



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA  
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

“Relación entre el ingreso económico y la negligencia al cuidado dental en adultos de 45 a 65 años de edad, en la Parroquia Monay en la ciudad de Cuenca, 2017.”

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO  
A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGA.

AUTORA: Astudillo Bravo, Adriana Raquel.

TUTOR: Álvarez Álvarez, Diana Patricia, Od. Esp.

CUENCA

2018

**DECLARACIÓN:**

Yo, Astudillo Bravo, Adriana Raquel 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 incluye 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: Astudillo Bravo, Adriana Raquel

C.I.: 010406790-5

**CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN**

El presente trabajo de titulación denominado **“RELACIÓN ENTRE EL INGRESO ECONÓMICO Y LA NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL EN ADULTOS DE 45 A 65 AÑOS DE EDAD, EN LA PARROQUIA MONAY EN LA CIUDAD DE CUENCA, 2017.”**, realizado por **ASTUDILLO BRAVO, ADRIANA RAQUEL**, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que está expedido para su presentación.

Cuenca, Febrero 2018.

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.

Coordinador Departamento de Investigación.

**CERTIFICACIÓN DEL TUTOR.**

Dra. Liliana Encalada Verdugo.

**COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN-CARRERA ODONTOLOGÍA.**

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“RELACIÓN ENTRE EL INGRESO ECONÓMICO Y LA NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL EN ADULTOS DE 45 A 65 AÑOS DE EDAD, EN LA PARROQUIA MONAY EN LA CIUDAD DE CUENCA, 2017.”** 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, Febrero 2018.

.....

Od. Esp. Diana Patricia Álvarez Álvarez.

Tutor.

## DEDICATORIA.

Dedico este proyecto primero a Dios y a la Virgen Auxiliadora, por haberme dado la vida y la fortaleza para continuar a pesar de los obstáculos y guiarme en mi diario vivir.

A mi hija Valeria Alejandra y mi esposo Andrés Alejandro porque han estado ahí para mí, para regalarme una sonrisa y un abrazo en el momento oportuno.

A mi madre María Augusta porque ella ha sido y será el pilar fundamental en mi vida, por haberme hecho una persona de bien, responsable, con valores; porque me ha enseñado que una caída no es derrota y que hay que levantarse para poder alcanzar las metas propuestas.

A mis abuelitos Miguel y Ruth porque me han brindado su apoyo incondicional y han estado al pie del cañón; siempre a mi lado, porque han estado con un abrazo y una sonrisa cuando más lo necesito.

A mis hermanas Karen Elizabeth y Adamary Micaela que son uno de los motores por los que sigo adelante.

A mi padrastro Edwin porque ha sabido llenar un vacío importante con su apoyo y su ayuda incondicional.

De igual forma a mis tíos Verónica, Lorena, Patricio y Rodrigo por todo el cariño y consejos recibidos; a mis primitos hermosos Andrés, Viviana y Romina porque con cada ocurrencia me han hecho despejar la mente en momentos difíciles.

**EPÍGRAFE.**

“Puedes, debes y si eres lo suficientemente valiente para empezar, lo harás.”

Stephen King.

## **AGRADECIMIENTOS.**

Agradecer principalmente a mi tutora la Dra. Diana Álvarez ya que sin su apoyo, paciencia y conocimiento brindado para poder realizar esta investigación no hubiese sido posible realizarla.

De igual forma agradecer al Dr. Ebingen Villavicencio por habernos hecho parte de este gran proyecto para poder servir a la comunidad.

También agradecer a los moradores de la Parroquia Monay que se tomaron el tiempo para ayudarnos con los datos requeridos para este trabajo.

Por último, pero no menos importante a mis compañeros y amigos que en el transcurso de estos cinco años hemos formado equipos de trabajo para poder llegar a esta etapa con esfuerzo y dedicación.

**LISTA DE ABREVIATURAS.**

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**FDI:** Federación Internacional Dental.

**ENT:** Enfermedades No Transmisibles.

**DNS:** Dental Neglect Scale.

**MDAS:** Modified Dental Anxiety Scale.

**OR:** Odds Ratio

## ÍNDICE GENERAL.

INTRODUCCIÓN.....	14
<b>CAPÍTULO I</b> .....	<b>16</b>
<b>PLANTEAMIENTO TEÓRICO</b> .....	<b>16</b>
<b>1.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>17</b>
<b>2.- JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>17</b>
<b>3.- OBJETIVOS</b> .....	<b>18</b>
<b>3.1.- Objetivo General:</b> .....	<b>18</b>
<b>3.2.- Objetivos Específicos:</b> .....	<b>18</b>
<b>4.- MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>19</b>
<b>4.1.a. INGRESO ECONÓMICO EN EL ECUADOR.</b> .....	<b>19</b>
<b>4.1.a.1. ESTRATOS DEL NIVEL ECONÓMICO.</b> .....	<b>19</b>
<b>4.1.b. SALUD BUCAL.</b> .....	<b>20</b>
<b>4.1.c. ENFERMEDADES BUCODENTALES.</b> .....	<b>21</b>
<b>4.1.d.- NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL.</b> .....	<b>22</b>
<b>4.1.d.1. ESCALA DE NEGLIGENCIA DENTAL.</b> .....	<b>22</b>
<b>4.1.d.2. FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA NEGLIGENCIA DEL CUIDADO DENTAL.</b> .....	<b>23</b>
<b>4.1. d.2.1. CEPILLADO DENTAL.</b> .....	<b>23</b>
<b>4.1. d.2.2. ANSIEDAD AL TRATAMIENTO DENTAL</b> .....	<b>24</b>
<b>4.1.d.2.3. MIEDO</b> .....	<b>25</b>
<b>4.1.d.2.4 INDIFERENCIA.</b> .....	<b>26</b>
<b>4.1.d.2.5. AUTOMEDICACIÓN.</b> .....	<b>26</b>
<b>4.1.d.2.6. MANEJO EN PACIENTE CON NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL.</b> .....	<b>27</b>
<b>4.2.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.</b> .....	<b>28</b>
<b>5.- HIPÓTESIS</b> .....	<b>34</b>
<b>CAPÍTULO II</b> .....	<b>35</b>
<b>PLANTEAMIENTO OPERACIONAL</b> .....	<b>35</b>
<b>1.- MARCO METODOLÓGICO.</b> .....	<b>36</b>
<b>a. Enfoque:</b> .....	<b>36</b>
<b>b. Diseño de Investigación:</b> .....	<b>36</b>
<b>c. Nivel de investigación:</b> .....	<b>36</b>
<b>d. Tipo de investigación</b> .....	<b>36</b>
<b>2.- POBLACIÓN Y MUESTRA.</b> .....	<b>36</b>
<b>2.1 Criterios de selección:</b> .....	<b>36</b>

2.1.a. - Criterios de inclusión: .....	36
2.1.b. - Criterios de exclusión: .....	36
3.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES. ....	37
4.- INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	38
4.1.- Instrumentos documentales: .....	38
4.2.- Instrumentos mecánicos: .....	38
4.3.- Materiales:.....	38
4.4.- Recursos. ....	38
5.- PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.....	38
5.1.- Ubicación espacial: .....	38
5.2.- Ubicación temporal: .....	39
5.3.- Procedimientos de la toma de datos. ....	39
5.3. a.- Método de examen utilizado por los examinadores.....	39
5.3.b.- Criterios de registro de hallazgos .....	40
7.- ASPECTOS BIOÉTICOS.....	42
CAPÍTULO III.....	43
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	43
1. RESULTADOS:.....	44
2. DISCUSIÓN: .....	47
3. CONCLUSIÓN:.....	49
BIBLIOGRAFÍA.....	50
ANEXOS.....	53

## ÍNDICE DE TABLAS.

<b>Tabla N°1:</b> Distribución de la muestra de acuerdo a sexo.....	44
<b>Tabla N°2:</b> Distribución de la muestra de acuerdo a edad.....	45
<b>Tabla N°3:</b> Relación entre el Ingreso Económico y la Negligencia al Cuidado Dental.	46

## RESUMEN

**OBJETIVO:** El objetivo de esta investigación fue relacionar el ingreso económico y la negligencia al cuidado dental en adultos de 45 a 65 años de edad en la Parroquia Monay. **MATERIALES Y MÉTODOS:** La metodología aplicada fue con enfoque cuantitativo, con un diseño de caso-control, se utilizaron cuestionarios a manera de encuesta aplicados en la Parroquia Monay de la ciudad de Cuenca, en el cuestionario se analizaron los ítems evaluadores de la DNS (Dental Neglect Scale) de Jamieson y Thomson; posteriormente se realizó un muestreo de conveniencia de 192 personas en 96 casos y 96 controles. **RESULTADOS:** Al realizar el estudio se obtuvo que las personas con ingresos bajos y negligencia eran más, específicamente 80 personas (83%); con ingreso alto y negligencia 16 (17%); por otro lado, los grupos sin negligencia en el grupo de no expuestos 22 (23%) y expuestos 74 (77%). Según el sexo y la relación con el ingreso económico las mujeres fueron el grupo más expuesto 97 (87%) que perciben un ingreso bajo y 15 (13%) que perciben un ingreso alto de las 112 mujeres en el estudio. La edad más afectada por ingreso económico bajo dentro del rango de 45 a 65 años fue la de 49 con 16 personas (10%) de las 155 personas con bajos ingresos. **CONCLUSIÓN:** Se determinó que el factor económico no es un factor de riesgo para la negligencia dentro de adultos de 45 a 65 años de edad en la Parroquia Monay. El estudio tiene un OR de 1.486 con un IC:95% (0.73-3.04)

**PALABRAS CLAVE:** negligencia, ingreso, salario, socioeconómico, cuidado dental, barreras.

**ABSTRACT.**

**AIM:** The objective of this research was to relate the economic income and the negligence to dental care in adults from 45 to 65 years of age in Monay Parish.

**MATERIALS AND METHODS:** The applied methodology was a quantitative approach with a control case design; questionnaires were used as a survey and applied in the Monay Parish in the city of Cuenca. In the questionnaire, the evaluating items of the Dental Neglect Scale (DNS) of Jamieson and Thomson were analyzed; subsequently, a convenience sampling of 192 people was conducted in 96 cases and 96 controls.

**RESULTS:** As a result, when the study was conducted it was found that the Number of people with low income was greater specifically 80 people (83%); with high income and negligence 16 (17%); on the other hand the groups without negligence in the group of not exposed 22 (23%) and exposed 74 (77%). According to the gender and its relationship with economic income, the women were the most exposed group 97 (87%) that perceive a low income and 15 (13%) that perceive a high income of the 112 women in the study. The most affected age who showed a lower economic income within the range of 45 to 65 years old was 49 with 16 people (10%) of the 155 people with low income. **CONCLUSIONS:** As a conclusion, it was determined that the economic factor is not a risk factor for negligence within adults from 45 to 65 years of age in the Monay Parish. The study has an OR of 1,486 with a CI: 95% (0.73-3.04)

**KEY WORDS:** negligence, income, salary, social class, dental care, barriers.

## INTRODUCCIÓN.

En el Ecuador tenemos diferentes clases sociales; por clase social se entiende que es un grupo de individuos que tienen algo en común que los une social o económicamente; la división de clases sociales generalmente se da por factores de ingreso, riqueza y acceso a recursos materiales; según el INEC en el 2011 se encuentran divididas en quintiles siendo A alto o rico, B medio alto, C medio, C- medio bajo y D pobre.

En una manera general tomamos a la negligencia como un descuido o incumplimiento de acciones que perjudican a una persona; una conducta negligente es la que muchas personas tienen en su diario vivir sin tener en cuenta efectos secundarios que pueden darse. La negligencia se toma como un abandono, apatía, dejadez e incluso pereza. En este caso hablamos de una negligencia al cuidado dental por parte de los pacientes al omitir los cuidados respectivos que deberían tener para tener una salud oral adecuada.

Los servicios odontológicos no son de fácil acceso sobre todo por el ingreso económico que se percibe, por lo que se ha considerado una oportunidad de realizar un estudio del estado de salud oral tomando en cuenta la autopercepción del paciente; utilizando diferentes medios de evaluación.

El uso de instrumentos de evaluación nos podría ayudar a analizar los problemas de salud oral y la negligencia al cuidado dental para poder así bajar el índice de malas condiciones orales; facultándonos para realizar una promoción adecuada para el cuidado oral.

Existen factores como el miedo, la ansiedad, la automedicación y la indiferencia para evaluar la negligencia al cuidado dental en los adultos de 45 a 65 años, proporcionándonos información del porqué del abandono al tratamiento.

El odontólogo como profesional de la salud debe tener moralidad, honestidad, y buenas costumbres, en la que busque priorizar la salud del paciente para que se transforme en un ser libre de dolor y molestias para poder desempeñar sus funciones a nivel oral como son la masticación, fonación, sentido del gusto por lo que sus actividades diarias las podrá realizar de forma eficaz.

La escala de negligencia dental es un instrumento que consta de 6 ítems en los que evalúa el mantenimiento del cuidado dental en el hogar, el uso de servicios dentales, necesidad de tratamientos, la calidad del cepillado, el tipo de dieta y la autopercepción que tienen los pacientes sobre su salud oral. <sup>(2)</sup>

Por tanto se desea conocer el nivel de negligencia y las razones por las cuales se ha dado en este grupo de personas para así poder desarrollar un plan futuro de contingencia y tratar de disminuir el desconocimiento de higiene oral.

En la presente investigación se busca relacionar el ingreso económico con la negligencia al cuidado dental en pacientes de 45 a 65 años de edad, de la parroquia Monay en la ciudad de Cuenca, 2017.

**CAPÍTULO I**  
**PLANTEAMIENTO TEÓRICO**

## 1.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

El problema que se investigó fue la relación entre el ingreso económico y la negligencia al cuidado dental. La interrogante principal fue: ¿Cuál es la relación entre el ingreso económico y la Negligencia al Cuidado Dental en adultos de 45 a 65 años de edad de la parroquia Monay en el año 2017?

El presente estudio mediante un diseño caso-control, corte transversal actual, pretendió determinar la relación entre el ingreso económico y la negligencia al cuidado dental. El tema de investigación surgió a partir del macro estudio de Barreras para Acceder a los Servicios Odontológicos en la ciudad de Cuenca, planteado por el departamento de investigación de la carrera de odontología de la Universidad Católica de Cuenca.

## 2.- JUSTIFICACIÓN

En lo personal este trabajo de investigación se realizó para evaluar adultos de 45 a 65 años de edad y dar a conocer si la relación que existe entre el ingreso económico que perciben es un factor de riesgo para la negligencia al cuidado dental, así también dentro de este tema no se encuentran estudios realizados en el país y así podrá servir para investigaciones posteriores.

Tiene una **relevancia social** va dirigida a la comunidad de la ciudad de Cuenca de la parroquia Monay específicamente; además es de mucho interés ya que podría servir como referencia bibliográfica para futuras investigaciones que se realicen sobre la negligencia y la relación con el ingreso económico; **relevancia humana** para personas de la parroquia Monay para que mediante su evaluación se pueda adoptar algunas estrategias para que puedan mejorar su cuidado dental y así abarcar el completo bienestar de la salud oral y dentro de la **relevancia científica** se aportará datos que ayuden a analizar las barreras existentes y poder obtener o acudir a un servicio odontológico.

El presente estudio tiene un nivel de originalidad nacional, debido a que no se cuenta con estudios recientes cerca de la situación de salud bucal y las barreras que existen para poder beneficiarse de los servicios.

### **3.- OBJETIVOS**

#### **3.1.- Objetivo General:**

Relacionar el ingreso económico y la negligencia al cuidado dental en adultos de 45 a 65 años de edad, en la Parroquia Monay en la ciudad de Cuenca, 2017.

#### **3.2.- Objetivos Específicos:**

Analizar la muestra de acuerdo a la edad de 45 a 65 años en la Parroquia Monay en la ciudad de Cuenca.

Analizar la muestra de acuerdo al sexo en la Parroquia Monay en la ciudad de Cuenca.

#### **4.- MARCO TEÓRICO.**

##### **4.1.a. INGRESO ECONÓMICO EN EL ECUADOR.**

“El ingreso es toda cantidad de dinero, especie o servicios, que una persona recibe en un período de tiempo. El dinero puede ser en moneda corriente; las especies son objetos o cosas que una persona recibe como alimentos, vivienda en lugar de dinero. Los servicios pueden ser subsidios como servicios básicos.”<sup>(3)</sup>

En Ecuador un hogar normalmente se encuentra conformado por cuatro personas, en el que más de uno percibe un salario básico de 375 dólares; según el INEC en el 2017 al percibir dos sobresueldos (décimos) se puede comprar todos los productos y servicios de la canasta familiar básica para poder cubrir sus necesidades. Por lo que el ingreso familiar mensual se encuentra entre los 700 dólares.

En el 2016 el costo de la canasta familiar básica fue de 701.93 dólares en la que se incluía alimentos, vestimenta, artículos para el hogar, servicios de salud, educación, transporte, servicios básicos del hogar.

El otro tipo de canasta denominada “Vital” contiene menos productos y servicios por lo que cuesta menos; alrededor de 503.27 dólares, con esta canasta queda un saldo de 196.73 dólares en un hogar promedio.<sup>(4)</sup>

##### **4.1.a.1. ESTRATOS DEL NIVEL ECONÓMICO.**

Según el INEC se establecen cinco niveles o quintiles:

- A: con un ingreso de 845 a 1000, alto o rico. En el Ecuador tiene una población equivalente del 14%; recibe el 38% del total que se genera en el país.
- B: con un ingreso de 696 a 845, medio alto. Tiene una población equivalente del 17% y un ingreso del 23% del total que se genera en el país.
- C: con un ingreso de 535 a 696, medio. La población equivalente es un 20%; recibe el 17% de los ingresos totales que se generan en el país.

- C-: con un ingreso de 316 a 535, medio bajo. La población equivalente es un 23%; recibe el 13% de los ingresos totales que se generan en el país.
- D: con un ingreso de 0 a 316, pobre. En el Ecuador tiene una población equivalente del 27%, recibe el 9% de los ingresos totales que se generan en el país.<sup>(3) (5)</sup>

ÁREA	INGRESO PROMEDIO DEL HOGAR		NACIONAL	DESIGUALDAD
	JEFATURA FEMENINA	JEFATURA MASCULINA		
URBANA	\$693	\$936	\$862	74,10%
RURAL	\$302	\$448	\$417	67,40%
<b>TOTAL</b>	<b>\$591</b>	<b>\$758</b>	<b>\$713</b>	<b>77,90%</b>

Cuadro 1. INEC- Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo. ENEMDU.  
Diciembre 2012.

#### 4.1.b. SALUD BUCAL.

“Según la definición de la FDI (Federación Internacional Dental), la salud oral: es polifacética e incluye la capacidad de hablar, sonreír, oler, saborear, tocar, masticar, tragar y transmitir una gama de emociones a través de las expresiones faciales con confianza, sin dolor, incomodidad y libre de las enfermedades del complejo craneofacial.”<sup>(1)</sup>

La salud bucal es un componente de la salud y bienestar general, está influida por experiencias, percepciones y expectativas que cambian en el individuo y su capacidad de adaptarse.

Las patologías orales al ser identificados a tiempo pueden contribuir a un pronto diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades sistémicas que pueden estar alterando la condición del paciente y por lo tanto afectando al estilo de vida.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como “la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades

periodontales, caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan a la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial”.<sup>(1)</sup>

#### **4.1.c. ENFERMEDADES BUCODENTALES.**

Según la OMS las afecciones más comunes son: caries dental, las afecciones periodontales, pérdida de dientes, cáncer de boca, infecciones fúngicas o bacterianas y los traumatismos.

Este tipo de enfermedades tienen factores de riesgo compatibles con otras enfermedades no transmisibles (ENT) como: las cardiovasculares, de origen oncológico, diabetes y respiratorias, estos van acompañados de una dieta no saludable, consumo de tabaco y alcohol.<sup>(1)</sup>

- El 60%-90% de los escolares y casi el 100% de los adultos tienen caries dental en todo el mundo.
- Las enfermedades periodontales graves, que pueden desembocar en la pérdida de dientes, afectan a un 15%-20% de los adultos de edad media (35-44 años).
- Alrededor del 30% de la población mundial con edades comprendidas entre los 65 y los 74 años no tiene dientes naturales.

Las dolencias bucodentales, tanto en niños como en adultos, tienden a ser más frecuentes entre los grupos pobres y desfavorecidos. Son factores de riesgo para el padecimiento de enfermedades bucodentales, entre otros, la mala alimentación, el tabaquismo, el consumo nocivo de alcohol y la falta de higiene bucodental.

- Caries dental: cerca del 100% de los adultos tienen caries dental que puede ir acompañada de dolor o sensación de molestia.
- Enfermedades periodontales: las enfermedades periodontales graves, que pueden desembocar en la pérdida de dientes, afectan a un 15%-20% de los adultos de edad media (35-44 años).
- Pérdida de dientes: la caries y las enfermedades periodontales son las principales causantes de la pérdida de dientes. La pérdida total de la

dentadura es un fenómeno bastante generalizado que afecta sobre todo a las personas mayores. Alrededor del 30% de la población mundial con edades comprendidas entre los 65 y los 74 años no tiene dientes naturales.

- Cáncer de boca: la incidencia del cáncer de boca oscila en la mayoría de los países entre 1 y 10 casos por cada 100 000 habitantes. Su prevalencia es relativamente mayor en los hombres, las personas mayores y las personas con bajo nivel educativo y escasos ingresos. El tabaco y el alcohol son dos factores causales importantes.
- Traumatismos bucodentales: la población se encuentra expuesta a accidentes de tránsito, actos de violencia o ya sea accidentes en el hogar.

(23)

#### **4.1.d.- NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL.**

Al hablar de negligencia se entiende que es la falta de cuidado u omisión de un procedimiento, en este caso dado por el paciente más no por el profesional de salud oral. Este descuido es dado por varios factores como son la ansiedad o el miedo, la indiferencia, la automedicación o ya sea porque no se puede costear el servicio de salud oral.

La negligencia puede ser de tres tipos:

- Activa: el descuido se da de forma voluntaria, aquí la persona conoce lo que debe realizar pero aun así lo omite.
- Pasiva: el descuido se da involuntariamente, aquí el paciente no se cuida por ignorancia o porque no lo puede hacer por sí mismo.
- Auto-negligencia: el paciente se niega a sí mismo una adecuada atención oral.<sup>9</sup>

#### **4.1.d.1. ESCALA DE NEGLIGENCIA DENTAL.**

Una salud dental correcta no es sólo sinónimo de belleza, si no llevar un buen cuidado para un buen funcionamiento de los diferentes elementos existentes en la cavidad oral y así prevenir varios problemas.

Para poder obtener el nivel de negligencia existe una escala realizada por Thomson que indaga en el paciente su forma de cuidarse su boca en el hogar, la importancia que le da, la calidad del cepillado, el tipo de dieta y la autopercepción que tienen. La misma que se mide en un rango de 6 a 30 puntos.<sup>(2)</sup>

La escala de negligencia dental Thomson et al. fue aplicada primero en niños con 7 ítems en edades entre 10 y 11 años o entre 14 y 15 años. Los puntajes altos de negligencia dental se asociaron con niños que no recibieron atención dental en los últimos 2 años. En un estudio posterior para examinar el abandono dental en adultos, la escala se modificó ligeramente y se utilizó en personas de 26 años de Nueva Zelanda aquí los puntajes altos de negligencia dental se asociaron con más dientes cariados y faltantes, altos niveles de placa, uso irregular de servicios dentales, baja autoevaluación de la salud bucal y ser hombre.<sup>(12)</sup>

El uso de la escala de negligencia al cuidado dental es un instrumento que puede ayudar a la promoción de la salud dental pero no solo en personas que se apliquen el instrumento sino en general para poder hacer una estrategia de prevención.

#### **4.1.d.2. FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA NEGLIGENCIA DEL CUIDADO DENTAL.**

##### **4.1. d.2.1. CEPILLADO DENTAL.**

Dentro del estudio al evaluar la pregunta de la encuesta ¿Se cepilla tan bien como debería? la mayoría de la población está segura de no realizar un correcto cepillado exactamente un 43%.

El cepillado dental ayuda en varias patologías; debe realizarse tres veces al día y con más hincapié en la noche ya que en las siete u ocho horas de sueño se desarrolla y aumenta la flora bacteriana. Puede ir complementado con el uso de hilo dental y colutorios.

Es eficaz al realizar la correcta remoción de placa bacteriana transformándose en una norma higiénica imprescindible. Se relaciona con las áreas de conducta, tanto en el profesional como en el paciente:

- Cognitiva: se necesita saber la etiología de la patología para poder actuar de forma correcta.
- Procedimental: se requiere adquirir un hábito motor.
- Actitudinal: se debe alcanzar una motivación y cambios que duren en el tiempo.

Al paciente se debe dar la información e incitarle a adquirir destrezas para su correcta higiene oral y así poderle enseñar técnicas de mayor complejidad integrada al plan de tratamiento. <sup>(13)</sup>

Existen varias técnicas de cepillado, pero según un estudio realizado por Rizzo- Rubio L. en el 2016, la elegida por los odontólogos en adultos es la técnica de Bass, se dice que es la ideal para enseñar a los pacientes como deben realizarlo; es eficaz al momento de remoción de placa.

El cepillado tiene objetivos como:

- Retirar la placa e interrumpir su reformación.
- Retirar alimentos y tinciones.
- Estimular los tejidos gingivales.
- Aplicar el dentífrico como protección. <sup>(14)</sup>

#### **4.1. d.2.2. ANSIEDAD AL TRATAMIENTO DENTAL**

“La ansiedad es un estado psicológico que se presenta de manera desagradable, asociado a cambios psicofisiológicos, que serían manifestaciones de un contenido intrapsíquico.”

“Una definición dada por Al-Namankany, De Souza y Ashley dice que es una respuesta multisistémica ante una creencia de peligro o amenaza que genera un serio impacto en la vida cotidiana, siendo una barrera para la búsqueda de atención dental”. <sup>(15)</sup>

Los adultos llegan a pensar que el dolor o alguna alteración que encuentren en boca son normal o que es parte del envejecimiento.

La ansiedad dental en adultos es evaluada por el MDAS (Modified Dental Anxiety Scale) en la que consta de 5 ítems de tipo Likert es decir que se califican de 4 a 20 que permiten saber si el paciente es “relajado” o si presenta “fobia dental”.

Para dar una solución a la ansiedad se han integrado estrategias básicas para poder disminuir los síntomas, se debe promover la comunicación entre dentista y el paciente; es decir se debe comunicar e informar al paciente todo sobre su tratamiento. <sup>(16)</sup>

Para tratar la ansiedad se han probado varias técnicas, Bare y Dundess en un estudio demuestran que los pacientes prefieren música para disminuirla; otros especialistas consideran a la hipnosis como una alternativa.

La distracción maneja la ansiedad, el estrés y el dolor que provocan los procedimientos clínicos; se puede aliviar el dolor y producir una relajación al llevar la atención lejos de los síntomas. Las técnicas no son invasivas por lo que se podrían realizar en el consultorio, eso sí cuando se presente una ansiedad de tipo leve. <sup>(18)</sup>

#### **4.1.d.2.3. MIEDO**

El miedo es una respuesta emocional del cerebro humano ante situaciones desconocidas o de estrés que presentan las personas; es debida a experiencias con el dentista cuya acción resulta traumática. Se debe a una situación que pasó, que está sucediendo o que podría pasar; es difícil controlarlo ya que puede darse varios tipos de reacciones como: parálisis o ataques de ansiedad.

El miedo al odontólogo puede darse por aprendizaje vicario es decir solo por observación pero en las nuevas generaciones ha disminuido ya que los profesionales poseen ya conocimientos psicológicos y saben tratar a sus pacientes con técnicas innovadoras que con facilidad pueden ser aplicadas en cada uno. Es un mecanismo de autodefensa ante una situación de amenaza conocida que a diferencia de la

ansiedad es por algo que no se conoce. Los niveles elevados de miedo pueden limitar la eficacia del tratamiento y así no poder detectar procesos patológicos a tiempo. <sup>(10)</sup>

#### **4.1.d.2.4 INDIFERENCIA.**

La indiferencia es un estado afectivo neutro. Solemos definir a una persona indiferente como alguien que no siente, ni padece. Está asociada a la insensibilidad o la frialdad.

Por lo tanto la indiferencia al cuidado dental por parte del adulto es un factor para la negligencia, ya que no va a hacer el mínimo esfuerzo por cuidarse ni mantener un correcto aseo a pesar de tener molestias.

La indiferencia es analizada a través de la Escala de Indiferencia Dental por Jamieson L,M y Thomson, donde evalúa por ocho ítems que hablan sobre el que usa para su cepillado y cuál es su actitud frente al tratamiento.

#### **4.1.d.2.5. AUTOMEDICACIÓN.**

El paciente consume medicamentos o remedios caseros por iniciativa propia; es decir toma una decisión en un ámbito más próximo como la familia, amigos, farmacéutico o tomar de nuevo lo que se le fue recetado por el médico en una molestia similar.

La automedicación en el ámbito odontológico es muy común ya sea por reutilización tras una prescripción anterior o directamente de la farmacia.

Se justifica al no tener tiempo de acudir a una consulta, campañas que se dan en medios de comunicación, la venta libre por parte del ministerio y sobre todo la falta de educación para la salud por parte de la población.

#### **4.1.d.2.6. MANEJO EN PACIENTE CON NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL.**

Los programas de salud bucodental de las comunidades autónomas y las nuevas tecnologías constituyen las oportunidades más importantes. Se debe añadir el mejor precio competitivo de Universidades y Centros de formación de profesionales dentales.

Los programas de formación del profesorado de la educación obligatoria en salud también es una alternativa a tener en cuenta.

La disponibilidad en cantidad y calidad de productos dentales en farmacias también es un factor considerar de cara a la protección frente a la caries dental en programas de hogar.

La información más accesible a través de las nuevas vías de comunicación es una alternativa a la desinformación.

También cabe destacar los programas de información que se llevan a cabo en Colegios profesionales de médicos, dentistas, higienistas, expertos en nutrición y farmacéuticos, así como las sociedades científicas profesionales y otras entidades. En la figura 3, expresamos un circuito de información y educación.<sup>(25)</sup>

#### 4.2.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

**Obra: Artículo de revista:** “Las escalas de negligencia dental y de Indiferencia dental comparadas”

**Autor:** Jamieson LM., Thomson WM.

**Resultado:** El objetivo fue determinar si las escalas de negligencia dental y de indiferencia dental miden constructos similares y tienen asociaciones similares en la misma muestra de población. Métodos: una muestra aleatoria de 600 residentes del Sur de Dunedin recibió un cuestionario de autoevaluación que contenía la escala de negligencia dental. Resultados: en total, 478 personas (78.2%) respondieron el cuestionario. El puntaje promedio de negligencia dental fue 12.4 (SD4.4). La puntuación media de la escala de indiferencia dental fue de 3.1 (SD1.9) La asociación entre los puntajes de las escalas fue moderada y solo hubo un grado moderado de concordancia entre los dos. Las dos escalas tenían asociaciones en gran parte similares con las características sociodemográficas, de cuidado bucal y de autocuidado y con la salud oral aunque se encontraron un poco más de asociaciones.

**Obra: Artículo de revista:** “Salud dental, negligencia dental y uso de servicios en una muestra de adultos de Dunedin”

**Autor:** Jamieson LM., Thomson WM.

**Resultados:** Se han producido cambios sociales y económicos considerables desde la última encuesta nacional de salud oral de Nueva Zelanda hace más de 13 años. Los efectos de esos cambios en la salud oral de los adultos y el uso de los servicios dentales siguen siendo en gran parte desconocidos. Los objetivos de este estudio fueron examinar la salud oral autorreportada y el uso de servicios dentales en una muestra de población de Dunedin en adultos y examinar sus asociaciones con la negligencia dental utilizando una escala establecida. Una encuesta descriptiva de una muestra aleatoria de 600 residentes en el Sur de Dunedin dio como resultado una tasa de respuesta del 78.2 por ciento (14 cuestionarios fueron devueltos). De los 458 encuestados, casi dos tercios eran mujeres, y casi todos eran europeos. De los 385 encuestados dentados (84.1%), el 62.5 por ciento generalmente visitaba a un dentista para un chequeo y el 66.6 por ciento había visitado a un dentista el año anterior. La puntuación media de negligencia dental para los encuestados dentados fue de 12.4 (desviación estándar, 4.4) y fue más alta entre los más jóvenes y los del grupo ocupacional más bajo. En comparación con las encuestas de salud bucal nacionales y regionales anteriores, una mayor proporción de encuestados calificó su salud bucal de manera deficiente, no pagó su último tratamiento dental y recibió su último cuidado

dental de un servicio dental público. Aunque el estudio fue de pequeña escala y se realizó en un área en la que hay acceso a atención dental de bajo costo a través de la Facultad de Odontología de la Universidad de Otago, los hallazgos se consideran una contribución útil a la imagen general del uso de servicios dentales por los neozelandeses.

**Obra: Artículo de revista:** “Descuido dental: definición y prevención en los Centros de Desarrollo de Louisiana para pacientes con MRDD”

**Autor:** Connick C., Barsley E.

**Resultados:** Cuando los servicios dentales y el uso apropiado de las restricciones se usan para las personas con retraso mental severo y profundo y discapacidades del desarrollo (MRDD, por sus siglas en inglés), se mejora la salud bucal y se controla o incluso se reduce la negligencia dental. Este documento define la negligencia dental y examina las consecuencias para las personas que son MRDD cuando no se utilizan las restricciones apropiadas y la atención domiciliaria dental preventiva. Los datos de evaluación de resultado de salud oral de esta población de MRDD indican la presencia o ausencia de negligencia dental. La evaluación de resultados mide el nivel de salud oral dentro del centro de desarrollo. El Departamento de Salud y Hospitales de Louisiana (DHH) opera nueve centros de desarrollo, donde residen aproximadamente 2000 personas con discapacidades mentales severas a profundas. Dos tercios (66%) de esta población son resistentes a la prestación de servicios dentales clínicos y preventivos. Se discuten las responsabilidades y roles de los profesionales de la salud dental, administradores de instalaciones de larga duración y personal de servicio directo para ayudar a reducir la negligencia dental en estos centros. Para que estas personas reciban atención dental integral y de calidad, es necesario el uso adecuado de restricción / retención física. El Programa de Recursos de Salud Dental (DHRP) desarrolló pautas para la entrega de servicios dentales clínicos y preventivos para reducir la confusión y la mala interpretación de la definición y el uso de la restricción en los Centros de Desarrollo de Louisiana (LADC).

**Obra: Artículo de revista:** “Evaluar el papel del comportamiento dental en las desigualdades de salud oral”.

**Autor:** Sanders AE., Spencer AJ., Slade GD.

**Resultados:** Objetivo: el objetivo de este estudio fue describir las diferencias en la asistencia dental y el comportamiento de autocuidado dental entre grupos socioeconómicos e investigar en qué medida el comportamiento de estas conductas explicaba el gradiente socioeconómico en la salud oral. Métodos: utilizamos datos de

una muestra representativa de adultos de Australia, encuestados por entrevista telefónica y por cuestionario autocompletado. Las variables dependientes fueron dientes perdidos y el impacto social de las afecciones orales evaluadas con el perfil de impacto de salud oral de 14 ítems (OHIP-14). La posición económica se midió a nivel de área pequeña. Llevamos a cabo un análisis bivariado utilizando un análisis de varianza de una vía y un intervalo de confianza del 95% (IC del 95%) y ajustamos 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 18 y 91 años. Los dientes perdidos y los puntajes de OHIP-14 siguieron un gradiente social con adultos más pobres que experimentaron peores resultados. 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 personal dental. En el análisis multivariado, la pendiente del gradiente socioeconómico en los dientes perdidos no se atenuó significativamente ni por la asistencia dental ni por el cuidado personal dental. Para los puntajes de OHIP-14, la pendiente del gradiente socioeconómico fue significativamente atenuada por las visitas dentales, pero no por el autocuidado dental y no por el efecto combinado de ambos comportamientos.

**Obra: Artículo de Revista:** “La economía de los servicios de atención bucodental en España.”

**Autor:** Pinilla J.

**Resumen:** El análisis económico de los servicios de atención bucodental en España ha estado alejado del interés investigador por parte de nuestros economistas de la salud. En muchos aspectos, la atención bucodental ha sido considerada como un servicio sanitario más al cual podían aplicarse los mismos instrumentos analíticos que a otros servicios de la asistencia sanitaria en general. El propósito del presente trabajo es estudiar la economía de los servicios de atención bucodental en España, en cuatro de sus áreas mayores: el estado de la salud bucodental y sus determinantes, las distintas formas de provisión de servicios dentales, los condicionantes de la demanda y utilización de los mismos y finalmente la financiación y asegurar este tipo de servicios. En la medida en que los datos disponibles lo permiten, se compara nuestra situación, en cada una de estas cuatro áreas, con la de otros países de la Unión

Europea. El valor añadido del trabajo, no es solo abordar un tema olvidado por los economistas de la salud, sino dibujar las posibles direcciones que podrían seguir las investigaciones futuras.

**Obra: Artículo de Revista:** “La negligencia dental como una auditoría conductual de la salud bucal: Revisión de literatura.”

**Autor:** Kumar A., Majunath P.

**Resultado:** Antecedentes: la salud oral está determinada en gran medida por factores socioconductuales. El propósito del presente estudio fue investigar la relación entre la negligencia dental y las variables sociodemográficas y evaluar si la evaluación de la negligencia dental se considera una auditoría conductual de la salud oral utilizando un enfoque de revisión sistemática. Materiales y métodos: se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando Pubmed, Google Scholar para los estudios publicados hasta diciembre de 2014, utilizando estrategias de búsqueda de términos de texto libre y MESH. Se incluyeron los estudios que confirmaban la negligencia dental identificados utilizando un índice válido y confiable y se excluyeron aquellos estudios en los que se sospechaba o se indicaba negligencia dental, sin evidencia de respaldo. La búsqueda inicial identificó 385 artículos potencialmente relevantes. Después del examen de los títulos y el resumen, se revelaron 19 publicaciones relevantes para su posterior revisión. Ocho artículos centrados en la negligencia dental en relación con las variables sociodemográficas y la auditoría del comportamiento fueron adecuados para esta revisión y se consideraron para el análisis cualitativo. Once artículos no cumplían los criterios de calidad previamente determinados. Resultados: de los 385 artículos obtenidos por búsqueda electrónica, solo ocho estudios fueron elegibles para una revisión sistemática de la literatura. La negligencia dental varió según la edad y el sexo. Bajo nivel educativo, junto con bajo ingresos y clase social se asoció con una gran negligencia dental. Las personas con actitud negligente y comportamiento negativo hacia la salud oral obtuvieron un puntaje alto en la escala de negligencia dental. Conclusiones: existe una relación entre variables sociodemográficas y negligencia dental. Los estudios son indicativos de negligencia dental como una auditoría de comportamiento de la salud oral. Sin embargo, esta conclusión se basa en estudios transversales.

**Obra: Artículo de Revista:** “Evaluación de la fiabilidad y validez de la Escala de negligencia dental en adultos noruegos”

**Autor:** Skaret E., Astrom A., Haugejorden O., Klock K., Trovik T.

**Resultado:** Objetivos: evaluar la fiabilidad y la validez de contenido de la escala de negligencia dental (DNS) y estimar el nivel de negligencia dental en la población adulta noruega. Métodos: un cuestionario que contiene datos sociodemográficas, variables de actitud de salud oral, uso del servicio autoinformado y una versión traducida del DNS original se probó en dos muestras: una muestra de conveniencia de empleados de la Universidad (n=263) y una de (n=2000) extraída del registro nacional de población edad (16-79 años). La evaluación de la confiabilidad del instrumento fue por consistencia interna y análisis factorial. Las comparaciones test (n=108) fueron analizadas por la Spearman para los puntajes de suma y las estadísticas de Kappa para los ítems individuales. Se usaron análisis de regresión logística para evaluar la validez de constructo del DNS. Resultado: el coeficiente alfa de Cronbach para la construcción general del DNS fue 0.67 (n=173) y 0,57 (n=1301). Solo se extrajo un factor, lo que explica un total del 36% de la varianza de la escala (n=1301). El kappa de Cohen para las comparaciones de prueba varió de 0.21-0.79 (n=108) y la Spearman para los puntajes de suma fue de 0.60. Las puntuaciones más altas de negligencia se relacionaron positivamente con una opinión negativa sobre la propia salud dental (OR=3.3), la última cita dental debido a dolor u otros problemas (OR=2.3), menos de 20 dientes (OR=2.2), bebiendo refrescos con azúcar todos los días (OR=2.1), el uso no regular del servicio dental (OR=2.2) y el uso de hilo dental o mondadientes rara vez o nunca. La prevalencia de alta negligencia fue del 20%. Conclusiones: Los análisis indicaron validez para la Escala de negligencia dental pero baja confiabilidad para algunos artículos. Una quinta parte de esta muestra representativa de adultos noruegos informó un alto nivel de negligencia dental.

**Obra: Artículo de Revista:** “ El papel del dentista escocés en la gestión del abuso y la negligencia infantil”.

**Autor:** Harris C., Welbury R., Cairns A.

**Resultados:** Antecedentes En 2005 Cairns et al. publicó un documento (Int J Paediatr Dent 2005; 15: 310-318) 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 investiguen si ha cambiado la brecha entre la proporción de PBI que sospecha abuso / negligencia infantil en sus pacientes y aquellos que remiten casos. **Objetivo** El 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. **Resultados** 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 la caries y el 73% de los dentistas estaban dispuestos a participar en la detección del abandono. **Conclusión** Los dentistas en Escocia parecen estar sospechando y derivando más casos de abuso / negligencia infantil que antes. La gran mayoría está dispuesta a involucrarse en la detección del abandono.

**Obra: Artículo de Revista:** "Ansiedad Dental: Evaluación y tratamiento"

**Autor:** Ríos M., Herrera A., Rojas G.

**Resultados:** La ansiedad dental es un fenómeno que influye notablemente en el estado de salud oral, entorpeciendo tanto el manejo del paciente durante la atención dental como la posterior adherencia a tratamiento. Con tasas de prevalencia que van del 5% al 23%, la ansiedad dental es un factor importante a considerar si se quiere mejorar la calidad de vida oral del paciente. El presente artículo propone abordar la definición de ansiedad dental, para luego identificar las causas que explican cómo se origina este fenómeno, además de revisar cuales son los instrumentos más utilizados para medir ansiedad dental dentro del contexto odontológico. Finalmente se revisan las intervenciones que han mostrado mayor efectividad en la reducción de este problema.

**Obra: Artículo de Revista:** "El impacto de la negligencia dental en la salud oral: Un estudio basado en la población en Hong-Kong"

**Autor:** McGrath C., See-King A., King Lun Ho D.

**Resultados:** **Objetivo:** este estudio fue evaluar la negligencia dental entre los ciudadanos de Hong Kong, identificar las variaciones sociodemográficas en DN y determinar la asociación entre DN y la salud oral. **Diseño:** 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 autor reportada incluida una medida de calidad de vida relacionada con la salud oral. Resultados: la tasa de respuesta fue del 70%. El puntaje promedio de negligencia dental de la población fue 14.81. Más comúnmente las personas fueron negligentes en el uso de la atención dental profesional. Las disparidades sociodemográficas en DN fueron aparentes, en relación con la edad ( $P < 0.05$ ) el ingreso ( $P > 0.05$ ) y el logro educativo ( $P < 0.05$ ) se asoció con la salud oral auto informada, número de dientes poseídos y calidad de vida relacionada con la salud oral. Conclusión: la negligencia dental se asocia con el estado de salud oral auto informado, que incluyen como la salud oral impacta en la calidad de vida. Estos hallazgos tienen implicaciones para comprender el impacto de la negligencia dental.

## **5.- HIPÓTESIS**

El nivel de ingreso está relacionado a la negligencia al cuidado dental.

**CAPÍTULO II**  
**PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

## 1.- MARCO METODOLÓGICO.

- a. **Enfoque:** el enfoque de la investigación es cuantitativo
- b. **Diseño de Investigación:** Caso-Control.
- c. **Nivel de investigación:** Relacional.
- d. **Tipo de investigación:**
  - **Por el ámbito:** Campo.
  - **Por la técnica:** Comunicacional.
  - **Por la temporalidad:** Estudio retrospectivo

## 2.- POBLACIÓN Y MUESTRA.

La población de la Parroquia Monay en edades comprendidas de 45 a 65 años según el INEC en el año 2010 es de 3.856 en los que tenemos 1.704 hombres y 2.152 mujeres, para este estudio se ha encuestado a 409 moradores y para el muestreo por conveniencia de acuerdo a edad y sexo nos dio un total de casos-controles de 192 es decir 96 fichas de casos y 96 fichas de controles. <sup>(21)</sup> <sup>(22)</sup>

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

**2.1.a. - Criterios de inclusión:** se incluyeron en el estudio, moradores de la Parroquia Monay, que tengan edades entre 45 y 65 años de edad cumplidos y que colaboren al momento de contestar la encuesta. Dentro de los casos se tomarán personas que a la evaluación del test tengan entre 11 y 30 puntos y en controles los que tengan entre 6 y 10.

**2.1.b. - Criterios de exclusión:** se excluirán del estudio personas que padezcan alteraciones psicológicas o síndromes que puedan alterar la conducta, médicos y odontólogos; se excluirán los aquellos que no deseaban participar en la investigación.

## 3.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADOR	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA
<b><u>Negligencia</u></b>	Actos que son ignorados y pueden afectar a la salud oral, es el fracaso para cubrir el interés odontológico para el sustento de la salud oral.	Cuestionario DNS	1. Con Negligencia 2. Sin Negligencia	Cualitativa	Ordinal
<b><u>Nivel Ingreso</u></b>	Remuneración que perciben las personas por un trabajo realizado.	Cuestionario de Barreras Para el Acceso Odontológico.	1. Alto 2. Bajo	Cualitativa	Ordinal
<b><u>Sexo</u></b>	Característica genotípica de la persona.	Características externas que diferencian al hombre de la mujer.	1. Hombre. 2. Mujer	Cualitativa	Nominal
<b><u>Edad</u></b>	Tiempo que ha vivido un ser vivo desde el nacimiento.	Años de vida registrados en la encuesta.	Adultos medio de 45 a 65 años.	Cuantitativa	Nominal

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

**4.1.- Instrumentos documentales:** se utilizó el cuestionario de Barreras para el Acceso Odontológico en específico la Escala de Negligencia Dental o The Dental Neglect Scale of Thomson, que consta de 6 ítems, mantiene su cuidado dental en el hogar, considera que su salud dental es importante; recibe el cuidado dental que debe; necesita atención dental, pero la ignora; se cepilla tan bien como debería; controla los alimentos entre las comidas, tan bien como puede y considera que su salud dental es importante; que tienen una evaluación del 1 al 5 siendo el 1 definitivamente no y 5 definitivamente sí. Para registrar los datos en el sistema la ficha consta de: datos generales (nombre, edad, sexo, ocupación, ingreso económico); sigue la escala de negligencia con sus respuestas de 1 al 5; en el programa de libre acceso EPI INFI versión 7.2

#### **4.2.- Instrumentos mecánicos:**

Para la toma de datos se utilizó un tablero y una computadora de escritorio.

#### **4.3.- Materiales:**

Se empleó material de escritorio, la encuesta realizada fue impresa para evaluar a los pacientes y posteriormente se pasó a digital.

#### **4.4.- Recursos.**

- Recursos Financieros: investigación autofinanciada.
- Recursos Institucionales: instalaciones de la Universidad Católica de Cuenca.
- Humanos: encuestadores, tutor, estadístico.

#### **5.- PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.**

**5.1.- Ubicación espacial:** la Parroquia Monay pertenece al cantón Cuenca en la provincia del Azuay, se delimita así: a partir de la intersección de la vereda oriental de la Av. Max Uhle y la del sur de la Av. González Suárez, sigue por esta vereda en dirección oriental hasta el cruce con la oriental de Av. Los Andes; para el norte hasta el cruce con la vereda sur de la Av. Del Cóndor, continúa con la del nor-este hasta su encuentro con la quebrada de Milchichig, se sigue hasta el cruce con el Río Cuenca,

siguiendo en dirección sur-este por una línea imaginaria hasta el límite urbano; continúa por el límite urbano en dirección sur-oeste hasta la intersección con la quebrada Chaguarchimbana; continúa hacia el norte hasta la intersección por el río Tomebamba hasta la prolongación de la Av. Max Uhle al norte en dirección a la Av. González Suárez. <sup>(24)</sup>

**5.2.- Ubicación temporal:** la investigación se realizó en los meses de junio y julio del año 2017, reflejando la situación epidemiológica del año en curso.

### **5.3.- Procedimientos de la toma de datos.**

Para el registro de los datos, se tomó en cuenta las fichas de la parroquia “Monay”, las mismas que se ingresaron en el programa EPI INFO versión 7.2, las mismas que ayudan con la información sobre el estudio del nivel de Negligencia al cuidado dental que busca describir cuantitativamente el problema en personas de 45 a 65 años de edad, utilizando la Escala de Negligencia Dental de Thomson.

#### **5.3. a.- Método de examen utilizado por los examinadores.**

Se realizó la delimitación de la parroquia mediante un mapa de la ciudad de Cuenca; en las instalaciones de la Universidad Católica de Cuenca se formaron grupos independientemente del tema o edad tratar sobre el macroestudio de barreras.

Por la delimitación se asignaron determinadas manzanas a diferentes subgrupos para visitar los domicilios y realizar la encuesta.

Al llegar al domicilio y una vez explicado el objetivo de la encuesta se consiguió la aceptación a participar por parte del morador de Monay se procedió a firmar el consentimiento informado para poder realizar las preguntas.

El horario para realizar las encuestas fue los días sábados y domingos de 9:00am a 13:00pm y de 15:00pm a 17:00pm.

Se comenzó por registrar los datos generales como nombre, sexo, edad, ocupación, instrucción, ingreso económico; posteriormente se realizó las 6 preguntas que conforman la escala de Negligencia Dental, el tiempo aproximado para llenar la encuesta fue de 10-15 minutos.

### 5.3.b.- Criterios de registro de hallazgos.

Cuando se realiza el cuestionario, los datos se registran según el número escogido por el paciente; siendo las opciones del 1 al 5 respectivamente será definitivamente no y definitivamente si. (Ver la Fig 1.)

**Figura 1.**

#### **ESCALA DE NEGLIGENCIA DENTAL DE THOMSON**

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

Asignación de puntuaciones: los encuestados marcan una respuesta por pregunta. Las frecuencias de puntaje deben invertirse para que los puntajes altos estén asociados con altos niveles de negligencia dental. Un puntaje de negligencia dental es la suma de los puntajes individuales del artículo. Los posibles rangos de puntaje son de 6 a 30.

#### **CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE NEGLIGENCIA CON RESPECTO A LOS VALORES DE RESPUESTAS.**

Respuestas de tipo Likert evaluadas del 1 al 5:

Respuesta 1= 1 punto (Definitivamente no)

Respuesta 2= 2 puntos

Respuesta 3= 3 puntos

Respuesta 4= 4 puntos

Respuesta 5= 5 puntos (Definitivamente si)

### **Valoración del nivel de Negligencia**

Menor a 11 puntos: No tiene Negligencia.

11 a 30: Si tiene Negligencia.

Se hizo la separación de caso y controles; en los que los controles fueron pacientes que presentaron una valoración menos de 11 puntos es decir del 10 al 1 y el grupo de los casos pacientes que presentaron de 11 a 30 puntos que son los que más ayuda necesitan; también se tuvo en cuenta el ingreso económico en el que se dividen menos de 375 USD bajo y mayor a 375 USD alto; de esta manera se puede realizar la distribución de la muestra para poder evaluar el factor de riesgo mediante el ODDS RATIO.

### **6.- PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.**

Se calculó las respuestas del cuestionario que pueden ir desde 6 a 30 y relacionarla con el factor económico mediante el OR (ODDS RATIO) con los estudios de casos y controles.

Se consideraron a los pacientes expuestos aquellos de ingreso bajo y los no expuestos aquellos de ingreso alto.

Para este estudio la Escala de Negligencia de Thomson no se la tomó con el mismo fin de tan solo calcular los grados de negligencia por parte de los pacientes sino llegar a poder hacer una comparación o saber si la persona encuestada es o no negligente. Como dice Thomson se debe realizar la inversión de los valores tanto en la pregunta 1, 2, 4, 5 y 6 ya que estas están con sus valores opuestos, es decir los valores que son 1, 2, 3, 4, 5, se cambian en 1 por 5, 2 por 4, 3 se mantiene, 4 por 2 y 5 por 1; manteniendo tan solo la pregunta 3 que se encuentra con valores correctos para saber y poder calcular los niveles de negligencia en un rango de 6 a 30.

Entonces como se explicó para poder realizar el estudio se realizó una dicotomización es decir, poder saber distinguir un sano de un enfermo o entre caso y control; se ha tomado a la población de Cuenca y realizado una distribución estadística de los resultados y en base a los resultados se ha formado una campana estadística en la que se ha llegado a un punto de corte de 11 entonces se aplica a la muestra de este estudio; que son 409 de la Parroquia Monay; en la que de 10 para abajo es no negligente y desde 11 al 30 es negligente.

Fórmula OR:

---

	CASOS	CONTROLES
EXPUESTOS (BAJO)	a	b
NO EXPUESTOS (ALTO)	c	d

---

Por lo tanto:  $(a*d)/(b*c)$

## **7.- ASPECTOS BIOÉTICOS.**

El presente estudio no implicó conflictos bioéticos, en el cual todos los pacientes fueron informados y se les explicó el objetivo y metodología de la investigación; también se les comunicó que los datos brindados son confidenciales y que solo se harán uso en el estudio por lo que se procedió a firmar el consentimiento informado ya que es una investigación no invasiva.

**CAPÍTULO III**  
**RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.**

## 1. RESULTADOS:

**Tabla N°1:** Distribución de la muestra de acuerdo a sexo.

	<b>CASOS</b>	<b>CONTROLES</b>
<b>Femenino</b>	56	56
<b>Masculino</b>	40	40
<b>Total</b>	96	96

**Interpretación de la tabla:** En esta tabla se puede observar el tamaño de la muestra distribuida en un grupo de casos de 96 y de controles de 96, dando un total de 192 pacientes; pero estos no se distribuyeron equitativamente ya que se encontraron 56 casos-controles del sexo femenino y solo 40 del sexo masculino.

**Tabla N°2:** Distribución de la muestra de acuerdo a edad.

	<b>CASOS</b>	<b>CONTROLES</b>
<b>45</b>	7	7
<b>46</b>	6	6
<b>47</b>	5	5
<b>48</b>	7	7
<b>49</b>	10	10
<b>50</b>	4	4
<b>51</b>	3	3
<b>52</b>	6	6
<b>53</b>	5	5
<b>54</b>	2	2
<b>55</b>	6	6
<b>56</b>	4	4
<b>57</b>	5	5
<b>58</b>	3	3
<b>59</b>	4	4
<b>60</b>	8	8
<b>62</b>	2	2
<b>63</b>	3	3
<b>64</b>	1	1
<b>65</b>	5	5

**Interpretación de la tabla:** En esta tabla se puede observar el tamaño de la muestra distribuida según la edad en un grupo de casos de 96 y de controles de 96 dando un total de 192 pacientes dentro del rango del estudio.

**Tabla N°3:** Relación entre el Ingreso Económico y la Negligencia al Cuidado Dental.

<b>ODDS RATIO</b>	<b>CASOS</b>	<b>CONTROLES</b>
<b>EXPUESTOS (BAJO)</b>	<b>80</b>	<b>74</b>
<b>NO EXPUESTOS (ALTO)</b>	<b>16</b>	<b>22</b>

**OR= 1,486 IC= 95%( 0.73–3.04)**

**Interpretación de la tabla:** Podemos observar que el factor económico no es un factor predisponente para la negligencia, las personas que perciben un salario bajo son 80 (83%) que tienen negligencia de los 96 casos estudiados y las personas con un salario alto que presentan negligencia son 16 (17%).El factor económico no es un factor de riesgo para la negligencia al cuidado dental; presenta un OR de 1.486 en un IC de 95% (0.73-3.04)

## 2. DISCUSIÓN:

En el mundo son pocos los estudios realizados sobre la negligencia al cuidado dental; entre estos se han encontrado investigaciones con diseño descriptivo con los que se podrá discutir a continuación sin embargo esta investigación es el primer análisis con un diseño caso-control.

El diseño de investigación en este estudio fue de casos y controles; mismo que fue aplicado a 409 personas a través de encuestas, de los cuales mediante un muestreo de conveniencia se trabajó con 192 personas, de las cuales 112 (58%) son mujeres y 80 (42%) son hombres; dando un total de 96 casos y 96 controles que se encontraban en el rango de 45 a 65 años.

En este estudio se demostró que el promedio de negligencia dentro del rango de 45 a 65 años es de 11.06; difiriendo en el estudio realizado en Hong-Kong por McGrath y cols. (2007) en el que este rango de edad dio un promedio de negligencia de 14.30. Por otro lado en el estudio de Jamieson y Thomson Comparación de la Escala de Negligencia e Indiferencia (2002) en la población de estudio tiene un promedio de 10.9 en la edad de 45 a 65. <sup>(19) (2)</sup>

Según el sexo las mujeres en un 87% se encontraban más expuestas por percibir un ingreso bajo con respecto a los hombres con un 73% ya que en el Ecuador existe una desigualdad al momento de la remuneración según el INEC en el 2011; en el estudio realizado por McGrath y cols. (2007) en Hong Kong y en el de Jamieson y Thomson en Dunedin "Salud dental, negligencia dental y el uso de Servicios" (2002) respectivamente aportan que los hombres con un 50.11% era el grupo más expuesto con respecto a las mujeres con un 49.88% y en el segundo se estimó que igualmente los hombres con un 50.60% se encuentran más expuestos por lo tanto con mayor nivel de negligencia que las mujeres en un 49.40% al percibir un ingreso económico menor siendo que en estos casos que si existe una relación entre la negligencia al cuidado dental con el ingreso económico la población en estudio. <sup>(19) (12) (2)</sup>

Por el ingreso económico en este estudio se obtuvo un porcentaje de expuestos es decir con un ingreso bajo del 83% con respecto al alto con un 17% que no se encuentran expuestos pero que tienen negligencia; en el estudio de Thomson y Jamieson en Dunedin (2002) se estimó que pacientes con ingreso bajo por ende más expuestos se encuentran en un porcentaje del 54.30% y los que no están expuestos es decir ingreso alto y que pueden costear un servicio odontológico en un 45.7%. Esto puede deberse a que otros países se encuentran más desarrollados que Ecuador y

por ende pueden recibir una mejor remuneración y poder mantener el cuidado dental que deberían. <sup>(12)</sup>

### 3. CONCLUSIÓN:

1. Se determinó que el ingreso económico no es un factor de riesgo para la negligencia en adultos de 45 a 65 años. Las personas con negligencia y con un ingreso bajo equivalen al 83% que son 80 personas con respecto al ingreso alto que tiene negligencia que son tan solo el 17% equivalente a 16 personas. Dentro del grupo sin negligencia se encontraron 22 (23%) con ingreso alto y 74 (77%) con ingreso bajo. En este estudio no fue comprobada la hipótesis planteada.

**BIBLIOGRAFÍA.**

1. Federación Dental Internacional (FDI). El Desafío de las Enfermedades Bucodentales Brighton, RU: Myriad Editions; 2015.
2. Thomson LM, Jameson WM., The Dental Neglect and Dental Indifference scales compared. *Community Dentl Oral Epidemiol* 2002; 30:168-75.
3. Acosta G., Distribución Ingresos Ecuador. *Rev. Eco. y Human.* Junio; 2011.
4. Sosa C., INEC: El ingreso de la familia típica en Ecuador es USD 700 mensuales. *El Comercio.* Febrero; 2017.
5. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico NSE 2011. Diciembre; 2011.
6. Graciano M., Correa Y., Martínez C., Burgos A., *Streptococcus mutans* caries dental en América Latina. Revisión sistemática de la literatura. *Rev. Nac. De Odont., Universidad Cooperativa de Colombia.* 8 (14). 2012
7. Gómez J., Peña R., La valoración del riesgo asociado a caries. *Rev. ADM.* 71 (2); 58-65. 2014.
8. Federación Dental Internacional (FDI). El Desafío de la Enfermedades Bucodentales. *Atl. Sal. Buc.* 2da ed. 2015
9. Federación Dental Internacional (FDI). *Boca Sana y Sabia Toda La Vida.* World Dental Federation. 2da ed, Ginebra. 2015
10. Servicio Nacional del Adulto Mayor. Definición y Tipificación del Maltrato al Adulto, en Chile. SENAMA; Santiago, 2005.
11. Mag G., La Salud Oral Hoy. *Rev. Aso. Dent. Mex.* 2016; 73 (5).
12. Thomson M., Locker D. Dental neglect and dental health among 26 years olds in the Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study. *Com. Dent. Or, Epid.* 28 (6), Diciembre, 2010

13. Gil F., Aguilar M., Cañamas M., Ibáñez P., Sistemática de la higiene bucodental: el cepillado dental manual. *Periodoncia y Osteointegración*, 2005; 15 (1).
14. Rizzo- Rubio LM, Torres-Cadavid AM, Martínez-Delgado CM. Comparación de diferentes técnicas de cepillado para la higiene bucal. *Rev. CES Odont* 2016; 29(2): 52-64.
15. Namankany P. Evidence Bases Dentistry: analysis of dental anxiety scales for children. *Br Dentl J*. 2012; (212-219).
16. Ríos M., Rojas A., Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. Scielo. 2014. Febrero; 30 (1).
17. Klassen J., Music for pain and anxiety in children undergoing medical procedures: a systematic review of randomized controlled trials. *Ambul Peditr*, 2008 Agosto; 1 (117-28).
18. Lima M., Casanova Y., Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. Scielo. 2006; Enero; 6(1).
19. McGrath C., See-King Sham A., King Lun Ho D., The impact of dental neglect on oral health: a population based study in Hong Kong. *Int. Dental. Journ.* 2007; 57:3-8.
20. Harris CM., Welbury R., Caim A., The Scottish dental practitioner's role in managing child abuse and neglect. *British Dent Journal*. 2013.
21. Villavicencio-Caparó E., Alvear-Córdova. M., Cuenca-León K., Calderón-Curipoma M., Palacios-Vivar D., Alvarado-Cordero A. Diseños de Estudios Clínicos en Odontología. *Rev. OACTIVA UC Cuenca*. 1(2):83-86; 2016.
22. Villavicencio-Caparó E., Alvear-Córdova. M., Cuenca-León K., Calderón-Curipoma M., Zhunio-Ordoñez K., Webster-Carrión F. El Tamaño Muestral Para La Tesis. ¿Cuántas Personas Debo Encuestar?. *Rev. OACTIVA UC Cuenca*. 2(1):59-62; 2017.

- 23.** Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud bucodental, 2012.
- 24.** Alcaldía de Cuenca. Ordenanza de División de las Parroquias Urbanas de la Ciudad de Cuenca 1982.
- 25.** Profesor Javier Aranceta. Factores determinantes de la salud oral. 2012.

**ANEXOS.**

## 1.- Cuestionario de Barreras para el Acceso al Servicio Odontológico.

**ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

Ci: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino ( ) Femenino ( ) TIEMPO: \_\_\_\_\_ Min

Edad: \_\_\_\_\_ AÑOS Ocupación: \_\_\_\_\_ PARROQUIA: \_\_\_\_\_

**1. Grado de Instrucción**

- |                          |                                      |
|--------------------------|--------------------------------------|
| a) Sin estudios          | f) Superior técnica incompleta       |
| b) Primaria incompleta   | g) Superior técnica completa         |
| c) Primaria completa     | h) Superior universitario incompleta |
| d) Secundaria incompleta | i) Superior universitario completa   |
| e) Secundaria completa   |                                      |

**OPCIONAL**

Ingreso mensual familiar aproximado: \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas dependen de este ingreso?: \_\_\_\_\_

Pregunta	Marcar uno a más respuestas	Puntuación
1. Usualmente usa Ud.:	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Un cepillo de dientes para limpiar sus dientes</li> <li>b. La seda o un cepillo especial para limpiar sus dientes</li> <li>c. Tabletas reveladoras para comprobar que sus dientes están limpios</li> </ul>	Valor: 1 si ninguno o si solo el literal <b>a</b> está marcado
2. En la actualidad:	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Cree que hay algo mal con sus dientes, pero no es lo suficientemente malo como para ir a un dentista</li> <li>b. Cree que hay algo mal con sus dientes y tiene la intención de ver a un dentista pronto</li> <li>c. Va a realizarse un chequeo en el próximo año</li> <li>d. No cree que necesite ningún tratamiento por lo que no esta planeando ir a un dentista ahora</li> <li>e. Iba pronto al dentista</li> </ul>	Valor: 1 si el literal <b>a</b> o <b>d</b> están marcados
3. Si pierde una calza en un diente posterior y no le dolió:	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. De inmediato va a un dentista</li> <li>b. Esperaría si siente dolor o algún síntoma antes de ir a un dentista</li> <li>c. No sería un problema que no vería a un dentista por esta razón</li> </ul>	Valor: 1 si el literal <b>b</b> o <b>c</b> están marcados
4. Por lo general, hace una cita para visitar a un dentista:	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Cuando el dentista le recuerda</li> <li>b. Al final de la última cita</li> <li>c. Cuando piensa que es tiempo de ir a otro chequeo</li> <li>d. Únicamente cuando piensa que esta algo malo en sus dientes</li> </ul>	Valor: 1 si el literal <b>d</b> está marcado
5. Si sus encías sangran pero estas no le duelen:	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. No es un problema, no vería a un dentista por este problema</li> <li>b. Iría inmediatamente a una cita con el dentista</li> <li>c. Esperaría a ver si se presenta dolor o algún síntoma para ir al dentista</li> </ul>	Valor: 1 si los literales <b>a</b> o <b>c</b> están marcados
6. Acerca de todas sus citas dentales en los últimos 5 años marque la más cercana:	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. No ha tenido una cita dentaria en los últimos 5 años</li> <li>b. Durante los 5 años ha olvidado de asistir a sus citas dentales</li> <li>c. Durante los 5 años solo ha perdido una sola cita</li> <li>d. Durante los 5 últimos años ha cancelado una cita dental debido a que el problema desapareció</li> </ul>	Valor: 1 si los literales <b>a</b> , <b>b</b> o <b>d</b> están marcados
7. Si tuviera un diente muy doloroso:	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Preferiría que le saquen</li> <li>b. Preferiría dejarlo sin tratamiento</li> <li>c. Preferiría realizar una restauración</li> </ul>	Valor: 1 si los literales <b>a</b> o <b>b</b> están marcados
8. Ud diría que la razón principal para no ir a un dentista sería:	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Porque piensa que el tratamiento es doloroso</li> <li>b. Porque toma demasiado tiempo ir al dentista</li> <li>c. Porque siente preocupación o ansiedad cuando va al dentista</li> <li>d. Porque su dentista le hace sentir culpable acerca del estado de sus dientes</li> <li>e. Porque cuesta mucho</li> <li>f. Porque no tiene tiempo para ir al dentista</li> <li>g. Postpone las citas, asiste al dentista regularmente</li> </ul>	Valor: 1 si los literales <b>b</b> , <b>d</b> o <b>f</b> están marcados  Si el literal <b>c</b> 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 odontologo no le va a explicar lo que hay en sus dientes Si ( ) NO ( )
27. Quiere irse del consultorio cuando piensa que el Odontólogo no le va a explicar lo que hay en sus dientes Si ( ) NO ( )
28. En el momento en que el Odontólogo alista la jeringa con la inyección de anestesia, cierra los ojos fuertemente. Si ( ) NO ( )
29. En la sala de espera suda y tiembla cuando piensa que es su turno de pasar a la consulta Si ( ) NO ( )
30. Cuando va hacia el consultorio del odontólogo, se pone ansioso/a solo de pensar si tendrá que usar el taladro dental con Ud. Si ( ) NO ( )
31. Cuando esta sentada en la silla de tratamiento y no sabe lo que el odontólogo esta haciendo en su boca, se pone nerviosa/o y suda Si ( ) NO ( )
32. En su camino hacia el consultorio del odontólogo, la idea de estar sentada en la silla de tratamiento le pone nervioso/a. Si ( ) NO ( )

## 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. ¿Piensa usted que tal vez sufra de la enfermedad de las encías? SI ( ) NO( )	
35. ¿Alguna vez le han hecho cirugía de encías para limpiar por debajo de las mismas? SI ( ) NO( )	
36. ¿Alguna vez le han hecho un raspado o un alisado de las raíces de los dientes, que a veces se conoce como limpieza "profunda"? SI ( ) NO( )	
37. ¿Alguna vez se le ha aflojado un diente por sí solo, sin tener una lesión? Sin contar los dientes de leche? SI ( ) NO( )	
38. ¿Alguna vez le ha dicho a un dentista que Ud. Ha perdido hueso alrededor de los dientes? SI ( ) NO( )	
39. ¿Le sangran las encías? SI ( ) NO( )	
40. ¿Siente Ud. O le han dicho que tienen mal aliento? SI ( ) NO( )	
41. Durante los últimos 3 meses ¿Ha notado que alguno de sus dientes no parece verse bien? SI ( ) 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 cepillo 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	

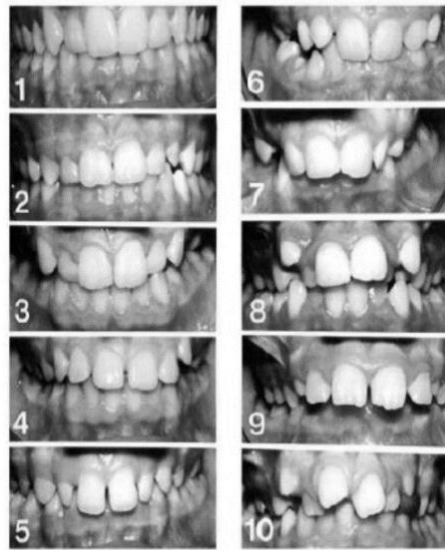
RELACION PROFESIONAL/PACIENTE	
Poco =1 Lo justo = 2 Bueno=3 Muy Bueno =4 Excelente =5	
45. Le hace sentir cómodo:	1 2 3 4 5
46. Le trata con respeto:	1 2 3 4 5
47. Muestra interés en sus ideas acerca de mi salud dental:	1 2 3 4 5
48. Entiende sus preocupaciones principales	1 2 3 4 5
49. Le presta atención (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
54. 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 ánimo (sin molestarte 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

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA  
ÍNDICE ICON



PASTAS DENTALES



2.- Tabla de pareo de las 409 fichas realizadas en la Parroquia Monay a adultos de 45 a 65 años.

EDAD	CASOS	SEXO		CONTROLES	SEXO		CASOS Y CONTROLES PAREADOS		TOTAL DE PAREADOS
		MASCULINO	FEMENINO		MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	
45	20	9	11	7	5	2	5	2	7
46	20	8	12	6	3	3	3	3	6
47	31	15	16	5	2	3	2	3	5
48	27	6	21	7	2	5	2	5	7
49	22	9	13	10	2	8	2	8	10
50	14	6	8	4	3	1	3	1	4
51	6	4	2	3	1	2	1	2	3
52	18	10	8	6	2	4	2	4	6
53	10	2	8	7	4	3	2	3	5
54	15	6	9	2	1	1	1	1	2
55	10	6	4	8	2	6	2	4	6
56	12	5	7	4	1	3	1	3	4
57	11	6	5	5	4	1	4	1	5
58	15	8	7	3	2	1	2	1	3
59	5	3	2	4	2	2	2	2	4
60	23	5	18	8	3	5	3	5	8
61	5	4	1	0	0	0	0	0	0
62	10	5	5	2	0	2	0	2	2
63	15	8	7	3	2	1	2	1	3
64	11	6	5	1	0	1	0	1	1
65	9	4	5	5	1	4	1	4	5
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>309</b>	<b>135</b>	<b>174</b>	<b>100</b>	<b>42</b>	<b>58</b>	<b>40</b>	<b>56</b>	<b>96</b>

3.- Tabla de distribución de muestra de casos-controles.

EDAD	CON NEGLIGENCIA				Total		SIN NEGLIGENCIA				Total		TOTAL GENERAL
	Femenino	%	Masculino	%	CON NEGLIGENCIA	Femenino	%	Masculino	%	SIN NEGLIGENCIA	GENERAL		
45	2	4%	5	13%	7	2	4%	5	13%	7	14		
46	3	5%	3	8%	6	3	5%	3	8%	6	12		
47	3	5%	2	5%	5	3	5%	2	5%	5	10		
48	5	9%	2	5%	7	5	9%	2	5%	7	14		
49	8	14%	2	5%	10	8	14%	2	5%	10	20		
50	1	2%	3	8%	4	1	2%	3	8%	4	8		
51	2	4%	1	3%	3	2	4%	1	3%	3	6		
52	4	7%	2	5%	6	4	7%	2	5%	6	12		
53	3	5%	2	5%	5	3	5%	2	5%	5	10		
54	1	2%	1	3%	2	1	2%	1	3%	2	4		
55	4	7%	2	5%	6	4	7%	2	5%	6	12		
56	3	5%	1	3%	4	3	5%	1	3%	4	8		
57	1	2%	4	10%	5	1	2%	4	10%	5	10		
58	1	2%	2	5%	3	1	2%	2	5%	3	6		
59	2	4%	2	5%	4	2	4%	2	5%	4	8		
60	5	9%	3	8%	8	5	9%	3	8%	8	16		
62	2	4%	0	0%	2	2	4%	0	0%	2	4		
63	1	2%	2	5%	3	1	2%	2	5%	3	6		
64	1	2%	0	0%	1	1	2%	0	0%	1	2		
65	4	7%	1	3%	5	4	7%	1	3%	5	10		
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>56</b>	<b>100%</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>	<b>96</b>	<b>56</b>	<b>100%</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>	<b>96</b>	<b>192</b>		

#### 4.- Relación entre el Ingreso Económico y el Sexo.

<b>INGRESO/SEXO</b>	<b>Femenino</b>	<b>%</b>	<b>Masculino</b>	<b>%</b>	<b>Total general</b>
ALTO	15	13%	22	28%	37
BAJO	97	87%	58	73%	155
<b>Total general</b>	<b>112</b>	<b>100%</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>	<b>192</b>

**Interpretación de la tabla:** En esta tabla se observa que según el sexo las mujeres son las que más perciben un ingreso bajo por lo tanto son las que más expuestas se encuentran, se presenta un porcentaje del 87% equivalente a 97 de las 112 mujeres evaluadas en este estudio.

#### 5.- Relación entre el Ingreso y el Sexo se presenta el número de personas con y sin negligencia.

<b>INGRESO/SEXO</b>	<b>Femenino</b>	<b>%</b>	<b>Masculino</b>	<b>%</b>	<b>Total general</b>
<b>ALTO</b>	<b>15</b>	<b>13%</b>	<b>22</b>	<b>28%</b>	<b>37</b>
CON NEGLIGENCIA	5		10		15
SIN NEGLIGENCIA	10		12		22
<b>BAJO</b>	<b>97</b>	<b>87%</b>	<b>58</b>	<b>73%</b>	<b>155</b>
CON NEGLIGENCIA	51		30		81
SIN NEGLIGENCIA	46		28		74
<b>Total general</b>	<b>112</b>	<b>100%</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>	<b>192</b>

6.- Relación entre el Ingreso Económico y la Edad.

<b>EDAD/ INGRESO</b>	<b>ALTO</b>	<b>%</b>	<b>BAJO</b>	<b>%</b>	<b>Total general</b>
45	1	3%	13	8%	14
46	3	8%	9	6%	12
47	1	3%	9	6%	10
48	3	8%	11	7%	14
49	4	11%	16	10%	20
50	2	5%	6	4%	8
51	1	3%	5	3%	6
52	1	3%	11	7%	12
53	2	5%	8	5%	10
54	1	3%	3	2%	4
55	4	11%	8	5%	12
56	1	3%	7	5%	8
57	1	3%	9	6%	10
58	2	5%	4	3%	6
59	1	3%	7	5%	8
60	3	8%	13	8%	16
62	2	5%	2	1%	4
63	2	5%	4	3%	6
64	0	0%	2	1%	2
65	2	5%	8	5%	10
<b>Total general</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>	<b>155</b>	<b>100%</b>	<b>192</b>

**Interpretación de la tabla:** En esta tabla se observa que según el nivel de ingreso la edad que se encuentra más expuesta es la de 49 años con un porcentaje del 10% equivalente a 16 pacientes con un ingreso bajo.

7.- Relación entre el Ingreso y la edad, se presenta la edad de 49 que se encuentra más expuesta y el número tanto en el sexo femenino como masculino que la conforman.

<b>EDAD/INGRESO</b>	<b>ALTO</b>	<b>BAJO</b>	<b>Total general</b>
<b>49</b>	<b>4</b>	<b>16</b>	<b>20</b>
Femenino	4	12	16
Masculino		4	4
<b>Total general</b>	<b>4</b>	<b>16</b>	<b>20</b>

## 8.- Edad con mayor y menor Nivel de Negligencia.

<b>EDAD</b>	<b>CON NEGLIGENCIA</b>	<b>%</b>	<b>Total general</b>	
45	7	7%	7	
46	6	6%	6	
47	5	5%	5	
48	7	7%	7	
<b>49</b>	<b>10</b>	<b>10%</b>	<b>10</b>	>
50	4	4%	4	
51	3	3%	3	
52	6	6%	6	
53	5	5%	5	
54	2	2%	2	
55	6	6%	6	
56	4	4%	4	
57	5	5%	5	
58	3	3%	3	
59	4	4%	4	
60	8	8%	8	
62	2	2%	2	
63	3	3%	3	
<b>64</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>	<b>1</b>	<
65	5	5%	5	
<b>Total general</b>	<b>96</b>	<b>100%</b>	<b>96</b>	

**Interpretación de la tabla:** En esta tabla se puede evidenciar que dentro del rango de 45 a 65 años la edad que tiene mayor nivel de negligencia es la de 49 en la que están afectados el 10% equivalente a 10 personas; la edad con menor nivel de negligencia es la de 64 en la que están afectados el 1% equivalente a 1 persona de las 96 que presentan negligencia.

9.- Edad con mayor y menor nivel de negligencia, se presenta la edad de 49 con mayor negligencia y la de 64 con menor nivel de negligencia y el número tanto en el sexo femenino como masculino que las conforman.

EDAD	CON NEGLIGENCIA	Total general
<b>49</b>		<b>10</b>
Femenino		8
Masculino		2
<b>64</b>		<b>1</b>
Femenino		1

10.- Promedio de Negligencia dentro de Casos-Controles.

PROMEDIO DE NEGLIGENCIA
11,06

**Interpretación de la tabla:** El promedio de negligencia dentro de los 96 pacientes que conforman los casos es de 11.06.

11.- ODDS RATIO y tabla de 2x2 en el programa OPEN EPI.

## Estadísticas de la tabla 2 x 2

**Análisis de tabla simple**

	Enfermedad	
	(+)	(-)
Exposición (+)	80	16 96
Exposición (-)	74	22 96
	154	38192

## Cálculos basados en Odds y Límites de Confianza

Cálculos de puntos		Límites de confianza	
Tipo	Valor	Inferior, Superior	Tipo
Odds Ratio CMLE*	1.483	0.7224, 3.09 <sup>1</sup> 0.6846, 3.274 <sup>1</sup>	Mid-P exacto Exacto de Fisher Series Taylor
Odds Ratio	1.486	0.7255, 3.046 <sup>1</sup>	
Fracción etiológica en pob (FEp(OR))	17%	-9.308, 43.31	
Fracción etiológica en expuestos (FEe(OR))	32.73%	-37.84, 67.17	

\*Estimador de máxima verosimilitud de Odds Ratio

(P) indica un valor P de una-cola para la asociación positiva o negativa. De otra forma, los valores P exactos de una cola son para una asociación positiva.

Martin D, Austin H (1991) Un programa eficaz para calcular el estimador de máxima verosimilitud y los límites de confianza exactos para una odds ratio común. Epidemiología 2, 359-362.

<sup>1</sup> &supl; Test de exclusión por límites de confianza al 95% de 0 a 1, como se indica

P-values < 0.05 and confidence limits excluding null values (0,1, or [n]) are highlighted.

Ver los primeros ítems: examinar primero la opción de los autores.

Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoTwobyTwo

Imprimir desde el navegador con ctrl-P

o seleccione el texto a copiar y pegar en otro programa

## 12.- Muestreo por fórmula OPEN EPI.

## Tamaño de la muestra para estudios de casos-contróles no pareados

Para:

Nivel de confianza de dos lados (1-alpha)	95
Potencia (% de probabilidad de detección)	80
Razón de controles por caso	1
Proporción hipotética de controles con exposición	77
Proporción hipotética de casos con exposición:	79.94
Odds Ratios menos extremas a ser detectadas	1.19

	Kelsey	Fleiss	Fleiss con CC
Tamaño de la muestra - Casos	3078	3077	3145
Tamaño de la muestra - Contróles	3078	3077	3145
Tamaño total de la muestra	6156	6154	6290

## Referencias

Kelsey y otros, Métodos en Epidemiología Observacional 2da Edición, Tabla 12-15

Fleiss, Métodos Estadísticos para Relaciones y Proporciones, fórmulas 3.18&, 3.19

CC= corrección de continuidad

Los resultados se redondean por el entero más cercano

Imprima desde el menú del navegador o seleccione copiar y pegar a otros programas.

Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoSSC

Imprimir desde el navegador con ctrl-P

o seleccione el texto a copiar y pegar en otro programa