar profesionales con mayor sensibilidad social, capaces de generar vínculos basados en la confianza, el respeto y la comunicación efectiva. (4,5)

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General:

- ✓ Asociar la inserción social y la percepción de la relación entre el profesional odontólogo y el paciente en adultos de la parroquia Bellavista

3.2. Objetivos específicos:

- ✓ Analizar la inserción social en habitantes de bellavista
- ✓ Analizar la percepción de la relación entre el profesional odontólogo y paciente en adultos de la parroquia Bellavista 2024

4. MARCO TEÓRICO.

4.1. Marco conceptual.

4.1.1 Enfoques conceptuales de la salud y sus determinaciones

Comprender la relación entre inserción social y la percepción de los profesionales de salud en odontología exige situarse dentro de los grandes enfoques que explican los procesos de salud-enfermedad. Durante décadas, los sistemas de salud se han estructurado principalmente bajo el paradigma de los determinantes sociales, es decir, aquellos factores que influyen directamente en la salud de los individuos y que se agrupan en categorías como educación, empleo, vivienda, acceso a servicios, entre otros. Esta mirada busca identificar factores de riesgo y condiciones de vida que pueden predecir resultados de salud, adoptando en muchos casos una lógica epidemiológica tradicional. (3)

Sin embargo, desde posturas más críticas, se ha promovido el concepto de determinación social de la salud, el cual, en lugar de observar los factores por separado, propone analizar los procesos históricos, económicos y estructurales que condicionan las formas de enfermar, atenderse y morir en distintas poblaciones. Este enfoque no se limita a establecer correlaciones estadísticas entre pobreza y enfermedad, sino que subraya cómo las desigualdades sociales están construidas y sostenidas por estructuras de poder. (3)

Desde esta perspectiva crítica, las condiciones sociales no son variables pasivas, sino factores activos que configuran la experiencia del paciente dentro del sistema de salud. Así, se vuelve imprescindible considerar el lugar que ocupa el sujeto dentro del entramado social para entender su relación con los servicios de atención, particularmente con el personal de salud bucal. (3)

4.1.2 La epidemiología crítica y su rol en el análisis de la salud

La epidemiología crítica, planteada desde autores latinoamericanos, representa una ruptura con la visión tradicional positivista. Su objetivo no es sólo describir y cuantificar, sino comprender los procesos de salud-enfermedad como parte de una realidad social compleja, influida por factores históricos, económicos y culturales. Esta corriente parte de la premisa de que las desigualdades en salud no son fallas técnicas, sino expresiones de una marcada desigualdad en los estratos sociales que han ido perpetuando esta tendencia. (6)

Desde la epidemiología crítica, el paciente no es un receptor pasivo de servicios, sino un sujeto situado históricamente, con derechos, saberes y experiencias. Esto implica repensar la manera en que se construye la relación profesional-paciente, especialmente en odontología, donde la

comunicación, la percepción de autoridad y la toma de decisiones están profundamente atravesadas por factores de percepción social. (3)

En el contexto del estudio en Bellavista, la epidemiología crítica permite indagar cómo la percepción que tienen los adultos de su odontólogo no depende únicamente de la calidad técnica del servicio, sino también de cómo se insertan ellos mismos en el tejido social, qué redes de apoyo poseen, y cuál es su historial de acceso a servicios de salud. (6)

4.1.3 Inserción social: concepto, factores y vínculos con la salud

El concepto de inserción social refiere al grado en que un individuo se encuentra integrado en la vida social, lo que incluye su participación en redes familiares, comunitarias, laborales, y su acceso a recursos básicos como salud, educación y vivienda. También implica aspectos subjetivos, como el sentido de pertenencia, la autoestima y la percepción de ser valorado y sentirse miembro considerado y participante dentro de la comunidad. (3)

Cuando una persona presenta un bajo nivel de inserción social, su riesgo frente a problemas de salud tiende a incrementarse, no sólo por limitaciones económicas, sino también por la dificultad para establecer relaciones estables con los servicios de atención. La falta de participación en espacios comunitarios o la ausencia de redes de apoyo suele traducirse en un escaso conocimiento de los propios derechos en salud, así como en una capacidad reducida para exigir una atención adecuada. Además, esta situación favorece una percepción más vertical o autoritaria del rol del profesional sanitario. (6)

Por el contrario, cuando un paciente está bien insertado socialmente, suele tener más herramientas para comunicarse con el odontólogo, cuestionar o participar en las decisiones clínicas, y mantener una relación de mayor horizontalidad. De este modo, la inserción social no es sólo un contexto externo, sino una variable que influye directamente en la calidad de la relación profesional-paciente. (6)

4.1.4 Relación odontólogo-paciente: confianza, comunicación y percepción

La relación entre el profesional de la salud y el paciente ha sido tradicionalmente asimétrica, especialmente en el campo odontológico. El modelo clásico, de corte paternalista, se basa en la autoridad del odontólogo como experto técnico, mientras que el paciente cumple un rol pasivo, obediente y agradecido. Sin embargo, este modelo ha sido cuestionado en las últimas décadas a favor de propuestas más participativas y empáticas. (7)

Hoy se reconoce que la calidad de la atención no depende únicamente del conocimiento técnico, sino también de aspectos como la comunicación efectiva, la empatía, el respeto por la autonomía del paciente y la construcción de confianza. Estos elementos son clave para mejorar la experiencia del paciente y su adherencia a los tratamientos. (7)

La percepción que un adulto tiene sobre su odontólogo está determinada, en gran parte, por su inserción social: un sujeto con alto nivel educativo y participación comunitaria puede dialogar de manera más abierta con el profesional, hacer preguntas, y hasta rechazar propuestas clínicas que no entienda o no comparta. En cambio, quienes tienen menor inserción social pueden asumir una

postura de sumisión, temor o dependencia, lo cual deteriora la relación clínica. (7)

4.1.5 Implicancias para la salud bucal comunitaria

Entender la inserción social como un factor que influye en cómo los pacientes perciben su relación con el odontólogo abre nuevas vías para intervenir en la salud bucal comunitaria. En localidades como la parroquia Bellavista, donde la integración social varía notablemente entre sus habitantes, es crucial diseñar programas odontológicos que incluyan educación comunitaria, fortalecimiento de redes sociales y formación en derechos sanitarios. Estas iniciativas pueden mejorar tanto la percepción que tienen los pacientes como el acceso y la calidad de los servicios odontológicos, contribuyendo a reducir barreras sociales y a fomentar una atención más equitativa y cercana a las necesidades reales de la comunidad. (7)

Los profesionales odontólogos deben recibir una formación adecuada para identificar y abordar los factores sociales que influyen en la interacción con sus pacientes. Tratar a todos de manera uniforme no garantiza la equidad, pues es fundamental reconocer las diferencias estructurales que pueden limitar la participación activa y crítica de ciertos usuarios en su atención. Esta capacitación debe incluir el desarrollo de habilidades comunicativas, empatía y una comprensión integral del contexto social, económico y emocional de cada paciente, para superar la tradicional visión biológica y paternalista que prevalece en la práctica odontológica y así mejorar la calidad y efectividad del cuidado bucal. (7)

Estudios como el desarrollado en Bellavista son clave para evidenciar cómo los lazos sociales influyen en la experiencia del paciente durante la atención odontológica. Esta comprensión permite diseñar intervenciones más sensibles, integradoras y centradas en respetar la dignidad del usuario, promoviendo así una atención más humana y efectiva que responda a las necesidades sociales y emocionales de la comunidad. (7)

4.1.6 Influencia de la inserción social en la percepción del odontólogo

La inserción social, definida como el nivel de participación de una persona en su comunidad, influye significativamente en la forma en que los pacientes se relacionan con los profesionales de salud, incluidos los odontólogos. Aquellos con baja inserción social, como personas en situación de pobreza, con bajo nivel educativo o sin redes de apoyo, suelen adoptar una actitud más pasiva frente a la atención odontológica, lo que limita su capacidad para tomar decisiones compartidas o expresar inquietudes durante el tratamiento. Por el contrario, quienes cuentan con una mayor integración social tienden a involucrarse de manera más activa, estableciendo relaciones más equitativas y horizontales con el profesional. (8)

Un estudio realizado en comunidades vulnerables de Latinoamérica evidenció que la confianza y la percepción positiva hacia el odontólogo aumentan cuando los pacientes participan en espacios comunitarios o han recibido educación sobre sus derechos en salud. Esto confirma que la inserción social no solo influye en el acceso a los servicios odontológicos, sino también en la

experiencia subjetiva que los usuarios tienen dentro de estos servicios, mejorando la relación y la satisfacción con la atención recibida. (9)

4.1.7 Determinantes sociales y salud bucal: vínculos estructurales

Los determinantes sociales como la educación, el ingreso económico, el empleo y las condiciones de vivienda están estrechamente relacionados con la salud bucal de la población. Estudios recientes muestran que las personas en situación de exclusión social presentan una mayor incidencia de caries, enfermedades periodontales y pérdida de dientes. Este fenómeno no es fortuito, sino que responde a desigualdades estructurales que limitan el acceso a información adecuada, servicios preventivos y tratamientos oportunos, lo que contribuye a mantener y profundizar las disparidades en salud bucal. (10)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha destacado que para mejorar la equidad en salud bucal es necesario implementar estrategias intersectoriales que aborden y reduzcan las condiciones de exclusión social. En contextos como Bellavista, donde coexisten diversos niveles de inserción social, las políticas públicas deben enfocarse en fortalecer el tejido comunitario como un componente esencial de una atención odontológica integral. Esto implica promover la participación activa de la comunidad, fomentar redes de apoyo social y garantizar que los servicios de salud bucal sean accesibles, inclusivos y sensibles a las realidades sociales de la población. (11)

4.1.8 Relación profesional-paciente en contextos de desigualdad

La relación entre odontólogo paciente puede verse significativamente afectada cuando existe una brecha social marcada. En zonas vulnerables, es común que los pacientes perciban al odontólogo como una figura autoritaria, lo que limita la comunicación efectiva y dificulta la adherencia a los tratamientos recomendados. Para superar esta barrera, se proponen estrategias centradas en la empatía, la escucha activa y la educación dialógica, con el objetivo de humanizar el contacto clínico. Estas prácticas fomentan un ambiente de confianza y respeto mutuo, facilitando una mejor comprensión, participación y compromiso del paciente en su propio cuidado bucal. (12)

En comunidades donde existe un bajo nivel de confianza hacia el sistema de salud, mejorar la comunicación interpersonal y promover la participación activa de los pacientes han demostrado ser estrategias efectivas para fortalecer la percepción que estos tienen del servicio y consolidar la relación con el profesional de salud. Estas acciones contribuyen a ofrecer una atención más equitativa y centrada en la persona, favoreciendo un ambiente de respeto, colaboración y empoderamiento que mejora los resultados en salud bucal y la satisfacción del paciente. (13)

4.1.9 Educación en salud bucal y empoderamiento comunitario

La educación en salud bucal se presenta como una herramienta eficaz para mejorar tanto la inserción social del paciente como su percepción del odontólogo. Revisiones sistemáticas han demostrado que los programas educativos intensivos, participativos y con apoyo comunitario no solo mejoran la higiene oral, sino que también incrementan la confianza de los pacientes y su capacidad para dialogar y tomar decisiones informadas durante la consulta odontológica. Estas intervenciones favorecen una relación más equitativa y colaborativa entre paciente y profesional, contribuyendo a una atención de mayor calidad y centrada en las necesidades reales de la comunidad. (14)

En el contexto de Bellavista, la implementación de programas de salud bucal diseñados mediante métodos participativos representa una herramienta poderosa para disminuir las barreras sociales que afectan la atención odontológica. Cuando los pacientes reconocen sus derechos y adquieren conocimientos preventivos, aumentan su seguridad y confianza al interactuar con el odontólogo, fomentando una dinámica de respeto mutuo y autonomía. Este enfoque contribuye a fortalecer la relación paciente-profesional y a mejorar la calidad y efectividad de los servicios de salud bucal en la comunidad. (15)

4.1.10 Competencias sociales del profesional odontológico

Más allá de las habilidades clínicas, los odontólogos deben cultivar competencias sociales y culturales, especialmente al atender a poblaciones diversas y con desigualdades históricas. La empatía, el respeto por las particularidades culturales, la escucha activa y la sensibilidad hacia la realidad socioeconómica del paciente son fundamentales para brindar una atención que fomente la humanización y la equidad en salud. Estas competencias permiten establecer relaciones de confianza y comprensión, mejorando la experiencia del paciente y contribuyendo a reducir las brechas en el acceso y la calidad de los servicios odontológicos. (16)

Se han propuesto modificaciones en los programas educativos de odontología para incluir formación en determinantes sociales y salud comunitaria, con el fin de preparar profesionales capaces de responder a las desigualdades sociales y fortalecer la relación con sus pacientes desde una perspectiva más sensible y ética. Esta formación integral permite que los odontólogos comprendan cómo factores como la educación, el ingreso económico y el entorno social influyen en la salud bucal, facilitando el diseño de intervenciones más efectivas y equitativas. En comunidades como Bellavista, donde existen marcadas desigualdades y diversidad social, esta preparación es clave para ofrecer una atención odontológica más justa, centrada en las necesidades reales de la población y que promueva la participación activa y el empoderamiento de los usuarios. (17)

4.2. ANTECEDENTES

Rojas Alcayaga y Misrachi Launert. En 2004, examinaron la relación entre el paciente y el dentista desde la perspectiva del significado psicológico de la boca. Determinaron que la interacción clínica está marcada de manera significativa por los aspectos emocionales y sociales del paciente, y no únicamente por las técnicas odontológicas empleadas. (18)

Una revisión realizada por Armfield y Heaton en 2013 sobre el manejo del miedo y la ansiedad en el entorno odontológico destaca que establecer una relación fundamentada en la confianza, la empatía y una comunicación efectiva entre el profesional y el paciente es clave para disminuir el temor y favorecer la adherencia al tratamiento. (19)

Mejía y colaboradores en 2016, realizaron un estudio comparativo entre comunidades indígenas y no indígenas, destacando cómo los determinantes sociales afectan directamente la percepción que se tiene del profesional odontólogo y el acceso a los servicios de salud bucal. Estos factores incluyen aspectos socioeconómicos, culturales y geográficos que influyen en la disponibilidad y calidad de la atención odontológica recibida por las poblaciones indígenas, quienes enfrentan barreras como la marginación social, diferencias lingüísticas y dificultades de acceso a los servicios de salud, lo que impacta negativamente en su salud bucal. (20)

Kwon y su equipo en el 2022 encontraron una relación directa entre el nivel de apoyo social y la percepción que los adultos mayores tienen sobre su salud bucal. Aquellas personas con mayor integración social reportaron mejores condiciones orales y una valoración más favorable de los servicios odontológicos recibidos. (21)

Li y col. En 2022 demostraron que diversos factores psicosociales, como el optimismo, el apoyo social y la calidad de vida, tienen un impacto significativo tanto en la autopercepción de la salud bucal como en la dinámica de la relación entre el paciente y el profesional odontólogo. (22)

La Organización Mundial de la Salud. En 2022, publicó un informe global que reconoce que para lograr la equidad en salud bucal es fundamental implementar estrategias que fortalezcan la participación comunitaria y reduzcan las desigualdades sociales. El documento enfatiza que la inserción social de las personas influye de manera directa tanto en el acceso a los servicios odontológicos como en la calidad percibida de estos, resaltando la importancia de desarrollar políticas integrales que aborden estos determinantes sociales para mejorar la salud bucodental a nivel mundial. (23)

En el contexto ecuatoriano, Parise-Vasco et al. (2020) exploraron las barreras sociales que limitan el acceso a los servicios odontológicos en poblaciones vulnerables, evidenciando que una baja inserción social genera en los pacientes una actitud distante, pasiva o temerosa hacia el profesional odontólogo. Esta situación refleja cómo las condiciones sociales influyen en la percepción y la relación con el odontólogo, dificultando el acceso y la efectividad de la atención en salud bucal. Además, se señala que estas barreras están relacionadas con factores socioeconómicos, geográficos y estructurales que afectan la disponibilidad y calidad de los servicios odontológicos en estas comunidades. (24)

Desde la Universidad Católica de Cuenca, se han llevado a cabo investigaciones dentro de un macroproyecto enfocado en las barreras para acceder a servicios odontológicos. Estos estudios han servido como base para investigaciones de tipo caso-control, como la presente, que buscan establecer relaciones entre variables sociales y la percepción clínica en áreas específicas, como el sector de Bellavista. (26)

5. HIPÓTESIS

Existe asociación entre variables de inserción social y la relación profesional paciente en adultos de la parroquia bellavista 2024.

**CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO
OPERACIONAL.**

1. MARCO METODOLÓGICO.

Enfoque: El presente estudio se enmarca en un enfoque cuantitativo, ya que busca medir la relación entre la inserción social y la percepción de la relación odontólogo-paciente mediante la recolección y análisis de datos numéricos a través de instrumentos estandarizados. (25)

Diseño de Investigación: El diseño de investigación es de tipo caso-control, dado que se compara a dos grupos de adultos: aquellos con alta inserción social frente a aquellos con baja inserción social, evaluando su percepción sobre la relación con el profesional odontólogo. (25)

Nivel de investigación: El nivel de investigación es relacional, ya que pretende identificar y analizar la posible relación existente entre dos variables: la inserción social y la percepción de la relación odontólogo-paciente. (25)

Tipo de Investigación:

- **Por el ámbito:** La investigación es **de campo**, debido a que la información será recolectada directamente de los adultos de la parroquia Bellavista, a través de encuestas aplicadas en su entorno natural. (25)
- **Por la técnica:** Es una investigación **observacional** y **comunicacional**, en su modalidad de **encuesta** estructurada. (25)
- **Por la temporalidad:** El estudio es transversal actual, dado que se recopilarán los datos en un solo momento en el tiempo, durante el año 2024. (25)

2. POBLACIÓN Y MUESTRA.

Adultos que residen en la parroquia urbana de Bellavista del cantón Cuenca -Azuay, con edades entre 18 y 64 años.

Se ha obtenido información del censo realizado por INEC, que indica una población de 360258 habitantes adultos comprendidos entre 18 y 64 años en la parroquia de Bellavista. (26)

2.1. Criterios de selección: (25)

2.1.a. Criterios de inclusión: Se incluirán adultos comprendidos entre 18 y 64 años que residan en la parroquia Bellavista de la Ciudad de Cuenca en los últimos 5 años. Adicionalmente, se incluirán a los adultos que cuenten con el consentimiento informado firmado por ellos mismos.

2.1.b. Criterios de exclusión:

- Se excluirán a los adultos con enfermedades sistémicas, problemas de locomoción, traumas psicológicos, además de profesionales relacionados con la salud que se puedan proporcionar su propia medicación.
- Se excluirá también del estudio a mujeres gestantes, en periodo de lactancia.
- Se excluirán personas con discapacidad y otras condiciones de vulnerabilidad.

Tamaño de la muestra:

El tamaño de la muestra se calculó mediante el programa Open Epi, que se muestra a continuación:

El tamaño mínimo de muestra se calculó en 384 unidades a ser encuestadas, para lograr un 95% de confianza. (25)

Inicio	Introducir datos	Resultados	Ejemplos	Ayuda																
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)(<i>N</i>):360258																				
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (<i>p</i>): 50%+/-5																				
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/-%)(<i>d</i>): 5%																				
Efecto de diseño (para encuestas en grupo- <i>EDFF</i>): 1																				
Tamaño muestral (<i>n</i>) para Varios Niveles de Confianza																				
<table border="1"><thead><tr><th>IntervaloConfianza (%)</th><th>Tamaño de la muestra</th></tr></thead><tbody><tr><td>95%</td><td>384</td></tr><tr><td>80%</td><td>165</td></tr><tr><td>90%</td><td>271</td></tr><tr><td>97%</td><td>471</td></tr><tr><td>99%</td><td>663</td></tr><tr><td>99.9%</td><td>1080</td></tr><tr><td>99.99%</td><td>1508</td></tr></tbody></table>					IntervaloConfianza (%)	Tamaño de la muestra	95%	384	80%	165	90%	271	97%	471	99%	663	99.9%	1080	99.99%	1508
IntervaloConfianza (%)	Tamaño de la muestra																			
95%	384																			
80%	165																			
90%	271																			
97%	471																			
99%	663																			
99.9%	1080																			
99.99%	1508																			
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																				

3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

A	B	C	D	E	F	G	H	I
Variable	Def. Teorica	Def. Operativa	Dimensiones	Indicador	T. Estadístico	Escala	Dato	Instrumento
Relacion odontologo paciente (dependiente)	La comunicación entre el paciente y el clínico puede mejorar la calidad de la atención, la satisfacción del paciente y el cumplimiento del tratamiento	El CAT consta de 15 afirmaciones como 'me animó a hacer preguntas', 'me dio toda la información que quería' y 'pasó la cantidad adecuada de tiempo conmigo'. Solo toma unos minutos completarlo y, por lo tanto, es de mínima incomodidad para los pacientes y ha sido probado y validado en entornos médicos y dentales	Cualquier paciente de 10 años o más que asistiera al departamento de ortodoncia para tratamiento o consulta fue elegible para la inclusión.	Frecuencia%	Cualitativa nominal	Nominal	Malo Regular Bueno Muy bueno Excelente	La encuesta se realizo mediante el analisis del CAT
Insoc (independiente)	Ingreso percapita	Cuanto de ingreso percibe la familia y cuantos dependen de ello	Dueños de una empresa: Empresario Microempresario Productores de subsistencia Campesino medio Campesino de subsistencia Trabajador de una empresa: Directivos Profesionales y técnicos superiores Empleados administrativos Obreros Empleados domesticos Empleados Subsalaridados Desempelados Migrante	frecuencia%	Cualitativa Ordinal	Ordinal	Dueños de una empresa: Empresario Microempresario Productores de subsistencia Campesino medio Campesino de subsistencia Trabajador de una empresa: Directivos Profesionales y técnicos superiores Empleados administrativos Obreros Empleados domesticos Empleados Subsalaridados Desempelados Migrante	Encuesta INSOC

4. INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS (23)

4.1. Instrumentos documentales:

Se utilizó el análisis de CAT el cual consta de 16 preguntas las cuales se responden con 2 (justo) 3 (bueno) 4 (muy bueno) 5 (excelente). (1)

4.2. Instrumentos mecánicos.

- Computadora
- Tablero
- Esfero

4.3. Materiales:

- Fotocopias de la encuesta

4.4. Recursos:

Fotocopias:4\$

5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.

5.1. Ubicación espacial.

La recolección de datos se llevará a cabo de manera presencial en la parroquia Bellavista, está ubicada en la ciudad de Cuenca tiene la siguiente delimitación: parte desde la prolongación norte de la avenida del Chofer y su intersección con el Límite Urbano en sentido oriental por los Límites Urbanos hasta interceptar con la vereda occidental de la avenida Miraflores; desde este punto en dirección sur sigue por la vereda occidental de la avenida Miraflores hasta su encuentro con la vereda norte de la avenida Circunvalación, y realizando un giro en sentido occidental, conecta con la prolongación de la vereda occidental de la calle Mariano Cueva; desde este punto continúa en dirección sur por la vereda occidental de la calle Mariano Cueva hasta el cruce con la vereda norte de la Carrera Vega Muñoz; sigue por la vereda norte de la carrera Vega Muñoz en sentido occidental, hasta la vereda oriental de la calle Abraham Sarmiento; continúa en sentido norte por la vereda oriental de esta calle, cruza la avenida de Circunvalación, con una línea imaginaria hasta empatar con la vereda oriental de la avenida del Chofer y concluye en la prolongación de esta avenida y la intersección con el límite establecido en el Plano Director

del Desarrollo Urbano de Cuenca. (26)

5.2. Ubicación temporal.

La investigación se realizó en el mes de noviembre del 2024, recolectando datos de encuestas que reflejan el nivel de ansiedad al tratamiento odontológico. (26)

5.3. Procedimientos de la toma de datos.

Se tuvo una capacitación previa para llenado correcto de la encuesta, de igual forma charlas de como encuestar en grupo para evitar cualquier eventualidad.

La Ubicación de la parroquia Bellavista se realizó mediante un mapa digital, luego se dividió en cuadras y calles, se asignó manzanas a cada uno de los subgrupos de encuestadores, con esto se procedió a tomar los datos en cada sector.

El encuestador se presentó y explico de qué se trata el estudio, los objetivos y la encuesta y pidió que le ayuden con la respuesta de las diversas preguntas del cuestionario, comprometiéndose a participar voluntariamente en este Proyecto, firmando el consentimiento informado.

El encuestador inicio preguntando datos generales, seguido de las preguntas que nos llevan al estudio. Luego de la recolección de los datos estos fueron ingresados de manera sistemática al programa Epi –info. obteniendo de esta manera la base de datos de la parroquia Bellavista. (28)

6. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

Primero se sacará la frecuencia de la variable INSOC con gráficos de barras, a continuación se sacara la frecuencia de la variable de niveles de relación odontólogo paciente y finalmente la prueba estadística de chi cuadrado para ver la asociación entre el INSOC y la relación odontólogo paciente. (28)

7. ASPECTOS BIOÉTICOS.

El avance de esta investigación se basa en los principios esenciales de la bioética, los cuales son cruciales para el comportamiento ético en proyectos que involucran a individuos. El estudio se enfoca en la inclusión social y en la manera en que se entiende la relación entre el dentista y el paciente. Estos principios adquieren una importancia particular en el marco de este análisis, dado que se explora un componente humano, subjetivo y social del cuidado de la salud. (25)

1. **Autonomía:** Se respeta al paciente permitiéndole decidir libremente mediante un consentimiento informado claro y voluntario, basado en información comprensible.
2. **No maleficencia:** Se evita causar daño al paciente, protegiendo sus datos personales mediante el anonimato y la confidencialidad en todo momento.
3. **Beneficencia:** Se actúa en beneficio del paciente, guiándolo según sus necesidades y brindándole apoyo e información adecuada a su condición.
4. **Justicia:** Se garantiza un trato equitativo para todos, asegurando que el estudio o atención sea accesible sin discriminación ni favoritismos.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Stonehouse-Smith D, Pandis N, Bister D, Seehra J. Clinical communication in orthodontics: Any questions? *J Orthod*. 2022;49(4):448–456 [citado 13 de junio de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/14653125221084314>
2. Parise-Vasco JM, Zambrano-Achig P, Viteri-García A, Armas-Vega A. [Título del informe o artículo] [Internet]. Quito: Universidad UTE; Centro de Investigación en Salud Pública y Epidemiología Clínica (CISPEC); 2020 Jul 9 [citado 2025 abr 29]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/326812577.pdf>
3. Morales C, Borde E, Eslava JC, Concha-Sánchez S. Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Rev Salud Pública*. 2013;15(6):797–808. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n6/v15n6a03.pdf>
4. Zhao K, Nguyen TV, Flood VM, Schwendicke F. Psychosocial factors, dentist-patient relationships, and oral health-related quality of life: a structural equation model. *Health Qual Life Outcomes*. 2023;21:45. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12955-023-02214-x>
5. Lee J, Divaris K. Developing socially accountable dentists: curriculum innovations for addressing health disparities. *J Dent Educ*. 2022;86(7):869–78. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/jdd.12900>
6. Sánchez L, Trovat-Ascanio V, Araque M, Parra J, Ron M. Determinación social versus los determinantes sociales. Reflexiones desde la mirada de la epidemiología crítica. *Revista Inclusiones*. 2019;6(Esp):38–51. Disponible en: <https://revistainclusiones.org/index.php/inclu/article/view/2047>
7. Rojas Alcayaga G, Misrachi Launert C. La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca. *Av Odontoestomatol* [Internet]. 2004 Ago [citado 2025 Abr 24]; 20(4): 185-191. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852004000400003&lng=es.
8. Obeidat R, Heaton LJ, Tranby EP, et al. Social determinants of health linked with oral health in a representative sample of U.S. adults. *BMC Oral Health*. 2024;24:1518. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12903-024-05257-8>.
9. Vignola R, Lins F, Pérez L, et al. Community participation and trust in oral health professionals: a qualitative study in Latin America. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(8):5423. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph20085423>

10. Li Y, Zhang X, Wu Y, et al. Association between social determinants of health and periodontitis: a population-based study. *BMC Public Health*. 2025;25:1398. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22416-w>.
11. World Health Organization. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: WHO; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061484>
12. Ho JCY, Chai HH, Luo BW, Lo ECM, Huang MZ, Chu CH. An overview of dentist–patient communication in quality dental care. *Dent J (Basel)*. 2025;13(1):31. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/dj13010031>
13. Keen JA, Bergus GR, Hilts LJ. A typology of empathic communication strategies in dental visits. *Patient Educ Couns*. 2025;107(2):315–21. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC12006693/>
14. Petersen PE, Kwan S. Effectiveness of oral health education programs: a systematic review. *BMC Oral Health*. 2014;14:123–35. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4000911/>
15. CareQuest Institute for Oral Health. Oral health equity facts. *CareQuest Blog*. 2023. Disponible en: <https://www.carequest.org/topics/health-equity>.
16. Elheeny SS, Hussein AS, Elhassan YM, Mohamed HG, Galgut PN. Empathy in dental students and attitudes toward older adults. *BMC Oral Health*. 2024;24:267. Disponible en: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-024-04267-w>
17. Lee J, Divaris K. Developing socially accountable dentists: curriculum innovations for addressing health disparities. *J Dent Educ*. 2022;86(7):869–78. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jdd.12900>
18. Rojas Alcayaga G, Misrachi Launert C. La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca. *Av Odontoestomatol*. 2004 Ago;20(4):185–91. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852004000400003
19. Armfield JM, Heaton LJ. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. *Aust Dent J*. 2013;58(4):390–7. doi:10.1111/adj.12118.
20. Mejía GC, Parker EJ, Jamieson LM. An introduction to oral health inequalities among Indigenous and non-Indigenous populations. *Health Promot J Austr*. 2016;27(1):1–3. doi:10.1071/HE15144.

21. Kwon H, Ju YJ, Kim Y, Lee SY. The association between social support and self-rated oral health status in older adults. *Gerodontology*. 2022;39(1):28–34. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ger.12540>
22. Li KY, Kaye EK, Garcia RI. Psychosocial factors and oral health: an examination of optimism, social support, and quality of life in young adults. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2022;50(1):80–7. doi:10.1111/cdoe.12674. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cdoe.12674>
23. World Health Organization. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: WHO; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061484>
24. Parise-Vasco JM, Zambrano-Achig P, Viteri-García A, Armas-Vega A. [Título del informe o artículo]. Quito: Universidad UTE; Centro de Investigación en Salud Pública y Epidemiología Clínica (CISPEC); 2020 Jul 9. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/326812577.pdf>
25. Villavicencio Caparó E, Cuenca LEON K, Velez Leon EM, Sayago Heredia J, Cabrera Duffaut A. Pasos para la planificación de una investigación clínica. *Odontol. Act*. 2016;1(1):72–5. Disponible en:

<https://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/186>
26. Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Cuenca. Ordenanza de División de las Parroquias Urbanas de la Ciudad de Cuenca [Internet]. Cuenca: GAD Municipal de Cuenca; 1982 [citado 2025 jun 2]. Disponible en: <https://www.cuenca.gob.ec/node/8780>
27. Villavicencio Caparó E. El tamaño muestral para la tesis. ¿Cuántas personas debo encuestar? *Odontol. Act*. [Internet]. 7 de marzo de 2018 [citado 13 de junio de 2025];2(1):59-62. Disponible en: <https://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/175>
28. Villavicencio-Caparó E, Lima-Illescas M, Cuenca-León K, Patiño-Ramón E, Pacheco-Quito E. ¿Cómo escoger la prueba estadística? Manejo de datos parte 2. *Odontol. Act*. [Internet]. 5 de mayo de 2023 [citado 2 de julio de 2025];8(2):53-66. Disponible en: <https://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/885>