



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Relación entre el nivel de ingreso y la negligencia al cuidado dental
en adultos medio de 45 a 65 años de edad, de la parroquia
Hermano Miguel de la ciudad de Cuenca – Ecuador, 2017

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO

AUTORA: Tocto Suárez, Gisselli Estefanía
DIRECTORA: Vélez León, María Eleonor, Od. Esp.

CUENCA

2018

DECLARACIÓN:

Yo, Tocto Suárez Gisselli Estefanía, 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.

.....

Autor/a: Tocto Suárez Gisselli Estefanía

C.I.:0706260833

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de titulación denominado **“RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE INGRESO Y LA NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL EN ADULTOS MEDIO 45 A 65 AÑOS DE EDAD, DE LA PARROQUIA HERMANO MIGUEL DE LA CIUDAD DE CUENCA – ECUADOR, 2017”**, realizado por **TOCTO SUÁREZ GISSELLI ESTEFANÍA**, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que está expedito para su presentación.

Cuenca, 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 **“RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE INGRESO Y LA NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL EN ADULTOS MEDIO 45 A 65 AÑOS DE EDAD , DE LA PARROQUIA HERMANO MIGUEL DE LA CIUDAD DE CUENCA – ECUADOR, 2017”**, realizado por **TOCTO SUÁREZ GISELLI ESTEFANÍA**, 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

.....

Tutor/a: Vélez León María Eleonor Od. Esp.

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi padre Jorge Tocto y mi madre Martha Suárez, por darme la vida, quererme mucho, creer en mí y por su apoyo incondicional. Amados padres este logro se los debo a ustedes.

A mi hermano Jorge Josué por tu apoyo, por ser un gran amigo para mí, que junto a sus ideas hemos pasado momentos inolvidables eres uno de los seres más importantes en mi vida.

A mi tío Armando Suárez por su enorme apoyo y consejos desde siempre

A mi tío (Lucho) Luis Tocto mi segundo papá el cual a pesar de haberlo perdido a muy temprana edad ha estado siempre cuidándome y guiándome desde el cielo.

EPÍGRAFE

Apunta a la luna. Si fallas, podrías dar a una estrella.

W. Clement Stone.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, doy infinitas gracias a Dios, por haberme dado fuerza y valor para culminar esta etapa de mi vida.

Agradezco también la confianza y el apoyo brindado por parte de mis padres Martha y Jorge, que sin duda alguna en el trayecto de mi vida me ha demostrado su amor, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos. Gracias por ser las personas más buenas de este mundo y entregarme ese amor incondicional, por alegrar mis días, por velar por mí, pero sobre todo mil gracias por ser mis mejores amigos y nunca dejarme sola.

A mi hermano Jorgito que con sus ocurrencias y consejos me ha ayudado a afrontar los retos que se me han presentado a lo largo de mi vida.

A la Dra. Eleonor Vélez por su colaboración brindada durante la elaboración de este proyecto.

LISTA DE ABREVIATURAS

DN: Negligencia dental.

DNC: Negligencia al cuidado dental.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ÍNDICE

RESUMEN.....	12
ABSTRACT	13
INTRODUCCIÓN	14
CAPÍTULO I	13
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	13
1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
2.- JUSTIFICACIÓN	17
3.- OBJETIVOS.....	18
3.1.- OBJETIVO GENERAL.....	18
3.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
4.- MARCO TEÓRICO.....	19
4.1.- SALUD DENTAL	19
4.1.a. - LA NEGLIGENCIA AL CUIDADO DE SALUD DENTAL	19
4.1.b.- CAUSAS Y CONSECUENCIAS QUE PROVOCAN NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL	20
4.1.c.-NIVEL SOCIOECONÓMICO.....	21
4.1.d.- ESCALA DE NEGLIGENCIA.....	21
4.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	23
5.- HIPÓTESIS	31
CAPÍTULO II	31
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	31
1 MARCO METODOLÓGICO.....	32
2 POBLACIÓN Y MUESTRA	32
2.1. Criterios de Selección.....	32
2.1.a. Criterios de Inclusión.....	32
2.1.b. Criterios de Exclusión.....	32
2.2 Tipo de Muestreo.....	32
2.3 Tamaño de la muestra.....	33
3.-OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE.....	34
4. INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	35
4.1 Instrumentos documentales.....	35
4.2. Instrumentos Mecánicos.....	35
4.3. Materiales.....	35
4.4. Recursos.....	35

5.- PROCEDIMIENTOS PARA LA TOMA DE DATOS.....	35
5.1Ubicación espacial	35
5.2. Ubicación Temporal	35
5.3. Procedimientos de la toma de datos	35
5.3.a. -Método de examen utilizado por los examinadores	36
5.3.b.-Criterios de registro de hallazgos.....	36
6. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS	36
7. ASPECTOS BIOÉTICOS.....	37
CAPÍTULO III	38
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONSLUSIONES	38
1.- RESULTADOS	39
2.-DISCUSIÓN.....	42
3.-CONCLUSIÓN	44
BIBLIOGRAFÍA.....	45
ANEXOS	47

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1. Analizar la relación de la negligencia con el sexo en pacientes adultos medio de 45 a 65 años de la parroquia Hermano Miguel.....	39
Tabla N°2. Identificar la relación de la negligencia al cuidado dental con la edad en los adultos de 45 a 65 años del sector Hermano Miguel.....	40
Tabla N°3. Relación entre el nivel de ingreso y la negligencia al cuidado dental.....	41

RESUMEN

OBJETIVO: El objetivo de esta investigación fue determinar la relación entre el nivel de ingreso y la negligencia al cuidado dental en adultos medio 45 a 65 años de edad de la parroquia Hermano Miguel de la ciudad de Cuenca – Ecuador, 2017. **MATERIALES Y MÉTODOS:** La metodología aplicada para esta investigación fue de casos y controles, misma que fue aplicada a 476 personas a través de encuestas, de los cuales se tomó una muestra de 60 casos y de 60 controles personas entre sexo masculino y femenino de 45 a 65 años de edad en la Parroquia Hermano Miguel, ubicada en la ciudad de Cuenca. **RESULTADOS:** Los resultados obtenidos fueron que 103 de las personas con negligencia al cuidado dental son de bajo nivel de ingreso socioeconómico determinando que si existe relación entre el nivel de ingreso y la negligencia al cuidado dental. Presentando un ODDS RATIO de 1.514. **CONCLUSIÓN:** El presente estudio concluye que existe relación entre en ingreso socioeconómico y la negligencia al cuidado dental debido a que la población de la parroquia Hermano Miguel presenta un bajo nivel socioeconómico, ya que la mayor parte de los encuestados se dedica al comercio y no cuentan con una educación superior.

PALABRAS CLAVE: Negligencia, nivel socioeconómico, cuidado dental

ABSTRACT

OBJECTIVE: The objective of this research was to determine the relationship between income level and negligence to dental care in adults between 45 and 65 years of age from the Hermano Miguel parroquia in the city of Cuenca - Ecuador, 2017. **MATERIALS AND METHODS:** The methodology applied for this investigation was of cases and controls, which was applied to 476 people through surveys, of which a sample of 60 cases was taken and of 60 controls people between male and female of 45 to 65 years of age in the Hermano Miguel Parroquia, located in the city of Cuenca **RESULTS:** The results obtained were that 103 of the people with dental care negligence are of low socioeconomic income level, determining that if there is a relationship between the level of income and the neglect of dental care. Presenting an ODDS RATIO of 1.514. **CONCLUSION:** The present study concludes that there is a relationship between socioeconomic income and neglect of dental care because the population of the Hermano Miguel parish has a low socioeconomic level, due to the fact that most of the Respondents are engaged in trade and do not have a higher education.

KEY WORDS: Negligence, socioeconomic status, dental care.

INTRODUCCIÓN

La negligencia al cuidado oral es el incumplimiento, omisión o descuido del mantenimiento de la salud bucodental por parte del individuo. En las personas adultas el comportamiento saludable y buenos hábitos adquiridos en las primeras etapas de vida, se pueden ver reflejados en el buen mantenimiento de salud oral. Al contrario, el descuido, al mantenimiento de buenas condiciones orales se pueden ver manifestados en los tejidos bucales y sus funciones, además puede presentar cambios secundarios en los factores extrínsecos, incrementándose la frecuencia de enfermedades orales como la pérdida de piezas dentales debido a caries, lesiones de las mucosas, enfermedades periodontales, afectando la calidad de vida de este grupo de edad. La salud es un sistema complejo debido a la interdependencia entre los factores sociales e individuales, por lo tanto los procesos, salud enfermedad no dependen únicamente de las personas, sino también de las interacciones entre el entorno y las personas, es así que podemos encontrar una amplia información que sugiere que la posición social es un fuerte predictor tanto de mortalidad como morbilidad, observada a nivel micro y macro. Además, existe asociación entre el estatus social y la salud de las personas, ya que mientras el individuo posea un mejor nivel socioeconómico gozará de mejor salud.¹

Es por eso que este trabajo estuvo encaminado a estudiar la relación que existe entre la negligencia al cuidado de la salud oral de los pacientes con el nivel socioeconómico de adultos medios de 45 a 65 años de edad de la parroquia Hermano Miguel de la ciudad de Cuenca por medio de la escala de Thomson WM.¹

CAPÍTULO I
PLATEAMIENTO TEÓRICO

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los problemas que afecta actualmente a la sociedad, es la negligencia al cuidado dental de las personas, debido a que no cumplen con el mantenimiento adecuado de su salud oral y no son conscientes de las consecuencias que podría provocar su comportamiento.

En el presente trabajo de investigación mediante un estudio de caso y control se analizó la relación del ingreso socioeconómico con la negligencia dental en adultos medios de 45 a 65 años de edad en personas de la parroquia Hermano Miguel en la ciudad de Cuenca. Es por ello que se ha planteado la siguiente pregunta.

¿Cuál es la relación del ingreso socioeconómico con la negligencia al cuidado dental en pacientes adulto medio 45 a 65 años de edad de la parroquia Hermano Miguel de la ciudad de Cuenca - Ecuador en el 2017?

2.- JUSTIFICACIÓN

La presente investigación busca encontrar si existe relación entre el ingreso socioeconómico y la negligencia al cuidado dental en adultos de 45 a 65 años de edad de la ciudad de Cuenca en la parroquia Hermano Miguel. Además, podremos obtener datos reales para poder determinar si la población presenta negligencia dental.

El presente estudio tiene un nivel de originalidad internacional, debido a que no hay estudios recientes (en los últimos 5 años) acerca de la negligencia al cuidado dental de la población.

Este proyecto investigativo establecerá métodos para tratar de contrarrestar este tipo de comportamiento frente a los pacientes atendidos en el campo odontológico, esto mejorará las condiciones de atención en las personas que acuden a la atención dental.

Para garantizar la viabilidad del estudio se ha ejecutado coordinaciones, con las autoridades institucionales de la Universidad Católica de Cuenca con la carrera de Odontología, con la dirección de investigación de carrera de Odontología y con la cátedra de Investigación de la misma.

Cómo interés personal es la obtención del título profesional en la carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca.

3.- OBJETIVOS

3.1.- OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el nivel de ingreso y la negligencia al cuidado dental en adultos medio 45 a 65 años de edad de la parroquia Hermano Miguel de la ciudad de Cuenca – Ecuador, 2017.

3.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Analizar la muestra según el sexo en adultos medio de 45 a 65 años de la parroquia Hermano Miguel.
- Analizar la muestra según la edad en adultos de 45 a 65 años de la parroquia Hermano Miguel.

4.- MARCO TEÓRICO

4.1.- SALUD DENTAL

La salud dental según lo manifiesta la Organización Mundial de la Salud es el estado completo de bienestar físico y social que tiene una persona. Para gozar de una buena calidad de vida y buena salud oral debe predominar “la ausencia de dolor oro facial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial”.¹

La salud oral es la parte esencial e integral de la salud general comprometiendo la calidad de vida del individuo. Es importante adquirir buenos hábitos desde la infancia para poder disminuir los factores de riesgo en el futuro generando altos costos en salud.²

Las presencias de alteraciones bucodentales pueden generar en la etapa adulta dolor, dificultad para deglutir, masticar, sonreír, degustar afectando el bienestar social, laboral y moral provocando un impacto negativo en la salud general como la diabetes, artritis y otras enfermedades ²

4.1.a. - LA NEGLIGENCIA AL CUIDADO DE SALUD DENTAL

La Organización Mundial de la Salud manifiesta que la salud dental es el perfecto estado de bienestar social y físico que poseen las personas. Para gozar de una buena calidad de vida y buena salud oral debe predominar “la falta de malestar oro facial, cáncer, llagas e infección bucal, patologías en los tejidos blandos y duros, lesiones cariosas y otras patologías provocando en el paciente problemas en su funcionamiento”.¹

La salud oral es la parte esencial e integral de la salud general comprometiendo la calidad de vida del individuo. Es importante adquirir buenos hábitos desde la infancia para poder disminuir los factores de riesgo en el futuro generando altos costos en salud.²

Las presencias de alteraciones bucodentales pueden generar en la etapa adulta dolor, dificultad para deglutir, masticar, sonreír, degustar afectando el bienestar social, laboral

y moral provocando un impacto negativo en la salud general como la diabetes, artritis y otras enfermedades ²

4.1.b.- CAUSAS Y CONSECUENCIAS QUE PROVOCAN NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL

Entre las causas de negligencia al cuidado dental en Adultos medios y mayores se encuentra:

- Los adultos no consideran como una prioridad el tratamiento dental provocando la pérdida de las piezas dentarias conforme van pasando los años.
- La falta de cuidado dental ya que no tienen una buena higiene oral debido al mal cepillado, la falta de uso de hilo dental, etc.
- El poco interés por asistir a citas odontológicas periódicamente con el fin de prevenir enfermedades bucodentales
- Pacientes que hayan presentado alguna mala experiencia al momento de realizarse algún tratamiento odontológico.
- Falta de interés y conocimiento por parte del individuo ya que desconoce las consecuencias que puedan ocasionar dicho comportamiento.
- La falta de ingreso económico
- Nivel de instrucción, etc. ⁵

En cuanto a las consecuencias de la negligencia al cuidado dental por parte de las personas es que va a afectar la calidad de vida del individuo ya que al momento de no contar con el adecuado cuidado de la salud oral puede afectar no solo a su salud bucal sino también su salud general. ⁵

4.1. c.-NIVEL SOCIOECONÓMICO

El nivel socioeconómico es un indicador que interviene al momento de acceder a la atención odontológica, por ejemplo, las personas con nivel socioeconómico bajo presentan una deficiente higiene oral, mientras que los de nivel socioeconómico medio o alto presenta una mejor higiene oral, la interacción de estos factores genera una falta del estilo de vida del paciente tanto, psicológico emocional, físico y social. ⁶

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) realizó un estudio del nivel socioeconómico utilizando como variables: la residencia, el número de habitantes en el hogar, nivel de estudio, cantidad de ingreso y situación laboral de los miembros de la familia y del jefe del hogar, mediante estas variables el INEC clasifico a las viviendas en cinco grupos de menor a mayor pobreza: alto, medio-alto, medio, medio-bajo, bajo. ⁷

Existe una estrecha relación entre el nivel socioeconómico y el estado de salud oral, debido a que las personas con mejor nivel de ingreso gozan de mejor salud a esto se lo conoce como gradiente de salud ya que las desigualdades del estatus social con el estado de salud dental están relacionadas. En Ecuador el nivel socioeconómico se clasifica en cinco grupos: nivel socioeconómico alto, nivel socioeconómico medio-alto o, nivel socioeconómico medio +, nivel socioeconómico medio-bajo y nivel socioeconómico bajo. ^{7,8}

En la ciudad de Cuenca se realizó una proyección de datos del 2010 al 2020 por el INEC dando como resultado: 1,9% en tipo A, 11,2% en tipo B, 22,8% en tipo C+, 43,3% en tipo C-, 14,9% en tipo D. ⁸

4.1.d.- ESCALA DE NEGLIGENCIA

La escala de negligencia dental fue creada por William Murray Thomson en el año de 1996. Thomson construyó y probó la escala de negligencia dental en una muestra de 2659 niños del sur de Australia de 10 a 15 años de edad. Años más tarde en el 2002 Thomson realizó otro estudio en el que se examinó la negligencia dental en adultos de Nueva Zelanda, modificando ligeramente la escala ya que se asoció a la puntuación

más alta de negligencia dental en personas que presentaron más piezas cariadas y ausentes, altos niveles de placa dental, uso irregular de los servicios dentales de baja autoevaluación de su salud oral y el sexo masculino.⁹

Tabla 1.- Escala de negligencia Dental y Sistema de puntuación *

	SEGURO NO			SEGURO YES	
	1	2	3	4	5
1.- Mantiene su cuidado dental en el hogar, considera que su salud dental es importante					
2.- Recibe el cuidado dental que debe.					
3.- Necesita atención dental, pero la ignora.					
4.- Se cepilla tan bien como debería.					
5.- Contrala los alimentos entre las comidas, tan bien como puede					
6.- Considera que su salud dental es importante.					

Para la asignación de puntajes: los encuestados deben encerrar en un círculo una respuesta, la frecuencia de la puntuación debe ser invertida de manera que las puntuaciones altas (mayores de 10 a 30) están asociados a personas con negligencia dental, y las puntuaciones bajas (de 6 hasta 10) están asociadas a personas sin negligencia dental, para obtener los resultados se sumará la puntuación de los ítems que serán de 6 a 30.¹⁰

*Ejemplo tomado de: Jamieson L., Thomson M. Dental health, dental neglect, and use of services in an adult Dunedin population sample. New Zealand. N Z Dent J. (Internet) 2002. (citado 1 de Sep 2017).

4.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Obra: SALUD BUCAL, SALUD BUCAL PERCIBIDA Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES. ¹

Autor: López G., López L. Octubre 2014

Resultados: La muestra estuvo constituida por 34 adultos mayores de la ciudad de Xalapa, Ver., los cuales se encontraban entre los 60 y los 89 años, con 68.5 años en promedio y desviación estándar de 7.42 años. La distribución por género, que se arroja indica 88.2% pertenecía al género femenino, y sólo el 11.8% correspondía al masculino. En la muestra estudiada, se observó que aproximadamente siete (67.6%) de cada diez ancianos dijeron vivir en compañía de su familia en tanto que, tres de cada diez ancianos indicó vivir solo.

Respecto al estado civil de los ancianos, el 32.4% dijo estar casado, mientras que el 67.6% mencionó no tener pareja, esto es, eran solteros, divorciados o viudos.

Otro aspecto identificado fue la ocupación de las personas de la tercera edad, el 55.9% se encontraba jubilada mientras que una tercera parte (29.4%) mencionaron aun encontrarse laborando.

Obra: IMPACTO DE SALUD ORAL SOBRE CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS JÓVENES DE CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS UNIVERSITARIAS ²

Autor: Cárdenas S., Meisser M. Abril 2017

Resultados: La muestra estuvo integrada por un total de 400 adultos que asistieron a clínicas odontológicas universitarias de la ciudad de Cartagena, con edad promedio de 44,6 años (DE=13,7), el 54,7 % estaban en etapa de adultez madura y el 66,7 % eran de sexo femenino, en su mayores eran casados con el 27,5 %, católicos en un 69,2 % y de procedencia urbana con el 81,5 %, asimismo en mayor proporción pertenecían a un nivel socioeconómico bajo o muy bajo con el 86,2 %, el 79,7 % tenían ingresos menores a un salario mínimo legal vigente y 27,2 % poseían un nivel de formación académica técnica.

Con relación al motivo de consulta el 58,5 % acudió a las clínicas odontológicas universitarias por problemas estéticos, seguido por alteraciones en la oclusión; con relación al estado de salud oral el 89,5 % presentó un índice COP superior a 3, el 59 % tenía un índice de placa bacteriana superior al 15 %, el 50 % presentó restos radiculares

y 35,7 % usaban prótesis dentales desadaptadas; con relación a los tratamientos realizados 62 % había recibido acciones de promoción y prevención de salud oral . Respecto al nivel de percepción del CVRSB según el índice GOHAI, el 60,2 % (241 pacientes) (IC 95 %: 55 -65) presentó— un impacto bajo de su salud oral sobre la CV, seguido de un impacto alto con el 33,2 % (133 pacientes) (IC 95 %: 28 - 37) y la frecuencia más baja Fue el impacto moderado con un 6,5 % (26 pacientes) (IC 95 %: 4- 8). Al evaluar la asociación entre el impacto de la salud oral con las características sociodemográficas se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el bajo nivel de escolaridad ($p=0,000$; $OR=2,4$; IC 95 % = 1,6-3,8), no presencia de seguridad social en salud ($p=0,002$; $OR=1,9$; IC 95 % = 1,2-2,8), con un alto impacto de CVRSB (Tabla II). Respecto a la asociación del impacto CVRSB con el estado de salud oral se encontraron diferencias estadísticamente significativas con la presencia de menos de 19 dientes ($p=0,000$; $OR=3,6$; IC 95 % = 2,3-5,8), restos radiculares ($p=0,000$; $OR=6,5$; IC 95 % = 4,1-10), cálculos ($p=0,000$; $OR=5,3$; IC 95 % = 3,3-8,4), cuando el motivo de consulta no era por control ($p=0,004$; $OR=0,23$; IC 95 % = 0,07-0,6) y cuando no le han realizado tratamiento de promoción y prevención ($p=0,000$; $OR=0,29$; IC 95 % = 0,19-0,4); al realizar el modelo multivariado, las variables que producen un impacto negativo sobre la CVRSB fueron el no contar con servicios de seguridad social (salud), presencia de menos de 19 dientes, de restos radiculares y de cálculos dentales ($p<0,05$) mientras que la presencia de altos índices de placa bacteriana y el pertenecer a bajos estratos socioeconómicos no presentó— impacto negativo sobre la CVRSB

Obra: EL IMPACTO DE LA NEGLIGENCIA DENTAL EN LA SALUD BUCAL: UN ESTUDIO BASADO EN LA POBLACIÓN EN HONG KONG³

Autor: Colman Mc King L., Ling J,

Resultados: La tasa de respuesta fue del 70% (556/800). La puntuación media del abandono dental de la población era 14,81 (SD 3,62) [posible intervalo de 6 a 30]. Por lo general, las personas eran negligentes de la utilización de atención de la salud dental profesional. Disparidades sociodemográficas en DN fueron evidentes, en relación con la edad ($P <0,05$), los ingresos ($P <0,05$) y el nivel de instrucción ($P <0,05$). DN se asoció con la salud oral portado auto-re-: estado de la dentadura ($P <0,05$), número de dientes poseía ($P <0,05$) y relacionada con la salud oral calidad de vida ($P <0,05$). Conclusión: negligencia dental está muy extendida en Hong Kong, sobre todo por falta de cuidado dental profesional. Disparidades sociodemográficas en negligencia dental eran evidentes. Negligencia dental se asocia con el estado de salud oral de la percepción

subjetiva de la salud incluyendo los impactos cómo oral sobre la calidad de vida. Estos hallazgos tienen implicaciones para comprender el impacto de la negligencia dental.

Obra: LA SALUD DENTAL, NEGLIGENCIA DENTAL, Y EL USO DE LOS SERVICIOS EN UNA MUESTRA DE LA POBLACIÓN ADULTA DUNEDIN.⁴

Autor: Jamieson M, Thomson M. Nueva Zelanda 2002

Resultados: De los 600 cuestionarios enviados originalmente, 14 fueron de vueltos "dirección desconocida", 458 de los restantes fueron completados y devueltos. La característica sociodemográfica de los encuestados en el estudio actual y los del Sur Dunedin

Obra: NEGLIGENCIA DENTAL DEL NIÑO: UNA BREVE REVISIÓN⁵

Autor: Ramazani N. Zahedan – Iran 2014

Resultados: Distinguir los signos directos e indirectos de la negligencia dental es el primer paso para la mejora de este asunto. El equipo dental son los principales profesionales que pueden mejorar el conocimiento de los padres sobre las consecuencias de la negligencia dental infantil. Las víctimas sufren de resultados adversos a corto y largo plazo. Intentos de colaboración deben ser realizados por diferentes profesionales de la salud para hacer frente a este problema. La negligencia dental en niños tiene muchos impactos a largo plazo. Los principales profesionales que se encargan de la identificación, intervención y tratamiento de la negligencia dental infantil son los odontólogos. Sin embargo, otros profesionales no pueden ignorar esta tarea. Por último, la negligencia dental infantil, a pesar de sus resultados derivados, puede ser una presentación de un maltrato más amplio.

Obra: ACTITUDES DE SALUD BUCODENTAL EN RELACIÓN AL NIVEL SOCIOECONÓMICO EN INDIVIDUOS ADULTOS⁶

Autor: Dhó M. 2015

Resultados: Para evaluar las diferencias en las actitudes según el NSE se desarrollaron pruebas de comparación de rangos. Previo a dicho análisis, se elaboraron tablas de contingencia de carácter descriptivo que muestran el porcentaje de respuestas referentes a las actitudes que presentan los individuos según el NSE y se exponen en

gráficos. Para el análisis, se agruparon los NSE medio-alto y alto, atento a la escasa población de este último.

Obra: ASOCIACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO CON LA HIGIENE BUCAL EN PREESCOLARES BAJO EL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA DEL IMSS EN CAMPECHE.⁷

Autor: Medina-Solís C., Segovia-Villanueva A., Estrella-Rodríguez R., Maupomé G., Ávila-Burgos L. y Pérez-Nuñez R..

Resultados: Objetivo. Determinar la asociación entre el estado socioeconómico y la higiene bucal en la dentición primaria de niños preescolares. Material y métodos. Se realizó un estudio transversal en 1,303 niños de 10 escuelas de Campeche, México. Todos los sujetos fueron examinados clínicamente en una silla dental portátil por uno de cuatro examinadores. Se aplicó un cuestionario dirigido a las madres para la recolección de las variables socioeconómicas y sociodemográficas, incluyendo variables de actitud hacia la importancia de la salud bucodental. Se evaluó la higiene bucal tomando en consideración la frecuencia de cepillado dental y la presencia de placa dentobacteriana. El análisis se realizó en STATA 8.2® utilizando pruebas no paramétricas. Resultados. La media de edad fue 4.36 ± 0.79 años y 48.3% de los niños examinados fueron mujeres. Del total de los niños bajo estudio, 17.8% (n = 232) fueron asignados al grupo de higiene bucal inadecuada, 50.9% (n = 663) al de regular, y 31.3% (n = 408) al de adecuada. Quienes presentaron más frecuentemente higiene bucal inadecuada ($p < 0.05$) fueron los hijos de madres con actitud negativa hacia la salud bucal, los que solamente tenían acceso a servicios públicos de salud, y los que no utilizaron servicios dentales en el año previo al estudio. Finalmente, se observó disminución de higiene bucal apropiada conforme disminuía el nivel socioeconómico (NSE). Conclusiones. Los hallazgos de este estudio muestran que la higiene bucal estuvo asociada al NSE. Esto implica que, si se desea disminuir las desigualdades en salud bucal, las estrategias que se diseñen y los recursos que se destinen a estos objetivos deben tener en cuenta las diferencias existentes entre los grupos con mayor y menor desventaja social.

Obra: ANÁLISIS SOCIOCULTURAL Y SOCIOECONÓMICO EN LA RESTAURACIÓN GASTRONÓMICA EN LA CLASE MEDIA-ALTA EN CUENCA, ECUADOR.⁸

Autor: Tosi A. Junio 2014

Resultados: La ciudad de Santa Ana de los Cuatro Ríos de Cuenca, capital de la provincia del Azuay, se encuentra ubicada a 2535 msnm, con una superficie de 157.30 km. Se considera que por su estructura geográfica y su ubicación mantiene durante todo el año una temperatura promedio de 17°C (12°C– 25°C), Esta es una ciudad que cuenta actualmente con importantes nominaciones internacionales, como la declaratoria por parte de la UNESCO de Patrimonio Cultural de su parte céntrica; y Patrimonio Natural de su Parque Reserva Natural El Cajas, aspecto que junto a la calidad de los servicios públicos que brinda han derivado a que Cuenca sea considerado como la ciudad con el mejor estilo de vida del país, y el lugar número uno para la residencia de jubilados. (Fundación Municipal de Turismo para Cuenca, 2013) Según datos censales brindados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador (INEC), Cuenca cuenta con 569.416 (ver tabla 2) habitantes; siendo en su mayoría de género femenino (ver tabla 3) significando una densidad poblacional de 3.620 hab./km², con una edad promedio de 29 años; y un PEA (Población Económicamente Activa) del 44,2%. (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2014)

El sistema ENIGHUR (Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en Hogares Urbanos y Rurales); sistema que analiza el estado socioeconómico de los ecuatorianos por parte del INEC, revela que el 64,9% de las viviendas en la ciudad de Cuenca son propias, con un ingreso aproximado de \$1786 por hogar y un gasto promedio de 1.669,97 dólares en clase económica media (C+), (Diario El Mercurio, 2014) Además de la población local, Cuenca tiene una afluencia aproximado de 1.477.713 visitantes al año con intereses turísticos religiosos, arquitectónicos, culturales, naturales, deportivos, salud y aventura; existiendo actualmente un aumento del 18% de turistas en los meses de enero febrero y marzo del 2014 con relación al año 2013, (Fundación de Turismo para Cuenca, 2012) (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2014) además de 9.727 residentes en Cuenca, habiéndose triplicado en relación al año 2012 (Diario El Comercio Ecuador, 2014). En los últimos veinte años, la ciudad de Cuenca ha mostrado un crecimiento acelerado en la alimentación fuera del hogar, originándose la adquisición de alimentos entre los habitantes del Ecuador de forma comercial a partir de la época colonial, con la creación de los mercados de productos frescos y la primera panadería como primer negocio que provee alimentos fuera del hogar, y manteniendo un lento crecimiento hasta finales del siglo XX. A partir del surgimiento de la necesidad de suplir las obligaciones

del hogar causadas por los problemas económicos y políticos de inicios del siglo XXI en el Ecuador, Cuenca ha mostrado un cambio en metodologías de consumo, oferta – demanda, y preferencias del consumidor, influenciadas por el entorno social, político, cultural, económico y generacional, mostrando en el proceso una pertenencia cultural y social con raíces de la época colonial e indígena, e imponiendo una resistencia de consumo a la comida fast food (Fundación de Turismo para Cuenca, 2014)

Obra: LA NEGLIGENCIA DENTAL Y LA INDIFERENCIA DENTAL COMPARACIÓN DE ESCALAS.⁹

Autor: Jamieson L., Thomson W. 2007

Resultados: De los 600 cuestionarios que son originalmente enviado, 14 fueron devueltos como 'dirección desconocida'. A total de 458 (78.2%) fueron completados y devueltos. Muchos encuestados tenían entre 45 y 64 años grupo (34,1%), y el 63,3% de los encuestados Datos femeninos se informan aquí para los 385 encuestados b(84.1%) que eran dentados.

Los puntajes de la escala de negligencia dental podrían ser calculados para 360 encuestados (93.5%), y varió de 6 a 29, con una media de 12.4 (SD4.4). Indiferencia dental puntajes de escala podrían ser calculados para 385 encuestados (100.0%), y el puntaje de la escala promedio fue 3.1 (SD1.9), con un rango de 0 a 8. Los puntajes en ambas escalas fueron disponibles para 360 encuestados (93.5%), y la distribución de puntajes para cada escala fue normal. La la correlación entre los puntajes de las escalas fue moderada ($r=0.58$; $P, 0.01$). Sin embargo, cuando los puntajes de la escala fueron dicotomizados (para separar a los que estaban en el cuartil más alto de puntuaciones de escala del resto para cada escala) y tablas cruzadas, a Kappa puntaje de 0.56 indica solo un grado moderado de concordancia entre los dos (29).

En la siguiente etapa del análisis, las escalas sociodemográficas y asociaciones de cuidado oral fueron examinadas. Hubo diferencias significativas en puntajes de escala promedio por edad, ocupacional grupo, motivo habitual de asistencia odontológica, tiempo desde la última asistencia dental, motivo de la última visita dental, y el método de pago para el último dental tratamiento. Sin embargo, puntajes promedio en la Indiferencia Dental escala también difiere por la educación y el proveedor de servicios dentales utilizado por última vez. El autocuidado, auto-reporte de salud oral y asociaciones de impacto de salud oral con negligencia dental y tratamiento dental medio.

Los puntajes de la escala de indiferencia se presentan en la tabla. Hubo diferencias significativas en la escala promedio puntajes por frecuencia de cepillado, frecuencia de uso de hilo dental, autovaloración de la salud bucal y frecuencia de dolor de muelas, incomodidad en la boca y sentimientos de vergüenza debido a los dientes.

Obra: LA EVALUACIÓN DE LA FIABILIDAD Y VALIDEZ DE LA ESCALA DE LA NEGLIGENCIA DENTAL EN ADULTOS NORUEGOS .¹⁰

Autor: Skaret E. Astrom AN, Haugeorden O., Klock KS., Trovik TA. 2007, EEUU.

Resultados: Evaluar la fiabilidad y validez de constructo de la escala de la negligencia dental (DNS) y estimar el nivel de abandono dental en la población noruega adulto. Un cuestionario que contiene sociodemográficos, variables actitud de la salud oral, el uso de servicios de auto-reporte y una versión traducida del DNS original fue probado en dos muestras: 1) una muestra de empleados de la universidad (n = 263) y 2) una proporción aleatoria muestra (n = 2000) extraído del registro de la población nacional (edad 16-79 años). La evaluación de la fiabilidad del instrumento fue por consistencia interna (alfa de Cronbach) y el análisis de los factores (componente principal) (n = 1309). Las comparaciones de test-retest (n = 108) fueron analizadas por la rho de Spearman para la suma-resultados y estadísticas kappa para artículos individuales. Análisis de regresión logística se utilizaron para evaluar la validez de constructo de la DNS.

Los análisis indicaron la validez de constructo de la Escala La negligencia dental, pero baja fiabilidad de algunos de sus elementos. Una quinta parte de esta muestra representativa de adultos de Noruega informó de un alto grado de abandono dental.

Obra: LA RELACIÓN DE LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD BUCAL Y LA AUTOEFICACIA CON EL ESTADO DE SALUD ORAL Y EL DESCUIDO DENTAL¹¹

Autor: Lee J. Divaris K., Backer D., Rozier G.

Resultados: Las características demográficas, el uso dental y el OHS de nuestra muestra analítica (n = 1280), junto con los puntajes correspondientes del REALD-30 y las características de distribución del DNS, se presentan en la Tabla 1. La representación racial para blancos, afroamericanos e indios americanos / Nativos de Alaska era 2: 2: 1, y su edad promedio era 26.6 años (SD = 6.9). Dos tercios de los participantes tenían una educación secundaria o menos, y menos de un tercio calificaron su salud oral como muy buena o excelente.

La distribución global de los puntajes REALD-30 y DNS se ilustra en la Figura 2. Los puntajes de OHL se distribuyeron normalmente ($\chi^2 = 1.53$; $df = 2$; $P > .05$), con una media de 15.8 (SD = 5.3) y un rango de 0 a 30. Los puntajes de DN fueron sesgados positivamente, con una media de 11.9 (SD = 3.2) y un rango de 6 a 23. Los puntajes de autoeficacia estaban negativamente sesgados, con una media de 33.4 (DE = 4.1) y un rango de 15 a 40. Las puntuaciones de autoeficacia se correlacionaron positivamente con DN y no mostraron ningún patrón importante de asociación con OHL. El análisis factorial confirmó que los ítems DN se cargaron en 1 factor principal (valor propio = 1.5). Cronbach α para DN y la autoeficacia fue de 0,62 y 0,81, respectivamente. La Figura 2 también ilustra las relaciones bivariadas de autoeficacia con OHL y DN e incluye 2 histogramas que ilustran la distribución univariable de OHL y DN. Pairwise Coeficientes de correlación de Spearman entre Puntuación GSES, OHL y DN fueron $r_{DNS, GSES} = -0,26$ (IC del 95% = -0,31, -0,20); $r_{REALD-30, GSES} = 0,10$ (IC 95% = 0,04, 0,15); y $r_{REALD-30, DNS} = -0,02$ (IC 95% = -0,08, 0,04). Los puntajes más altos de DN se asociaron con peor OHS. Notamos marcadas diferencias en

Los niveles de OHL entre niveles de educación, edades y grupos raciales (Tabla 1). Independiente de raza, edad, educación y uso dental, mayor OHL fue asociado con un mejor OHS (PR = 1.03; 95% CI = 1,01, 1,04), una estimación que correspondió a un aumento del 29% (95% CI = 8%, 54%) en prevalencia de excelente / muy bueno versus buena / buena / mala salud oral para un aumento de 10 puntos en OHL (Tabla 2, modelo A). Inclusión de la autoeficacia en el modelo resultó en un 11% reducción en la medida de asociación entre OHL y OHS (Tabla 2, modelo B).

Además, el término de interacción entre OHL y la autoeficacia se mantuvo en el modelo C ($P < .1$), y su inclusión mejoró el ajuste del modelo significativamente ($\chi^2 = 4.7$; $df = 1$; $P < .1$).

El modelo final para determinar el impacto de OHL y la autoeficacia en DN se presentan en Tabla 3. Cuando OHL y la autoeficacia fueron conjuntamente considerado con respecto a DN y independientemente de raza, edad y educación, autoeficacia y el uso dental se asoció con disminuciones significativas en las puntuaciones DN, mientras que OHL no mostró un patrón de asociación. Dental el uso podría considerarse como un "downstream" evento de OHS en un modelo hipotético, con peor condición dental que conduce a más dental visitas, así que realizamos una iteración de nuestro modelo multivariante que eliminó esta variable.

Exclusión del uso dental del multivariable modelo resultó en ningún cambio en la estimación de OHL (datos no mostrados).

Obra: EVALUAR EL PAPEL DEL COMPORTAMIENTO DENTAL EN LAS DESIGUALDADES DE SALUD ORAL.¹²

Autor: Sanders AE, Spencer AJ, Slade GD Australia 2006

Resultados: Los datos se obtuvieron para 3678 adultos dentados de entre 18 y 91 años. Los dientes perdidos y los puntajes de OHIP-14 siguieron un gradiente social con los 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 [b estimación del Índice de Desventaja Socioeconómica Relativa (IRSD)] 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 se atenuó significativamente por las visitas dentales, pero no por el autocuidado dental y no por el efecto combinado de ambos comportamientos. Conclusión: La opinión generalizada de que la mala salud oral de los pobres se explica por el abandono personal no fue apoyada en este estudio.

5.- HIPÓTESIS

El ingreso económico está relacionado con la negligencia al cuidado dental.

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1 MARCO METODOLÓGICO

Enfoque. - El enfoque de la investigación es cuantitativo¹⁵

Diseño de Investigación. - Caso y control¹³

Nivel de Investigación. - Relacional

Tipo de Investigación.

Por el ámbito: De Campo

Por la técnica. - Comunicacional

Por la temporalidad. - Retrospectivo

2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio fue de 476 encuestas a personas de 45 a 65 años de edad de la parroquia Hermano Miguel representa un 10% de la población general del cantón Cuenca, al no conocer la población de la parroquia de estudio para la muestra se utilizará la fórmula por conveniencia para poder determinar cuáles nuestra muestra exacta entre los dos grupos.

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

2.1.a. Criterios de Inclusión: Se incluirán en el presente estudio personas adultas sexo femenino y masculino del sector Hermano Miguel de la ciudad de Cuenca que tengan 45 a 65 años de edad y hayan firmado el consentimiento informado.

2.1.b. Criterios de Exclusión: Se excluirán del estudio a las personas Odontólogos, familiares de Odontólogos, personas con alteraciones psicológicas.

Una vez formalizada la población se proporcionará al cálculo y conformación de la muestra.

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

2.3 Tamaño de la muestra: Una investigación que incluya dos muestras (dos grupos de estudio, caso-control o grupo experimental-grupo control), el tamaño de muestra debe estar calculado en base a la diferencia entre ambos grupos. Se utilizará el programa “Open Epi” de acceso libre.¹⁴

El método que se implementará para la obtención de los resultados será por conveniencia.

3.-OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INSTRUMENTO	INDICADORES	TIPO	ESCALA	DATOS
Negligencia al cuidado dental	Es el descuido u omisión en el cumplimiento de una obligación. Una conducta negligente comprende un riesgo para el individuo o para terceros	Cuestionario	Escala de negligencia dental de W. Thomson	Cualitativa	Ordinal	*con negligencia *sin negligencia
Nivel socio económico	Es un indicador que interviene al momento de acceder a la atención odontológica	Cuestionario	*ingreso familiar *número de personas en la familia	Cualitativa	Ordinal	Alto /bajo
Edad	Años de vida que tiene la persona encuestada	Dato que se encuentra en la encuesta	Adulto medio	Cuantitativo	Ordinal	45, 46,47, 48, 49, 50, 51, 52,53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65
Sexo	Proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina.	Dato que se encuentra en la encuesta	Femenino Masculino	Cualitativo	Nominal	Femenino Masculino

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

4.1 Instrumentos documentales: Se utilizará la escala de negligencia de Thomson sugiere que los comportamientos y actitudes con relación al abandono dental pueden ser valiosos para entender los malos resultados de la salud oral y que al ser estudiados se puede asociar el abandono dental y otros problemas de salud oral. Además del software Epi Info.

4.2. Instrumentos Mecánicos: Computadora, tablero.

4.3. Materiales: Se empleará material de escritorio como hojas, esfero, etc.

4.4. Recursos: Para llevar a cabo el estudio se necesitan recursos institucionales UCACUE, recursos humanos y recursos financieros.

5.- PROCEDIMIENTOS PARA LA TOMA DE DATOS

5.1 Ubicación espacial: La ciudad de Cuenca está ubicada en el centro austral de la república del Ecuador, es la capital de la provincia del Azuay, cuenta con 270 mil habitantes, su temperatura va de 7 a 15 grados centígrados en invierno y de 12 a 25 grados centígrados en verano. La superficie de área urbana es de 72 kilómetro cuadrados aproximadamente, tiene una alta cobertura de servicios básicos, es la tercera ciudad más importante de la República del Ecuador. Se caracteriza por su riqueza cultural y gran variedad de museos. Está a 2500 metros sobre el nivel del mar.

5.2. Ubicación Temporal. La investigación se realizó entre los meses de junio a julio del 2017, recolectando datos de encuestas que reflejan el nivel de negligencia al cuidado dental en la población de adultos jóvenes del año en curso, estas fichas fueron tomadas entre los meses de junio a julio del 2017.

5.3. Procedimientos de la toma de datos: El estudio de negligencia busca describir cualitativamente la relación del nivel socioeconómico y la negligencia al cuidado dental en personas de 45 a 65 años de edad utilizando la escala de negligencia de Thomson.

Se realizó una encuesta en la parroquia Hermano Miguel desde el mes de Junio a Julio del 2017 tres veces por semana de 1 pm a 4 pm puerta a puerta preguntando a las

personas si podían participar en un estudio epidemiológico, las personas que accedían a participar tenían que firmar el consentimiento informado. (ANEXO 3)

Ya tomados los datos se ingresó la información al programa Epi Info para luego poder realizar la tabulación de los datos se utilizó la escala de negligencia dental de Thomson se asignó los puntajes y se estableció que las puntuaciones altas están asociadas con altos niveles de negligencia dental. Para obtener la puntuación de la negligencia dental se suma la puntuación de los ítems individuales. Los posibles rangos de puntaje son de 6 a 30.

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

Una vez arreglada la encuesta el encuestador se va a la parroquia Hermano Miguel y procede con el correspondiente saludo y explicación del porqué está queriendo realizar la encuesta, la persona encuestada nos da su nombre y firma de consentimiento.

Se comenzará por preguntar al encuestado su número de cédula, ocupación, edad, grado de instrucción, ingreso mensual familiar aproximado, posteriormente se realiza la encuesta de Thompson que constaba de seis preguntas realizadas con una puntuación del uno al cinco.

5.3.b.-Criterios de registro de hallazgos

Cuando se realiza la encuesta los datos se consignan y se registra en la encuesta, el cuestionario de negligencia consta de seis preguntas con una valoración del uno al cinco. Al sumar los valores si son menor y/o igual a 11 significa que no tienen negligencia, si son mayor a 12 significa que tienen negligencia.

6. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

Para realizar el análisis de datos se tomó la escala de negligencia al cuidado dental de Thomson, la misma que consistía en una encuesta de 6 preguntas, cada una de ellas tenía una puntuación del 1 al 5, el autor del instrumento indicó que para la evaluación del análisis de datos se debe realizar la conversión en donde 1 equivale a 5, 2 a 4, el 3 se mantiene, el 4 a 2 y el 5 en 1.

Para obtener los resultados se sumó las puntuaciones dando valores del 6 al 30, debido a que la encuesta formulada por Thomson solo indica el grado de negligencia en las personas, más no si estas presentaban negligencia o no, ya que él indica que todas las personas poseen negligencia al cuidado dental, por esto el departamento de investigación de la Universidad Católica de Cuenca decidió aplicar la encuesta de negligencia al cuidado dental de Thomson en toda la ciudad de Cuenca, realizando la homologación de esta escala en 2 valores, es decir que las puntuaciones iguales o menores a 10 no presentan negligencia mientras que las puntuaciones mayores a 10 poseen negligencia al cuidado dental.

Por lo tanto, ya con los datos de los 2 grupos de casos y control se ingresó la información en una tabla de 2x 2 en donde se obtuvo el odds ratio.

	Casos	Controles
Expuestos	a	B
No expuestos	c	D

Odds de exposición en el grupo de casos:

a= casos en expuestos / c= casos en no expuestos

Odds de exposición en el grupo de control:

b= no casos en expuestos / d= no casos en no expuestos

Formula OR:

$$OR = \frac{a/c}{b/d} = \frac{a \times d}{b \times c}$$

7. ASPECTOS BIOÉTICOS.

El presente estudio todos los participantes serán informados por escrito de los objetivos d la metodología del estudio. Se les indicará que hay un compromiso de confidencialidad de sus datos por parte del investigador principal y se les solicitará que firmen el consentimiento informado y que den su asentimiento.

CAPÍTULO III
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONSLUSIONES

1.- RESULTADOS

Tabla N°1. • Analizar la muestra según el sexo en adultos medio de 45 a 65 años de la parroquia Hermano Miguel.

SEXO Y NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL			
SEXO	CON NEGLIGENCIA	SIN NEGLIGENCIA	TOTAL GENERAL
Femenino	40	40	80
Masculino	20	20	40
	60	60	120

Interpretación: Se determinó que el sexo femenino tiene mayor relación con la negligencia al cuidado dental que el sexo masculino

Tabla N°2. Analizar la muestra según la edad en adultos medio de 45 a 65 años de la parroquia Hermano Miguel.

EDAD Y NEGLIGENCIA			
EDAD	CON NEGLIGENCIA	SIN NEGLIGENCIA	Total general
45	4	4	8
46	4	4	8
47	4	4	8
48	6	6	12
50	9	9	18
51	1	1	2
53	1	1	2
54	3	3	6
55	2	2	4
56	6	6	12
58	3	3	6
59	1	1	2
60	3	3	6
62	2	2	4
63	2	2	4
65	9	9	18
	60	60	120
	50%	50%	100%

Interpretación: En la siguiente tabla se puede observar que en el estudio caso control tenemos un resultado del 50 % con negligencia y el 50% sin negligencia al cuidado dental.

Tabla N°3. Relación entre el nivel de ingreso y la negligencia al cuidado dental

INGRESO Y NEGLGENCIA AL CUIDADO DENTAL			
	CON NEGLIGENCIA	SIN NEGLIGENCIA	TOTAL GENERAL
EXPUESTO	53	50	103
NO EXPUESTO	7	10	17
	60	60	120
			Odds Ratio 1.514
			I.C: 0.5351, 4.285

Interpretación: En la siguiente tabla se observó que 100 de las personas con negligencia al cuidado dental son de bajo nivel de ingreso socioeconómico determinando que no existe relación entre el nivel de ingreso y la negligencia al cuidado dental. Presentando un Odds Ratio de 1.514, con un intervalo de confianza del 0.5351, 4.285.

2.-DISCUSIÓN

El presente estudio fue realizado en la parroquia Hermano Miguel ubicada en la ciudad de Cuenca, consta con 270 mil habitantes de diversos grupos etarios, debido a que es una parroquia urbana, además cuenta con un alto grado de notabilidad la ocupación del dígito 09 mismo que corresponde a Ocupaciones Elementales ya que la mayor parte de la población no cuenta con educación superior, por lo tanto, esta población presenta un bajo nivel de ingreso socioeconómico.

Se realizó un total de 476 encuestas a las personas de esta parroquia y se aplicó un estudio de casos y controles, tomando una muestra aleatoria de 120 fichas obteniendo 60 casos y 60 controles entre sexo masculino y femenino de 45 a 65 años de edad en la Parroquia Hermano Miguel, las encuestas examinadas se obtuvieron de la base de datos del departamento de investigación de la universidad Católica de Cuenca, examinando 6 pregunta, obteniendo un resultado del 50% con respecto al ingreso y la negligencia al cuidado dental, este estudio no tiene relación con la investigación realizada en el 2002 por Jamieson y Thomson⁴ debido a que utilizaron el método descriptivo transversal en el cual tomó una muestra de 458 personas en edades comprendidas de 45 a 64 años en una población adulta de Dunedin, la misma que presentaba alto porcentaje de educación de tercer nivel, y presentaban un buen cuidado de su salud oral, por lo tanto determinaron que su muestra fue sobre representada dando como resultado que no se pudo obtener una muestra representativa a pesar de utilizar un procedimiento aleatorio, al comparar el presente estudio con una investigación realizada por Colman Mc King L., Ling J³ realizada en el 2007 por medio de llamadas telefónicas a 556 asiáticos, en Hong Kong, ciudad donde la mayoría de la población encuestada no goza de un buen nivel de ingreso económico dio como resultado una tasa alta, es decir el 70% de la población encuestada por llamada telefónica presentaba negligencia al cuidado dental, por lo tanto el estudio con relación a la investigación realizada por Colman Mc King si guarda relación debido a que la población estudiada de ambos estudios presentan semejanzas en cuanto al bajo nivel de ingreso socioeconómico .

En cuanto a la variable de sexo se determinó que en la parroquia Hermano Miguel el sexo femenino tiene mayor relación con la negligencia al cuidado dental que el sexo masculino, este resultado guarda relación con el estudio realizado por Jamieson y Thomson⁴ en el año 2002 en una población adulta de Dunedin debido a que el 63.3 %

de personas que presentaron un alto nivel de negligencia al cuidado dental fueron de sexo femenino.

En la investigación aplicada en la parroquia Hermano Miguel se obtuvo como resultado que el 50% de las personas encuestadas de 45 a 65 años de edad presentan negligencia al cuidado dental debido a que el nivel de instrucción e ingreso económico de estas personas no es tan favorable, sin embargo al comparar con el estudio de Jamieson y Thomson⁴ en el 2002, realizado en Dunedin determinaron que las personas de 45 a 64 años de edad no presentan un alto porcentaje de negligencia al cuidado dental ya que las personas poseían un mejor nivel de ingreso económico; por lo tanto la investigación no guarda relación con este estudio debido a que el nivel de ingreso socioeconómico no es similar. De igual manera al comparar los resultados con la investigación de Colman Mc King L., Ling J,³ en Hong Kong indicaron que las personas de 16 a 24 años presentan mayor puntaje de negligencia al cuidado dental mientras que las personas mayores a 24 presentan menor puntaje de negligencia, por consiguiente, no existe relación con el presente estudio.

3.-CONCLUSIÓN

- La presente investigación concluye que, si existe relación entre el nivel de ingreso socioeconómico y la negligencia al cuidado dental debido a que la población de la parroquia Hermano Miguel, presenta un bajo nivel socioeconómico y no cuentan con una educación superior.
- Se determinó que el sexo femenino tiene mayor relación con la negligencia al cuidado dental mientras que el sexo masculino presenta menor relación, debido a que existía mayor número de encuestados de sexo femenino.
- Se estableció que la población encuestada de la parroquia Hermano Miguel de 45 a 65 años de edad se encuentra relacionada con la negligencia al cuidado dental, debido a que es un grupo etario predominante en esta parroquia.

BIBLIOGRAFÍA

1. López G., López L., Nachon M., Hernández D. Salud bucal, salud bucal percibida y calidad de vida en adultos mayores. Mexico. Rev. Méd. UV. (Internet) 2014 (citado 1 Sep 2017) .
Disponible en : <http://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2014/muv142a.pdf>
2. Cárdenas S., Meisser M., Tirado R., Fortich N., Tapias L., González F. Impacto de salud oral sobre calidad de vida en adultos jóvenes de clínicas odontológicas universitarias .Temuco. Int. J. Odontostomat (Internet). 2017 (citado 1 Sep 2017). 11(1):5-11.
Disponible en:http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2017000100001
3. McGrant C., Sham A., Ho D., Wong J. See A. The impact of dental neglect on oral health: a population based study in Hong Kong. Hong Kong. International Dental Journal. Int Dent J. (Internet). 2007 (citado 1 Sep 2017); 57(1):3-8.
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17378343>
4. Jamieson L., Thomson M. Dental health, dental neglect, and use of services in an adult Dunedin population sample. New Zealand. N Z Dent J. (Internet) 200 2 (citado 1 de Sep 2017) ; 98(431):4-8.
Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12017903>
5. Ramazani N. Child dental neglect: A short review . Int J High Risk Behav Addict.. (Internet). 2014(citado 1 de Sep 2017). 3(4).
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4331660/>
6. Dhó M. Actitudes de salud bucodental en relación al nivel socioeconómico en individuos adultos. Madrid. Av Odontoestomatol. (Internet). 2015 (citado 3 Nov 2017) Vol.31 N° 2.
Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852015000200003
7. Medina Solís C., Maupomé G., Pelcastre Villafuerte B., Avila Burgos L., Vallejos Sánchez A., Casanova Rosado A. Desigualdades socioeconómicas en salud bucal: caries dental en niños de seis a 12 años de edad. Mexico. Rev. invest. clín. (Internet) . 2006. (citado 3 Nov 2017) Vol 58 no.4
Disponible en :
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003483762006000400005
8. Tosi A. Analisis sociocultural y socioeconómico en la restauración gastronómica en la clase media-alta en Cuenca, Ecuador. Ecuador. Rev. Academia(Internet) . 2014 (citado 4 de Nov 2017). Vol 1
Disponible en :
https://www.academia.edu/7277013/ANALISIS_SOCIOCULTURAL_Y_SOCIOECONOMICO_EN_LA_RESTAURACION_GASTRONOMICA_EN_LA_CLASE_MEDIA-ALTA_EN_CUENCA_ECUADOR

9. Jamieson L. Thomson W. The dental neglect and dental indifference scales compared. Nueva Zelanda Community Dent Oral Epidemiol (Internet), 2002 (citado 5 Sep 2017). 30:168-75
Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12000339>
10. Skaret E., Astrom A., Haugejorden O., Klock K., Trovik T. assessment of the reliability and validity of the dental neglect scale in Norwegian adults. Norwegian. Community Dent Health (Internet). 2007(citado 5 Sep 2017). 24(4):247-52.
Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18246843>
11. Lee J., Divaris K. Baker A., Rozier R., Vann W. The relationship of oral health literacy and self-efficacy with oral health status and dental neglect . USA. Am J Public Health (Internet) .. 2012 (citado 5 Sep 2017). 102(5):923-9.
Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3267012/>
12. Sanders A., Spencer A., Slade G. Evaluating the role of dental behaviour in oral health inequalities. Australian. Community Dent Oral Epidemiol (Internet). 2006 (citado 5 Sep 2017). 34(1):71-9.
Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16423034>
13. Villavicencio-Caparó E., Alvear-Cordova M., Cuenca-León K., Calderón-Curipoma M., Palacios-Vivar D., Alvarado-Cordero A.. Diseños de estudios clínicos en odontología. Revista OACTIVA UC Cuenca . Vol. 1, No. 2, 2016. (citado 1 Sep 2017).
14. Villavicencio-Caparó, Ebingen et al. El tamaño muestral para la tesis. ¿cuántas personas debo encuestar?. ODONTOLOGÍA ACTIVA, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 59-62, abr. 2017.. (citado 1 Sep 2017). ISSN 2588-0624
Disponible en: <<http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php...>
15. Villavicencio-Caparó, Ebingen et al. Pasos para la planificación de una investigación clínica. Odontología activa, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 75-78, jun. 2016. (citado 1 Sep 2017). ISSN 2588-0624.
Disponible en: <<http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.ph>

ANEXOS

Anexo 1: Distribución general de la muestra

NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL							
EDAD	CASO			CONTROL			TOTAL
	HOMBRE	MUJER	TOTAL CASOS	HOMBRE	MUJER	TOTAL CONTROL	
45	11	20	31	1	4	5	36
46	11	17	28	1	3	4	32
47	10	15	25	1	3	4	29
48	14	20	34	2	3	5	39
49	6	19	25	2	0	2	27
50	8	20	28	3	6	9	37
51	10	11	21	1	0	1	22
52	13	13	26	0	2	2	28
53	14	14	28	0	1	1	29
54	9	7	16	1	2	3	19
55	15	4	19	0	2	2	21
56	3	14	17	2	3	5	22
57	10	6	16	0	0	0	16
58	4	8	12	1	2	3	15
59	6	8	14	0	1	1	15
60	10	6	16	1	2	3	19
61	1	4	5	0	0	0	5
62	5	5	10	0	2	2	12
63	4	4	8	0	1	1	9
64	1	9	10	0	0	0	10
65	9	18	27	4	3	7	34
	TOTAL		416	TOTAL		60	476

Interpretación: En la siguiente tabla se determinó la destitución general de la muestra, obteniendo como resultado 416 casos y 60 controles. Es decir, un total de 476 encuestados

ANEXO 2: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA CASOS Y CONTROLES

CASO		CONTROL	
SEXO	TOTAL	SEXO	TOTAL
FEMENINO	40	FEMENINO	40
MASCULIN	20	MASCULINO	20
○			
TOTAL	60	TOTAL	60

Interpretación: En la siguiente tabla se realizó el pareado de la muestra que se tomó para obtener los resultados del estudio, tomando en cuenta que para hacerlo se lo hizo de la siguiente manera, se tomó un caso y un control de la misma edad, sexo y nivel de ingreso socioeconómico dándonos como resultado 60 casos y 60 controles.

ANEXO 3: Encuesta

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

CI: _____ Sexo: Masculino () Femenino () TIEMPO: _____ Min

Edad: _____ AÑOS Ocupación: _____ PARROQUIA: _____

OPCIONAL

1. Grado de Instrucción

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

Ingreso mensual familiar aproximado: _____

¿Cuántas personas dependen de este ingreso?: _____

Pregunta	Marcar uno a más respuestas	Puntuación
1. Usualmente usa Ud.:		
	<ul style="list-style-type: none"> a. Un cepillo de dientes para limpiar sus dientes b. La seda o un cepillo especial para limpiar sus dientes c. Tabletas reveladoras para comprobar que sus dientes están limpios 	Valor: 1 si ninguno o si solo el literal a está marcado
2. En la actualidad:		
	<ul style="list-style-type: none"> a. Cree que hay algo mal con sus dientes, pero no es lo suficientemente malo como para ir a un dentista b. Cree que hay algo mal con sus dientes y tiene la intención de ver a un dentista pronto c. Va a realizarse un chequeo en el próximo año d. No cree que necesite ningún tratamiento por lo que no esta planeando ir a un dentista ahora e. Ira pronto al dentista 	Valor: 1 si el literal a o d están marcados
3. Si pierde una calza en un diente posterior y no le dolió:		
	<ul style="list-style-type: none"> a. De inmediato va a un dentista b. Esperaría si siente dolor o algún síntoma antes de ir a un dentista c. No sería un problema que no vería a un dentista por esta razón 	Valor: 1 si el literal b o c están marcados
4. Por lo general, hace una cita para visitar a un dentista:		
	<ul style="list-style-type: none"> a. Cuando el dentista le recuerda b. Al final de la última cita c. Cuando piensa que es tiempo de ir a otro chequeo d. Únicamente cuando piensa que esta algo malo en sus dientes 	Valor: 1 si el literal d está marcado
5. Si sus encías sangran pero estas no le duelen:		
	<ul style="list-style-type: none"> a. No es un problema, no vería a un dentista por este problema b. Iría inmediatamente a una cita con el dentista c. Esperaría a ver si se presenta dolor o algún síntoma para ir al dentista 	Valor: 1 si los literales a o c están marcados
6. Acerca de todas sus citas dentales en los últimos 5 años marque la más cercana:		
	<ul style="list-style-type: none"> a. No ha tenido una cita dentaria en los últimos 5 años b. Durante los 5 años ha olvidado de asistir a sus citas dentales c. Durante los 5 años solo ha perdido una sola cita d. Durante los 5 últimos años ha cancelado una cita dental debido a que el problema desapareció 	Valor: 1 si los literales a , b o d están marcados
7. Si tuviera un diente muy doloroso:		
	<ul style="list-style-type: none"> a. Preferiría que le saquen b. Preferiría dejarlo sin tratamiento c. Preferiría realizar una restauración 	Valor: 1 si los literales a o b están marcados
8. Ud diría que la razón principal para no ir a un dentista sería:		
	<ul style="list-style-type: none"> a. Porque piensa que el tratamiento es doloroso b. Porque toma demasiado tiempo ir al dentista c. Porque siente preocupación o ansiedad cuando va al dentista d. Porque su dentista le hace sentir culpable acerca del estado de sus dientes e. Porque cuesta mucho f. Porque no tiene tiempo para ir al dentista g. Pospone las citas, asiste al dentista regularmente 	Valor: 1 si los literales b , d o f están marcados Si el literal c está marcado no es un puntaje de indiferencia dental

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

Firma.....

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

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

AUTOMEDICACIÓN	
15. ¿Usted se auto médica? 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	

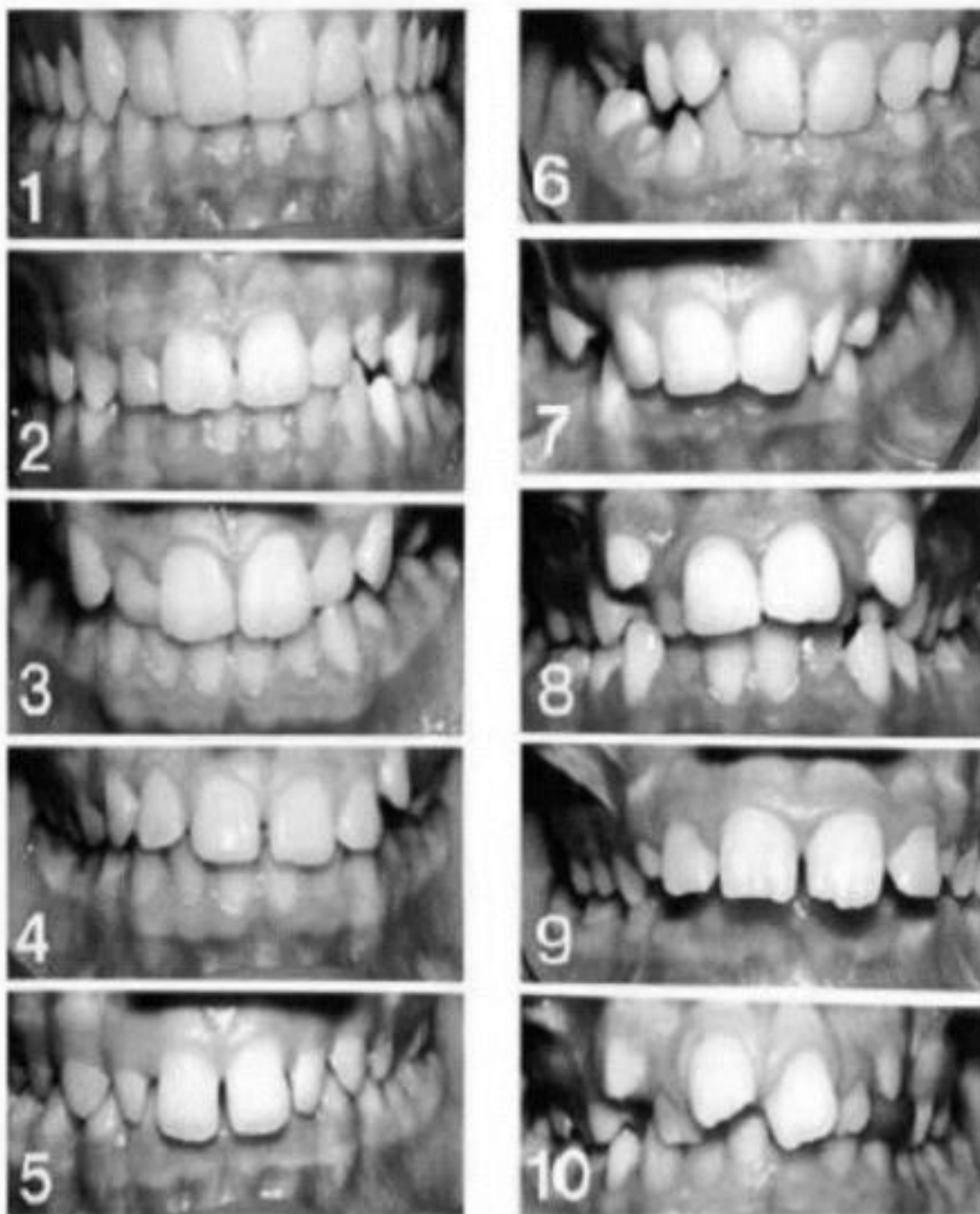
RELACION PROFESIONAL/PACIENTE					
Poco =1	Lo justo = 2	Bueno=3	Muy Bueno =4	Excelente =5	
45. Le hace sentir cómodo:	1	2	3	4	5
46. Le trata con respeto:	1	2	3	4	5
47. Muestra interés en sus ideas acerca de mi salud dental:	1	2	3	4	5
48. Entiende sus preocupaciones principales	1	2	3	4	5
49. Le presta 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
56. Le alienta a hacer preguntas	1	2	3	4	5
57. Involucra en las decisiones que toma	1	2	3	4	5
58. Discute los pasos a seguir incluyendo planes por hacer	1	2	3	4	5
59. 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 molestarse enojarte y/o irritarte)	Si → No	1 2 3
74	Sonreír, reír y mostrar tus dientes (sin sentir vergüenza)	Si → No	1 2 3
75	Realizar tus labores (trabajar, estudiar)	Si → No	1 2 3
76	Contactarte con otras personas	Si → No	1 2 3

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

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
ÍNDICE ICON



PASTAS DENTALES



