



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

“CARRERA ODONTOLOGÍA”

NEGLIGENCIA EN EL CUIDADO BUCAL EN ADULTOS DE 18 A
44 AÑOS, DE LA PARROQUIA YANUNCAY, CUENCA- ECUADOR
2017.

TRABAJO DE TITULACIÓN
PREVIO A LA
OBTENCIÓN DE TÍTULO DE
ODONTÓLOGA

AUTOR/A: Carrión Jaramillo, Katherine Elizabeth

TUTOR/A: Pariona Minaya, María del Carmen

CUENCA

2018

DECLARACIÓN:

Yo, Carrión Jaramillo Katherine 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 propiedad intelectual, por su reglamento y normatividad institucional vigente.

.....

Carrión Jaramillo, Katherine Elizabeth

Autor/a

C.I: 0704411297

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de titulación denominado “NEGLIGENCIA EN EL CUIDADO BUCAL EN ADULTOS DE 18 A 44 AÑOS, DE LA PARROQUIA YANUNCAY, CUENCA- ECUADOR 2017.” realizado por CARRIÓN JARAMILLO KATHERINE ELIZABETH, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera Odontología, de la Unidad Académica de la Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que está expedito para su presentación.

Cuenca, Julio 2018

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.
Coordinador Departamento de Investigación

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Dra. Liliana Encalada Verdugo.

COORDINADORA DE UNIDAD DE TITULACIÓN – CARRERA ODONTOLÓGICA.

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado “NEGLIGENCIA EN EL CUIDADO BUCAL EN ADULTOS DE 18 A 44 AÑOS, DE LA PARROQUIA YANUNCAY, CUENCA- ECUADOR 2017.” realizado por CARRIÓN JARAMILLO KATHERINE 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, Julio 2018

.....

Od. Esp: Pariona Minaya, María del Carmen

DEDICATORIA

A Dios y a mi familia, por prestarme salud y sabiduría para poder afrontar las adversidades diarias en mi carrera.

Y de manera muy especial a mi hija Carolina Pacheco, quien me dio la fortaleza y sobre todo esa inspiración para seguir adelante y lograr mi objetivo.

EPÍGRAFE

"Sueña cuando acaba el día,
Sueña y tus sueños podrían hacerse realidad,
Las cosas nunca son tan malas como parecen,
Así que sueña, sueña, sueña."

Philip Roth

AGRADECIMIENTOS

A mi madre por brindarme siempre el apoyo necesario en cada etapa de mi vida, por ser la mejor mujer y madre que Dios me ha podido dar.

A mis hermanos por guiarme en esta vida para ser una persona de bien y luchar por mis metas.

A la Dra. María del Carmen Pariona por su tiempo, paciencia y tan acertada ayuda en el presente trabajo de titulación.

LISTA DE ABREVIATURAS.

OMS: Organización mundial de la salud

DN: Negligencia dental

INEC: Instituto nacional de estadísticas y censos.

ÍNDICE

Capítulo I.....	15
Planteamiento teórico.....	15
1. Planteamiento de la investigación.....	16
2. Justificación.....	17
3. Objetivos.....	18
3.1. Objetivo general:.....	18
3.2. Objetivos específicos:.....	18
4. Marco teórico.....	19
4.1. Bases teóricas.....	19
4.1.1. Salud bucodental.....	19
4.1.2.a. Concepto.....	19
4.1.3. Higiene oral.....	19
4.1.4. Negligencia dental basada en el tipo de cuidado.....	20
4.1.5. Escala de negligencia dental.....	21
4.1.6. La boca y el individuo.....	21
4.1.7. El descuido como la principal preocupación.....	22
4.1.8. Impacto de la negligencia dental.....	22
4.1.9 impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos.....	22
4.1.10. Efectos psicosociales de las enfermedades dentarias por deficiencia de higiene dental o negligencia propia.....	23
4.1.11. Nivel de instrucción sobre el cuidado de la salud bucal.....	23
4.1.13. La negligencia y la alfabetización en la salud oral.....	24
4.1.14. Negligencia en el embarazo.....	24
4.1.15. Negligencia en personas con discapacidad.....	25
4.1.16. La boca y la economía en relación a la atención odontológica.....	25
4.1.17. La promoción de salud como mecanismo para elevar la cultura sanitaria.....	25
4.1.18. Negligencia dental en pacientes con tratamiento de ortodoncia.....	25
4.1.18. La otra cara de la ortodoncia en pacientes negligentes.....	26
4.1.19. Tratamiento a la negligencia al cuidado bucal.....	26
4.1.19. a. Gestión preventiva realizada por el equipo dental.....	27
4.1.19. b. Gestión preventiva de múltiples agencias.....	27
4.2. Antecedentes de la investigación.....	28
Capítulo II.....	36
Planteamiento operacional.....	36
1. Marco metodológico.....	37

2. Población y muestra.....	37
2.1. Criterios de selección.....	37
2.2. Tipo de muestreo.....	37
2.3. Tamaño de muestra	37
3. Operacionalización de las variables	39
4. Instrumentos, materiales y recursos para la recolección de datos.....	40
4.1. Materiales	40
4.2. Recursos.....	40
5. Procedimiento para la toma de datos.....	40
5.1. Ubicación espacial.....	40
5.2. Ubicación temporal.....	40
6. Procedimientos para el análisis de datos	41
7. Aspectos bioéticos leerá cuáles son los aspectos bioéticos	41
Capítulo III	42
Resultados, Discusión y Conclusiones	42
1. Resultados.....	43
2. Discusión	48
3. Conclusiones.....	50
Bibliografía.....	51
Anexos	55

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1.....	44
Gráfico N°1.....	45
Tabla N°2.....	46
Tabla N°3.....	47
Tabla N°4.....	48

RESUMEN

OBJETIVO: Establecer el grado de negligencia en el cuidado bucal en adultos de 18 a 44 años, de la parroquia Yanuncay, Cuenca- Ecuador 2017. **MATERIALES Y MÉTODOS:** la metodología que se aplicó fue cuantitativa- cualitativa, diseño descriptivo, transversal y retrospectivo. La muestra se obtuvo mediante la aplicación de encuestas cuyos datos fueron registrados en el programa EPIINFO. **RESULTADOS:** Los resultados obtenidos fueron que el nivel de negligencia de para ambos sexos es en iguales proporciones masculino 50% y femenino 50%. De igual manera para el nivel de negligencia de acuerdo al el nivel de instrucción es de 56% en alto nivel de instrucción y 44% en bajo nivel de instrucción. Comprobando de esta manera que el alto nivel de instrucción es más negligente que el bajo nivel de instrucción, se pudo evidenciar según las edades agrupadas que de 18 a 20 existe un nivel de negligencia del 16%, de 21 a 30 un nivel de negligencia del 48%, de 31 a 40 un nivel de negligencia del 27% y de 41 a más un nivel de negligencia del 9%. Comprobando de esta manera que entre las edades de 21 a 30 son más negligentes con un 48%. **CONCLUSIÓN:** la frecuencia de la negligencia al cuidado dental se evidencio un alto porcentaje en las personas en las edades comprendidas de 18 a 44 años de la parroquia Yanuncay de la ciudad de Cuenca.

Segunda, según la relación de la negligencia y el sexo se determinó que el nivel de negligencia en hombres y mujeres es proporcional, con un 50% en mujeres y un 50% en hombres. Tercera, el nivel académico con un aumento significativo de negligencia al cuidado bucal que predomina es el grupo catalogado como alto correspondiente a (técnica/universitaria). Cuarta, la relación de la negligencia y la edad se determinó una elevada prevalencia de negligencia entre las edades de 21 a 30 años.

PALABRAS CLAVES: Negligencia, Dental, Adulto, Descuido.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To establish the degree of negligence in oral care in adults aged 18 to 44 years, from Yanuncay parish, Cuenca-Ecuador 2017. **MATERIALS AND METHODS:** the methodology applied was quantitative-qualitative, descriptive, transversal and retrospective design. The sample was obtained through the application of surveys whose data were recorded in the EPIINFO program. **RESULTS:** The results obtained were that the level of negligence of both sexes is in equal proportions male 50% and female 50%. Similarly, for the level of negligence according to the level of instruction is 56% in high level of instruction and 44% in low level of instruction. Checking in this way that the high level of instruction is more negligent than the low level of instruction, it was possible to show according to the grouped ages that from 18 to 20 there is a level of negligence of 16%, from 21 to 30 a level of negligence of the 48%, from 31 to 40 a negligence level of 27% and from 41 to a level of negligence of 9%. Checking in this way that between the ages of 21 to 30 are more negligent with 48%. **CONCLUSION:** the frequency of negligence to dental care was evidenced by a high percentage of people aged between 18 and 44 years of Yanuncay parish in the city of Cuenca.

Second, according to the relationship of negligence and sex, it was determined that the level of negligence in men and women is proportional, with 50% in women and 50% in men. Third, the academic level with a significant increase in the neglect of body care that predominates in the group classified as high corresponding to (technical / university). Fourth, the relationship of negligence and age was determined a prevalence of negligence between the ages of 21 to 30 years.

KEYWORDS: Negligence, Dental, Adult, Neglect.

INTRODUCCIÓN

La organización mundial de la salud (OMS) negligencia hace referencia a la falta de autocuidado para el desarrollo normal del individuo. La negligencia en la mayoría de los casos ocurre en donde los recursos no son los suficientes para la familia. ¹

Negligencia dental se define como las actitudes y comportamientos que pueden llegar a tener resultados perjudiciales para la salud bucal de la persona. Es falta de conocimiento de la salud bucal para mantenerla en buen estado.²

Un nivel de conocimiento muy bajo sobre salud bucal en los pacientes, debido a la falta de preocupación por brindar una adecuada orientación tanto en el hogar como en la escuela formara un joven y consecutivamente un adulto que difícilmente considerara su salud bucal como una prioridad en su vida, colocara en segundo plano los elementos de higiene bucal y es muy probable que presente una higiene bucal deficiente.³

Descuido que deriva una serie de complicaciones como: caries dental, placa bacteriana, gingivitis, periodontitis las cuales después repercuten en el estilo de vida ya que pueden presentarse con dolor, mal aliento y varias molestias generales que interfieren en sus labores diarias.²

Los servicios de la salud oral es un significativo juicio de equidad, las razones sociales, económicas, sanitarias y políticas del acceso a los servicios de salud bucal, se puede ver afectado por la condición social o por negligencia propia.²

La mejor forma de mantener una sonrisa y dientes saludables es permanecer con los buenos hábitos bucales adquiridos, y por lo tanto la higiene bucal debe ser inquebrantable.⁴

Es por eso que el propósito de mi proyecto el grado de negligencia en el cuidado bucal de adultos de 18 a 44 años de la parroquia Yanuncay.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

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

Todos estos factores pueden ocasionar un quebranto en la salud física y psicológica y en este caso en la salud buco-dental llevando al adulto joven a problemas más complejos que se agravan con el paso del tiempo.

De lo antes estipulado se puede formular la problemática: ¿Conocer el grado de negligencia en el cuidado bucal en adultos de 18 a 44 años, de la parroquia Yanuncay, Cuenca - Ecuador 2017?

2. JUSTIFICACIÓN

La atención odontológica es parte importante integral de la salud general del individuo, se ha determinado que los adultos jóvenes sufren de diferentes enfermedades bucodentales debido a su bajo nivel de instrucción, bajo nivel socioeconómico y negligencia propia lo que provoca que no asistan a recibir el tratamiento odontológico que requieren.

Descuido que deriva una serie de complicaciones como: caries dental, placa bacteriana, gingivitis, periodontitis las cuales después repercuten en el estilo de vida ya que pueden presentarse con dolor, mal aliento y varias molestias generales que interfieren en sus labores diarias.

Debido a la negligencia al cuidado dental, se realiza el presente trabajo investigativo en adultos de 18 y 44 años, de la parroquia Yanuncay con la finalidad de analizar y medir la negligencia en el cuidado dental mediante un estudio epidemiológico.

El presente estudio presenta originalidad, ya que no existen otros estudios realizados, lo que servirá como patrón inicial a los profesionales de la salud y como base para posteriores estudios e investigaciones.

El estudio es viable ya que cuenta con los recursos humanos, económicos, materiales y tecnológicos para que se realice con éxito.

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

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General:

- ✓ Establecer el grado de negligencia en el cuidado bucal en adultos de 18 a 44 años, de la parroquia Yanuncay, Cuenca- Ecuador 2017.

3.2. Objetivos Específicos:

- ✓ Identificar el nivel de negligencia en el cuidado dental según el sexo.
- ✓ Conocer el nivel de negligencia en el cuidado dental según el nivel de instrucción.
- ✓ Conocer el nivel de negligencia en el cuidado dental según la edad.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. BASES TEÓRICAS

4.1.1. SALUD BUCODENTAL

Donna E. señala que la salud general y bucal no deben ser mencionados de forma separada ya que son integrales para los individuos y su bienestar, al referirnos de la salud bucal, no solo se refiere a gozar de una excelente salud oral y una buena calidad de vida, sino que se define como la ausencia de caries, cáncer de boca, dolor, enfermedades periodontales, infecciones y pérdida de dientes que van a causar la incapacidad de sonreír, hablar, masticar y su bienestar psicosocial.^{4,5}

4.1.2. NEGLIGENCIA DENTAL

4.1.2.a. CONCEPTO

Se define como actitudes y comportamientos indiferentes que tienen resultados perjudiciales para la salud dental del individuo. Es decir, es falta de conocimiento para el adecuado mantenimiento de la misma.⁶

Es el incumplimiento de la atención odontológica para el debido mantenimiento de la salud bucal, asociada a una serie de resultados negativos que afectan el funcionamiento de la salud bucal y la salud general.⁶

Tiene un origen cultural, étnico, educativo y religioso que se asocia con al analfabetismo que se asocia a la clase socioeconómica baja, descuido propio y falta de chequeos odontológicos de rutina.⁷

El descuido dental es una forma de negligencia médica, la mayoría son culpables de cierta negligencia en el descuido del cuidado personal, como por ejemplo se es consciente que el tabaco es dañino para la salud en general y oral y, sin embargo, se persiste en el hábito de fumar.⁸

La base principal en el currículo educativo debe ser la educación sobre la salud dental, para educar a los jóvenes sobre las diversas enfermedades dentales que pueden padecer sino cuidan su salud bucal y toman las precauciones necesarias desde la infancia ya que la higiene dental está relacionada con la conducta de la persona afectada.⁸

4.1.3. HIGIENE ORAL

Vinculada con los aspectos de preocupación y comportamiento de las personas ya que el aspecto físico es lo más importante para ellos. La negligencia dental puede o no estar en íntima relación con el tipo de ocupación, clase económica, analfabetismo las cuales pueden ser un predominio de las enfermedades bucales.⁴

Las enfermedades orales son las más costosas en relación con el estilo de vida laboral, la Organización mundial de la salud declara que la negligencia solo puede ocurrir en casos donde las familias presentes circunstancias de pobreza, en donde los recursos no están disponibles para la familia.⁹

La negligencia en el autocuidado bucal se clasifica:

- **Negligencia activa:** Irresponsabilidad premeditada para cumplir con el cuidado adecuado de higiene dental.⁶
- **Negligencia pasiva:** Irresponsabilidad involuntaria para cumplir con las responsabilidades por parte de los tutores.⁶
- **Negligencia al autocuidado bucal:** discapacidad física o mental que imposibilita el autocuidado de la salud oral.⁶

El aumento de la autonomía en la adolescencia hasta llegar a la adultez también puede significar que mantengan una inadecuada atención oral por lo que son negligentes con su cuidado bucal, ya sea al no visitar periódicamente al dentista o al no mantener buenas prácticas de cuidado en el hogar.¹⁰

4.1.4. NEGLIGENCIA DENTAL BASADA EN EL TIPO DE CUIDADO

- **Negligencia en prevención dental**

Es ocasionada por las malas prácticas de higiene oral (no tratar dolor dental, heridas traumáticas y caries dentales).⁹

- **Negligencia de tratamiento dental**

En la mayoría de los casos se trata de caries no tratadas o heridas traumáticas dentales por lo que la persona tiene un problema, pero ignora la causa.⁹

- **Negligencia dental particular y general**

El desinterés y la negligencia por parte de los pacientes por continuar un tratamiento dental para mantener su salud oral en perfectas condiciones y asegurarse de eliminar la enfermedad y dolor. También se define como el fracaso de no tomar las medidas necesarias para mantener la salud oral, abandono físico al no obtener cuidado dental necesario.⁹

Estudios han confirmado que la mala salud bucal es por falta de conocimientos, violencia doméstica y pobreza, de igual manera que las familias más negligentes a menudo tienen dificultad con el dinero, carencia de la confianza sobre el futuro, inmadurez emocional, ignorancia.¹⁰

4.1.5. ESCALA DE NEGLIGENCIA DENTAL

En el año de 1996, Thompson W et al,²¹ desarrollo una prueba de escala de siete elementos en la ciudad metropolitana de Adelaine para niño, esta escala estuvo catalogada como prueba de medición fácil.⁸

Posteriormente la misma escala se utilizó en adultos, al ser diseñado para su uso en adultos la escala de negligencia dental, se valoró situaciones como: “el grado en que el individuo cuida sus dientes, recibe atención dental profesional y cree que la salud ora es importante”, entre otras.¹⁰

Para calcular el abandono al cuidado dental se realizaron encuestas acerca de la escala de la negligencia dental (DNS),^{5, 8,10} la misma que está constituida por un cuestionario que contiene las siguientes preguntas:

- 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”.¹⁰

4.1.6. LA BOCA Y EL INDIVIDUO

La boca en el ámbito individual está relacionada con todos los sentidos, presenta funciones sensoriales como temperatura, textura y gusto; es una vía que comunica al cuerpo con el mundo exterior e interior, por esta razón es considerado uno de los sitios más complejos del organismo humano.^{11,12}

En la boca se desenvuelve la primera batalla por la vida por medio del llanto, ahí inicia el proceso digestivo, y con él las funciones de masticación e ingestión. Por ello la importancia del cuidado bucal no es un asunto de segundo plano, puesto que, en los últimos años numerosos informes de estudios epidemiológicos, asocian enfermedades bucodentales sistémicas como: diabetes mellitus, alteraciones respiratorias y cerebrovasculares.¹³

Debido a bacterias viables Gramnegativas como: citoquinas y lipopolisacáridos que se integran por el torrente sanguíneo e influyen en la salud general, de igual manera se ha determinado que un elevado porcentaje de placa bacteriana presente en la cavidad

bucal, conllevan al agrandamiento de problemas cardiovasculares, por esta razón el cuidado de la salud bucal no es un asunto que se deja en segundo plano.¹⁴

4.1.7. EL DESCUIDO COMO LA PRINCIPAL PREOCUPACIÓN

Los odontólogos se enfrentan a muchas situaciones en las que las preocupaciones por la negligencia propia son primordiales siendo el descuido dental un signo de maltrato en sí mismo ¹³, como cuando un niño no recibe la atención médica necesaria.¹⁴

Es de relevancia que los profesionales de la salud investiguen las circunstancias de la negligencia, y de esta manera brindar la oportunidad de intervenir para prevenir resultados adversos perjudiciales para la salud de la persona.¹⁵

Se ha encontrado que la negligencia dental, está estrictamente conectada con la mala higiene bucal y el descuido propio de la salud, el no haber tenido chequeos en un periodo de tiempo prolongado desde la última consulta dental, aumenta el riesgo de consecuencias.⁸

La mala salud oral se relaciona con un aumento de limitaciones en las funciones orales normales, de tal manera que evitar la atención dental profesional, reduce la percepción de la calidad de vida en general. En otras palabras, la negligencia se asocia con una cadena de resultados negativos en el funcionamiento normal de la cavidad bucal y el organismo en general.¹⁶

4.1.8. IMPACTO DE LA NEGLIGENCIA DENTAL

Puede ser un impacto en la salud oral y general, dentro de las más importantes tenemos: un desarrollo socioemocional anormal, pérdida de sueño, reducción del peso corporal, riesgo de problemas psiquiátricos, ansiedad, depresión y socialización.¹⁶

4.1.9 IMPACTO DE LA SALUD BUCAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS

La OMS definió la calidad de vida como “Percepción que tiene un individuo de su existencia, lugar y de los valores en los que vive: objetivos, inquietudes, expectativas las cuales se relacionan con el estado psicológico, salud física, relaciones sociales y creencias religiosas”.¹⁷

La salud oral forma un fragmento esencial e integral para la calidad de vida y salud en general de las personas. Es importante conseguir buenos hábitos de salud y especialmente desde edades tempranas para lograr disminuir factores de riesgo en la adultez, que afecten la calidad de vida y provoquen altos costos en salud.¹⁷

La ausencia o presencia de afecciones como: caries, extracciones, enfermedad periodontal y dientes restaurados causan molestias para deglutir y masticar y puede

comprometer el bienestar psicosocial en la comunicación, vida laboral y estética personal provocando ausentismo laboral.¹⁸

Las enfermedades bucales no son fatales, pero en la gran mayoría puede afectar la capacidad de comer, hablar y socializar. La salud oral y la calidad de vida se relacionan a medida en que las afecciones o trastornos orales afectan el funcionamiento y el bienestar psicosocial.¹⁹

Es más factible que los adultos que no asisten a chequeos dentales poseen un peor estado de salud bucal de las personas que habitualmente asisten a los controles dentales. se ha encontrado que el patrón de visita dental está relacionado con la edad y género, pero también modulado por algunos factores psicológicos (ansiedad, creencias de salud) el miedo, y el factor socioeconómico son las causas principales de la falta de asistencia con regularidad al odontólogo.¹⁹

4.1.10. EFECTOS PSICOSOCIALES DE LAS ENFERMEDADES DENTARIAS POR DEFICIENCIA DE HIGIENE DENTAL O NEGLIGENCIA PROPIA

Diversos estudios han demostrado la DN se asocia con el abandono de la salud dental y factores como sexo, edad, nivel socioeconómico y nivel de instrucción.¹²

Se observa que los hombres presentan más negligencia en el cuidado dental en comparación con las mujeres, de igual manera se observó en personas con bajo nivel educativo y por último la clase socioeconómica, esto afecta la calidad de vida de una persona significativamente.²⁰

4.1.11. NIVEL DE INSTRUCCIÓN SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD BUCAL

La educación en la salud oral debería agregarse en la malla educativa desde el principio, ya que la higiene oral está ligada con el aspecto conductual de la persona de manera que se puede educar desde temprana edad a la generación joven sobre las enfermedades dentales con las que pueda encontrarse, sino toman las precauciones adecuadas.²¹

Diversos estudios han documentado que las informaciones sobre salud oral se encuentran estrictamente relacionadas con nivel de instrucción, con la actitud de la persona frente a patologías relacionadas con la cavidad bucal, nivel socioeconómico y con el estado actual de su salud bucal.²²

Los conocimientos sobre salud oral, no siempre están asociados con el comportamiento del individuo hacia el cuidado de las enfermedades. Sin embargo, un mayor conocimiento puede inducir a la persona a un mejor comportamiento.²²

Una persona debe tener una actitud positiva hacia la salud dental, para cuidar sus dientes, se ha comprobado que la negligencia dental está asociada con el analfabetismo y la prevención de las enfermedades dentales es más alta entre clases socioeconómicas bajas.²³

Las personas deben ser muy meticulosas para mantener la integridad de la salud oral, siendo la prevención un hábito muy efectivo, adecuado y aceptable para encaminar hacia una mejor salud oral. Los profesionales de la salud oral proporcionan las medidas necesarias para el cuidado dental, pero pocas personas se someten a controles dentales periódicos para mantener su cavidad bucal saludable.²³

4.1.13. LA NEGLIGENCIA Y LA ALFABETIZACIÓN EN LA SALUD ORAL

Las personas con analfabetismo tienen pobre conocimiento sobre salud oral, menor utilización de servicios preventivos, comportamientos inadecuados de higiene oral, para estas personas el precio de la consulta odontológica es inaccesible.^{7,9}

La salud es medida por factores exteriores y por el nivel del paciente como:

1. Derecho a la salud y controles odontológicos
2. Interacción del paciente frente al personal auxiliar y odontólogo
3. Autocuidado

La negligencia dental es observada en la mayoría de las personas a lo largo de su vida, comienza su inicio desde la infancia, cruza la adolescencia y termina finalmente en la vejez. Se puede observar que el abandono hacia un cuidado dental adecuado se da más en adolescentes hombres que en mujeres.^{9,15}

En la adolescencia, se ha observado que es una etapa donde la negligencia dental es más marcada, ya que los padres mucha de las veces son irresponsables con el cuidado de los niños. El cuidado oral en la etapa de la adolescencia es de suma importancia, ya que en la misma se da la erupción completa de los dientes y si no existe el cuidado correspondiente puede provocar enfermedades bucales desde temprana edad.^{9,15}

4.1.14. NEGLIGENCIA EN EL EMBARAZO

El descuido del autocuidado durante el embarazo ha ido cada vez en aumento, y la razón más común es la creencia que durante el periodo de gestación no se puede realizar chequeos dentales ni tratamientos porque pueden ocasionar resultados perjudiciales para el futuro bebe.^{9,15}

4.1.15. NEGLIGENCIA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Los individuos minusválidos están en una escala más alta, de descuido en el cuidado dental, ya que su discapacidad no les permite valerse por sí mismos para su correcto cuidado personal. El mayor responsable por su descuido en la mayoría de los casos son los familiares y asistentes que están bajo el cuidado de su salud. Aunque la negligencia dental se puede considerar como comportamiento abusivo de descuido propio.²⁴

4.1.16. LA BOCA Y LA ECONOMÍA EN RELACIÓN A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

La atención odontológica representa una carga económica muy grande en la mayoría de los países, ya que perjudican el presupuesto tanto familiar como individual a través de los gastos de atención odontológica.²⁴

El elevado costo que representa la consulta odontológica privada, como el equipo de unidades de atención, la patología a tratar provoca que sea inaccesible para ciertos sectores que presentan un grado de pobreza extrema y esto agrava el descuido al cuidado propio tanto en su salud general como oral.¹⁰

4.1.17. LA PROMOCIÓN DE SALUD COMO MECANISMO PARA ELEVAR LA CULTURA SANITARIA

La cultura en salud puede ser identificada como una de las necesidades culturales más sentidas de la población, aun cuando no sea de forma consciente. Un mecanismo importante lo compone el logro de la autorresponsabilidad, que es la expresión personalizada de la responsabilidad.²⁵

Las determinadas conductas propias de la cultura, como son el consumo de tabaco o alcohol son los responsables de gran parte de la mortalidad dentaria, por lo cual evitar el inicio de estos hábitos es la mejor manera de contribuir a la promoción de salud oral.⁵

4.1.18. NEGLIGENCIA DENTAL EN PACIENTES CON TRATAMIENTO DE ORTODONCIA

El tratamiento de ortodoncia certifica una alineación adecuada de los dientes, ayuda a mejorar el habla, masticación y la estética facial, lo que ayuda a la salud oral y en general optimizando así la calidad de vida.¹⁷

La estética es la principal razón que atrae al paciente a someterse a un tratamiento de ortodoncia y a pesar de que el tratamiento mejora la estética, autoestima y salud oral,

los aparatos pueden provocar efectos no deseados si no se tiene el cuidado oral adecuado.¹⁷

Además de sus beneficios, también tiene riesgos y complicaciones como la incapacidad del paciente para limpiar apropiadamente la cavidad oral debido a la presencia de frenillos lo que puede provocar gingivitis a corto plazo.²⁶

Realizar prácticas meticulosas de salud oral es crítico para los pacientes bajo tratamiento de ortodoncia ya que la dificultad para mantener una buena higiene puede provocar la acumulación de placa sobre los aparatos de ortodoncia generando grandes consecuencias.²⁷

Por lo tanto, el tratamiento de ortodoncia es una espada de doble filo, a veces es muy útil para ayudar a la alineación de los dientes, y también un procedimiento nocivo para el paciente que es deficiente en su cuidado dental.¹⁹

4.1.18. LA OTRA CARA DE LA ORTODONCIA EN PACIENTES NEGLIGENTES

Consecuencias que se generan al ser negligentes en el autocuidado dental durante el tratamiento de ortodoncia:

1. Caries: enfermedad más común, se produce por los ácidos de los alimentos cuando ya están en proceso de descomposición y la higiene dental no es la correcta.²⁰
2. Gingivitis: afecta a las encías, inflamándolas debido a la acumulación de bacterias y placa en los dientes, provocando sangrado de las mismas. Es una manifestación más común en pacientes negligentes durante el tratamiento de ortodoncia.²¹
3. Periodontitis: consecuencia de una gingivitis que se vuelve crónica al no ser tratada, produce la destrucción de los tejidos que soportan los dientes, como consecuencia final la pérdida total de las piezas dentales.²¹

4.1.19. TRATAMIENTO A LA NEGLIGENCIA AL CUIDADO BUCAL

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 calidad de vida de las personas afectadas.²⁵

Cuando se ha reconocido la negligencia dental al cuidado bucal, son recomendables tres etapas de intervención:

4.1.19. a. Gestión preventiva realizada por el equipo dental

El objetivo principal de la atención buco-dental pertenece en “centrarse en el alivio del dolor y otros malestares” seguido de la reconstrucción adecuada de las estructuras dentarias y su apariencia.²⁵

Es recomendable un equipo dental preventivo: ofrecer apoyo, ayudar con charlas de técnicas de cepillado, llevar registros precisos, charlas de prevención, uso de hilo dental y colutorios. Y comenzar desde la niñez para que estas medidas preventivas se conviertan en un estilo de vida.⁵

4.1.19. b. Gestión preventiva de múltiples agencias

Si la situación no está mejorando, es necesario que el equipo dental busque varias alternativas como analizar las inquietudes 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.²⁵

4.2 . ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

4.2.a. Artículo de Revista: “Impacto de la escala de negligencia dental en el estado de salud oral entre diferentes profesionales en la ciudad de Indore: un estudio transversal. Journal List J Clin Diagn Res. ⁴

Autor: Sarkar P, Dasar P, Nagarajappa S, et al.

Resultados:

Evaluar la negligencia dental y el estado de salud oral utilizando el cuestionario de las escalas de negligencia dental entre diferentes profesionales de la ciudad de Indore. Materiales y Métodos. El estudio consistió en una muestra conveniente de 400 estudiantes de 18-25 años de edad de 4 colegios profesionales diferentes del grupo de institutos. Se utilizó un cuestionario valido previamente para evaluar el abandono dental y las prácticas de atención dental domiciliaria campus. Se llevó a cabo un examen de salud oral para avaluar la caries dental y del estado de higiene oral mediante el uso de DMFT Y OHIS respectivamente. Los datos se analizaron usando el software Spss (versión 20). Resultados: Para OHI (S), la mayoría de los encuestados (57.7%) mostraron 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 de DNS> 15. La puntuación de la escala de negligencia dental (DNS, escala de negligencia dental) se encontró estadísticamente significativa con OHIS y la experiencia de caries al intervalo de confianza de 95% No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el puntaje del DNS y la frecuencia de dientes cariados, perdidos y llenos. Conclusión: la escala de negligencia dental parecer ser un método sensato para objetivar la negligencia dental parece ser un método sensato para objetivar la negligencia dental. Tiene muchas de las características de un índice de salud satisfactorio. Sin embargo, se requiere una mayor validación con otros grupos de edad, culturas, lugares y una población más grande para justificar la utilidad de la escala de negligencia dental en diferentes situaciones.

4.2.b. Artículo de revista: Estudiar el papel de las negligencias dentales en el desarrollo de la atención dental. British dental journal.⁶

Autor: Sarri G, Evans P, Stansfeld S and Marcenés W.

Resultados: Evaluar la prevalencia de dos tipos de negligencia dental (DN) para adolescentes que asisten a escuelas secundarias en un área deprimida del centro de la ciudad: negligencia en la prevención de la enfermedad oral (DPN) Y negligencia en el tratamiento dental (DTN). Diseño de este estudio utilizo datos transversales de la

fase III de la investigación con la encuesta de salud comunitaria de adolescentes de East London; un estudio epidemiológico longitudinal escolar que siguió una muestra representativa aleatoria de alumnos en 29 escuela secundarias en tres distritos del norte de East London. Los participantes fueron examinados clínicamente y respondieron un cuestionario supervisado. DN se evaluó en relación con DPN (medido por referencia a la experiencia de condiciones dentales y/o dolor dental) y DTN (medidos por referencias a la experiencia de al menos una condición dental no tratada y/o dolor dental). Las afecciones dentales incluyen caries dental y lesiones dentales traumáticas. Resultados cuatro de cada diez adolescentes en el estudio experimentaron DPN y cinco de cada diez experimentaron DTN. 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. Conclusiones: en una zona deprimida de la ciudad, la proporción de adolescentes con DN (DPN o DTN) fue significativa. Los adolescentes refugiados y los niños atendidos pueden estar en mayor riesgo de DN.

4.2.c. Artículo de revista: Conocimientos de salud bucodental en relación con el nivel socioeconómico en adultos de la ciudad de Corrientes, Argentina. ¹⁶

Autor: Dho MS.

Resultados:

Se entrevistaron 381 individuos con edades comprendidas entre 35 a 44 años, con una edad media de 39,5 años y una desviación estándar de 2,7 años. El sexo se distribuyó de manera proporcional a la población de estudio: 53,5% (204) mujeres y 46,5% (177) hombres. Un 66,7% de la muestra había concluido estudios secundarios. La categoría de ocupación que predomina es “empleado” y el nivel socioeconómico preponderante es el medio-bajo seguido por medio-medio.

4.2.d. Artículo de revista: Impacto de Salud Oral sobre Calidad de Vida en Adultos Jóvenes de Clínicas Odontológicas Universitarias. ⁷

Autor: Díaz S, Vidal A, Tirado L, Fortich N, Tapias L, González D.

Resultados: La muestra estuvo integrada por un total de 400 adultos que asistieron a clínicas odontológicas universitarias de la ciudad de Cartagena, con edad promedio de 44,6 años (DE=13,7), el 54,7 % estaban en etapa de adultez madura y el 66,7 % eran de sexo femenino, en su mayoría eran casados con el 27,5 %, católicos en un 69,2 % y de procedencia urbana con el 81,5 %, asimismo en mayor proporción pertenecían a

un nivel socioeconómico bajo o muy bajo con el 86,2 %, el 79,7 % tenían ingresos menores a un salario mínimo legal vigente y 27,2 % poseían un nivel de formación académica técnica.

Con relación al motivo de consulta el 58,5 % acudió a las clínicas odontológicas universitarias por problemas estéticos, seguido por alteraciones en la oclusión; con relación al estado de salud oral el 89,5 % presentó un índice COP superior a 3, el 59 % tenía un índice de placa bacteriana superior al 15 %, el 50 % presentó restos radiculares y 35,7 % usaban prótesis dentales desadaptadas; con relación a los tratamientos realizados 62 % había recibido acciones de promoción y prevención de salud oral.

Respecto al nivel de percepción del CVRSB según el índice GOHAI, el 60,2 % (241 pacientes) (IC 95 %: 55 - 65) presentó un impacto bajo de su salud oral sobre la CV, seguido de un impacto alto con el 33,2 % (133 pacientes) (IC 95 %: 28 - 37) y la frecuencia más baja fue el impacto moderado con un 6,5 % (26 pacientes) (IC 95 %: 4-8). Al evaluar la asociación entre el impacto de la salud oral con las características sociodemográficas se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el bajo nivel de escolaridad ($p=0,000$; OR=2,4; IC 95 %= 1,6-3,8), no presencia de seguridad social en salud ($p=0,002$; OR=1,9; IC 95 %= 1,2-2,8), con un alto impacto de CVRSB (Tabla II). Respecto a la asociación del impacto CVRSB con el estado de salud oral se encontraron diferencias estadísticamente significativas con la presencia de menos de 19 dientes ($p=0,000$; OR=3,6; IC 95 %= 2,3-5,8), restos radiculares ($p=0,000$; OR=6,5; IC 95 %= 4,1-10), cálculos ($p=0,000$; OR=5,3; IC 95 %= 3,3-8,4), cuando el motivo de consulta no era por control ($p=0,004$; OR=0,23; IC 95 %= 0,07-0,6) y cuando no le han realizado tratamiento de promoción y prevención ($p=0,000$; OR=0,29; IC 95 %= 0,19-0,4); al realizar el modelo multivariado, las variables que producen un impacto negativo sobre la CVRSB fueron el no contar con servicios de seguridad social (salud), presencia de menos de 19 dientes, de restos radiculares y de cálculos dentales, mientras que la presencia de altos índices de placa bacteriana y el pertenecer a bajos estratos socioeconómicos no presentó impacto negativo.

4.2.e. Artículo de revista: La Escala de negligencia dental en adolescentes.⁸

Autor: Trilby C, Masahiro H, Elissa KJ, Philip W.

Resultados:

Ciento diecisiete personas aceptaron participar. De estos, 117 (92,9%) completaron el DNS el primer día de recopilación de datos y se incluyeron en los análisis. Poco más de la mitad (51%) eran hombres. Su edad promedio fue de 14,3 años (DE = 2,1, rango = 12-18). La distribución por edad no fue normal (mediana de edad = 14 años, edad modal = 12 años) y el 58% de los participantes tenían entre 12 y 14 años.

El puntaje DNS promedio para todos los adolescentes fue 13.2 (DE = 3.8, mediana = 13, rango = 6-23). El puntaje promedio para los hombres fue de 13.6 (DE = 4.2, mediana = 14, rango = 6-23). Para las mujeres, el puntaje promedio fue de 12.8 (DE = 3.3, mediana = 13, rango = 7-23). Estas diferencias no fueron significativas y, por lo tanto, los hombres y las mujeres se combinaron para los análisis restantes. En la muestra combinada, la edad se correlacionó positivamente con los puntajes del DNS (rho de Spearman = 0,31, $p = 0,001$).

Noventa y siete (83%) de los adolescentes declararon que tenían una oficina dental a la que acudir. Casi la mitad (47%) de ellos eran mujeres, y su edad promedio fue de 14,0 (DE = 2,1, mediana = 13, rango = 12-18). Sus puntajes DNS medios fueron 12.8 (SD = 3.8, mediana = 13, rango = 6-23). No hubo diferencias de género para los puntajes de DNS en esta submuestra, y por lo tanto los hombres y las mujeres se combinaron para los análisis restantes.

Las personas que tenían consultorios odontológicos a los que acudir, el 21% de hombres no se había sometido a un control en los últimos tres años, el 19% de mujeres actualmente acude a un dentista y el 31% de los adolescentes tenía un nivel de educación alto.

Las personas que sí tienen un dentista pero que no habían ido al dentista para un chequeo en los últimos tres años tenían puntajes de DNS significativamente más altos que los que habían ido para un chequeo.

4.2.f. Artículo de revista: Evaluar el papel del comportamiento dental en las desigualdades de salud oral. *Community Dent Oral Epidemiol.* ⁹

Autor: Sanders A, Spencer A. & Slade G.

Resultados:

El objetivo de este estudio fue describir las diferencias en la asistencia dental y el comportamiento de autocuidado dental entre grupos socioeconómicos e investigar hasta qué punto el gradiente socioeconómico en la salud oral se explica para estos

comportamientos. Métodos: utilizamos datos de una muestra representativa de adultos en Australia, encuestados por entrevista telefónica y por autocompletar el cuestionario. Las variables dependientes fueron los dientes perdidos autoinformados y el impacto social de las afecciones de salud oral de 14 ítems (OHIP-14). La posición socioeconómica se midió a nivel de área pequeña. Se realizó un análisis bivariado mediante análisis de varianza de una vía e intervalos de confianza del 95% (IC del 95%) y se ajustó por el efecto de la edad. Después de ajustar por edad, las variables de comportamiento dental se ingresaron individualmente en modelos de regresión lineal multivariante. Resultados: se obtuvieron datos para 3678 adultos dentados de entre 21-35 años. Los dientes perdidos y los puntajes de OHIP-14 siguieron un gradiente social con adultos más pobres que experimentaron peores resultados, siendo más negligentes en esas edades. La asistencia odontológica de rutina y el autocuidado dental diligente se asociaron con gradientes monotónicos inversos en dientes perdidos ($P < 0.05$) y puntuaciones OHIP-14 ($P < 0.05$). Aunque los adultos que vivían en las áreas con la menor desventaja tenían una orientación de asistencia dental preventiva, no se encontró un patrón socioeconómico para el cuidado dental. En el análisis multivariado, la pendiente del gradiente socioeconómico [estimación beta para el índice de desventaja socioeconómico relativa (IRSD) en los dientes perdidos no se atenuó significativamente por las visitas dentales, pero no por el autocuidado dental y no el efecto combinado de ambos comportamientos.

4.2.g. Artículo de revista: Impacto del puntaje de negligencia dental en la salud oral entre pacientes que reciben tratamientos de ortodoncia fijo: Un estudio transversal.¹⁰

Autor: Pandey V, Chandra S, Kumar D, Gupta A, Bhandari P & Rathod P.

Resultados:

En 2005 Cairns et al. publicó un documento en el que se examinaba el papel del odontólogo general (PBI) en la protección infantil (PC) en Escocia. Esto implicó un cuestionario enviado al PIB escocés en 2003. Posteriormente, en el año 2006, se enviaron todas las prácticas dentales del Reino Unido. Protección infantil y el equipo dental, un manual que detalla los roles y las responsabilidades con respecto al PC. Durante este tiempo, el perfil de CP dentro de la odontología aumentó. No se han publicado investigaciones desde 2006 que investigan si ha cambiado la brecha entre la proporción de PBI que sospecha abuso/ negligencia infantil en sus pacientes y aquellos que remiten casos. Objetivo de esta investigación fue investigar si esta brecha ha cambiado entre 2003 y 2010. Método: un cuestionario postal basado en el utilizado por Cairns et al. Se envió al 50% del PIB en Escocia en marzo de 2010.

Relatados: La tasa de respuesta fue del 52% (53% Hombres. Alrededor del 29% y el 55% de los encuestados habían recibido capacitación de pregrado o posgrado en protección infantil, respectivamente. Más de dos tercios (37%) sospecharon de abuso/negligencia infantil en uno o más de sus pacientes pediátricos, pero solo el 11% refirió un caso. El factor más común que afectó la decisión de referirse fue “falta de certeza del diagnóstico” (74%). Alrededor del 77% pensó que los niños maltratados/descuidados tenían un incremento en los caíres y el 73% de los dentistas estaban dispuestos a participar en la detección de abandono.

4.2.h. Artículo de revista: El impacto de la negligencia dental en la salud oral, un estudio basado en la población en Hong Kong ⁽²⁰⁾.

Autor: McGrath C, Seeking A, Lun D & Ling J.

Resultados: El objetivo de este estudio fue evaluar la negligencia dental (DN) entre los ciudadanos de Hong Kong, identificar las variaciones sociodemográficas en DN y determinar la asociación entre DN y la salud oral (autoinformados). Estudio basado en la población de la sección transversal que involucra una muestra aleatoria de 800 adultos chinos de Hong Kong. Método entrevista telefónica que incorpora la escala de negligencia dental, evaluación de la salud oral autorreportada, incluida una medida de calidad de vida relacionada con la salud oral. 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]. Más comúnmente, las personas fueron negligentes en el uso de la atención dental profesional. Con la variable edad tenemos en la población de Hong Kong – China, las personas de 16 a 24 años tenían puntuaciones más altas de negligencia dental que en las personas de 25 a 44 años y las personas de 45 a 64 años. Comparado con nuestro estudio tenemos un rango de 18 a 25 años tiene una similitud tanto en ser negligentes y no negligente, por lo tanto tenemos que estas edades son los más propensos que con los otros rangos de 26 a 35 años y de 36 a 44 años de edad. Con respecto al sexo tenemos hubo una similitud estadística en los puntajes de negligencia dental, siendo el sexo masculino más negligente en comparación con el sexo femenino.

4.2.i. Artículo de revista: “Las escalas de negligencia dental y de indiferencia dental se compararon. Community Dent Oral Epidemiol.²¹

Autor: Jamieson LM, Thomon WM.

Resultados: OBJETIVOS: El objetivo fue determinar si las escalas de negligencia dental e indiferencia dental miden constructos similares y tienen asociaciones similares en la misma muestra de población: Se envió a una muestra aleatoria de 600

residentes en la Electoral del Sur de Dunedin un cuestionario de auto-reporte que contenía la escala Dental Negligencia y la escala de Indiferencia Dental. También se recopilaron datos sociodemográficos y de uso de servicios dentales. Resultados: en total, 478 personas (78,2%) devolvieron el cuestionario. La puntuación media de negligencia dental fue 12,4 (SD4,4). La puntuación de las escalas de indiferencias dental fue de 3,1 (SD1,9). La asociación entre las puntuaciones de las escalas fue moderada ($r^{1/2}$ 0.58; P, 0.01), y solo hubo un grado moderado de concordancia entre los dos. Las dos escalas tuvieron asociaciones en gran parte similares con características socio-demográficas, de cuidado bucal y de autocuidado, y de impacto en la salud oral, aunque se encontraron ligeramente más asociaciones con la escala de indiferencia dental. Se descubrió que la escala de Negligencia Dental era más fácil de usar que la escala de indiferencia dental porque no requería un algoritmo complejo para calcular las puntuaciones de escala. Conclusiones: el grado de concordancia entre las escalas de negligencia dental y de indiferencia dental no fue tan alto como se esperaba, lo que sugiere que las escalas pueden medir diferencias constructos. Sin embargo, las asociaciones en gran medida similares con importantes variables de salud oral y sociodemográficas de las escalas sugieren opuesto. Aunque la escala de Indiferencias Dental fue ligeramente más discriminatoria, la escala de Negligencia Dental fue más fácil de usar en la práctica.

4.2.j. Artículo de revista: Impacto del puntaje de negligencia dental pacientes con ortodoncia.¹⁷

Autor: Vijayendra P, Subhash Ch, Dilip K, Ashish G, Poonam PB, Pankaj R

Resultados: El presente estudio reveló que el 63% de los pacientes de ortodoncia estudiados se cepilló una vez al día, el 26% son hombres el 11% mujeres que se cepillan tres veces al día. Aproximadamente un cuarto usaba el cepillo con cerdas suaves y solo el 9% de los encuestados entre hombres y mujeres usaba dispositivos interdentes. Los datos revelaron que la negligencia dental después de un tratamiento de ortodoncia es mayor en hombres que en mujeres.

4.2.k. Artículo de revista: Negligencia dental una revisión.¹²

Autor: Kumar A, Manjunath P, Sowmya KR.

Resultados: Se encontraron 478 personas, de los cuales el 63.3% estaba conformado por hombres y el 36.7% restantes por mujeres, entre las edades de 20 a 35 años, en el cual se realizó un estudio determinando que tan deficiente es su higiene oral, los

mismo que dieron como resultado que la negligencia dental es más alta entre los hombres en comparación con las mujeres.

Este resultado permitió realizar charlas en donde los adolescentes deben ser aconsejados, motivados sobre su salud oral y sus razones para un comportamiento negligente deben ser abordados. También se debe garantizar un nivel mínimo de atención bucal a las personas mayores vulnerables que residen en hogares de ancianos.

Los dentistas pueden proporcionar información valiosa y asistencia a los médicos sobre los aspectos orales y dentales del abuso y la negligencia infantil. Teniendo en cuenta la importancia de una dentición saludable en la digestión, conocer el papel de la dentición primaria en el intercambio de dientes y conocer las consecuencias de las infecciones y los dolores de muelas en la vida social del niño, debemos sentir que es nuestro deber detectar y tratar los casos de negligencia en lo más temprano para una mejor calidad de vida.

4. HIPÓTESIS

Este estudio no precisa hipótesis por ser descriptivo

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Marco metodológico

Enfoque: El enfoque de la investigación es cualitativo- cuantitativo

Diseño de investigación: Descriptivo

Nivel de investigación: Descriptivo

Tipo de investigación:

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

2. Población y Muestra

En la parroquia Yanuncay de la ciudad de Cuenca, según estadísticas del INEC en el año 2010 encontramos una población de 26.582 personas dentro del rango de 18-44 años.

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

2.1.a. Criterios de inclusión: en el siguiente estudio se incluirán las encuestas realizadas aleatoriamente a las personas de 18 a 44 años de edad que habitan en la parroquia Yanuncay del cantón Cuenca de la provincia del Azuay.

2.1.b. Criterios de exclusión: personas que no cumplan con el rango de edad, personas que no colaboren con la realización de la encuesta y personas que tengan alguna discapacidad.

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

2.3. Tamaño de muestra: se calculó mediante la fórmula para la muestra de población finita, con un nivel de confiabilidad del 95% y un error del 5%. El total de la parroquia Yanuncay es: 26.582

$$n = \frac{Z^2 * P * (1 - P) * P}{Z^2 * P * (1 - P) + E^2 * (N - 1)}$$

Dónde:

N = Total de la población

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

P = proporción esperada (en este caso 50% = 0.5)

E= Margen de error que nos permitiremos, convencionalmente se usa 5 % = 0,05

$$n = \frac{1,96^2 * 0,5 * (1 - 0,5) * 26.582}{1,96^2 * 0,5 * (1 - 0,5) + (0,05)^2 * (26.582 - 1)}$$

$$1,96^2 * 0,5 * (1 - 0,5) + (0,05)^2 * (26.582 - 1)$$

$$n = 378$$

3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES				
	Definición conceptual	Definición Operativa	Indicador	Escala	Fuente
Negligencia dental	Comportamiento y actitudes que pueden tener resultados perjudiciales para la salud bucal del individuo.	Valorar la prevalencia de negligencia dental	Encuestas	Ordinal	Personas de la parroquia Yanuncay
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento	Años de vida registrados en la encuesta durante la toma de datos.	Encuestas	Nominal	Personas de la parroquia Yanuncay
Sexo	Característica genotípica de la persona	Características externas que diferencian al hombre de la mujer	Encuestas	Nominal	Personas de la parroquia Yanuncay
Nivel académico	Grado de estudios terminados o en procesos	Nivel de estudios registrados en la encuesta durante la toma de datos.	Encuestas	Nominal	Personas de la parroquia Yanuncay
Ingreso socioeconómico	Valor recibido por la realización de un trabajo	Ingresos económicos del encuestado.	Encuestas	Nominal	Personas de la parroquia Yanuncay

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

4.1. Materiales

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

4.2. Recursos

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

5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS

5.1. Ubicación espacial

La parroquia de Yanuncay es una parroquia urbana se establece dentro de los siguientes límites: partiendo desde el cruce el límite occidental del Plano de Desarrollo Urbano con la margen sur del río Yanuncay; continúa en dirección oriental agua abajo hasta la intersección con la vereda occidental de la Avenida que conduce a Turi; sigue por esta avenida en dirección sur hasta su intersección con el Límite Urbano y continúa por este Límite hasta llegar al punto de partida, el último censo realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el año 2010 consta de 51.673 habitantes.²⁸

Cuenca está ubicada en el centro austral de la República del Ecuador, es la capital de la provincia del Azuay, cuenta con 591.996 mil habitantes, su temperatura va de 7 a 15 grados centígrado en invierno y de 12 a 25 grados centígrados en verano. La superficie de área urbana es de 72 kilómetros cuadrados aproximadamente, tiene una alta cobertura de servicios básicos, es la tercera ciudad más importante de la República del Ecuador. Se caracteriza por su riqueza cultural y su gran variedad de museos. Está a 2500 metros sobre el nivel del mar.²⁸

5.2. Ubicación temporal

El trabajo investigativo se realizó en los meses de Junio, Julio y Agosto del año 2017, reflejando la situación dentaria de los encuestados.

Una vez obtenidas las fichas, cada estudiante debió tener 90 fichas, los datos fueron tomados en los domicilios los días viernes, sábado y domingo, una vez tomados los datos revisamos si todas las encuestas fueron llenadas correctamente para poder ingresarlas en el programa Epiinfo.

6. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

Para el registro de los datos se tomó las fichas, se utilizó el mapa de la parroquia Yanuncay para conocer sus límites, para el llenado de las encuestas se realizaron parejas de encuestadores para ir por los hogares, parques y sectores de mayor concurrencia, luego de la breve explicación sobre el propósito del estudio, se procedió a llenar la encuesta, la misma que fue firmada dando consentimiento para utilizar los datos recolectados.

Las preguntas que se tomaron en cuenta a la hora de la toma de registro para poder medir la negligencia fueron:

NEGLIGENCIA DENTAL					
Califique del 1 al 5 de acuerdo con esta frase					
¿Mantiene mi cuidado dental en el hogar?	Definitivamente si		Definitivamente no		
¿Recibe el cuidado dental que debo?	1	2	3	4	5
¿Necesita atención dental, pero lo ignora?	1	2	3	4	5
¿Se cepilla tan bien como debería?	1	2	3	4	5
¿Controla los alimentos entre comidas?	1	2	3	4	5
¿Considero mi salud dental importante?	1	2	3	4	5

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

7. Aspectos Bioéticos leerá cuáles son los aspectos bioéticos

Este estudio no tuvo la implicación de aspectos bioéticos ya que este cumplió con dos principios: el de beneficencia porque ayudo a dar información relevante y de mucha ayuda a las personas encuestadas que desconocían la situación de su salud bucal y no maleficencia porque no se realizó ningún daño a quienes se les realizo la encuesta sosteniendo un compromiso de confidencialidad por parte del investigador.

CAPÍTULO III

RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. RESULTADOS

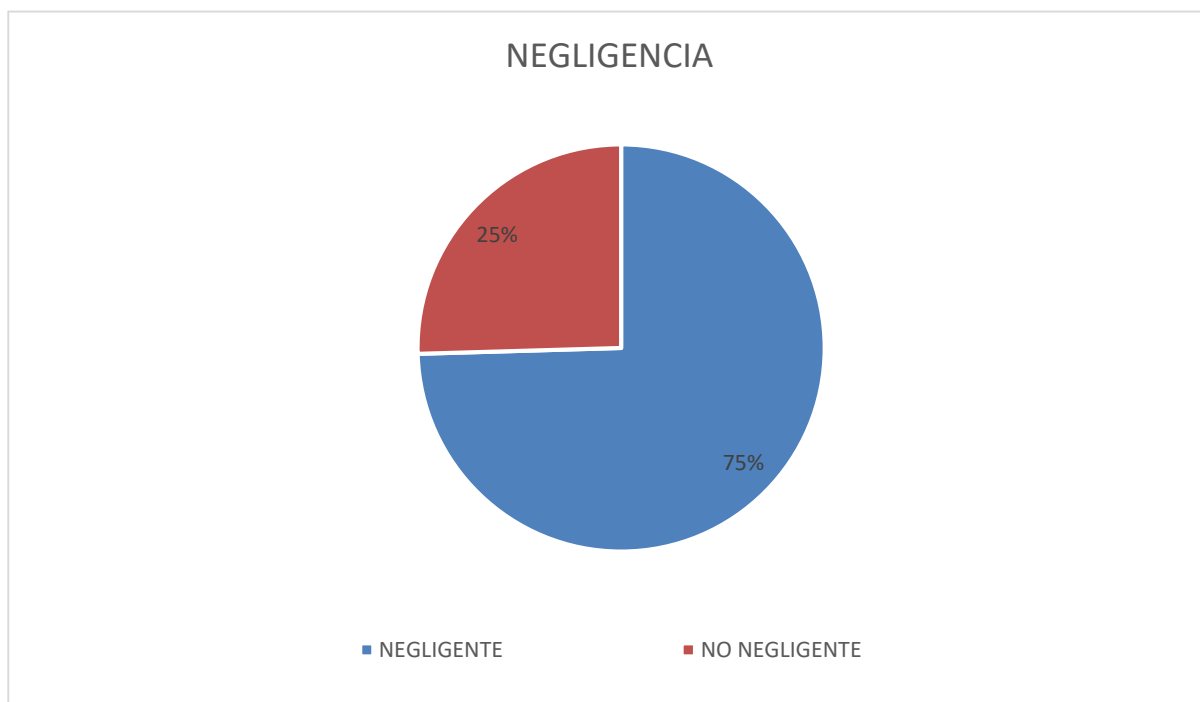
El presente estudio fue realizado con los datos de la Parroquia Yanuncay, en adultos de 18 a 44 años de edad, con un número de 378 encuestados, mediante la escala de Likert y la base de datos obtenida del programa EPI-INFO, que consta en los archivos del departamento de investigación de la carrera de Odontología de la UCACUE mostrando los siguientes resultados:

Tabla N°1. Distribución de la muestra de acuerdo al sexo y edad en adultos de 18 a 44 años de la parroquia Yanuncay, en el año 2017

EDAD/SEXO	FEMENINO		MASCULINO		Total general	
	n	%	n	%		%
DE 18 A 20	37	8%	32	7%	69	16%
DE 21 A 30	100	23%	108	25%	208	48%
DE 31 A 40	63	14%	57	13%	120	28%
DE 41 A MAS	13	3%	26	6%	39	9%
Total general	213	49%	223	51%	436	100%

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

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



Interpretación: En el grafico N° 2 se expone la frecuencia e Negligencia al cuidado bucal de los habitantes de la parroquia Yanuncay de 18 a 44 años de edad; presentando un 77% de personas negligentes, frente a un 25% de personas negligentes.

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

SEXO/NEGLIGENCIA	NEGLIGENTE		NO NEGLIGENTE		Total general	
	n	%	n	%	n	%
Femenino	164	50%	49	44%	213	49%
Masculino	161	50%	62	56%	223	51%
Total general	325	100%	111	100%	436	100%

CHI cuadrado $p= 0,25031366$

Interpretación: existe un nivel de negligencia de iguales proporciones para el sexo masculino 50% y femenino 50%.

Mientras que no negligentes existe un porcentaje desigual, en donde el sexo masculino es un 56% no negligente y el sexo femenino es 44 % no negligente.

Tabla N°3 Frecuencia de negligencia según el nivel de instrucción en adultos de 18 a 44 años de la parroquia Yanuncay- Cuenca, en el año 2017.

INSTRUCCIÓN/NEGLIGENCIA	NEGLIGENTE		NO NEGLIGENTE		Total general	
	n	%	n	%	n	%
ALTO NIVEL DE INSTRUCCIÓN	183	56%	72	65%	255	58%
BAJO NIVEL DE INSTRUCCIÓN	142	44%	39	35%	181	42%
Total general	325	100%	111	100%	436	100%

CHI cuadrado p= 0,11418166

Interpretación: En esta tabla N° 3 se refleja un 44% de personas negligentes que pertenecen al grupo catalogado como bajo, en cuanto al nivel de instrucción (analfabeto/primario/secundaria), por otro lado en un 56% aquellos que están dentro del grupo clasificado como alto (técnica/universitaria).

Existiendo mayor negligencia en el nivel de instrucción alto (técnica/universitaria) con un 56%.

Tabla N°4. Frecuencia de la negligencia de acuerdo a la edad en adultos de 18 a 44 años de la parroquia Yanuncay- Cuenca, en el año 2017.

	NEGLIGENTE		NO NEGLIGENTE		Total general	
	N	%	N	%	N	%
DE 18 A 20	52	16%	17	15%	69	16%
DE 21 A 30	157	48%	51	46%	208	48%
DE 31 A 40	87	27%	33	30%	120	28%
DE 41 A MAS	29	9%	10	9%	39	9%
Total general	325	100%	111	100%	436	100%

CHI cuadrado $p= 0,94323806$

Interpretación: En esta tabla según las edades agrupadas existe un 100 % desglosándose de la siguiente manera: de 18 a 20 años existe un nivel de negligencia del 16%, de 21 a 30 años un nivel de negligencia del 48%, de 31 a 40 años un nivel de negligencia del 27% y de 41 a más un nivel de negligencia del 9%.

Existiendo un nivel de negligencia mayor en 21 a 30 años de edad con un porcentaje del 48%.

2. DISCUSIÓN

El presente trabajo de titulación fue de tipo cuantitativo de diseño descriptivo transversal, con una población de la parroquia Yanuncay de 26.582 correspondiente a las edades de 18 a 44 años.

Yanuncay es una parroquia urbana que consta de 51.673 habitantes, se encuentra situada en la provincia de Azuay, Cuenca- Ecuador.

A pesar del esfuerzo realizado se logró obtener 436 encuestas, pertenecientes a edades de 18 a 44 años, de la parroquia Yanuncay de las cuales fueron 164 mujeres y 161 hombres, teniendo un porcentaje de igualdad del 50% hombres y 50% mujeres para este estudio.

Con respecto al sexo tenemos que en el estudio de McGrath et al,²⁰ en la población de Hong Kong – China, hubo una similitud estadística en los puntajes de negligencia dental, tanto para hombres como mujeres los mismos porcentajes.

Asemejándose a nuestro estudio, que dio como resultado que tanto hombres como mujeres poseen el mismo porcentaje de negligencia.

En un estudio realizado por Kumar A et al,¹² en el año 2015 con 478 personas, de las cuales el 63.3% hombres y el 36.7% mujeres correspondientes a las edades de 20 a 35 años, se realizó un estudio determinando que tan deficiente es su higiene oral, los mismos que dieron como resultado que los hombres son más negligentes en comparación con las mujeres.

En el estudio de Vijayendra et al,¹⁷ revelo que el 63% de los pacientes que recibieron ortodoncia, el 11 % mujeres se cepillaron 3 veces al día, y el 22% hombres una vez al día.

Revelando que la negligencia después de un tratamiento de ortodoncia es mayor en hombre que en mujeres.

Indicando en los dos estudios antes mencionados que no hay relación semejante de negligencia al cuidado dental de acuerdo al sexo, ya que nuestro estudio el nivel de negligencia es proporcional para ambos sexos, mientras que en los estudios antes mencionados predomina el sexo masculino en ser más negligente en comparación con el sexo femenino.

De acuerdo a la variable de nivel de instrucción alto y bajo, tenemos que en nuestro estudio existe un nivel de negligencia de 56% en alto nivel de instrucción y 44% en bajo nivel de instrucción. De esta manera el alto nivel de instrucción es más negligente.

En un estudio realizado por Trilby C,⁸ de las personas de las que tenían consultorio odontológico a los que asistieron, el 21% de hombres no se había sometido a un control en los últimos tres años, el 19% de mujeres actualmente acude a un dentista y el 31 % de adolescentes entre hombres y mujeres no asisten a un chequeo dental por falta de tiempo, y presentan un nivel de estudio alto.

De igual manera en un estudio ejecutado por Sarkar P et al,⁴ encuestaron a 436 personas en donde el 57.7 % personas con nivel de educación baja manifestaron una higiene oral justa para el DN, mientras que 63.7 % profesionales tenían una higiene oral deficiente.

Determinando así semejanza en ambos estudios, con el nuestro en relación a la variable nivel de instrucción, donde predomina mayor negligencia en personas con un alto nivel de instrucción en comparación con el bajo nivel de instrucción.

De acuerdo a la variable edad, en la parroquia Yanuncay agrupamos las edades para poder evidenciar el nivel de negligencia, de la siguiente manera: de 18 -20 existe el 16%, de 21 -30 el 48%, de 31 a 40 el 27% y de 41 en adelante el 9%.

Determinando que las edades más negligentes son de 21 a 30 años con un 48 % de negligencia.

Resultado que tiene similitud con el estudio realizado por Kumar A et al,¹² donde se realizó un estudio con 478 personas, 63,3 % hombres y 36.7% mujeres que correspondían a edades de entre 18 a 25 y 26 a 35 años, en el cual se evaluó que tan deficiente es su higiene oral, dando como resultados que las edades entre 26 a 35 años son más negligentes en comparación con el resto de edades.

De acuerdo a los resultados que se obtuvieron en la parroquia Yanuncay, los obstáculos que se presentaron durante el estudio fueron: negativa para responder la encuesta, personas con discapacidad intelectual y personas que no se encontraban en el rango de edad del estudio.

3. CONCLUSIONES

- Primera, la frecuencia de la negligencia al cuidado dental se evidenció un alto porcentaje en las personas en las edades comprendidas de 18 a 44 años de la parroquia Yanuncay de la ciudad de Cuenca.
- Segunda, según la relación de la negligencia y el sexo se determinó que el nivel de negligencia en hombres y mujeres es proporcional, con un 50% en mujeres y un 50% en hombres.
- Tercera, el nivel académico con un aumento significativo de negligencia al cuidado bucal que predomina es el grupo catalogado como alto correspondiente a (técnica/universitaria).
- Cuarta, la relación de la negligencia y la edad se determinó una elevada prevalencia de negligencia entre las edades de 21 a 30 años.

BIBLIOGRAFÍA

- [1]. Cerón XA. El sistema ICDAS como método complementario para el diagnóstico de caries dental. Revista CES Odontología ISSN 0120-971X [Internet]. 2015 Nov. [citado 2015 Febr.]; 28(2):100-109. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v28n2/v28n2a08.pdf>
- [2]. Rojas I. Prevalencia de Caries dental y factores de riesgo asociados. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2012 Dic [citado 2017 Dic 08]; 41(4): 379-384. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572012000400008&lng=es
- [3]. Rochas A. Analisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad. Revista Gerencia y Políticas de Salud [Internet]. 2013;12(25):96-112. Disponible de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54529181008>
- [4]. Sarkar P, Dasar P, Nagarajappa S, et al. Impact of Dental Neglect Scale on Oral Health Status Among Different Professionals in Indore City-A Cross- Sectional Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*. 2015;9(10):67-70. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4625340/>
- [5]. Matute C, Barzallo JG, Villavicencio E. Negligencia al cuidado dental. Revisión de la literatura. Revista OACTIVA UC Cuenca [Internet]. 16 de Agosto [citado 2017 Nov. 06]; 2(3): 1-4. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/ART12.pdf>
- [6]. 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]. 2012;213(10). Disponible en: <https://www.nature.com/articles/sj.bdj.2012.1065>
- [7]. Díaz S, Vidal A, Tirado L, Fortich N, Tapias L, González D. Impacto de Salud Oral sobre Calidad de Vida en Adultos Jóvenes de Clínicas Odontológicas Universitarias. *Int. J. Odontostomat*. [Internet]. 2017 Abr [citado 2018 Jun 11]; 11(1): 5-11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2017000100001>.
- [8]. Trilby C, Masahiro H, Elissa KJ, Philip W. The Dental Neglect Scale in adolescents. *Oral Health* [Internet]. 2009 [citado junio 2009]; 9 (2). Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2627830/>
- [9]. Sanders A, Spencer A. & Slade G. Evaluar el papel del comportamiento dental en las desigualdades de salud oral. *Community Dent Oral Epidemiol. Am J Public Health*. 2012 May; 102(5): 923–929. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3267012/>
- [10]. Pandey V, Chandra S, KumarD, Gupta A, Bhandari P & Rathod P. Impacto del puntaje de negligencia dental en la salud oral entre pacientes que reciben tratamientos

de ortodoncia fijo: Un estudio transversal. Medwave[Internet] 2012 Ago[citado Agosto 2012];12(7):54-52. Disponible en:

<http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/5452?tab=comentarios>

[11]. Keeshin BR, Dubowitz MD. childhood neglect: the role of the pediatrician. *Pediatr child Health* [Internet]. 2013[citado octubre 2013];18(8):39-43. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3887086/pdf/pch18e039.pdf>

[12]. Kumar A, Manjunath P, Sowmya KR. Dental neglect a review. *Journal of dental sciences* [Internet]. 2015 [citado 01 Abril 2015]; 3 (1). Disponible en: <http://www.rroij.com/open-access/dental-neglect-a-review.pdf>

[13]. Cárdenas S, Madera MV, Lesbia TM, Fortich N, Tapias L, Gonzales FD. Impacto de Salud Oral sobre Calidad de Vida en Adultos Jóvenes de Clínicas Odontológicas Universitarias. *Int. J. Odontostomat.* [Internet]. 2017 Abr[citado 2017 Nov 28]; 11(1):5-11. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2017000100001

[14]. Montero J, Albaladejo A, Zalba J. Influence of the usual motivation for dental attendance on dental status and oral health-related quality of life. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal.* 2014;19(3):225-231. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4048109/>

[15]. Lugo E, García L, Gross C, Casas S, Sotomayor F. La cultura en salud bucal como problema actual de la sociedad. *MEDISAN* [Internet]. 2013 Abr [citado 2017 Dic 03]; 17(4): 677-685. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000400015&lng=es.

[16]. Dho MS. Conocimientos de salud bucodental en relación con el nivel socioeconómico en adultos de la ciudad de Corrientes, Argentina. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [Internet] 2015 Junio [citado 2015 Sep. 30]; 33(3): 361-369. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v33n3/v33n3a05.pdf>

[17]. Vijayendra P, Subhash Ch, Dilip K, Ashish G, Poonam PB, Pankaj R. *J Int Soc Prev Community Dent* [Internet]. 2016 [citado Abril- Marzo 2016]; 6(2): 120–124. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4820570/>

[18]. Dannan A. An update on periodontic-orthodontic interrelationships. *J Indian Soc Periodontol* [Internet]. 2010 [citado Jun-Mar 2010]; 14(1): 66–71. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2933533/>

- [19]. Lourenco C, Saintrain B, Vieira A. Child, neglect and oral health. BMC.Pediatrics. 2013, 131-188. Disponible en: <http://doi.org/10.1186/1471-243113-188>
- [20]. McGrath C, Seeking A, Lun D & Ling J. The impact of dental neglect on oral health, a population-based study in Hong Kong. International Dental Journal (2007), 3-8 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17378343>
- [21]. Jamieson LM, Thomson WM. Las escalas de negligencia dental y de indiferencia dental se compararon. Community Dent Oral Epidemiol. 2002.
- [22]. Bhatia S et al. Characteristics of child dental neglect: a systematic review. J Dent.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 Dentist.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.2014 [citado 26 Jun 2018]; 3(4). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC43311660/>
- [25]. Baptista A, Laranjo E, Norton A, Casimiro D, Areias C, Macedo A. Dental Neglect, one type of child abuse- Narrative review. Scielo. 2017 [citado 26 Jun 2018]; 4(3). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2358-04292017000300001
- [26]. Mathur A, Aggarwal V. Denatl Neglect Affecting Oral Health Status in India. Int J Pediatr.2016 [citado 26 Jun 2018]; 2(1). Disponible en: <https://www.clinmedjournals.org/articles/ijpr/international-journal-of-pediatric-research-ijpr-2-016.pdf>
- [27]. Coolidge T, Heima M, Johnson E, Weinstein P. The dental Neglect Scale in adolescents. BMC Oral Health. 2009 [Citado 26 Jun 2018]; 9(2). Disponible en: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6831-9-2>
- [28]. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Población. [Internet]. Ecuador, 2010 [citado 2017 Mayo 18]. Disponible en: <http://redatam.inec.gob.ec/cgibin/RpWebEngine.exe/PortalAction?BASE=CPV2010>

[29]. 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.

[30]. Villavicencio E, Cuenca C, Vélez E, Sayago J, Cabrero E. Pasos para la planificación de la tesis. Revista Odontológica Activa.2016 [citado 26 de Jun 2018]. 1(1):75-78. Disponible en:

<http://oactiva.ucacue.edu.ec7index.php/oactiva/article/view/186/324>

ANEXOS

Anexo N°01.- Encuesta de salud bucal Universidad Católica de Cuenca

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA														
CI: _____	Sexo: Masculino () Femenino ()	TIEMPO: _____ Min												
Edad: _____ AÑOS	Ocupación: _____	PARROQUIA: _____												
OPCIONAL														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">1. Grado de Instrucción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 50%;">a) Sin estudios</td> <td style="width: 50%;">f) Superior técnica incompleta</td> </tr> <tr> <td>b) Primaria incompleta</td> <td>g) Superior técnica completa</td> </tr> <tr> <td>c) Primaria completa</td> <td>h) Superior universitario incompleta</td> </tr> <tr> <td>d) Secundaria incompleta</td> <td>i) Superior universitario completa</td> </tr> <tr> <td>e) Secundaria completa</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		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		Ingreso mensual familiar aproximado: _____
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														
		¿Cuántas personas dependen de este ingreso?: _____												
Pregunta	Marcar uno a más respuestas	Puntuación												
1. Usualmente usa Ud.:														
	<ul style="list-style-type: none"> a. Un cepillo de dientes para limpiar sus dientes b. La seda o un cepillo especial para limpiar sus dientes c. Tabletas reveladoras para comprobar que sus dientes están limpios 	Valor: 1 si ninguno o si solo el literal a está marcado												
2. En la actualidad:														
	<ul style="list-style-type: none"> a. Cree que hay algo mal con sus dientes, pero no es lo suficientemente malo como para ir a un dentista b. Cree que hay algo mal con sus dientes y tiene la intención de ver a un dentista pronto c. Va a realizarse un chequeo en el próximo año d. No cree que necesite ningún tratamiento por lo que no está planeando ir a un dentista ahora e. Irá pronto al dentista 	Valor: 1 si el literal a o d están marcados												
3. Si pierde una calca en un diente posterior y no le dolió:														
	<ul style="list-style-type: none"> a. De inmediato va a un dentista b. Esperaría si siente dolor o algún síntoma antes de ir a un dentista c. No sería un problema que no vería a un dentista por esta razón 	Valor: 1 si el literal b o c están marcados												
4. Por lo general, hace una cita para visitar a un dentista:														
	<ul style="list-style-type: none"> a. Cuando el dentista le recuerda b. Al final de la última cita c. Cuando piensa que es tiempo de ir a otro chequeo d. Únicamente cuando piensa que está algo malo en sus dientes 	Valor: 1 si el literal d está marcado												
5. Si sus encías sangran pero estas no le duelen:														
	<ul style="list-style-type: none"> a. No es un problema, no vería a un dentista por este problema b. Iría inmediatamente a una cita con el dentista c. Esperaría a ver si se presenta dolor o algún síntoma para ir al dentista 	Valor: 1 si los literales a o c están marcados												
6. Acerca de todas sus citas dentales en los últimos 5 años marque la más cercana:														
	<ul style="list-style-type: none"> a. No ha tenido una cita dentaria en los últimos 5 años b. Durante los 5 años ha olvidado de asistir a sus citas dentales c. Durante los 5 años solo ha perdido una sola cita d. Durante los 5 últimos años ha cancelado una cita dental debido a que el problema desapareció 	Valor: 1 si los literales a , b o d están marcados												
7. Si tuviera un diente muy doloroso:														
	<ul style="list-style-type: none"> a. Preferiría que le saquen b. Preferiría dejarlo sin tratamiento c. Preferiría realizar una restauración 	Valor: 1 si los literales a o b están marcados												
8. Ud diría que la razón principal para no ir a un dentista sería:														
	<ul style="list-style-type: none"> a. Porque piensa que el tratamiento es doloroso b. Porque toma demasiado tiempo ir al dentista c. Porque siente preocupación o ansiedad cuando va al dentista d. Porque su dentista le hace sentir culpable acerca del estado de sus dientes e. Porque cuesta mucho f. Porque no tiene tiempo para ir al dentista g. Postpone las citas, asiste al dentista regularmente 	Valor: 1 si los literales b , d o f están marcados Si el literal c está marcado no es un puntaje de indiferencia dental												
Yo..... con mi firma doy mi consentimiento informado para la realización de esta encuesta.														
Firma.....														

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

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

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

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

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

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

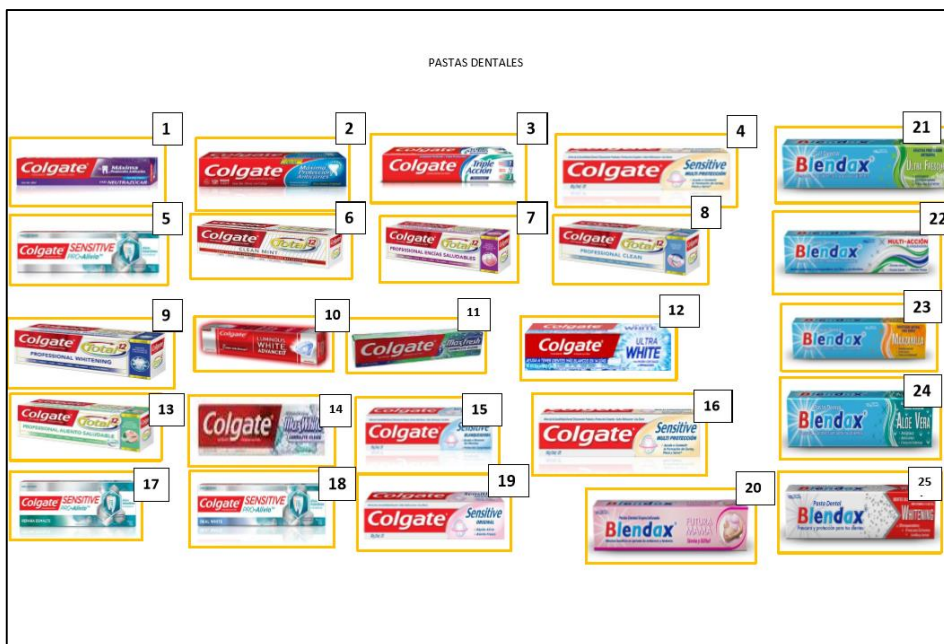
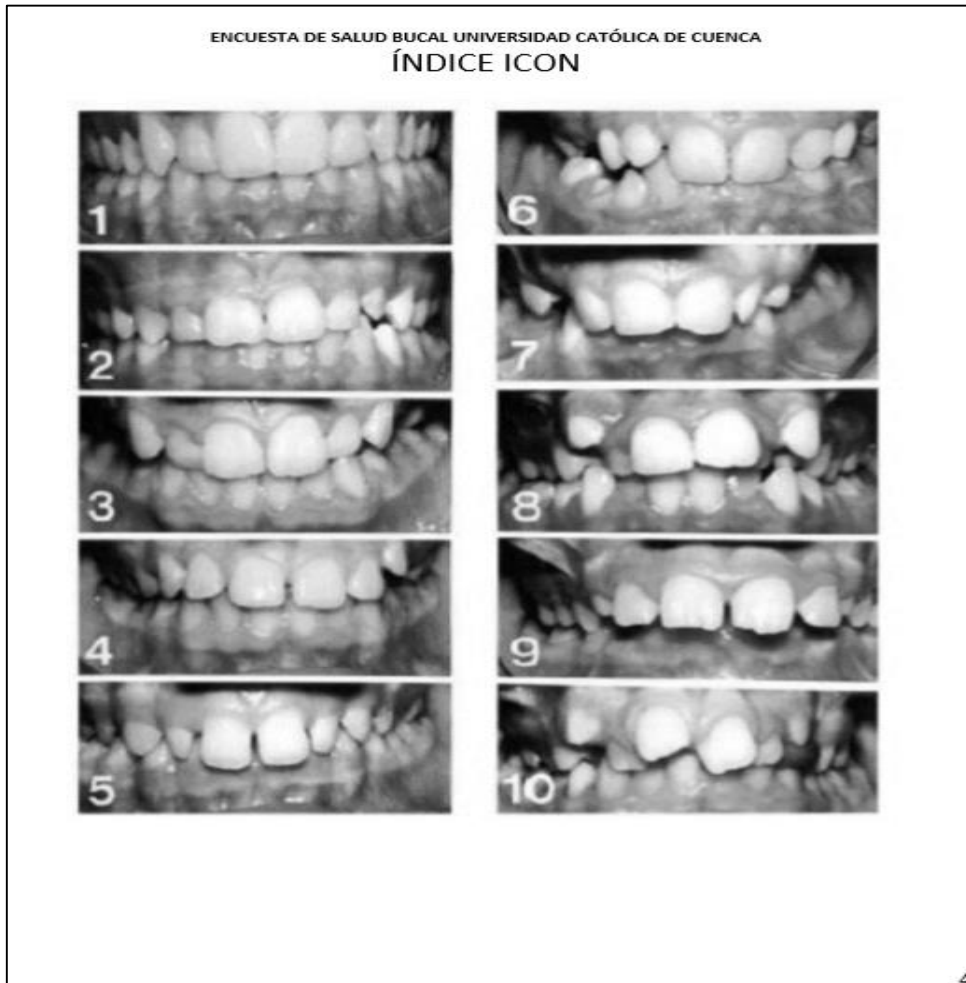
AUTOPERCEPCIÓN PERIODONTAL	
34. ¿Pienasa usted que tal vez sufra de la enfermedad de las encías? Sí () NO()	
35. ¿Alguna vez le han hecho cirugía de encías para limpiar por debajo de las mismas? Sí () NO()	
36. ¿Alguna vez le han hecho un raspado o un alizado de las raíces de los dientes, que a veces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

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

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

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

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



Anexo N°2.- Consentimiento informado

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

Firma.....

Anexo N°3.- Ficha de recolección digital

File Edit View Tools Help

Open Form Save Print Find New Record of 1249 Delete Undelete Line Listing Dashboard Map Edit Form Help

Pages

- FICHAS DE BARRERAS
 - Page 1
 - pag 2
 - Pag 3
 - Page 4

Page 1

FICHAS DE BARRERAS

C.I. del Encuestador: 1900545995

Parroquia: Huayna-Cápac

Nivel de instrucción: []

Ingreso/persona: []

CI: [] Sexo: [] Edad: [] Ocupación: [] Del 0 al 9

1. Para la higiene dental usualmente uso:

a. Un cepillo	b. La seda o cepillo	c. Tabletas reveladoras
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. En la actualidad

a. Creo que hay algo malo , pero no suficiente	b. Creo que hay algo malo y tengo la intensidad	c. Voy a realizarme un chequeo el prox año	d. No creo que necesite ningún tto	e. Ira pronto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Si perdi una calza de atrás y no me dolió

a. De inmediato iré a un dentista	b. Espero si siento dolor	c. No sería un problema y no vería un dentista
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Por lo general hago una cita para visitar al dentista

a. cuando el dentista me lo recuerda	b. al final de la última cita	c. cuando pienso ir a otro chequeo	d. cuando pienso que algo esta mal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Si mis encias sangran

a. No es un problema	b. iria inmediatamente al dentista	c. esperaría si hay dolor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Linked Records

Exposed From Exposed To

Unlink Add Exposure View SNA Graph