



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

“NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL EN PERSONAS DE 45 A 65 AÑOS EN LA PARROQUIA SININCAY, CUENCA- ECUADOR, 2019”

TRABAJO DE TITULACIÓN O PROYECTO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO

AUTOR: ANA BELÉN BENÍTEZ SERRANO

DIRECTOR: OD. ESP. EBINGEN VILLAVICENCIO CAPARÓ

CUENCA- ECUADOR

2019

*Yo me gradué en los
50 años de La Cato!*

DECLARACIÓN:

Yo, **Benítez Serrano Ana Belén** declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado la totalidad de las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento; y eximo expresamente a la UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

La UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su reglamento y normatividad institucional vigente.

.....

Autora: Benítez Serrano Ana Belén

C.I: 1900482702

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

Sra. Dra. Liliana Encalada Verdugo

COORDINADORA DEL DPTO. DE TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL EN PERSONAS DE 45 A 65 AÑOS EN LA PARROQUIA SININCAY, CUENCA- ECUADOR, 2019”** realizado por **BENÍTEZ SERRANO ANA BELÉN**, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que esta expedito para su presentación.

Cuenca, Junio 2020

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó

DPTO. DE INVESTIGACIÓN ODONTOLOGÍA

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Sra. Dra. Liliana Encalada Verdugo

COORDINADORA DEL DPTO. DE TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL EN PERSONAS DE 45 A 65 AÑOS EN LA PARROQUIA SININCAY, CUENCA- ECUADOR, 2019”** realizado por **BENÍTEZ SERRANO ANA BELÉN**, 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, Junio 2020

.....

Tutor: Villavicencio Caparó Ebingen

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mis padres Ana Lucia y Milton, hermanas Ana Paula, Ana Cristina y abuelita Inés que han sido un pilar fundamental en mi vida. A mi abuelito Benjamín que siempre estuvo y estará presente en mis logros, metas.

EPIGRAFE

“Cuando una puerta se cierra, otra se abre; pero a menudo miramos tanto tiempo y tan tristemente la puerta cerrada, que no vemos la que se ha abierto para nosotros”.

Alexander Graham Bell

AGRADECIMIENTOS

A mis amigas por su apoyo incondicional y amistad para poder culminar esta etapa juntas. A mi tutor Dr. Ebingen Villavicencio por guiarme en este trabajo de investigación. A mis profesores por las enseñanzas recibidas durante estos años.

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud.

DNS: Escala Dental de Negligencia

NICE: Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Atención

UCACUE: Universidad Católica de Cuenca

LOE: Ley Orgánica de Educación

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos

CIUO: Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones

ÍNDICE

RESUMEN	12
ABSTRACT	13
INTRODUCCIÓN.....	14
CAPÍTULO I	15
PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	15
1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
2. JUSTIFICACIÓN	16
3. OBJETIVOS	17
3.a. Objetivo general	17
3.b Objetivo específico.....	17
4. MARCO TEÓRICO	18
4.1 MARCO CONCEPTUAL.....	18
4.1.a.Salud Oral.....	18
4.1.b.Negligencia al Cuidado Dental.....	18
4.1. c.Tipos de Negligencia:	18
4.1. d.Herramientas de Medida de Negligencia al Cuidado Dental	18
4.1. e. Causas de Negligencia	19
4.1. f. Enfermedades Dentales	19
4.1. g.Autocuidado	20
4.1. h.Prevenición	20
4.1. i.Diagnóstico	20
4.1.j. Manejo	20
4.1. k. Determinantes Socioeconómicas.....	20
4.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	23
HIPOTESIS	25
CAPÍTULO II	26
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	26
1. MARCO METODOLÓGICO.....	27
2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	27
2.1. Criterios de Selección.....	27
2.1.a. Criterios de Inclusión:.....	27
3. OPERALIZACIÓN DE LA VARIABLE	28

4. INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	31
4.1. Instrumentos Documentales.....	31
4.2. Instrumentos Mecánicos.....	31
4.3. Materiales.....	31
4.4. Recursos.....	31
5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.....	31
5.1. Ubicación Espacial.....	31
5.2. Ubicación Temporal.....	31
5.3. Criterios de registro de hallazgo.....	31
5.4. PROCEDIMIENTO PARA ANÁLISIS DE DATOS.....	32
5.5. ASPECTOS BIOÉTICOS.....	32
CAPÍTULO III.....	33
RESULTADOS.....	34
DISCUSIÓN.....	40
CONCLUSIÓN.....	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico1. Distribución de la muestra de acuerdo a negligencia.....	34
---	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla1. Distribución de la muestra de acuerdo a edad.....	35
Tabla 2. Distribución de la muestra de acuerdo a sexo.....	36
Tabla 3. Distribución de la muestra de acuerdo a ingresos económicos.....	37
Tabla 4. Distribución de la muestra de acuerdo a instrucción.....	38
Tabla 5. Distribución de la muestra de acuerdo a ocupación.....	39

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la frecuencia de negligencia que existe en el cuidado dental en personas de 45 a 65 años de edad en la parroquia de Sinincay, Cuenca-Ecuador, 2019.

MATERIALES Y MÉTODOS: La metodología aplicada fue de enfoque cuantitativo, con diseño y nivel descriptivo, el tipo de investigación fue documental con una técnica comunicacional y temporalidad retrospectiva. Para la toma de datos se utilizó una ficha de observación.

RESULTADOS: El 91% de la población es negligente en el cuidado dental, el sexo femenino presento mayor negligencia con el 53% y el masculino con el 47%, los ingresos bajos obtuvieron el 89% en comparación a los altos con el 11%, el nivel de instrucción alto fue de 81% y bajo 19%, la ocupación de nivel bajo con el 80% y el nivel alto con 20%.

CONCLUSIÓN: Se pudo determinar que existe un alto porcentaje con el 89% de frecuencia de negligencia en el cuidado dental en personas de 45 a 65 años de edad.

PALABRAS CLAVE: Negligencia, ingresos, ocupación

ABSTRACT

OBJECTIVE: Determine the frequency of negligence in dental care in people aged 45-65 in the parish of Sinincay, Cuenca-Ecuador, 2019. **MATERIALS AND METHODS:** The methodology applied was of a quantitative approach, with design and descriptive level, the type of research was documentary with a communicational technique and retrospective temporality. An observation sheet was used for data collection **RESULTS:** 91% of the population is negligent in dental care, the female sex is more negligent with 53% and the male with 47%, the low income obtained 89% compared to the high with 11%, the high level of education was 81% and low 19%, low occupancy with 80% and high occupancy with 20%. **CONCLUSION:** It was found that there is a high percentage with the 89% frequency of negligence in dental care in people between 45 and 65 years of age.

KEYWORDS: Negligence, income, occupation

INTRODUCCIÓN

El ser humano dentro de sus actividades diarias más importantes debe considerar el cuidado y buen estado de su salud bucal, ya que sin esta prevención se podría adquirir diferentes tipos de enfermedades bucales sin poder prevenirlas.

La negligencia es la falta de información de no saber los riesgos o consecuencias cuando no existe una buena salud oral, según estudios realizados, las personas negligentes tienen ciertas características tal como; inestabilidad económica, inmadurez, poco interés por mantener una buena salud ⁽¹⁾.

La falta de conocimiento del cuidado bucal es bastante común y se ve demostrado por la falta de preocupación hacia su propia salud oral o por el hecho de que personas asisten a una consulta odontológica solamente cuando el dolor existe y no le es tolerable soportar, es así como descuidan la prevención y no evitan futuras afectaciones.

Por este motivo, es importante inculcar la importancia de mantener una adecuada higiene oral a temprana edad y los beneficios que se obtiene al tener buen estado de salud, así como también dar a conocer las consecuencias que se tienen por la pérdida o daño dentro de la cavidad oral, la que al pasar de los años puede empeorar derivando a pérdidas de piezas o enfermedad realmente graves.

El propósito de este trabajo de titulación es determinar la frecuencia de negligencia que existe en el cuidado dental en personas de 45 a 65 años de edad de la parroquia Sinincay.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

La negligencia dental se basa en que los individuos no le dan gran importancia al cuidado de su salud bucal, posiblemente por la falta de tiempo o por dinero, dejándola en segundo plano, sin darse cuenta que esto con el tiempo puede generar mayores inconvenientes.

¿Cuánto es la frecuencia de personas de 45 a 65 años de edad con negligencia en la parroquia Sinincay, Cuenca-Ecuador?

2. JUSTIFICACIÓN

Este tema de investigación está enfocado en pacientes de 45 a 65 años de edad. Mediante el proyecto se podrá determinar la frecuencia de negligencia que presentan las personas dentro del rango de edad antes mencionado en la parroquia Sinincay- Cuenca lo cual expresa la relevancia científica. Dado que el presente estudio va dirigido a personas de 45 a 65 años de edad, tiene relevancia humana al investigar en una población con escasa información dentro del sistema de salud. El presente estudio tiene un nivel de originalidad nacional, para garantizar la viabilidad del estudio, se ha realizado mediante fichas de observación de la base de datos del departamento de investigación lo que nos permite obtener los resultados de manera rápida. Este tema es de interés personal, dado que se presenta como parte de los requerimientos del programa académico de Odontología para titulación. El trabajo está dentro de las líneas de investigación de la Universidad Católica de Cuenca, por lo tanto, tiene concordancia con las políticas institucionales de investigación.

3. OBJETIVOS

3.a. Objetivo general

Determinar la frecuencia de negligencia que existe en el cuidado dental en personas de 45 a 65 años de edad en la parroquia de Sinincay, Cuenca-Ecuador, 2019.

3.b Objetivo específico.

- Discriminar la frecuencia de negligencia que existe en el cuidado dental según el sexo.
- Discriminar la frecuencia de negligencia que existe en el cuidado dental según la edad.
- Discriminar la frecuencia de negligencia que existe en el cuidado dental según ingresos económicos.
- Discriminar la frecuencia de negligencia que existe en el cuidado dental según nivel de instrucción.
- Discriminar la frecuencia de negligencia que existe en el cuidado dental según la ocupación.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 MARCO CONCEPTUAL

4.1.a.Salud Oral

Es primordial, se debe tener un cuidado diario para que con el tiempo no se presente inconvenientes o problemas que lleguen a la pérdida de piezas dentarias o enfermedades de la cavidad oral y preservar una calidad de vida óptima ⁽²⁾.

4.1.b.Negligencia al Cuidado Dental

Falta de cuidado y atención en lo que se refiere a la cavidad oral, debido a la deficiencia socioeconómica, falta de tiempo y conocimiento es decir personas analfabetas, sobre lo que puede ocurrir por no darle importancia a la salud ⁽³⁾.

4.1. c.Tipos de Negligencia:

4.1. c.1.Negligencia Activa: Falta intencional de los padres con el cuidado de sus responsabilidades ⁽⁴⁾.

4.1. c.2.Negligencia Pasiva: Incumplimiento inconsciente de las obligaciones por parte de los progenitores ⁽⁴⁾.

4.1. c.3.Autocuidado: La persona que se encuentra inhabilitada para cuidarse por sí mismo debido a problemas psicológicos, mentales ⁽⁴⁾.

4.1. c.4. Negligencia de la Prevención Dental: Se basa en el descuido de las enfermedades orales incluyendo las condiciones dentales ⁽⁵⁾.

4.1. c.5. Negligencia al Tratamiento Dental: Son necesarias debido a caries no tratadas, dolor de piezas dentales y lesiones traumáticas ⁽⁵⁾.

4.1. d.Herramientas de Medida de Negligencia al Cuidado Dental

4.1. d.1Escala de Negligencia Dental (DNS)

Instrumento destinado para determinar grupos de riesgos, apoyados en investigaciones acerca de la salud oral. Valora la medida en que una persona le da el cuidado adecuado a sus dientes, atención dental recibida. Esta herramienta puede sustituir los datos clínicos en las encuestas, cuando las condiciones impidan el análisis a los participantes. El DNS consta de 6 preguntas, con sus respuestas en escala de 1 (definitivamente no) al 5 (definitivamente sí) ⁽⁵⁾.

- Mantiene el cuidado dental en el hogar, considera importante su salud dental
- Recibe el cuidado dental necesario

- Requiere atención dental, pero la ignora
- Su cepillado es correcto
- Controla los alimentos, como debería ⁽⁵⁾.

4.1. e. Causas de Negligencia

- Las personas ponen en segundo plano su salud oral debida ya que dan más importancia a otras enfermedades que puedan padecer.
- La mal higiene es decir cepillado inadecuado, no usar hilo dental o simplemente no cepillarse los dientes.
- Miedo a ir al odontólogo, por los tratamientos que necesarios a realizar.
- No acudir frecuentemente para evaluaciones de salud bucal
- Falta de continuación con los tratamientos cuando existe patologías o traumas que estén afectando la salud en general⁽⁶⁾.

4.1. f. Enfermedades Dentales

Se consideran un importante problema en la sociedad, afectando a la calidad de vida de la persona, al presentar molestias, dolor y limitaciones que puedan ser desagradables durante s vida cotidiana⁽⁷⁾.

4.1f.1. Caries

La caries es una enfermedad multifactorial que destruye los tejidos de los dientes, empieza con una manchita hasta que se forma una cavidad debido a diferentes factores como bacterias en la boca, ingesta excesiva de azucares, y al no tratarla a tiempo puede llegar a presentar dolor. Se puede prevenir con la utilización de flúor, al igual que disminuir la placa bacteriana con una correcta higiene⁽⁷⁾.

4.1. f.2. Enfermedad Periodontal

Afecta a los tejidos de soporte y protección de las piezas dentarias, comienza con la inflamación de las encías el cual se denomina gingivitis, si no se acude al odontólogo puede llegar a la periodontitis que es la perdida de las piezas dentarias. Otros factores que ayudan a que avance la enfermedad son el cigarrillo, estrés, consumo excesivo de alcohol y enfermedades sistémicas como diabetes. Por lo que se debe tener una vida saludable sin tener consumos excesivos de los antes mencionados para no agravar la enfermedad⁽⁷⁾.

El uso de antibióticos y el tratamiento mecánico elimina gran cantidad de bacterias que ocasionan la enfermedad, disminuyendo las bolsas periodontales y aumentando la inserción de las piezas dentaria⁽⁷⁾.

4.1.f.3. Cáncer Oral

Esta enfermedad es una de las principales, se presenta inicialmente como una ulcera, dolor, hinchazón, dificultad a la masticación. Su ubicación común es en las mejillas y suelo de la boca. Se debe tomar en cuenta las lesiones pequeñas que pueden observarse ya que algunas pasan desapercibidas, pueden avanzar gravemente y causar esta enfermedad. La extirpación quirúrgica es el tratamiento ideal⁽⁷⁾.

4.1. g. Autocuidado

Según la OMS, hace referencia al cuidado que tiene una persona por sí mismo, es decir para mejorar su salud y evitar riesgos. Por lo tanto, mientras mayor preocupación exista el individuo logrará mantener una higiene y salud en buen estado⁽⁸⁾.

Buunk Y menciona que mientras más positivas sean las actitudes en el autocuidado la persona conseguirá sentirse mejor con el mismo, además tener la influencia de familiares al implementar “dientes limpios, aliento fresco”⁽⁹⁾.

4.1. h. Prevención

Se basa en promover hábitos dietéticos y mejorar la salud oral con una limpieza profunda en la cita odontológica, luego se mantiene la higiene con el uso del cepillado con pasta fluorada, hilo dental, enjuagues bucales y cepillos interdentes, este último utilizados únicamente donde sea indicado por el especialista⁽¹⁰⁾.

4.1. i. Diagnóstico

Según el “NICE” se debe sospechar de negligencia cuando el paciente llega a la consulta odontológica y se observa falta de cuidado o mal higiene oral (negligencia) a pesar de haberle manifestado todas las medidas de prevención para mejorarlo⁽¹⁰⁾.

4.1. j. Manejo

El principal objetivo del cuidado dental es aliviar el dolor y luego reestablecer la función masticatoria y estética⁽¹⁰⁾.

4.1. k. Determinantes Socioeconómicas

4.1. k.1. Edad

La negligencia varía según la edad, comúnmente esta aumenta con el paso del tiempo, dependiendo de la autonomía con la que el individuo va adquiriendo según los años, tomando en cuenta la poca importancia que va teniendo referente a la salud oral. Según García E (2015) en su estudio demostró que el rango de edad fue de 19 a 40 y de 41 a 60 años de edad con un 33.6%^{(3) (11)}.

4.1. k.2.Género

Estudios presentan que las mujeres tienen mayor importancia con su físico, por lo que se preocupan más por su cuidado en la salud oral, acudiendo con regularidad a las citas con el dentista. Chocarro L (2012) concluyó que las mujeres mayores hábitos saludables utilizando pastas fluoradas, hilo dental, y obtuvieron el 55,6% al contrario de los hombres 44,4%^{(11) (12)}.

4.1. k.3.Educación

Los individuos con bajo nivel educativo no tienen gran importancia en su cuidado ya que durante su vida no ha existido un ejemplo o explicación por la esa persona sienta la preocupación necesaria en cuanto a la atención de su cavidad oral.

Según la LOE presenta que el sistema educativo se encuentra estructurado por diferentes etapa⁽¹¹⁾.

- Educación Infantil.
- Primaria.
- Secundaria.
- Bachillerato.
- Estudios Universitarios⁽¹³⁾.

4.1.k.4.Ingresos Económicos

Según estudios realizados, los pacientes con gran deficiencia de dinero no acuden al dentista por su situación y es posible que no sientan la necesidad por el cuidado de su boca. Alvarado J (2017), presentó que en el Ecuador el 49% de la población recibe un salario menor al básico^{(11) (14)}.

4.1.k.5. Ocupación.

En estudios efectuados, una comparación entre los diferentes grupos y el mayor fue de rango bajo. Romo M (2005), determinó que el grupo obrero, en comercio pequeño tuvo el 55,74%, siendo el mayor. El INEC se basa en el CIUO 08, está organizada dependiendo la actividad realizada en cada empleo^{(11) (15) (16)}.

4.1.k.5.a. Clasificación según CIUO 08

4.1.k.5.b. Grupo 1: Directores y Gerentes.

Abarca las personas que se encuentran dentro del gobierno lo representan y los individuos que determinan las políticas de una compañía sea propia o trabajen para la misma⁽¹⁶⁾.

4.1.k.5.c. Grupo 2: Profesionales Científicos e Intelectuales.

Comprende ocupaciones con rango alto y especializado en ciencias físicas, biológicas, sociales, tiene como objetivo la enseñanza para resolución de problemas⁽¹⁶⁾.

4.1.k.5.d. Técnicos y Profesionales de nivel medio.

Son necesarias de conocimientos técnicos, además de normas físicas, biológicas, sociales, realizan trabajos técnicos aplicando lo antes mencionado⁽¹⁶⁾.

4.1.k.5.e. Grupo 4: Personal de Apoyo Administrativo.

Consiste en conocimientos, experiencia en ordenamiento y almacenamiento de información, es decir las ocupaciones como secretaria, computación, operación de caja, agendar citas o entrevistas⁽¹⁶⁾.

4.1.k.5.f. Grupo 5: Trabajadores de los Servicios y Vendedores de Comercios y Mercados.

Estas ocupaciones prestan servicios particulares (trabajos domésticos) o de seguridad y la venta de productos en mercados⁽¹⁶⁾.

4.1.k.5.g. Grupo 6: Agricultores y Trabajadores calificados Agropecuarios, Forestales y Pesqueros.

Incluye ocupaciones con conocimientos para la elaboración de productos de agricultura y pesca, con el fin de la crianza de animales para mercantilizar y explotación de bosques⁽¹⁶⁾.

4.1.k.5.h. Grupo 7: Oficiales, Operarios, y Artesanos de Artes Mecánicas y de otros Oficios.

Es necesario el conocimiento de máquinas en todo su proceso para la fabricación de las mercancías, además de la extracción de la materia prima de los suelos para construcción de edificios⁽¹⁶⁾.

4.1.k.5.i. Grupo 8: Operadores de Instalaciones de Máquinas y Ensambladores.

Requieren de conocimiento para la instalación de máquinas de gran tamaño principalmente en la minería, industria de procesamientos y otras producciones, conducir y monitorear equipos móviles⁽¹⁶⁾.

4.1.k.5.j. Grupo 9: Ocupaciones Elementales.

Ocupaciones que desempeñan actividades simples y habituales, con herramientas manuales, como los vendedores ambulantes, actividades de casa, construcción, industrias manufactureras⁽¹⁶⁾.

4.1.k.5.k. Grupo 0: Ocupaciones Militares.

Está integrado por ejército, marina, proporcionan servicios en las diferentes ramas sea por su decisión o por obligación y no están libres de un empleo civil⁽¹⁶⁾.

4.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

- Jamieson L y cols, "Salud Dental, Negligencia Dental , uso de servicios en adulto Dunedin muestra poblacional", estudio descriptivo transversal, de 600 encuestas 14 fueron devueltas, las características sociodemográficas de Dunedin indican que las personas entre 45 a 64 años eran mujeres, aquellas con educación de tercer nivel son las más representativas dentro de la muestra. La negligencia dental fue mayor en los jóvenes y grupo ocupacional bajo además de los que no han visitado por un largo tiempo al dentista⁽¹⁾.
- Kumar A y cols, en el artículo ""La negligencia dental como una auditoría conductual de la salud bucal: Revisión de literatura", revisión bibliográfica de 385 artículos determinando que la negligencia dental varía según sexo, edad, nivel de educación, ingresos, clase social. Existe mayor negligencia en personas con escasos recursos, bajo nivel de educación y los que no tienen importancia por su aseo⁽¹¹⁾.
- McGrath C y cols, en un artículo de revista denominado "El impacto de negligencia dental en la salud oral: población basada en un estudio en Hong Kong", se realizó mediante una encuesta telefónica transversal a 800 números, se evaluaba la negligencia dental, estado de salud bucal (incluida la calidad de vida) e información personal de los encuestados. El 92% de la población presenta que su salud oral es importante, el 8% tienen su salud oral pobre, 58% se cepillan los dientes como deberían, 37% dejan a un lado la atención odontológica aun así que lo necesiten y el 31% no han recibido la atención necesaria. Teniendo en cuenta que la negligencia se relacionó con la edad, ingresos y nivel de educación⁽¹⁷⁾.
- Mathur A. y cols, en un artículo llamado "Negligencia dental afectando al estatus de salud oral en la India", estudio transversal, las respuestas era definitivamente no a definitivamente si siendo 1,2,5,6,7 definitivamente si y 3,4

definitivamente no, el porcentaje más alto con negligencia dental fue el sexo femenino, los que no se realizan visitas rutinarias y controles en los últimos dos años⁽¹⁸⁾.

- Barbosa C y cols, en el artículo “Niño, negligencia, salud oral”, estudio cuantitativo, casi todos los cuidadores de los mismos fueron de sexo femenino 96.7%, según el nivel de educación el 23.3% no tenía completo el colegio, 3.3% licenciatura incompleta, según la profesión fueron agricultores con el mayor valor 36.7%, el 71.4% no llevan a sus hijos al dentista piensan que no lo necesitan, los niños que se cepillan los dientes tres veces al día tiene un porcentaje de 56.7% y 3.3% no se cepillan en ningún momento⁽¹⁹⁾.
- Dho MS, en su artículo “Actitudes de salud bucodental en relación al nivel socioeconómico en individuos adultos”, estudio transversal, mediante encuestas a 381 personas, según el sexo 53.5% femenino y 46.5% masculino, en los estudios un 66.7% había terminado la secundaria y dentro del nivel socioeconómico prevalece el medio-bajo⁽²⁰⁾.
- Skaret E, en su artículo “Evaluación de la fiabilidad y validez de la Escala de negligencia dental en adultos noruegos.”, estudio transversal, con una muestra de 263 universitarios y una aleatoria de 2000 personas entre 16-79 años de edad, evaluaron la confiabilidad del cuestionario DNS y conocer el nivel de negligencia que existe en la población de Noruega obteniendo un alto nivel con el 20%⁽²¹⁾.
- Sarkar P y cols, en su estudio “Impacto de la Escala de negligencia dental en el estado de salud oral entre diferentes profesionales en la ciudad de Indore: un estudio transversal”, el estudio se realizó en 400 estudiantes de 18-25 años, utilizando una encuesta para evaluar la negligencia dental. Primero Se efectuó un examen para conocer el estado de higiene del individuo mediante DMFT y OHIS. Para el análisis se usó el programa SPSS, obteniendo el mayor puntaje en la higiene oral normal para la escala de negligencia dental⁽²²⁾.
- Jamieson L y cols, en la “Escala de Indiferencia dental y Negligencia Dental Comparadas”, en una población de 478 individuos se realizó un cuestionario, el cual el puntaje promedio de negligencia dental fue de 12.4, la puntuación media de la escala de Indiferencia Dental fue de 3.1, la asociación entre las dos presentaban similitud en atención oral y autocuidado, características de impacto de salud oral, aunque se encontraron un poco más de asociaciones con la escala de Indiferencia Dental⁽²³⁾.
- Ramazani N, en “Negligencia Dental Infantil: Una breve reseña”. Investigación en base a Pub Med, Science Direct, Medline, Google, Cochran Library, Google

Scholar y EMBASE, se recopilaron datos útiles para la misma, dando como resultado la ignorancia de los padres que impiden que el niño asista a la consulta odontológica, es decir que acuden en el momento que necesite un tratamiento de urgencia. Con el tiempo este comportamiento puede generar inconvenientes en el crecimiento del niño tales como desnutrición. Los profesionales de la salud oral deben facilitar la asistencia a tratamientos⁽²⁴⁾.

HIPOTESIS

El presente estudio no precisó hipótesis por ser de tipo descriptivo

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. MARCO METODOLÓGICO

Enfoque: Cuantitativo

Diseño de la Investigación: Descriptivo ⁽²⁵⁾

Nivel de Investigación: Descriptivo

Tipo de Investigación

Por el ámbito: Documental

Por la técnica: Comunicacional

Por la temporalidad: Retrospectivo

2. POBLACIÓN Y MUESTRA

De acuerdo a la base de datos que reposan en el departamento de investigación de la carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca existen 397 fichas corresponden al rango de edad del estudio de la parroquia Sinincay, Cuenca-Ecuador. En cuanto a la muestra se analizará la totalidad de la población de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

2.1. Criterios de Selección

2.1.a. Criterios de Inclusión:

Fichas de observación de personas de 45 a 65 años de edad que se encuentren correctamente llenadas en el parámetro de negligencia de la parroquia Sinincay-Cuenca, 2019.

2.1.b. Criterios de Exclusión:

Fichas de observación que no cumplen con el rango de 45 a 65 años de edad y que no estén correctamente llenadas en el parámetro de negligencia de la parroquia Sinincay- Cuenca, 2019.

3. OPERALIZACIÓN DE LA VARIABLE. ⁽²⁶⁾

Variable	Definición-Concepto	Definición Operativa	Dimensiones	Indicador	Tipo Estadístico	Escala	Dato	Instrumento
Frecuencia de Negligencia	Falta de cuidado o el descuido.	Valor que da el individuo a su cuidado dental	Unidimensional	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta • No presenta 	Cualitativo	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta • No presenta 	Escala Dental de Negligencia (DNS)
Edad	Tiempo que ha vivido un ser desde su nacimiento	Años de vida de la personas encuestada	Unidimensional	Dato encontrado en la encuesta	Cuantitativo	De razón	45-65 años	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha de Observación
Sexo	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos, los animales y las plantas	Características externas que diferencian al sexo de la persona encuestada	Unidimensional	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino 	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino 	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha de Observación

Nivel de Instrucción	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Valor del nivel académico	Unidimensional	<ul style="list-style-type: none"> • Sin Estudios • Primaria • Secundaria • Superior Universitaria 	Cualitativo	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Sin Estudios • Primaria • Secundaria • Superior Universitaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha de Observación
Ocupación	Acción o función que desempeña una persona	Ocupación de la persona encuestada	Unidimensional	Del 0 al 9 5 y 9 Bajo 0,1,2,3,4,6,7,8 Alto	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 0. Militares 1. Directores y Gerentes 2. Profesionales Científicos e Intelectuales 3. Técnicos y Profesionales del Nivel Medio 4. Personal de Apoyo Administrativo 5. Trabajadores de los servicios y Vendedores de comercios y mercados 6. Agricultores y 	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha de Observación

							<p>Trabajadores calificados agropecuarios forestales y pesqueros</p> <p>7. Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicos y otros oficios</p> <p>8. Operarios de instalaciones y máquinas y ensambladores</p> <p>9. Ocupaciones Elementales</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

4.1. Instrumentos Documentales.

Ficha de Observación para la recolección de datos (Ver Anexo 1)

4.2. Instrumentos Mecánicos.

Computadora de Escritorio.

4.3. Materiales.

Materiales de escritorio.

4.4. Recursos.

Autofinanciado, humanos, institucionales.

5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.

5.1. Ubicación Espacial.

Sinincay es una parroquia rural perteneciente al cantón Cuenca en la provincia del Azuay, se encuentra al sur del Ecuador, limita al norte con la parroquia Chiquintad, al sur con Bellavista y El Vecino, al este con Hermano Miguel y al oeste con Sayausi. Está situada a 2567 msnm con una temperatura entre 14-6°C y 3959 msnm llega hasta 6 a 8°C.

5.2. Ubicación Temporal.

La revisión de fichas que reposan en el departamento de investigación de la Universidad Católica de Cuenca se realizará en Enero – Marzo del 2020.

5.3. Criterios de registro de hallazgo.

La ficha se encuentra distribuida en: número de registro el correspondiente al de la base de datos, edad sin decimales, sexo biológico (varón o mujer), factores económicos, nivel de educación, ocupación, parroquia de donde proviene la persona, total de la frecuencia de negligencia (suma de todas las preguntas del cuestionario DNS)

5.4. PROCEDIMIENTO PARA ANÁLISIS DE DATOS.

El puntaje registrado de negligencia se dicotomizará teniendo en cuenta el punto de corte: 0 a 10 o menor no presenta negligencia y mayor a 10 demuestra que muestra negligencia.

Una vez dicotomizado, se procede a realizar la estadística descriptiva de cada variable (edad, sexo, factores económicos, educación, ocupación) luego se harán tablas cruzadas de doble entrada para asociar las covariables con la variable principal negligencia mediante la prueba X^2 (chi cuadrado)

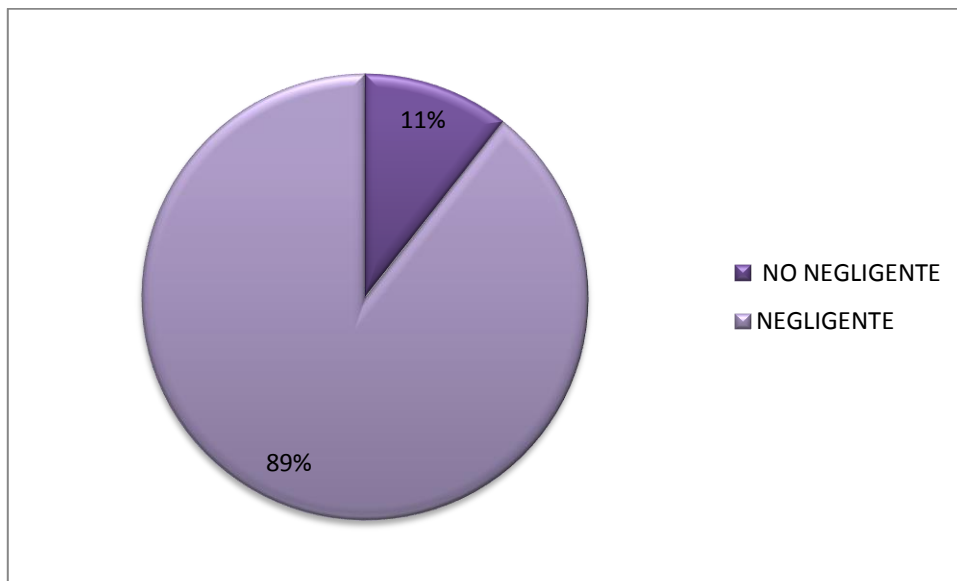
5.5. ASPECTOS BIOÉTICOS.

Se solicitara la revisión y el permiso del comité institucional de bioética de la Universidad Católica de Cuenca, no es necesario un consentimiento debido a que existe una base de datos en el departamento de investigación de la carrera de Odontología.

CAPÍTULO III
RESULTADOS, DISCUSIÓN, Y CONCLUSIONES

RESULTADOS

Gráfico 1. Distribución de la muestra de acuerdo a negligencia.



Interpretación: En el gráfico 1 se puede evidenciar alta frecuencia de negligencia al cuidado dental.

Tabla 1. Distribución de la muestra de acuerdo a edad.

	NO NEGLIGENTE		NEGLIGENTE		TOTAL GENERAL	
	N	%	N	%	N	%
DE 45 A 55	28	13%	187	87%	215	54%
DE 56 A 65	14	8%	168	92%	182	46%
TOTAL GENERAL	42	11%	355	89%	397	100%

X^2 :p: 0.08531

Interpretación: En Tabla 1 demuestra que el rango de edad con mayor frecuencia de negligencia al cuidado dental es de 56 a 65 años de edad. De acuerdo al χ^2 no existe asociación entre variables antes mencionadas.

Tabla 2. Distribución de la muestra de acuerdo a sexo.

	NO NEGLIGENTE		NEGLIGENTE		TOTAL GENERAL	
	N	%	N	%	N	%
FEMENINO	24	11%	185	89%	209	53%
MASCULINO	18	10%	170	90%	188	47%
TOTAL GENERAL	42	11%	355	89%	397	100%

X^2 :p: 0.8176

Interpretación: En Tabla 2 se obtuvo que el sexo con mayor frecuencia de negligencia al cuidado dental fue el masculino lo contrario al sexo masculino. De acuerdo al χ^2 no existe asociación entre estas variables.

Tabla 3. Distribución de la muestra de acuerdo a ingresos económicos.

	NO NEGLIGENTE		NEGLIGENTE		TOTAL GENERAL	
	N	%	N	%	N	%
ALTO	6	14%	38	86%	44	11%
BAJO	36	10%	317	90%	353	89%
TOTAL GENERAL	42	11%	355	89%	397	100%

χ^2 :p: 0.3841

Interpretación: En Tabla 3 el nivel de ingresos bajo tuvo mayor frecuencia de negligencia en el cuidado dental a diferencia del nivel alto. Se evidencia que no existe asociación en las variables anterior mencionadas de acuerdo al χ^2 .

Tabla 4. Distribución de la muestra de acuerdo a nivel de instrucción.

	NO NEGLIGENTE		NEGLIGENTE		TOTAL GENERAL	
	N	%	N	%	N	%
ALTO	11	14%	65	86%	76	19%
BAJO	31	10%	290	90%	321	81%
TOTAL GENERAL	42	11%	355	89%	397	100%

χ^2 :p: 0.3841

Interpretación: Tabla 4 los individuos con negligencia al cuidado dental presentaron mayor frecuencia en el nivel de instrucción bajo en comparación con el nivel alto. De acuerdo al χ^2 no existe asociación entre estas variables.

Tabla 5. Distribución de la muestra de acuerdo a ocupación

	NO NEGLIGENTE		NEGLIGENTE		TOTAL GENERAL	
	N	%	N	%	N	%
BAJO	29	9%	288	91%	317	80%
ALTO	13	16%	67	84%	80	20%
TOTAL GENERAL	42	11%	355	89%	397	100%

X^2 :p: 0.1346

Interpretación: Tabla 5 la población expuesta obtuvo la mayor frecuencia de negligencia al cuidado dental al contrario de los no expuestos. Entre la ocupación y la variable antes mencionada no existe asociación referente al χ^2 .

DISCUSIÓN

Se realizó la revisión de 397 fichas de la base de datos del departamento de investigación de la UCACUE, en base al cuestionario DNS, tomando la muestra completa que corresponde a la edad de 45 a 65 años de edad.

En este estudio pero se determinó que la negligencia se relacionó con el sexo, edad, ocupación, ingresos económicos, ingresos, al igual que en el estudio de Kumar A (2016), estableció que la negligencia varía según sexo, edad, nivel de educación, ingresos, clase social, en cambio McGrath C (2016) evaluaba que la negligencia dental, mencionada se relacionó con la edad, ingresos y nivel de educación^{(11) (17)}.

En esta investigación la frecuencia de negligencia fue de 89%, al contrario que el estudio de Skaret E (2015) que presentó el 20% de negligencia⁽²¹⁾.

De acuerdo a la edad con negligencia el rango con mayor porcentaje fue de 56 a 65 años con el 92% esto puede ser a causa de que mientras mas avanzada es la edad menor importancia le dan a su cavidad oral, a diferencia de Skaret E (2007) el rango de edad mayor en su estudio fue de 25 a 44 años con 37,9%, contrario a Díaz S (2017) que los adultos mayores obtuvieron el 57,5%^{(2) (21)}.

Esta investigación presentó cifras mayores el sexo masculino con 90% posiblemente por que no le dan mucha importancia a su apariencia al contrario de las mujeres. En cambio Dho M (2015), los resultados fueron el 53,5% del sexo femenino, discrepando al estudio de Jamieson L (2002) que el sexo femenino fue mayor con 63.3%^{(20) (23)}.

Según los ingresos económicos predominó el rango bajo con el 90%, el mismo que por escasos no pueden acceder con facilidad a la atención dental , al igual que Díaz S (2017) que presentó ingresos bajos 86,2%, Sharma I (2019) concuerda con el nivel medio bajo teniendo 40%^{(23) (27)} .

En este trabajo se determinó que el nivel de instrucción fue de 90% el nivel bajo no tienen el conocimiento o información suficiente referente a su cuidado dental, del mismo modo Díaz S (2017) con el 54,8% el rango escolar bajo y acorde con Limonta E (2009) que predomina el nivel bajo con el 29,7%⁽²¹⁾⁽²⁸⁾.

En esta investigación se obtuvo mayor porcentaje la ocupación de rango bajo con el 91% por lo que no obtienen la remuneración necesaria para acudir a un especialista, similar al estudio de Romo M (2005) con la ocupación de nivel bajo 55,74%, asimismo Guizar J (2019) mostró el 60% con grado bajo en la ocupación^{(15) (29)}.

CONCLUSIÓN

Luego de esta investigación se llegó a la conclusión:

- La frecuencia de negligencia que se evidencio un alto porcentaje con el 89% y el porcentaje que no presenta negligencia es de 11%.
- Se determinó que la edad con mayor frecuencia de negligencia es de 56 a 65 años el cual no es un factor determinante.
- El sexo femenino es más frecuente a la negligencia al cuidado dental con 53%, este no presenta relación significativa.
- Según los ingresos económicos bajos fueron vulnerables a tener negligencia, pero no es un factor de riesgo.
- El nivel de instrucción de rango bajo es más propenso a la negligencia siendo el 89% no presenta relación de determinación.
- La ocupación con rango bajo 80% no tuvo relación con negligencia por lo que no es un factor de riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Jamieson L, Thomson M. Dental health, dental neglect, and use of services in an adult Dunedin population sample. *New Zealand Dental Journal* 2002;98
- (2) Díaz S, Meisser M, Tirado L, Fortich N, Tapia L. Impacto de salud oral sobre calidad de vida en adultos jóvenes de clínicas odontológicas universitarias. *Int. J. Odontostomat* 2017;11(1)
- (3) García E, Gómez P, Arispe L. Negligencia, imprudencia, impericia: Análisis de casos 2010 –2014 en la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Campeche. *Revista Conamed* 2015;20(3)
- (4) Kumar A, Puranik MP, Sowmya K R. Dental Neglect – A Review. *Research and Reviews: Journal of Dental Sciences* 2015;3(1)
- (5) Matute C, Barzallo J, Villavicencio E. Negligencia al cuidado dental. Revisión de la literatura. *Rev Oactiva UC Cuenca* 2018: 3(3)
- (6) López G, López B, Nachón M, Hernández D. Salud bucal, salud bucal percibida y calidad de vida en adultos mayores. *Rev Med UV* 2014.
- (7) Federación Dental Internacional. El Desafío de las Enfermedades Bucodentales- Una llamada a la acción global. *Atlas de Salud Bucodental. Federación Dental Internacional (FDI) 2015.*
- (8) Giraldo M, Martínez C, Cardona N, Gutiérrez L, Giraldo K, Jiménez P. Manejo de la salud bucal en discapacitados. *Rev. Ces Odonto* 2017;30(2)
- (9) Buunk Y, Jaso M, Dijkstra A, Acevedo S. Evaluación y promoción de la actitud hacia la higiene oral en pacientes de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica del Uruguay. *Actas Odontológicas* 2008;5 (2)
- (10) Jepsen S, Blanco J, Buchalla W, Carvalho J. Prevention and control of dental caries and periodontal diseases at individual and population level: consensus report of group 3 of joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. *J Clin Periodontol* 2017;44 (18)
- (11) Kumar A, Puranik M, Sowmya K. Dental Neglect as a Behavioural Audit of Oral Health- A Systematic Literature Review. *International Journal of Health Sciences & Research* 2016:4808
- (12) Chocarro L. Análisis de las diferencias de género en el cuidado bucodental. *Gaceta Dental* 2012
- (13) Rodríguez A. Evolución de la Educación. *Pedagogía Magna* 2010;5
- (14) Alvarado J, Pinos O. Estimación de ingresos de la población ecuatoriana. Una propuesta desde la regresión cuantílica. *Cuestiones Económicas* 2017; 27 (2)

- (15) Romo M, Herrera M, Bibriesca M, Rubio J, Hernández M. Caries dental y algunos factores sociales en escolares de Cd Nezahualcoyotl. *Bold Med Hosp Infant Mex* 2005;62
- (16) República del Ecuador, Instituto de Estadística y Censos. Manual de Usuario Clasificación Internacional de Ocupaciones CIUO-2008.
- (17) McGrath C, See-King A, King D, Ling J. The impact of dental neglect on oral health: a population based study in Hong Kong. *International* 2007; 57
- (18) Mathur A. Dental Neglect Affecting Oral Health Status in India. *Int J Pediatr Resp* 2016: 2(1)
- (19) Barbosa C, Lima M, Pimentel A, Child, neglect and oral health. *BMC Pediatrics* 2013; 13(188).
- (20) Dhó M, Actitudes de salud bucodental en relación al nivel socioeconómico en individuos adultos. *Avances en Odontoestomatología* 2015; 31(2).
- (21) Skaret E, Astrøm A, Haugejorden O, Klock K, Trovik T. Assessment of the reliability and validity of the dental neglect scale in Norwegian adults community dent health. *Pub Med* 2007;24(4)
- (22) Sarkar P, Dasar P, Nagarajappa S, Mishra P, Kumar S, Balsaraf 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 & diagnostic research* 2015; 9(10).
- (23) Jamieson L, Thomson W. The dental neglect and dental indifference scales compared. *Research Gate* 2002; 3(2).
- (24) Ramazani N. Child Dental Neglect: A short review. *Int Journal of High Risk Behaviors & Addiction* 2014; 3(4).
- (25) Villavicencio E, Alvear M, Calderon M, Palacios D. Diseños de estudios clínicos en odontología. *Rev Oactiva UC Cuenca* 2016;1(2)
- (26) Villavicencio E, Torrachi E, Pariona M, Alvear M. ¿Cómo plantear las variables de una investigación?: operacionalización de las variables. *Rev Oactiva UC Cuenca* 2019;4(1).
- (27) Sharma I, Chauhan P, Galhotra V, Duhan H, Kaur M, Sharma S. Knowledge and experience about medical emergencies among dental interns in Bangalore City. *Int Health Res J* 2019;2(11)
- (28) Limonta E, Triay I, Cuevas M, Alea A, Pajaró K. Conocimientos sobre salud bucal en pacientes del consultorio estomatológico Barrio Bolívar en Venezuela. *Medisan* 2009;13(6)

(29)Guizar J, López C, Amador N, Lozano O, García C. Determinantes del cuidado de la salud oral relacionados con la frecuencia y severidad de la caries dental en preescolares. Nova Scientia 2019; 22(1)

ANEXOS

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Anexo 1

Autor: Ana Belén Benítez Serrano

Código de Formulario

Edad

Número de Registro

Sexo: Varón () Mujer ()

Parroquia:

Factores Económicos:

Nivel de Educación:

Ocupación:

Total de Frecuencia de Negligencia: