



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

“Relación entre el nivel de ingreso económico y la negligencia a la salud dental en personas de 18 y 44 años de edad, de la parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca – Ecuador, 2017.”

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO

AUTOR/A: Torres Valdez, María Fernanda

DIRECTOR: Naula Vicuña, Carlos Roberto. Od. Esp.

CUENCA

2018

DECLARACIÓN

Yo, Torres Valdez María Fernanda declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha ido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado la totalidad de 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: Torres Valdez María Fernanda.

CI.: 0105670210

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE INGRESO ECONÓMICO Y LA NEGLIGENCIA A LA SALUD DENTAL EN PERSONAS DE 18 Y 44 AÑOS DE EDAD, DE LA PARROQUIA GIL RAMÍREZ DÁVALOS DE LA CIUDAD DE CUENCA - ECUADOR,2017”**, realizado por **TORRES VALDEZ MARÍA FERNANDA**, 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, Enero 2018

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.

COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN ODONTOLÓGICA

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Od. Liliana Encalada Verdugo

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN DE ODONTOLOGÍA

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE INGRESO ECONÓMICO Y LA NEGLIGENCIA A LA SALUD DENTAL EN PERSONAS DE 18 Y 44 AÑOS DE EDAD, DE LA PARROQUIA GIL RAMÍREZ DÁVALOS DE LA CIUDAD DE CUENCA - ECUADOR,2017”**, realizado por **TORRES VALDEZ MARÍA FERNANDA**, 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, Enero 2018

.....

Tutor: Od. Esp. Carlos Naula.

DEDICATORIA

A Dios

Por bendecirme durante toda mi carrera Universitaria, quien me ha ayudado en los momentos más difíciles de mi vida, por fortalecerme cada día para ser mejor y saber que con esfuerzo y perseverancia se consiguen grandes cosas, por eso y por muchas bendiciones que he recibido en mi vida, le dedico este proyecto.

A mis Padres

Con todo mi amor les dedico este proyecto, ya que han sido quienes me han guiado durante este arduo camino y me han enseñado que todo sacrificio tiene su recompensa, gracias por su apoyo incondicional y por creer en mí.

EPÍGRAFE

“La confianza en uno mismo es el primer peldaño
para ascender por la escalera del éxito”

Ralph Waldo Emerson

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mi tutor el Dr. Carlos Naula, quien me ha brindado su ayuda y apoyo durante la realización de este Proyecto.

Quiero agradecer a mis hermanos y a todas aquellas personas que han sido ángeles en mi vida, me han brindado su apoyo incondicional, y han estado siempre conmigo en los buenos y malos momentos durante toda mi carrera Universitaria.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	10
ABSTRACT	11
CAPÍTULO I.....	12
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	12
INTRODUCCIÓN.....	13
1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.	14
2.- JUSTIFICACIÓN	15
3.- OBJETIVOS.....	16
3.1.- <i>Objetivo General:</i>	16
3.2.- <i>Objetivos Específicos:</i>	16
4. MARCO TEÓRICO	17
4.1 SALUD Y POBREZA.....	17
4.1.1.- NIVEL SOCIOECONÓMICO	18
4.1.a.- FACTORES SOCIOECONÓMICOS.....	19
4.1.b.- TIPOS DE ESTRATOS.....	21
a) NIVEL ECONÓMICO CLASE ALTA (A/B)	21
b) NIVEL ECONÓMICO CLASE MEDIA ALTA (C+).....	21
c) NIVEL ECONÓMICO CLASE MEDIA (C)	21
d) NIVEL ECONÓMICO CLASE MEDIA BAJA (D).....	21
4.1.2- SALUD.....	21
4.1.2.a.- SALUD DENTAL.....	22
4.1.2.b.- SALUD ORAL EN RELACIÓN A LA SALUD GENERAL	23
4.1.3.- NEGLIGENCIA O DESCUIDO	23
4.1.3.a.-TIPOS DE NEGLIGENCIA	24
4.1.3.b.- NEGLIGENCIA EN ODONTOLOGÍA.....	25
4.1.3.c.- CLASIFICACIÓN DE LA NEGLIGENCIA DENTAL	25
4.1.3.d.-VARIABLES DE CLASIFICACIÓN DE LA NEGLIGENCIA DENTAL	26
4.1.3.e.- MEDIDA DE LA NEGLIGENCIA DENTAL.....	26
a) NIVEL DE NEGLIGENCIA DENTAL	26
b) NEGLIGENCIA EN RELACIÓN A LA PREVENCIÓN DENTAL.....	27
c) NEGLIGENCIA DEL TRATAMIENTO BUCODENTAL.....	27
4.1.3.f.- CAUSAS DE DEFICIENTES PRÁCTICAS DE SALUD ORAL	27
a) HIGIENE BUCAL INADECUADA	27
b) INDIFERENCIA DE LOS PADRES DE FAMILIA	27
c) ODONTOFOBIA.....	27
d) NEGLIGENCIA DENTAL RELACIONADA A LA EDAD	28
e) NEGLIGENCIA DENTAL Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	28
4.1.4.- ENFERMEDADES DENTALES.....	28
a) LA CARIES DENTAL	28
b) FACTORES QUE PREDISPONEN EL PROGRESO DE CARIES DENTAL	29
4.2- ANTECEDENTES.....	31
5.- HIPÓTESIS.....	44
CAPÍTULO II.....	14
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	14

1.-MARCO METODOLÓGICO.....	46
2.-POBLACIÓN Y MUESTRA.....	46
2.1.- Criterios de selección:.....	46
2.1.a. -Criterios de inclusión.....	46
2.1.b-Criterios de exclusión.....	46
3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	47
4.- INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	47
4.1.- Instrumentos documentales:.....	47
4.2.- Instrumentos mecánicos.....	47
4.3.- Materiales.....	47
4.4.- Recursos.....	47
5.-PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.....	48
5.1.-Ubicación espacial.....	48
5.2.-Ubicación temporal.....	48
5.3.- Procedimientos de la toma de datos.....	48
5.3.a. -Método de examen utilizado por los examinadores.....	48
7.- ASPECTOS BIOÉTICOS.....	48
CAPÍTULO III.....	46
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	46
1. RESULTADOS.....	46
2. DISCUSIÓN.....	50
3. CONCLUSIONES.....	53
BIBLIOGRAFIA.....	54
ANEXOS.....	46

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. Distribución por sexo de la muestra.....	52
TABLA 2. Distribución general por edades de la muestra.....	53
TABLA 3. Relación entre la enfermedad y el nivel de exposición.....	54

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la relación entre la Negligencia en la Salud Dental de cada individuo y su relación con el nivel económico en personas de 18 y 44 años de edad, de la parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca – Ecuador, 2017.

MATERIALES Y MÉTODOS: El estudio fue de enfoque cuantitativo, de diseño caso control y de nivel relacional; el tipo de investigación fue de campo, con técnica comunicacional y retrospectiva. Para la toma de resultados fue necesario la innovación de una encuesta que se utilizará la cual será basada en el cuestionario de Thomson (1) posterior a esto, el ingreso de los datos recolectados en las encuestas se dará en el programa EPI INFO, el mismo que evaluará los factores asociados más comunes citados en la literatura. **RESULTADOS:** En los resultados se evaluó el Odds Ratio (OR) de cada factor asociado, además se pudo determinar los niveles de negligencia de cada persona ya que con lo investigado la mayoría de las personas ya la presentaban, y asociarla al sexo, edad y al Ingreso Económico. **CONCLUSIÓN:** Se encontró que las personas de un ingreso económico bajo presentaban mayor nivel de Negligencia al cuidado de la Salud Oral, además que la mayor parte de las personas presentan alto nivel de Negligencia, que el sexo femenino tuvo una menor frecuencia de negligencia comparado con el sexo masculino, y que en el grupo etario se observó una similar distribución de Negligencia al cuidado de la Salud Oral.

PALABRAS CLAVE: Negligencia, Factores de Riesgo, Nivel de Ingreso Económico, Salud Oral, Población.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the relationship between the Negligence in the Dental Health of each individual and its relation with the economic level in people between 18 and 44 years old, of the parish Gil Ramírez Dávalos of the city of Cuenca - Ecuador, 2017. **MATERIALS AND METHODS:** The study was a quantitative approach, design case control and relational level; the type of research was field, with current communication and retrospective. For the taking of results it was necessary the innovation of a survey that will be used will be based on the Thomson questionnaire (1) after this, the entry of the data collected in the surveys will be given in the EPI INFO program, which will evaluate the most common associated factors cited in the literature. **RESULTS:** The Odds Ratio (OR) of each associated factor was evaluated in the results, and the levels of negligence of each person could be determined, since most of the people already investigated it and associated it with sex, age and to the Economic Income. **CONCLUSION:** It was found that people with a low income presented a higher level of Negligence to Oral Health care, in addition to the fact that most of the people presented a high level of Negligence, that the female sex had a lower frequency of negligence compared to the male sex, and that in the age group a similar distribution of Negligence was observed in the care of Oral Health.

KEY WORDS: Negligence, Risk Factors, Level of Economic Income. Oral Health, Poblacion.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

Existen ciertas diferencias en el cuidado de la salud bucodental ya que pueden estar relacionadas a la situación económica de las personas, origen étnico, edad y estado de salud en general. Cabe recalcar que existen ciertas patologías bucales las cuales pueden ser reversibles si se aplica un diagnóstico y tratamiento adecuado, no obstante no todas las personas tienen la facilidad de acceder a los tratamientos dentales puesto que por un deficiente nivel de ingreso económico no tienen las suficientes posibilidades para solventarlos. Es necesario reducir los factores de riesgo existentes en las poblaciones que son más propensas de desarrollar enfermedades específicas para lo cual se requiere mejorar el acceso a los servicios de atención odontológica.¹

Prevenir y realizar un tratamiento dental adecuado es esencial en la atención bucodental, es por ello que la falta de cuidado puede estar relacionado a un deficiente ingreso económico que constituye uno de los factores de riesgo para aquellas poblaciones desfavorecidas; en nuestro país la atención en salud es gratuita sin embargo no cubre con los tratamientos más invasivos como: periodoncia, endodoncia cuyas necesidades son muy frecuentes debido al precio elevado de los servicios dentales y falta de conocimiento por parte de las personas acerca de la importancia que tiene un correcto cuidado de la salud dental para así favorecer una buena calidad de vida de las personas.²

Vivir en condiciones limitadas al acceso de los servicios de salud es un considerable factor de riesgo. Por tanto es necesario conocer la epidemiología de la enfermedad oral y sus distintos patrones económicos a lo largo de la vida, es indispensable para intervenir y limitar las enfermedades orales en las poblaciones.

El presente estudio consiste en indagar los diferentes estratos económicos mediante ingresos mensuales por cada persona y su relación con el estado de salud bucal mediante la Negligencia Dental de la población para determinar el estado de salud oral y buscar una relación directa entre los niveles económicos bajos de las personas y la presencia de enfermedades en la cavidad oral. Determinando de esta manera la relación entre las enfermedades orales y la situación económica actu

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

El problema de investigación que se plantea en este trabajo de titulación está dirigido a responder la pregunta ¿Cuánto es la frecuencia de la Negligencia a la Salud Dental y su relación con el nivel de ingreso económico en personas de 18 y 44 años de la parroquia Gil Ramírez de la Ciudad de Cuenca –Ecuador, 2017?. El presente estudio mediante un diseño de casos y controles pretender medir la intensidad de la relación entre los factores asociados a la negligencia (ingreso económico, edad, sexo), y determinar cuál es el principal factor de riesgo que conlleva a la negligencia de la salud dental la misma que puede estar relacionada por factores ambientales, económicos y sociodemográficos como la falta de recursos necesarios para proporcionar a la población cierta facilidad de acudir a la consulta odontológica y llevar a cabo los tratamientos pertinentes para mantener una correcta salud dental y de esta manera prevenir problemas futuros. Este problema social puede contrarrestarse llevando a cabo programas de prevención e información necesaria para mejorar así las necesidades primordiales de la población y tener una adecuada calidad de vida.

El presente tema de investigación surgió a partir del macro estudio de las barreras, cuya iniciativa de investigación surge de la continua búsqueda de información de línea basal para poder realizar otros estudios, ya sea de factores asociados o de intervención comunitaria.

2.- JUSTIFICACIÓN

El presente tema de investigación está enfocado en determinar los factores asociados con la negligencia a la salud dental, en personas de 18 y 44 años de edad, teniendo una relevancia humana específica para este grupo etario.

La relevancia científica de este proyecto de investigación se evidenciará al tener en cuenta la relación que existe entre los factores asociados y la negligencia a la salud dental, lo cual permitirá obtener datos sobre cuál es el factor de riesgo más relevante que produce negligencia en personas de 18 y 44 años de edad de la parroquia Gil Ramírez Dávalos, con la finalidad de tomar medidas de prevención ante la negligencia.

Este estudio presenta una relevancia social puesto que va dirigido a la comunidad de la ciudad de Cuenca; por lo cual permitirá dar a conocer a la población que la negligencia a la salud dental es un problema frecuente debido a que por diversos factores las personas no tienen cierta facilidad de acudir a la consulta odontológica y llevar a cabo los tratamientos adecuados para mantener una correcta salud dental y de esta manera prevenir problemas futuros si no se trata a tiempo.

En el presente estudio se pretende estudiar la relación entre el nivel de ingreso económico y la negligencia a la salud dental en las personas de 18 y 44 años de edad, de la parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca – Ecuador.

Para garantizar la viabilidad del estudio se han realizado coordinaciones con las autoridades institucionales de la Unidad Académica de Salud y Bienestar, con la dirección de la carrera de Odontología y con el departamento de investigación de la misma.

3.- OBJETIVOS

3.1.- Objetivo General:

Determinar la relación entre la Negligencia en la Salud Dental de cada individuo y su relación con el nivel de ingreso económico en personas de 18 y 44 años de edad, de la parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca, provincia Azuay-Ecuador, 2017.

3.2.- Objetivos Específicos:

- ✓ Analizar la muestra de la parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca en personas de 18 y 44 años de edad, según el sexo.
- ✓ Analizar la muestra de la parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca en personas de 18 y 44 años de edad, según la edad.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 SALUD Y POBREZA

Las poblaciones desfavorecidas que no presentan una adecuada calidad de vida son aquellas que presentan un elevado riesgo de sufrir cualquier tipo de enfermedad bucodental, estos factores guardan cierta relación con las condiciones de vida de la población.

Ciertos hábitos negativos intervienen en la aparición y desarrollo de las diferentes enfermedades bucodentales. Su innovación es considerada como una estrategia en la prevención y control para evitar desarrollar nuevos problemas bucales que puedan presentarse, con la finalidad de reducir aquellas intervenciones que podrían ser irreversibles.³

Los factores sociales y personales son considerados por presentar una estrecha relación con la salud del ser humano, por lo tanto los procesos de enfermedad van a depender primordialmente de las personas y el medio ambiente en el que viven. Esto conlleva a que difícilmente puedan optar por tratamientos necesarios contra las enfermedades. Las personas que tienen mayor posibilidad de acceder a la consulta odontológica y pueden pagar todo tipo de tratamientos que requieran son menos propensas de contraer padecimientos.^{1 2}

Es necesario tener en cuenta que existen ciertos estilos de vida deficientes que van a afectar a que las personas cuenten con una adecuada salud oral, estos hábitos negativos que afectan un adecuado cuidado dental incluye una dieta en carbohidratos, fumar cigarrillo, el ingerir bebidas alcohólicas y drogas. Es importante tener conocimientos acerca de la etiología de las diversas enfermedades bucales y su relación a los diferentes estratos económicos, ya que es indispensable para determinar las diversas enfermedades bucales que pueden presentarse en las personas.²

Las personas que habitan en el área rural están asociadas generalmente a un nivel bajo de ingreso económico y a una educación restringida por lo cual se consideran como determinantes de salud y factores de riesgo en un mayor porcentaje ya que están asociados a una consulta dental tardía.⁴

La información dada sobre las actitudes de salud bucal es estrictamente necesaria para que se pueda realizar una programación de los servicios de salud y aplicación de

eventos de promoción para la prevención de las diferentes enfermedades bucodentales.³

4.1.1.- NIVEL SOCIOECONÓMICO

Los ambientes sociales y económicos de las personas van a determinar las principales causas de contraer enfermedades y afectar el estilo de vida de las personas.⁵

Kruger E y colab., 2016 menciona que existe una estrecha relación entre el bienestar de las personas y los padecimientos que pueden afectarles. En la localidad de Australia se estipuló que las personas adultas con un nivel bajo de ingresos económicos y un nivel deficiente de preparación educativa sufren mayores lesiones de las piezas dentarias, Los servicios odontológicos en Australia están considerados como una de las áreas de salud que se encuentran poco subsidiadas.⁵

Desde épocas anteriores los tratamientos odontológicos han sido muy costosos por parte de la alta tecnología y a los materiales que se requiere. Es necesario reconocer que la caries dental en poblaciones desfavorecidas crea una limitación para que las personas puedan formar parte del proyecto de salud.¹

Las exodoncias de las piezas dentales son consideradas como la primera opción de procedimientos favorables para la población debido a que es un tratamiento de bajo costo y para el cual se puede acceder con facilidad, el cual contrarrestara el dolor. Esto es cierto para aquella población que se encuentran en lugares apartados y en condiciones de necesidad donde no hay acceso a todos los tipos de tratamientos correspondientes. Es por esta razón que se logra concluir que los individuos aplazan los tratamientos odontológicos volviéndose éstos con el tiempo más invasivos por lo cual su principal opción es la exodoncia.¹

Las instituciones de salud han limitado el acceso al tratamiento debido a los insuficientes recursos dados por el estado, es por ello que la accesibilidad a todos los procedimientos de las especialidades odontológicas ha sido limitada para aquellas personas de bajo nivel económico.¹

Según Corchuelo J (2014) en Colombia, existe un programa de salud que brinda posibilidades de atención en Odontología a personas que están aseguradas y para aquellas personas que forman parte de una afiliación. En su estudio realizado se pudo determinar que las madres embarazadas que presentan óptimas condiciones y suficientes recursos, asistieron con mayor frecuencia a la consulta odontológica.⁶

4.1.a.- FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Estos factores económicos se basan principalmente en la realidad y experiencia social de la población para tener una buena calidad de vida.⁷

Los factores socioeconómicos más conocidos que son tomados en cuenta para determinar el nivel socioeconómico son los siguientes:

- Nivel de instrucción
- Salario
- Integrantes de la familia
- Residencia

a) NIVEL DE INSTRUCCIÓN

La INEC (2012), determina al nivel de educación en escalones que compone el sistema educativo.⁷

La educación en Ecuador está reglamentada por el Ministerio de Educación dividida en:

- **Educación Inicial o Preescolar:** Es un proceso que consiste en el desarrollo integral de niños y niñas menores de los 5 años de edad, cuyo objetivo es potenciar su aprendizaje y promover su bienestar mediante ambientes estimulantes, saludables y seguros para lo cual va a permitir potenciar sus capacidades, habilidades y destrezas.
Comprende educación inicial 1, que no es escolarizado, se incluye infantes de hasta tres años de edad, y la educación inicial 2 comprende a infantes de tres a cinco años de edad.
- **Educación Primaria:** Es un proceso que asegura la correcta alfabetización que consta de una enseñanza a escribir, leer y el cálculo básico. Su finalidad consiste en el desarrollo de las capacidades motrices, relación social y adquisición de elementos culturales primarios. Inicia a partir de la edad de cinco años hasta los doce años de edad.
- **Educación Secundaria:** Este proceso tiene como objetivo capacitar a los alumnos para proseguir estudios superiores y de esta manera poder incorporarse al mundo laboral. Su finalidad consiste en que el alumno desarrolle las habilidades necesarias, valores y actitudes para lograr un correcto desenvolvimiento en la sociedad.
- **Educación Universitaria:** La educación superior tiene como objetivo capacitar a los alumnos para conseguir una titulación superior

b) SALARIO

Vadillo (2012), menciona que el salario de una persona es la cantidad de dinero que recibe por sus servicios prestados, cada cierto tiempo el empleado recibe un pago programado en un tiempo determinado.⁷

Dentro de las diferentes modalidades de salario en relación con el Código Sustantivo del Trabajo se destacan las siguientes:

- **Salario Mínimo Vital:** Es aquel que basta para satisfacer las necesidades normales de la vida del trabajador, considerándolo como jefe de familia y atendiendo a condiciones económicas y sociales para la que fuere a fijarse.
- **Salario Básico:** Es aquel que recibe el trabajador en una empresa, de acuerdo a sus funciones, este salario es superior al salario mínimo vital. La contratación colectiva de trabajo es ideal para mejorar el salario y fijar el salario básico.
- **Salario Variable:** Está dado de acuerdo con las actividades realizadas por el trabajador y varía de acuerdo a su eficiencia; si el trabajador presta sus servicios en la jornada máxima, el empleador deberá pagar al menos el salario mínimo.
- **Salario Mixto:** Es aquel que se compone de una porción fija y otra variable. Es decir, el trabajador participa en el producto del negocio del empleador, en retribución por el trabajo. Se considera también un salario mixto cuando se paga un salario básico más el porcentaje de comisiones.
- **Salario a Destajo:** Es aquel en el que el salario se pacta por cada una de las unidades de tiempo o de obra. Se toma como base cierta jornada de labor.

c) INTEGRANTES DE LA FAMILIA

El tamaño de la familia hace referencia al número total de personas que forman parte de una familia, existen familias con un número determinado de hijos de acuerdo a su planificación relacionada a su nivel económico lo cual va a permitir mejorar su calidad de vida.⁷

d) RESIDENCIA

La ONU (1948) menciona que la vivienda es el lugar que ofrece refugio y seguridad a las personas que la habitan y de tal manera protegerse de amenazas del medio externo. El derecho a la vivienda es considerado como uno de los derechos humanos.

- **Vivienda Propia:** Es el lugar donde las personas habitan permanentemente, es de su propiedad.
- **Vivienda Rentada:** Es el lugar donde las personas habitan por periodos de tiempo determinados ya sean largos o cortos, por lo cual deben cancelar cierta cantidad de dinero para residir en dicho lugar

4.1.b.- TIPOS DE ESTRATOS

a) NIVEL ECONÓMICO CLASE ALTA (A/B)

Pertenece a aquellas personas que presentan el más elevado nivel de ingresos económicos. Las personas que pertenecen a este estrato presentan un nivel de instrucción alto, son profesionales enfatizados, poseen una vivienda propia la cual cuenta con todas la comodidades, presentan cuentas en el banco y tienen una alta posibilidad de acceder a todos los servicios. ⁸

b) NIVEL ECONÓMICO CLASE MEDIA ALTA (C+)

Pertenece a aquellas personas que tienen un nivel de instrucción alto, son generalmente personas que tienen un buen cargo en empresas o personas con sus profesiones independientes. Poseen residencias propias y cuentan con ciertas comodidades en sus viviendas. ⁸

c) NIVEL ECONÓMICO CLASE MEDIA (C)

Son aquellas personas que poseen un nivel de vida medio, dentro de sus ocupaciones están: el comercio, ventas, obreros. En cuanto a su vivienda puede ser de su propiedad o de renta. ⁸

d) NIVEL ECONÓMICO CLASE MEDIA BAJA (D)

Este nivel pertenece a las personas con un nivel de vida bajo. Cuentan con un nivel de instrucción bajo que puede ser entre primaria y secundaria. Dentro de su ocupación están comerciantes, obreros. Su vivienda es propia, el servicio bancario que poseen son escasos. ⁸

4.1.2- SALUD

El término salud hace referencia al estado de confort de una persona para sentirse bien consigo mismo y en relación a la parte fisiológica de su cuerpo.

Es por ello que es importante que se encuentre en un correcto estado funcional el mismo que estará estrechamente relacionado con la parte emocional de la persona. Esto determinará un papel importante en cuanto al tratamiento dental.⁹

4.1.2.a.- SALUD DENTAL

Muñoz F. (2002), menciona a la salud oral como un correcto funcionamiento de la cavidad oral la misma en la que no se evidencia manifestación de enfermedades. Es por esta razón que es primordial preservar la integridad de la boca teniendo una correcta higiene.⁷

El prevenir y llevar a cabo un tratamiento dental adecuado puede ser una limitación para la aparición de anomalías dentro de la boca.⁹

a) IMPORTANCIA

Una correcta función de la cavidad bucal como el masticar y deglutir los alimentos es fundamental para adquirir los nutrientes necesarios que van a permitir obtener un correcto estado de salud. Un inadecuado cuidado de la salud oral puede asociarse de manera significativa a una buena calidad de vida de las personas. Las diferentes patologías orales inducen a problemas financieros y sociales puesto que los procedimientos son caros y por ende existe un mal estado de salud.⁹

b) MÉTODOS FAVORABLES EN LA SALUD DENTAL

Para la prevención de la caries dental y el fomento de una buena salud bucal se basa principalmente en llevar una correcta higiene oral y el uso de flúor. Para prevenir anomalías dentro de la cavidad bucal y mantener los dientes en buen estado es necesario:

- Iniciar el cuidado dental en niños, evitar comidas ricas en carbohidratos, dulces y bebidas muy azucaradas, se debe cepillar sus dientes con una pasta con flúor, no permitir que ingieran bebidas azucaradas lo cual pueden provocar “caries de biberón”.
- Cepillar los dientes antes de acostarse
- Visitar al odontólogo cada 6 meses

Es de vital importancia que aquellas personas que presentan un nivel económico deprimido puedan acceder a un correcto cuidado dental, incluyendo medidas de prevención como el uso de flúor, revisiones periódicas, y realizar en escuelas charlas

de educación oral y como llevar a cabo la prevención a través de una correcta higiene oral y de la dieta.⁹

c) MÉTODOS PARA UNA BUENA HIGIENE BUCAL

- Se recomienda cepillar los dientes tres o más veces al día después de las comidas; esto va a permitir eliminar residuos de comidas que permanecen en las superficies de la boca provocando la formación de placa bacteriana.
- Se debe usar hilo dental para una correcta eliminación de placa subgingival.
- Se debe usar enjuagues para la eliminación de bacterias que se encuentran en la boca con el fin de evitar su multiplicación.⁹

4.1.2.b.- SALUD ORAL EN RELACIÓN A LA SALUD GENERAL

Rahman A. (2000), define que la salud general está en relación con la salud oral puesto que van a formar parte del bienestar físico, emocional y social de las personas; los mismos que van a presentar un vínculo con los tejidos bucodentales.⁷

En Murcia (2014), reconocen que un componente fundamental en la calidad de vida es el estado de salud oral de las personas. La boca está constituida de bacterias causantes de muchas enfermedades tales como caries dentales, enfermedades que van a afectar el periodonto y enfermedades sistémicas que van a afectar la salud general de la persona.⁷

4.1.3.- NEGLIGENCIA O DESCUIDO

La negligencia se define como la carencia de las necesidades biológicas, emocionales, intelectuales y sociales de una persona. Es considerada como maltrato debido al hecho en que la persona no brinda una atención necesaria para sí mismo.^{10 11 12}

Los profesionales de la salud clasifican el abandono como: físico, médico, dental, emocional, educativo.¹¹

La negligencia de la pobreza está determinada a la falta de recursos apropiados para proporcionar a la persona de sus necesidades, originando una situación en la que el Estado no presenta los recursos apropiados para elaborar programas, seguridad y circunstancias para mejorar las necesidades primordiales de la población.¹⁰ Por otra parte está relacionada de con el descuido de las personas de prevenir condiciones de enfermedad oral con la finalidad de continuar o no con el tratamiento oportuno para mejorar su calidad de vida.¹²

La negligencia y el nivel de educación guardan una estrecha relación ya que si las personas presentan un nivel de instrucción bajo puede asociarse con la aparición de enfermedades dentales como caries dentales, restauraciones posteriores insatisfactorias debido a la falta de cuidado necesario o fractura de las piezas dentales.¹³

En caso de ignorancia, está determinado por la falta de capacidades para alcanzar los recursos necesarios.¹⁰

Según el Comité AD HOC de odontología especifica que la Negligencia Dental es: “Falla de una persona para cumplir con tratamientos de los cuales se ha informado previamente para tratar las distintas patologías orales y prevenir episodios de dolor y malestar general.¹⁴

La salud oral del niño difiere de ciertos aspectos tales como: puede o no estar determinado por el nivel de cuidado de su padre, puede influir la falta de ingresos económicos, ignorancia o falta de conocimientos adecuados.¹⁴

Existen ciertos hábitos negativos de las personas que pueden influir con la negligencia al cuidado de la salud oral como es la falta de importancia de realizar una técnica correcta de cepillado dental para mantener una adecuada limpieza y permitir que el flúor salival permanezca en concentraciones óptimas. Estos hábitos negativos pueden ser influenciados por la cultura en la que se desarrollan las personas y en cierto grado al nivel económico.

4.1.3.a.-TIPOS DE NEGLIGENCIA

La negligencia está determinada por una situación que puede ocasionar cierto grado de riesgo y para poder contrarrestarla se debe tomar medidas de prevención que elimine el peligro al cual está expuesta la persona.

Las situaciones de riesgo están determinadas por: ambientes físicos en mal estado, riesgo del medio ambiente, cuidado inapropiado de la salud de la persona.¹⁰

Dentro de los tipos de Negligencia se pueden encontrar:

1. Descuido Voluntario

Descuido ocasionado de una manera voluntaria por parte de los padres para desempeñar un correcto cuidado dental.¹¹

2. Descuido Involuntario

Hace referencia al descuido ocasionado por parte de los padres de manera involuntaria para cumplir con un cuidado adecuado debido a la falta de conocimientos necesarios sobre la enfermedad. ¹¹

3. Descuido

Es aquella incapacidad física de una persona para satisfacer sus necesidades. ¹¹

4.1.3.b.- NEGLIGENCIA EN ODONTOLOGÍA

Existen personas que generan cierto tipo de estrés y temor por lo que no acuden al odontólogo periódicamente, generando que el asistir a la consulta odontológica sea considerado como uno de los miedos más habituales. ¹⁵

La psicología de la salud y la odontología están relacionadas ya que va a permitir diferenciar el comportamiento del paciente durante la revisión odontológica. ¹⁵

La negligencia dental ha sido considerada como uno de los problemas más comunes que se presentan en la consulta odontológica, tanto para el paciente, así como para el profesional. El miedo que presentan las personas al tratamiento odontológico puede evidenciarse antes y durante los procedimientos, puede causar un gran problema en relación con la población más asequible, puede tener origen étnico, económico, cultural. La negligencia dental está constituida por ciertas limitaciones funcionales orales y a las discapacidades de tipo físico. ^{15 16 17}

Dentro de las causas más comunes de negligencia están asociadas a las aquellas experiencias odontológicas traumáticas que marcan de manera permanente en la parte psicológica del paciente produciendo así un temor extremo. Por otro lado, este temor puede ser ocasionado de manera directa por parte de los padres a hijos como causa de cierta amenaza. ¹⁵

Otras causas de negligencia dental pueden estar inducidas por una mala salud de las personas asociada al desempleo y la pobreza, por lo cual las familias experimentan una combinación de estos factores contraproducentes. ^{11 15}

4.1.3.c.- CLASIFICACIÓN DE LA NEGLIGENCIA DENTAL

En base a los parámetros establecidos en relación a la negligencia dental se la clasifica en Negligencia Baja siendo aquella en la que las personas tienen un cuidado

adecuado de higiene oral en el hogar, controlan los alimentos entre las comidas y asisten a la consulta odontológica. Esta se la califica con parámetros de 6 a 10 puntos. La Negligencia Alta se basa en aquellas personas que tienen un cuidado dental deficiente, no acuden con frecuencia a la consulta odontológica debido a que su nivel económico no puede solventar los gastos, tienen una dieta inapropiada rica en carbohidratos lo cual promueve a la aparición de caries dental, halitosis y puede llevar a enfermedades más invasivas.¹¹

4.1.3.d.-VARIABLES DE CLASIFICACIÓN DE LA NEGLIGENCIA DENTAL

- Mantener un correcto cuidado dental en el hogar
- Recibir el cuidado dental apropiado
- Ignorar la atención dental que requiere
- Tener una correcta técnica de cepillado
- Controlar los alimentos entre las comidas
- Considerar importante la Salud Dental

En la entrevista realizada a personas de 18 a 44 años de edad que corresponden a la parroquia Gil Ramírez Dávalos se les aplicó dichas variables con el propósito de determinar el grado de Negligencia Dental Alto o Bajo el cual se califica como 1 si no está de acuerdo y 5 si está definitivamente de acuerdo.

4.1.3.e.- MEDIDA DE LA NEGLIGENCIA DENTAL

a) NIVEL DE NEGLIGENCIA DENTAL

La medición de negligencia dental es muy útil puesto que representa un instrumento para realizar encuestas destinadas a una población específica, para identificar grupos que presenten factores de riesgo basados en información sobre salud oral, comportamiento y cuidados relacionados a la Higiene bucal.¹⁵

Esta medición de negligencia dental permite evaluar el nivel de cuidado de los dientes por parte de las personas, si opta por una buena atención odontológica y cree muy importante mantener una adecuada salud dental. La medición de la negligencia dental mediante el uso de esta escala va a sustituir los datos clínicos de la población encuestada.¹⁵

b) NEGLIGENCIA EN RELACIÓN A LA PREVENCIÓN DENTAL

Son todas las afecciones orales ocasionadas por el descuido de la prevención.¹⁵

c) NEGLIGENCIA DEL TRATAMIENTO BUCODENTAL

Produce la aparición de lesiones dentales ocasionadas por el descuido del tratamiento dental.¹⁵

4.1.3.f.- CAUSAS DE DEFICIENTES PRÁCTICAS DE SALUD ORAL**a) HIGIENE BUCAL INADECUADA**

La cavidad bucal está constituida por microorganismos que causan daño en la salud, es por ello que una higiene bucal deficiente es la causa principal de enfermedades bucales.¹⁸

Para mantener una adecuada salud dental es indispensable cepillar los dientes después de cada comida, y el uso frecuente de enjuagues y de la seda dental, es recomendado para mantener una buena salud.¹⁸

Se deben realizar medidas preventivas, cambios al estilo de vida, alimentarse de una manera saludable y dejar de fumar. Se debe visitar al odontólogo periódicamente.¹⁸

b) INDIFERENCIA DE LOS PADRES DE FAMILIA

La mayoría de los padres de familia tienden a desatender la salud bucal de sus niños en la dentición temporal debido a la idea de que estos dientes cambian con el tiempo por los dientes permanentes; sin embargo, se debe destacar en la necesidad de realizar una adecuada limpieza de estas piezas dentales.^{18 19}

Es necesario tomar en cuenta que existe una patología llamada caries de biberón la cual se origina al permitir la permanencia del alimento en boca del niño durante toda la noche y no realizar la limpieza dental que se requiere.¹⁹

c) ODONTOFOBIA

La odontofobia se refiere al temor de asistir a la consulta odontológica, presentan un sentimiento de miedo y ansiedad debido a experiencias traumáticas que han vivido de cierta manera acudir al odontólogo.²⁰

Dentro de las causas primordiales están: experiencias negativas al asistir a la consulta odontológica desde muy pequeño, temor al profesional, experiencias desagradables por causa de la anestesia y espanto por una posible extracción dental.²⁰

Es necesario que el profesional de una confianza necesaria para que la persona pueda superar ese miedo y mejorar su calidad de vida. ²⁰

d) NEGLIGENCIA DENTAL RELACIONADA A LA EDAD

Existen aspectos importantes que determinan índices de presencia de enfermedades dentales tales como caries dental, pérdida de piezas dentales y enfermedades periodontales en pacientes mayores de 60 años.

La negligencia dental está basada principalmente a varios factores como la evolución de caries dental, el embarazo relacionado a la pérdida espontánea de las piezas dentales que conlleva a causas directas con la enfermedad periodontal, realizado por un miembro de su familia. ²¹

En medio de la carencia de recursos económicos, falta de accesibilidad al tratamiento odontológico como resultado principal de la atención al dolor era la extracción de la pieza dental afectada realizada por un empírico. ²¹

e) NEGLIGENCIA DENTAL Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

La negligencia dental está presente en todas las etapas de vida de una persona. Se ha manifestado que los niños que presentan lesiones a nivel de su cavidad bucal, tienen más probabilidades de alterar sus actividades por causa de dolor o molestias a nivel de su boca.

En la adolescencia la evasión dental no se da siempre en todos los individuos adolescentes puesto que existen personas que pueden influir para un cuidado dental debido a la mayor autonomía.

Las personas que presentan discapacidad son víctimas de negligencia por parte de sus cuidadores, por tanto son más propensas de sufrir enfermedades dentales.

4.1.4.- ENFERMEDADES DENTALES

a) LA CARIES DENTAL

Corresponde a una enfermedad infectocontagiosa, que ataca principalmente a las piezas dentales, en la cual se produce desmineralización del esmalte dental debido a que los ácidos producidos por las bacterias disuelven los dientes.

Las bacterias que colonizan las piezas dentarias producen disminución del PH salival por lo cual va a ser posible que inicien con la destrucción del esmalte dental. ¹

El flúor es indispensable para inhibir la colonización de bacterias mediante la remineralización de los dientes controlando de esta manera la aparición de dicha patología.

b) FACTORES QUE PREDISPONEN EL PROGRESO DE CARIES DENTAL

1.- Factores Personales

La tendencia a la caries dental varía en cada individuo, en la susceptibilidad de las piezas dentales debido a su predisposición dada por la calidad de saliva de las personas, y en relación a la cavidad oral.

El tipo de bacterias que se encuentran en la cavidad bucal tienen la capacidad de generar caries dental; entre las más principales están las bacterias de Streptococo y Lactobacilus, las cuales producen ácidos y origina el riesgo de aparición de caries. ¹

2.- Dieta

La dieta presenta un mayor grado de importancia en relación a la aparición de la caries dental.

3.- Carbohidratos

Los carbohidratos constituyen cierto tipo de alimentos los cuales pueden contribuir al desarrollo de la caries dental. Esto determina que todos los alimentos que presenten un alto nivel de azúcar y harinas son factores de riesgo para el desarrollo de esta patología. ¹

4.- Características físicas de los alimentos

Es importante determinar las características físicas de los alimentos y cuando estos son difícil de desprenderse de los dientes, lo cual va a constituir un factor de riesgo debido a que tienen mayor tiempo de permanencia en boca. Es por ello que las bacterias se desarrollan rápidamente y desmineralizan el diente por el tiempo permanente que se encuentran los alimentos en contacto con las superficies de los dientes. ¹

5.- Frecuencia de consumo

Existe un grado de importancia entre la frecuencia de consumo y su relación con las caries; esto puede contrarrestarse mediante una adecuada limpieza de la cavidad bucal.

Es importante no comer o beber frecuentemente debido a que el esmalte de los dientes no tiene tiempo para remineralizarse completamente por lo que la caries comienza a producirse.¹

Es aconsejable restringir la cantidad de comidas ricas en carbohidratos y asegurarse de una correcta higiene bucal usando una pasta de dientes con flúor.

6.- Alimentos Protectores

Existen alimentos que ayudan a proteger a los dientes de la caries dental. Se requiere ingerir alimentos ricos en calcio, lácteos y fosfatos para contribuir al proceso de mineralización del esmalte dental.¹

4.2- ANTECEDENTES

- **Obra:** Artículo de Revista: Actitudes de salud bucodental en relación al nivel socioeconómico en individuos adultos. ³

Autor: Dhó, M, S.1

Resultados: Las actitudes intervienen de manera decisiva en la aparición y el desarrollo de las enfermedades bucodentales. El presente trabajo se propone analizar las actitudes de salud bucodental y su relación con el nivel socioeconómico (NSE) en individuos adultos de la Ciudad de Corrientes; Argentina.

Se realizó un estudio transversal. A través de una encuesta domiciliaria se recolectó información referente a datos sociodemográficos y a actitudes de salud bucodental utilizando la técnica de observación directa. Se determinó el tamaño de la muestra estableciéndose un nivel de confianza del 95% para la generalización de los resultados (381 individuos). Se aplicó un diseño muestral aleatorio simple para la selección de las viviendas a encuestar, que se complementó con un muestreo no probabilístico por cuotas para la selección de los individuos a entrevistar a partir de los datos proporcionados por el censo 2010. Las diferencias según el NSE se analizaron con la prueba Kruskal-Wallis, empleándose pruebas U de Mann-Whitney para valorar las diferencias de χ^2 a t pares. Se halló que los individuos de NSE particular en lo que se refiere a la actitud frente al dolor dental y a los motivos por los cuales se consulta generalmente al odontólogo.

- **Obra:** Relación del estado de salud dental con factores socioeconómicos de los alumnos del ciclo básico de la Unidad Educativa Rincón del Saber período junio – julio 2014. ⁷

Autor: Hidalgo, Terán, S, E.1

Resultados: El objetivo de la investigación fue determinar la relación del estado de salud bucal con factores socioeconómicos de los alumnos de octavo a noveno del ciclo básico de la Unidad Educativa Rincón Del Saber con el propósito de demostrar si los factores socioeconómicos afectan o no la salud dental. Este estudio fue de tipo descriptivo, transversal.

La muestra consistió en 306 estudiantes de la Unidad Educativa “Rincón del Saber”, con edades de entre 5 y 15 años, quienes con fines metodológicos

fueron agrupados en segmentos etarios, (51,6%) correspondió al sexo femenino y 148 de los 306 (48,4%) al sexo masculino.

En cuanto a las características socioeconómicas se determinó que el nivel de instrucción de los progenitores fue en un 53% de tipo secundaria, 45% de tipo superior y 2% solo primaria.

El 97,1% tiene ingresos superiores al SVM, 44,1% cuenta con cuatro miembros en el núcleo familiar, 31% de 5 o más integrantes y 24,8% de 3 integrantes. El 77,5% vive en viviendas rentadas y solo el 22,5% tiene vivienda propia. Resultó interesante determinar que solo el 10,1% accede a servicios de atención odontológica en el sector público, el 85,3% lo hace en clínicas privadas y apenas el 4,6% cuenta con seguros privados médico odontológico.

De los 306 estudiantes investigados, en función de los factores socioeconómicos propuestos se determinó que el nivel socio económico general es de tipo medio.

No se registraron diferencias significativas por sexo edad o nivel socio económico ($p \geq 0,05$)

- **Obra:** Artículo de Revista: La evaluación de la fiabilidad y validez de la escala de la negligencia dental en adultos noruegos. 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. ²²

Autor: Skaret, E.1; Astrom, A, N.2; Haugeorden, O.3; Klock, K, S.4; Trovik, T, A.5.

Resultados: El presente estudio tiene como objetivo evaluar la confiabilidad y la validez de constructo de la Escala de negligencia dental (DNS) y estimar el nivel de negligencia dental en la población adulta noruega. Se realizó un cuestionario que contiene datos sociodemográficos, variables de actitud de salud oral, uso de servicio odontológico, y una versión traducida del DNS original se probó en dos muestras: 1) una muestra de conveniencia de los empleados de la Universidad ($n = 263$) y 2) una muestra aleatoria proporcionada ($n = 2000$) extraída del registro nacional de población (edad 16-79 años).

El coeficiente alfa de Cronbach para la construcción general de DNS fue 0.67 ($n = 173$) y 0.57 ($n = 1301$).

En cuanto a mayor descuido los puntajes se relacionaron positivamente con una opinión negativa sobre la salud dental propia (OR = 3,3), la última cita

dental debido a dolor u otros problemas (OR = 2.3), menos de 20 dientes (OR = 2.2), beber refrescos con azúcar todos los días (OR = 2.1), uso no regular del servicio dental (OR = 2.2) y el uso de hilo dental o palillos de dientes rara vez o nunca (OR = 1.6). La prevalencia de alta negligencia dental fue del 20%.

Los análisis indicaron validez de constructo para la Escala de negligencia dental. Una quinta parte de este representante muestra de adultos noruegos informaron un alto nivel de negligencia dental.

- **Obra:** Artículo de Revista: Negligencia y salud dental entre los 26 años de edad en el Estudio de Salud y Desarrollo de Dunedin multidisciplinario. ³¹

Autor: Thomson, W, M.1; Locker, D.2

Resultados: El objetivo del presente estudio fue probar una modificación de una escala de negligencia dental de seis ítems reportada previamente y examinar su asociación con la salud dental y el uso del servicio entre adultos jóvenes.

De los 980 participantes de 26 años en el Estudio Multidisciplinario de Salud y Desarrollo de Dunedin, 973 completaron la escala y 930 se sometieron a un examen dental. Los datos de uso del servicio sociodemográfico y dental se recolectaron mediante un cuestionario de autoinforme.

El análisis factorial mostró que cinco de los seis ítems originales se cargaron en la escala, y las respuestas a esos ítems se sumaron para dar una calificación de escala de negligencia dental para cada participante. Los puntajes de escala se distribuyeron normalmente (media = 13.0, DE = 3.6, rango de 5 a 25), y una división de la mediana creó grupos de negligencia dental más altos y más bajos. Una proporción más alta del grupo de grupo de mayor descuido: eran hombres, calificaron su salud dental y apariencia dental por debajo del promedio; cepillarse los dientes con poca frecuencia; tenía depósitos extensos de placa; utilizaron servicios dentales solo cuando tenían un problema; no había visto recientemente a un dentista; había perdido al menos un diente permanente debido a la caries, y tenía una mayor cantidad de superficies dentales con caries.

- **Obra:** Artículo de Revista: Negligencia Dental Infantil: Una breve reseña. ¹⁶

Autor: Ramazani, N.1

Resultados: Como objetivo nuestra revisión se preparó a través de una búsqueda electrónica utilizando las bases de datos Pub Med, Science Direct, Medline, Google, Cochran Library, Google Scholar y EMBASE. Se recopilaron artículos relevantes publicados desde el año 2000 hasta el año actual, que trataban sobre la negligencia dental infantil. Se incluyeron los documentos originales y de revisión. Los artículos elegibles fueron completamente leídos por el autor. Se utilizó un formulario de datos para registrar hallazgos útiles. En esta guía, la salud dental debe interpretarse en el contexto del estado físico, mental, social y de desarrollo.

Algunas características de la familia dan como resultado la ignorancia de los padres y una baja inteligencia dental, lo que impide que los padres satisfagan las necesidades de cuidado dental de sus hijos. Desafortunadamente, algunos padres solo buscan atención médica en caso de emergencias dentales. Las consecuencias del abandono dental infantil pueden extenderse a edades más avanzadas y tener un gran impacto en el bienestar. Existe evidencia clara de que la negligencia dental infantil afecta la salud de la edad adulta con respecto al riesgo elevado de trastornos como la desnutrición.

Una responsabilidad de los dentistas es proporcionar una relación constructiva educativa y terapéutica con la familia. Otros profesionales relacionados con la salud capacitada pueden establecer citas dentales, facilitar la asistencia a tratamientos dentales o derivar pacientes para registrarse en servicios públicos de atención primaria de salud.

- **Obra:** Artículo de Revista: La Escala de Negligencia Dental en Adolescentes. ¹⁷

Autor: Coolidge, T.1; Heima, M.2; Johnson, K, E.3; Weinstein, P.4

Resultados: El objetivo del presente estudio es informar las confiabilidades internas y de prueba-reprueba del DNS en esta muestra, así como los resultados de un análisis factorial exploratorio. El tamaño de la muestra fue de 117 adolescentes de siete grupos juveniles en el área metropolitana de Seattle-Tacoma (Estado de Washington, EE. UU.) Completaron el DNS e indicaron si actualmente van a un dentista, mientras que los padres indicaron si el adolescente tuvo un chequeo en los últimos tres años. Los adolescentes también recibieron una prueba dental. La confiabilidad interna se midió mediante la alfa de Cronbach, y la fiabilidad del reposo de prueba se midió

mediante la correlación intraclase. El análisis factorial (rotación Varimax) se utilizó para examinar la estructura del factor. En cada comparación, se observaron puntuaciones de DNS significativamente más altas en adolescentes con caries visible, que no se han sometido a un control en los últimos tres años o que no acuden a un dentista (todos los valores de $p < 0,05$). La fiabilidad test-retest del DNS fue alta ($CCI = 0,81$) y su fiabilidad interna fue aceptable (alfa de Cronbach = $0,60$). El análisis factorial arrojó dos factores, que se caracterizaron por el cuidado en el hogar y la visita a un dentista.

- **Obra:** Artículo de Revista: Negligencia dental, un tipo de abuso infantil-Revisión Narrativa. ¹²

Autor: Baptista, A, S.1; Laranjo, E.2; Norton, A, A.3; Casimiro de Andrade, D.4; Areias, C.5; Marcedo, A, P.6

Resultados: El objetivo del presente estudio es realizar una búsqueda en Pubmed, SCOPUS y Web of Science, utilizando las palabras clave "niño", "dental", "negligencia", entre 1996 y 2016.

Se resume el procedimiento de selección: entre los 25 artículos analizados, fueron seleccionados cinco, cuatro de los cuales tenían un diseño observacional descriptivo y uno tenía un diseño de casos y controles; todos se centraron en el tema de la negligencia dental en los niños. Tres artículos incluyeron a niños y sus educadores, uno incluía dentistas y uno incluía enfermeras de salud pública.

La negligencia dental está fuertemente asociada con las condiciones familiares; sin embargo, sus determinantes sociales como el bajo nivel socioeconómico, las malas condiciones de vida, la familia monoparental o el historial de abuso doméstico han demostrado ser datos importantes para ser registrados, en el caso de sospecha.

El bajo ingreso familiar es un importante indicador de salud, asociado con una salud oral más débil y actitudes menos favorables con respecto al cuidado oral, lo que contribuye al desarrollo de la caries desde una edad temprana.

- **Obra:** Artículo de Revista: Características del Abandono Infantil: Una revisión sistemática. ²³

Autor: Bhatia, S, K.1; Maguire, S, A.2; Chadwick, B, L.3; Hunter, L.4; Harris, J.5; Tempest, V.6; Mann, M; Kemp, A.7

Resultados: Esta revisión sistemática tiene como objetivo identificar las características de la negligencia oral en los niños. Se realizaron búsquedas en quince bases de datos que abarcan 1947-2012; estos se complementaron con búsquedas manuales en 4 revistas especializadas, 5 sitios web y referencias de textos completos. Incluido: estudios de niños de 0-18 años con negligencia oral confirmada sometidos a un examen dental estandarizado; excluido: abuso físico / sexual. Todos los estudios relevantes se sometieron a dos revisiones independientes usando la evaluación crítica estandarizada.

De 3863 posibles estudios seleccionados, 83 estudios fueron revisados y 9 incluidos. Características incluidas: falla o retraso en la búsqueda de tratamiento dental; falta de cumplimiento / tratamiento completo; falta de atención oral básica; impacto adverso coexistente en el niño, por ejemplo, dolor e hinchazón. Dos estudios desarrollaron e implementaron herramientas de detección de "negligencia dental" con éxito. También se destaca la importancia de las herramientas de calidad de vida para identificar el impacto de la atención dental olvidada.

- **Obra:** Artículo de Revista: Impacto del Puntaje de negligencia dental en la salud oral entre pacientes que reciben tratamiento de ortodoncia fija: Un estudio transversal. ²⁴

Autor: Pandey, V.1; Chandra S.2; Dilip Kumar H. P.3; Gupta A.4; Preet Bhandari P.,5; Rathod P.6

Resultados: El presente estudio se inició para evaluar la negligencia dental y el estado de salud oral entre los pacientes sometidos a tratamiento de ortodoncia mediante el cuestionario de la escala de negligencia dental (DNS). El estudio transversal fue planificado y llevado a cabo entre los 40 pacientes sometidos a tratamiento de ortodoncia fijo. El estudio constaba de dos cuestionarios, uno era un cuestionario cerrado que consistía en preguntas sobre la práctica del paciente en el mantenimiento de la salud bucal y otro cuestionario compuesto por DNS seguido del examen del estado de higiene oral utilizando el índice de higiene oral simplificado. Los datos así obtenidos se sometieron a análisis usando SPSS versión 20 y la prueba de Chi-cuadrado se

utilizó para analizar estadísticamente los datos con $P < 0,05$ considerado como un valor estadísticamente significativo.

El presente estudio reveló que el 63% de los pacientes de ortodoncia estudiados se cepilló una vez al día, el 26% cepilló dos veces al día y el 11% cepilló tres veces. Aproximadamente un cuarto usaba el cepillo con cerdas suaves y solo el 9% de los encuestados usaba dispositivos interdientales. Los datos revelaron una correlación positiva entre el DNS y la puntuación simplificada del índice de higiene oral con $P < 0,05$.

- **Obra:** Artículo de Revista: Las escalas de Indiferencia dental y Negligencia Dental Comparadas. ²⁵

Autor: Jamieson, L, M.1; Thomson, W, M.2

Resultados: El objetivo fue determinar si las escalas de negligencia dental e indiferencia dental miden constructos similares y tienen asociaciones similares en la misma muestra de población. Una muestra aleatoria 478 residentes en el Dunedin South Electorate recibió un cuestionario de autoinforme que contiene la escala de negligencia dental y la escala de indiferencia dental. También se recopilaron datos de uso del servicio sociodemográfico y dental. El puntaje promedio de negligencia dental fue de 12.4 (SD 4.4). La puntuación media de la escala de Indiferencia Dental fue de 3.1 (SD 1.9). Las dos escalas tenían asociaciones en gran parte similares con atención sociodemográfica, oral y autocuidado, y características de impacto de salud oral, aunque se encontraron un poco más de asociaciones con la escala de Indiferencia Dental.

- **Obra:** Artículo de Revista: Negligencia Dental que afecta el estado de salud oral en la India. ²⁶

Autor: Mathur, A.1; Mathur, A.2; Pal, Aggarwal, V.3

Resultados: El presente estudio tiene como objetivo evaluar el papel del comportamiento dental como factores intervinientes entre la educación materna y la situación socioeconómica y caries dental.

Este estudio presenta datos demográficos y datos de actitud de los padres de 800 niños de grupos de edad seleccionados por una técnica de muestreo de azar estratificado. La asociación de negligencia dental y caries fue probada primero dicotomizando la variable de negligencia dental y, en segundo lugar,

utilizando el análisis de la varianza para examinar DMFS del grupo de edad individual respectivamente y sus componentes.

Un estudio mostró que la negligencia dental fue mayor entre mujeres, niños mayores, aquellos cuya madre tenía menos educación, niños que no habían recibido cuidado dental en los dos años anteriores, y aquellos para quienes la última visita dental del padre que respondió fue debido a un problema en lugar de un examen de rutina. Entre el niños mayores, aquellos en el grupo de mayor negligencia dental era significativamente mayor experiencia de caries dental (DMFS con $P < 0.001$), y mayor cantidad de superficie cariada permanente ($P < 0.019$).

- **Obra:** Artículo de Revista: Impacto de la Escala de negligencia dental en el estado de salud oral entre diferentes profesionales en la ciudad de Indore: un estudio transversal. ¹³

Autor: Sarkar, P.1; Dasar, P.2; Nagarajappa, S.3; Kumar, S.4; Balsaraf, S.5; Lalani, A.6; Chauhan, A.7

Resultados: El objetivo del presente estudio es evaluar la negligencia dental y el estado de salud oral utilizando el cuestionario de la escala de negligencia dental entre diferentes profesionales de la ciudad de Indore. El estudio consistió en una muestra conveniente de 400 estudiantes de 18-25 años de edad de 4 colegios profesionales diferentes del Grupo de Institutos Sri Aurobindo del mismo campus. Se utilizó un cuestionario validado previamente para evaluar el abandono dental y las prácticas de atención dental domiciliaria. Se realizó un examen de salud oral para evaluar la caries dental y el estado de higiene oral mediante el uso de DMFT y OHIS, respectivamente. Los datos se analizaron usando el software SPSS (versión 20).

Para OHI (S), la mayoría de los encuestados (57.7%) mostraron una higiene oral justa para el puntaje del DNS < 15 , mientras que la mayoría de los profesionales (63.7%) mostraron una higiene oral deficiente para el puntaje $\text{DNS} > 15$. La puntuación de la escala de negligencia dental (DNS, Dental Neglect Scale) se encontró estadísticamente significativa con OHIS y la experiencia de caries al intervalo de confianza del 95%. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación del DNS y la frecuencia de dientes cariados, perdidos y llenos DMFT.

- **Obra:** Artículo de Revista: Determinantes socioeconómicos de la atención odontológica durante la gestación en Cali, Colombia. ⁶

Autor: Corchuelo, Ojeda, J.1; González, Pérez, G, J.2

Resultados: El objetivo de este estudio fue conocer la prevalencia de la asistencia a la consulta dental de las gestantes atendidas en Cali-Colombia, e identificar factores socioeconómicos y de los servicios de salud asociados con la accesibilidad a la atención odontológica durante el embarazo, se realizó un estudio transversal analítico, en el que se entrevistaron 993 madres en puerperio inmediato que habían sido atendidas en clínicas pública y privadas durante el año 2012. El análisis multivariado de las variables relacionadas con las asistencia a odontología encontró asociación con los recursos económicos (86,6% suficiencia *versus* 72,5% insuficiencia, OR = 1,8; IC95%: 1,1-2,8), nivel de instrucción (88% secundaria completa *versus* 74% incompleta, OR = 1,7; IC95%: 1,1-2,7), información dada en el control prenatal sobre salud oral y la visita dental (86,4% si *versus* 42,9% no, OR = 5,7; IC95%: 3,1-10,0). Se evidencia un acceso diferencial entre las gestantes con bajo nivel socioeconómico, quienes asistieron en menor proporción que las gestantes con mejores condiciones de vida.

- **Obra:** Artículo de Revista: ¿Los determinantes socioeconómicos afectan la calidad de las restauraciones dentales posteriores? Un enfoque multinivel. ²⁷

Autor: Correa, M, B.1; Peres, M, A.2; Peres, K, G.3; Horta, B, L.4; Barros, A, J.5; Demarco, F, F.6

Resultados: Este estudio tuvo como objetivo evaluar las restauraciones posteriores realizadas en adultos jóvenes, investigando la asociación entre los determinantes sociales experimentados durante el curso de la vida y la calidad de los empastes dentales.

Una muestra representativa ($n = 720$) de todas las 5914 personas que nacieron en Pelotas en 1982 se investigó de forma prospectiva, y las restauraciones posteriores se evaluaron a los 24 años de edad. Los modelos de regresión logística multinivel mostraron que los individuos que siempre fueron pobres desde el nacimiento hasta los 23 años [odds ratio (OR) 2,35 (1,38-4,00)] y cuyas madres tenían menos años de educación al nacer (OR 2,60 (1,44-4,68)) fueron con restauraciones insatisfactorias en los dientes posteriores más a menudo. Además, la presencia de caries a los 15 años (terciles con alto contenido de caries, faltantes y llenos) (OR 1.95 (1.25-3.03)) y

las cavidades con cuatro o más superficies (OR 18.67 (9.25-37.68)) se asociaron con la salir.

- **Obra:** Artículo de Revista: Desventaja socioeconómica y admisiones hospitalarias relacionadas con la salud bucal: un análisis de 10 años. ⁵

Autor: Kruger, E.1; Tennant, M.2

Resultados: El objetivo de este estudio de la población de Australia Occidental fue evaluar la relación de desventaja socioeconómica y: 1) las tendencias en las hospitalizaciones por afecciones relacionadas con la salud bucal en 10 años; 2) estado del seguro, costos y duración de la estadía en el hospital; y 3) pacientes con condiciones específicas (diagnóstico principal) fueron admitidos.

Los datos de hospitalización (de afecciones relacionadas con la salud bucal) se obtuvieron para cada episodio de alta de todos los hospitales en Australia Occidental para los años financieros 1999-2000 a 2008-2009. Las medidas basadas en el área (usando el Índice de Desventaja Socioeconómica Relativa) se usaron para determinar las relaciones entre el estatus socioeconómico y otras variables.

Los más desfavorecidos de la población están siendo hospitalizados a tasas significativamente más altas que otros grupos, permanecen en el hospital por más tiempo y con costos más altos. Esta tendencia se mantuvo durante un período de 10 años. Los menos desfavorecidos tienen las segundas tasas más altas de hospitalización, pero la probabilidad de ser admitidos para diferentes procedimientos difiere entre estos dos extremos.

- **Obra:** Artículo de Revisión: Determinantes socioeconómicos de la necesidad de atención dental en adultos. ²⁸

Autor: Trohel, G.1; Bertaud-Gounot, V.2; Soler, M.3; Chauvin, P.4; Grimaud, O.5

Resultados: El objetivo de este estudio fue medir la prevalencia de las necesidades de atención dental en una población adulta e identificar las variables demográficas, socioeconómicas y de comportamiento que pueden explicar las variaciones en este parámetro.

Se realizó un análisis transversal de la cohorte francesa SIRS (n = 2.997 adultos de la región de París, datos de 2010) para determinar la prevalencia de

las necesidades de atención dental autoinformadas en relación con las variables demográficas, socioeconómicas y de comportamiento. Se utilizó un modelo de regresión logística para identificar las variables que estaban más fuertemente asociadas con el nivel de necesidad.

En 2010, la prevalencia de la necesidad de atención dental en la cohorte SIRS fue del 35,0% (IC del 95% [32,3-37,8]). Fue menor en personas con mayores niveles de educación (31.3% [27.9-34.6]), sin antecedentes de inmigración (31.3% [28.0-34.6]) y con seguro de salud integral (seguridad social + cobertura de salud complementaria, 32.8% [30.2-35.4]). Disminuyó a medida que aumentaba el estatus socioeconómico, pero sin seguir un cambio lineal estricto. También fue menor entre las personas que se sometieron a una visita de control dental en los dos años anteriores. En análisis multivariantes, las variables socioeconómicas más fuertemente asociadas con la necesidad de cuidado dental fueron: nivel educativo (OR = 1.21 [1.02-1.44]), nivel de ingresos (OR = 1.66 [1.92-2.12]) y origen nacional (OR = 1.53 [1.26-1.86]).

- **Obra:** Caries dental, nivel educacional de los padres, ingresos de la familia y servicio de asistencia dental en niños de Italia. ²⁹

Autor: Cianetti, S.1; Lombardo, G.2; Lupatelli, E.3; Rossi, G.4; Abraha, I.5; Pagano, S.6; Paglia, L.7

Resultados: El objetivo de este estudio fue verificar si determinantes socioeconómicos, así como el nivel educativo de los padres, ingresos familiares y servicio de la asistencia dental de niños se asocia con la presencia de caries entre una población italiana de niños. Una observación estudio retrospectivo se llevó a cabo en una población de niños de 4 a 14 años que visitaron el Departamento de Pediatría de Odontología de la Universidad de Perugia, Italia. Los niños fueron estratificados de acuerdo con familiar nivel socioeconómico (educación del padre y la madre nivel, ingresos familiares) y la asistencia al servicio dental de niños. Odds-ratios (OR) ajustados por edad y sexo con Intervalos de confianza del 95% (IC del 95%) se calcularon mediante medios de modelos de regresión logística multivariante.

Una muestra de 231 niños (edad promedio 8.1 años, SD 2.6; 127 hombres, 104 mujeres) fue reclutado. Uno ciento sesenta y tres (70.46%) niños en el estudio tenía caries. La presencia de caries en los niños fue mayor en niños donde el nivel educativo de las madres era más bajo (OR = 6.1; IC del 95% = 3.1 a 12.7), en niños donde el nivel educativo de los padres era más bajo (O= 2.9; IC

95% = 1.6 a 5.5) y en niños con menor ingreso familiar (OR = 9.9, 95% IC 95% = 5.1 a 20.1).

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en términos de presencia de caries entre los niños que fueron visitados al menos una vez por un dentista y niños que no fueron previamente vistos por un odontólogo (OR = 0,8; IC del 95% = 0,4 a 1,6).

- **Obra:** Artículo de Revisión: Desigualdades sociales en la salud oral de los adultos en 40 países de medianos ingresos. ³⁰

Autor: Bhandari, B.1; T Newton, J.2; Bernabé, E.3

Resultados: Este estudio evaluó las desigualdades sociales en la salud oral de los adultos en varios países de ingresos bajos y medianos.

Utilizamos datos de 40 países que participaron en World Health Surveys. Participantes socio-económicos, la posición fue evaluada usando el índice de riqueza. La salud oral se evaluó utilizando dos medidas percibidas, a saber, el total de pérdida de los dientes y si tuvieron algún problema con la boca y / o los dientes durante los últimos 12 meses (necesidades percibidas).

Las desigualdades de riqueza absolutas y relativas en salud oral se midieron utilizando el índice de desigualdad dependiente (SII) y el índice relativo de desigualdad (RII), respectivamente, después de ajustar por sexo, edad y educación de los participantes. Como resultados fueron las desigualdades de riqueza en la pérdida total de dientes y las necesidades percibidas en la mayoría de los países. Sin embargo, gradientes monotónicos significativos se encontraron en 21 países para la pérdida total de dientes y en 18 países para las necesidades percibidas. Dos patrones distintivos de la desigualdad social en la salud oral se encontraron en los países que utilizan el RII y el SII. Para pérdida total de dientes, pro-rico la desigualdad se encontró en 25 países (RII / SII significativo en ocho países) y se encontró desigualdad a favor de los pobres en 15 (significativa RII / SII en tres países). Para las necesidades percibidas, se encontró desigualdad a favor de los pobres en 26 países (RII / SII significativo) en seis países) y la desigualdad pro-rica se encontró en 14 (RII / SII significativo en cinco países).

El gradiente social en la salud oral de los adultos que favorecía a los ricos no estaba presente en todos los países de bajos y medianos ingresos. Se observaron desigualdades a favor de los pobres en la pérdida total de dientes,

y particularmente en las necesidades percibidas de tratamiento dental, en algunos países.

5.- HIPÓTESIS

“El nivel de ingreso económico, no es un factor de riesgo en relación a la Negligencia Dental.”

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1.-MARCO METODOLÓGICO.

Enfoque de la investigación: El enfoque de la investigación es cuantitativo. ³³

Diseño de Investigación: Caso Control. ³²

Nivel de investigación: Relacional.

Tipo de Investigación:

- **Por el ámbito:** Investigación de campo
- **Por la técnica:** Comunicacional
- **Por la temporalidad:** Estudio retrospectivo

2.-POBLACIÓN Y MUESTRA.

La muestra de estudio estuvo constituida por “284” adultos jóvenes entre los 18 a 44 años de edad con su respectivo cuestionario de preguntas, que correspondieron al total de encuestas realizadas en el estudio de negligencia al cuidado odontológico. ³⁴

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:

- A personas que están dentro de la edad especificada entre 18 a 44 años de edad habitantes en la parroquia Gil Ramírez Dávalos perteneciente a la ciudad de Cuenca

2.1.b-Criterios de exclusión: Se excluyeron del estudio:

- Personas que no estén dentro del rango de edad.
- Gente que ejerza la profesión odontológica.
- Personas con deficiencia psicológica y con cierto tipo de discapacidad
- mental.

Tamaño de la muestra: Se calculó mediante conveniencia de un tamaño muestral de 510 personas de las cuales se realizó el método denominado pareo para obtener un tamaño de muestra más exacto siendo así la muestra definitiva de 284 personas de 18 y 44 años de la parroquia Gil Ramírez Dávalos.

3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Indicador	Tipo	Escala	Dato
negligencia	indicador dns	cualitativo ordinaria	ordinal	alta negligencia media negligencia baja negligencia sin negligencia
Edad		cuantitativo discreta	de razón	18-44 años de edad
NSE	ingreso familiar / número de integrantes de la familia	cualitativo ordinal	ordinal	alto medio bajo
Sexo		cualitativo nominal	nominal	femenino masculino

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

4.1.- Instrumentos documentales:

La encuesta que se utilizará será basada en el cuestionario de Thomson (1) posterior a esto, el ingreso de los datos recolectados en las encuestas se dará en el programa EPI INFO.

4.2.- Instrumentos mecánicos.

Para la toma de datos se utilizará una computadora de escritorio, procesador Core5.

4.3.- Materiales.

Se utilizará materiales de escritorio.

4.4.- Recursos.

Para llevar a cabo el estudio se necesitarán recursos humanos (Examinadores y Tutores) y recursos financieros (autofinanciados).

5.-PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.

5.1.-Ubicación espacial.

La parroquia Gil Ramírez Dávalos es una unidad de organización política administrativa dentro de la ciudad Santa Ana de los Cuatro Ríos de Cuenca, que 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 kilómetros cuadrados aproximadamente, tiene una alta cobertura de servicios básicos, es la tercera ciudad más importante de la República del Ecuador. Se caracteriza por su riqueza cultural y su gran variedad de museos. Está a 2500 metros sobre el nivel del mar.

5.2.-Ubicación temporal.

La investigación se realizará entre los meses de mayo, junio y Julio del año 2017, recolectando datos con las respectivas encuestas que reflejarán la situación relacionada con negligencia, dichas fichas serán tomadas entre los meses de mayo y junio del 2017.

5.3.- Procedimientos de la toma de datos.

Para el registro de los datos, se tomará en cuenta las encuestas realizadas en la Parroquia Gil Ramírez Dávalos, las cuales serán ingresadas a una base de datos en el programa EPI INFO ver 7.2.

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

Las encuestas realizadas sobre la Negligencia a la salud dental serán realizadas a personas entre 18 y 44 años de edad provenientes de la parroquia Gil Ramírez Dávalos, que reposan en los archivos del departamento UCACUE, serán llenadas con los siguientes criterios:

El encuestador visitará una a una cada hora de los habitantes de la parroquia y se procedió a pedir la respectiva autorización para iniciar la encuesta una vez otorgada la autorización se empezará a llevar una a una las respectivas preguntas relacionadas a cuidado dental frecuencia de cepillado, automedicación, miedo al odontólogo.

7.- ASPECTOS BIOÉTICOS.

El presente estudio no implicó conflictos bioéticos, debido a que se ejecutará con un previo consentimiento informado en la parte inferior de cada una de las encuestas de

negligencia dental en la parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca en el año 2017 en cada uno de los mini-consentimientos se les informará que dichos datos solo son para calcular y encontrar datos estadísticos, y procederían a colocar su nombre y su firma.

CAPÍTULO III
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. RESULTADOS

El presente estudio fue realizado con datos obtenidos a partir de una encuesta que constó de 5 preguntas de Negligencia Dental, en el grupo etario de 18 a 44 años de la parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca – Ecuador, estos datos se pueden encontrar en el Departamento de Investigación de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca, mostrando los siguientes resultados.

TABLA 4. Distribución por sexo de la muestra

Sexo	Casos	Controles	Total general
Femenino	94	94	188
Masculino	48	48	96
Total general	142	142	284

OR=1.95 IC=95%

Interpretación: El total de la muestra de la parroquia fue de 284 personas encuestadas, distribuyéndose en 142 casos y 142 controles, constando de 94 para el sexo femenino y 48 para el sexo masculino correspondientemente.

TABLA 5. Distribución general por edades de la muestra

Edad	Casos	Controles	Total general
18	5	5	10
19	9	9	18
20	5	5	10
21	8	8	16
22	5	5	10
23	8	8	16
24	5	5	10
25	13	13	26
26	6	6	12
27	2	2	4
28	8	8	16
29	4	4	8
30	8	8	16
31	1	1	2
32	3	3	6
33	3	3	6
34	2	2	4
35	6	6	12
36	4	4	8
37	7	7	14
38	5	5	10
39	6	6	12
40	5	5	10
41	1	1	2
42	4	4	8
43	6	6	12
44	3	3	6
Total general	142	142	284

Interpretación: En la distribución por edades, se encuentra que la edad que más tendencia a la negligencia dental es de 25 años presentando 13 casos y 13 controles de personas del total de la muestra entre edades de 18 y 44 años.

TABLA 6. Relación entre la enfermedad y el nivel de exposición

Exposición Negligencia	Casos	Controles	Total general
Alto (No expuestos)	61	67	128
Bajo (Expuestos)	81	75	156
Total general	142	142	284

OR=0.84 IC 95%(0.52-1.34)

Interpretación: Del total de la muestra se encuentra que el ingreso económico no es un factor de riesgo en relación a la negligencia dental debido a que se obtuvo un odds ratio de 0.84.

2. DISCUSIÓN

El presente estudio documenta información sobre la Relación entre el nivel de Ingreso Económico y la Negligencia a la salud dental en personas de 18 y 44 años de edad, de la parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca.

Se realizó el análisis de los factores de riesgo que pudieran estar desencadenando la negligencia a la salud dental mediante el Odds Ratio (OR); se utilizó una encuesta basada en el cuestionario de Thomson (1) y posteriormente se ingresó los datos recolectados en las encuestas en el programa EPI INFO ver (7.2). Esta investigación incluyó a personas de 18 y 44 años de edad de la parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca, para evaluar el nivel de negligencia a la salud dental y como variable se consideró el ingreso económico debido a que existen limitaciones de acudir a una consulta odontológica por ciertos factores como un status económico bajo, tratamientos costosos, dificultad de acceder a un servicio de salud, nivel educativo bajo, lo cual genera un gran impacto social de las condiciones bucodentales en la calidad de vida y una mala salud oral subjetiva. ⁵

La muestra constó de 284 pacientes entre 18 y 44 años de edad, la misma no se distribuyó de manera proporcional entre personas de sexo masculino y femenino, siendo así que el número de pacientes corresponden al sexo femenino debido a que el estudio se realizó en una zona donde había mayor cantidad de mujeres en sus lugares de negocio.

En el presente estudio al evaluar los niveles de negligencia dental se determinó que en los pacientes expuestos hubieron 81 casos (Pacientes con negligencia) y 75 pacientes correspondieron al grupo de controles (Pacientes sin negligencia), de un total general de 156 pacientes, por lo tanto se calculó el Odds Ratio (OR=0.84), el cual evidenció que el ingreso económico no es un factor de riesgo en relación a la Negligencia al cuidado dental, los estudios de Trohel, G; Bertaud-Gounot, V; 2016 confirman que la prevalencia de las necesidades de atención dental es mayor en adultos de nivel socioeconómico bajo el cual presentó (OR=1.66 (1.92-2.12)), por lo que ciertos factores como el nivel de educación (OR=1.21 (1.02-1.44)), y el origen nacional (OR=1.53 (1.26-1.86)), son asociados de manera significativa con la necesidad de atención dental. ²⁸

Dhó, M, S; 2015, determinó que los individuos de nivel socioeconómico bajo y medio-bajo, ante una situación de dolor dental predomina una actitud desfavorable, en relación a los individuos de nivel socioeconómico medio-medio y medio-alto/alto.

En este estudio se evaluó que el 50% de las personas acuden únicamente al odontólogo ante una situación de dolor dental y otras urgencias odontológicas. La actitud aceptable aumenta en relación a personas que presentan un buen nivel económico ya sea medio-medio o medio-alto.³

En el estudio realizado por Baptista, A; 2017, determinó que la negligencia dental está fuertemente asociada a determinantes sociales como el bajo nivel socioeconómico, condiciones inadecuadas de vida, familias monoparentales siendo así que el bajo ingreso familiar y la falta de educación de los padres están asociados con una salud oral débil y actitudes desfavorables en relación al cuidado oral.¹² Estos resultados difieren de los obtenidos por Bhandari B y col. Los cuales hallaron que la prevalencia de problemas en la cavidad oral fue más alto en el tercil superior de riqueza que en la parte inferior de riqueza en países como Uruguay, Eslovaquia.⁽³⁰⁾

Corchuelo-Ojeda, J; González, Pérez, G; 2014, realizaron un estudio con un análisis de variables relacionadas con la asistencia odontológica y determinaron que el nivel de negligencia dental de la población se ve relacionada con los recursos económicos obteniendo un OR=1.7; IC=95% (1.1-2.8), de igual manera se evaluó el grado de asociación con el nivel de instrucción con un OR=1.7; IC=95% (1.1-2.7).⁶ Esta investigación presenta concordancia con el estudio de Correa, M; Peres, M; 2013, puesto que las personas que nacieron en condiciones de pobreza y tenían dificultad para acceder a la consulta odontológica se obtuvo un OR=2.35 (1.38-4.00), por lo cual presentaban enfermedades dentales frecuentes.

En el estudio realizado por Mathur, A; 2016 se determina que la puntuación más alta de negligencia dental se registra en mujeres debido a que suelen ser más ansiosas a tratamientos dentales, cuyo estudio concuerda con mi estudio debido a que el sexo femenino tuvo un mayor nivel de negligencia dental obteniendo un OR= 1.95.²⁶

En esta investigación se determinó que de acuerdo al grupo etario se mostraron 142 casos (pacientes con negligencia) y 142 controles (pacientes sanos) siendo así que en la edad de 25 años se observó mayor número de casos y controles dando un total general de 26 pacientes. Sarkar P, y colab., informó que los jóvenes y poblaciones de edad media son víctima de una carencia de conocimientos preventivos y una actitud adecuada en relación a su higiene oral por lo que se observó un mayor nivel de negligencia al cuidado dental.⁽¹³⁾

Se pudo concluir que la Negligencia al cuidado dental no presenta una asociación estadísticamente significativa en relación al nivel económico, su causa podría atribuirse principalmente a problemas relacionados al complicado acceso a los servicios de salud Oral, inadecuados servicios brindados en el sector público, los costos altos que implican una consulta odontológica privada o ciertos problemas personales relacionados con el miedo al odontólogo.

3. CONCLUSIONES

- El nivel de ingreso económico no tiene relevancia para la negligencia dental en personas de 18 y 44 años de edad de la parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca – Ecuador.
- Se pudo evaluar en el presente estudio que el sexo si es un factor de riesgo para la negligencia dental en personas de 18 y 44 años de edad de la parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca – Ecuador.
- Se evaluó el comportamiento de las personas con negligencia a la salud dental según el grupo etario por lo que se observó que la edad con mayor tendencia a la negligencia dental es de 25 años.

BIBLIOGRAFIA

1. Estupiñán Day S, Milner T, Téllez M. La salud oral de los niños de bajos ingresos: Procedimientos para el Tratamiento Restaurativo Atraumático (PRAT). Pan American Health Organization. 2006 Diciembre; 2(13).
2. Yiengprugsawan V, Somkotra T, Kelly M, Seubsman S, Sleigh A. Factors associated with self-reported number of teeth in a large national cohort of Thai adults. BMC Oral Health. 2011 Noviembre; 11(31).
3. Dhó MS. Actitudes de salud bucodental en relación al nivel socioeconómico en individuos adultos. Avances en Odontoestomatología. 2015 abril; 31(2).
4. Fernández GC, Núñez FL, Díaz S. Determinantes de salud oral en población de 12 años. Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral. 2011 diciembre; 4(3).
5. Kruger E, Tennant M. Desventaja socioeconómica y admisiones hospitalarias relacionadas con la salud bucal: un análisis de 10 años. BDJ Open. 2016 Junio; 4(1).
6. Ojeda JC, Pérez G, González J. Determinantes socioeconómicos de la atención odontológica durante la gestación en Cali, Colombia. Cadernos de Saúde Pública. 2014 Octubre; 30(10).
7. Terán HSE. Relación del estado de salud dental con factores socioeconómicos de los alumnos del ciclo básico de la Unividad Educativa Rincón del Saber periodo Junio-Julio 2014. Primera ed. Erazo D, editor. Quito: Editora Nacional; 2015.
8. Serrano M. INEC: Metodología Nivel Socioeconómico. Primera ed. Moreno L, editor. Quito: EDINAL; 2017.
9. Oblitas GLA. Psicología de la Salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. Primera ed. Noruega F, editor. México : Editorial Nacional; 2007.
10. Lago BG. Negligencia o Descuido. Segunda ed. Erazo F, editor. Bogota: Edinal; 2003.
11. Kumar A. Dental Neglect: A Review. Research & Reviews. 2015 Abril; 3(1).

12. Baptista AS, Laranjo ANA, Casimiro de Andrade D, Macedo AP. Dental Neglect, one type of child abuse-Narrative review. *Medical Express*. 2017 Junio; 4(3).
13. Sarkar P, Dasar P, Nagarajappa S, Mishra P, Kumar S, Balsaraf S, et al. Impact of Dental Neglect Scale on oral health status among different professionals in Indore city- a cross- sectional study. *Journal of clinical & diagnostic research*. 2015 Octubre; 9(10).
14. Loochtan RM, Bross D, Domoto P. Dental neglect in children: definition, legal aspects, and challenges. *Pediatric Dentistry*. 2001 Mayo; 8(1).
15. Villasana CA, Recondo GM. *Psicología del paciente odontológico*. primera ed. Masson , editor. Barcelona: J, editores; 2007.
16. Ramazani N. Child Dental Neglect: A short Review. *International Journal of High Risk Behaviors & Addiction*. 2014 Diciembre; 3(4).
17. Coolidge T, Heima M, Johnson E, Weinstein P. The Dental Neglect Scale in adolescents. *BMC Oral Health*. 2009 Enero; 9(2).
18. Alves AC, Medeiros U. Intensive fluoride varnish program in Brazilian school children. *Cochrane Library*. 2000 Octubre; 75(10).
19. Cárdenas M. Avances en consultorio odontológico. *Pubmed*. 2010 Junio; 3(1).
20. Cuenca SE, Baca GP. *Odontología preventiva y comunitaria: Principios, métodos y aplicaciones*. cuarta ed. Gracia Td, editor. España: Gea Consultoría Editorial; 2013.
21. Luna E, Aristizabal C, Arango A, Betancur P, Mejía N, Ramírez O. Factores sociales, culturales e históricos que influyeron en la pérdida dental de adultos mayores. *CES Odontología*. 2001 Diciembre; 14(1).
22. Skaret E, Astrom AN, Haugeorden O, Klock KS, Trovik TA. La evaluación de la fiabilidad y validez de la escala de negligencia dental en adultos noruegos. *Journal Library*. 2010 Enero; 3(1).
23. Bhatia S, Maguire S, Chadwick B, Hunter L, Harris J, Tempest V, et al. Characteristics of child dental neglect: A systematic review. *Science Direct*. 2014 Marzo; 42(3).

24. Pandey V, Chandra S, Kumar D, Gupta A, Bhandari P, Rathod P. Impact of dental neglect score on oral health among patients receiving fixed orthodontic treatment: A cross-sectional study. *Europe PMC*. 2016 Abril; 6(2).
25. Jamieson L, Thomson W. The Dental Neglect and Dental Indifference scales compared. *research gate*. 2002 julio; 3(2).
26. Mathur A, Mathur A, Aggarwal V. Dental Neglect affecting oral health status in India. *International Journal of Pediatric Research*. 2016 Enero; 2(1).
27. Correa M, Peres M, Peres K, Horta B, Barros A, Demarco F. Do socioeconomic determinants affect the quality of posterior dental restorations? A multilevel approach. *Science Direct*. 2013 Noviembre; 41(11).
28. Trohel G, Gounot V, Soler M, Chauvin P, Grimaud O. Socio-Economic determinants of the need for dental care adults. *PLOS one: Tenth Anniversary*. 2016 diciembre; 4(2).
29. Cianetti S, Lombardo G, Lupatelli E, Rossi G, Abraha I, Pagano S, et al. Dental caries, parents educational level, family income and dental service attendance among children in Italy. *European Journal of Pediatric Dentistry*. 2017 Enero; 18(1).
30. Bhandari B, Newton J, Bernabé E. Social inequalities in adult oral health in 40 low. and middle. income countries. *International Dental Journal*. 2016 Febrero; 10(2).
31. Murray TW, Locker D. Dental neglect and dental health among 26 years old in the Dunedin Multidisciplinary Health and Development study. *ResearchGate*. 2001 Enero; 28(6).
32. Villavicencio E, Alvear M, Cuenca K, Calderón M, Palacios D. Diseños de estudios clínicos en Odontología. *Contribución Didáctica Docente. Revista OACTIVA UC Cuenca*. 2016 Mayo-Agosto 1(2, pp. 83-86).
33. Villavicencio E, Cuenca K, Vélez E, Sayago J, Cabrera A. Pasos para la Planificación de investigación clínica. *Odontología activa UC Cuenca*. 2016 Enero.
34. Villavicencio E, El tamaño muestral en tesis de postgrado. ¿Cuántas personas Debo encuestar? *Odontología activa UC Cuenca*. 2016 Septiem

ANEXOS

Anexo 1. Base de datos del Proyecto Barreras

CI	Edad	SEXO	Ingresopersona	suma de negligencia	enfermedad
102071310	18	Femenino	Alto	9	controles
105846570	18	Femenino	Bajo	15	casos
101080244	18	Masculino	Alto	10	controles
105053268	18	Femenino	Alto	10	controles
107083876	18	Masculino	Alto	12	casos
107296709	18	Femenino	Bajo	15	casos
141338487	18	Femenino	Bajo	18	casos
150252013	18	Femenino	Bajo	13	casos
107274938	18	Femenino	Bajo	7	controles
106123136	18	Femenino	Alto	10	controles
190930837	19	Femenino	Alto	17	casos
51066115	19	Femenino	Bajo	10	controles
106130206	19	Masculino	Alto	8	controles
1004447148	19	Masculino	Alto	16	casos
105456156	19	Femenino	Bajo	10	controles
1717312563	19	Femenino	Alto	10	controles
106749336	19	Femenino	Alto	13	casos
107082968	19	Femenino	Bajo	13	casos
107065880	19	Femenino	Bajo	8	controles
106850027	19	Femenino	Bajo	7	controles
106421423	19	Femenino	Bajo	11	casos
1401467996	19	Femenino	Bajo	18	casos
105609861	19	Femenino	Bajo	15	casos
107527509	19	Femenino	Bajo	10	controles
302039018	19	Femenino	Bajo	15	casos
106123573	19	Femenino	Bajo	8	controles
101563266	19	Femenino	Bajo	8	controles
107170227	19	Femenino	Alto	12	casos
1400972582	20	Femenino	Bajo	14	casos
105485627	20	Femenino	Bajo	15	casos
102230505	20	Femenino	Bajo	10	controles
307713938	20	Femenino	Alto	9	controles
1104660459	20	Masculino	Bajo	15	casos
104863840	20	Femenino	Alto	12	casos
250122306	20	Femenino	Alto	16	casos
106149826	20	Femenino	Bajo	8	controles
107147225	20	Femenino	Bajo	7	controles
302995683	20	Masculino	Bajo	8	controles

106433816	21	Masculino	Bajo	14	casos
105727986	21	Masculino	Alto	10	controles
106149859	21	Femenino	Alto	11	casos
106135865	21	Femenino	Alto	10	controles
105502827	21	Masculino	Bajo	14	casos
106727886	21	Masculino	Alto	10	controles
107979534	21	Masculino	Bajo	10	controles
1400967905	21	Femenino	Bajo	12	casos
106054176	21	Femenino	Bajo	15	casos
704281161	21	Masculino	Bajo	22	casos
105120505	21	Femenino	Bajo	12	casos
106116296	21	Femenino	Bajo	10	controles
104468194	21	Femenino	Bajo	10	controles
706150802	21	Femenino	Alto	9	controles
105532808	21	Femenino	Bajo	7	controles
104846472	21	Femenino	Bajo	11	casos
106311665	22	Femenino	Bajo	10	controles
150325363	22	Femenino	Alto	12	casos
106311665	22	Femenino	Bajo	10	controles
105684145	22	Femenino	Bajo	13	casos
105684112	22	Femenino	Bajo	10	controles
107384620	22	Femenino	Bajo	15	casos
104823711	22	Femenino	Bajo	7	controles
107215766	22	Femenino	Bajo	6	controles
150092575	22	Femenino	Bajo	12	casos
105598510	22	Femenino	Bajo	18	casos
1106046533	23	Masculino	Bajo	12	casos
1106051884	23	Femenino	Alto	10	controles
105269039	23	Masculino	Bajo	11	casos
1900808591	23	Femenino	Alto	12	casos
302016217	23	Femenino	Alto	10	controles
105679500	23	Femenino	Alto	17	casos
105282214	23	Femenino	Alto	14	casos
704332155	23	Femenino	Alto	15	casos
104986971	23	Masculino	Alto	14	casos
150509719	23	Femenino	Alto	18	casos
1104567894	23	Masculino	Bajo	9	controles
105921465	23	Masculino	Alto	10	controles
105610141	23	Femenino	Bajo	9	controles
107402026	23	Femenino	Alto	10	controles
105532790	23	Masculino	Bajo	9	controles
105223689	23	Femenino	Alto	9	controles
51383650	24	Masculino	Bajo	11	casos

105790083	24	Femenino	Bajo	15	casos
104067863	24	Femenino	Bajo	10	controles
302209705	24	Femenino	Alto	14	casos
302205705	24	Femenino	Alto	14	casos
104565890	24	Femenino	Bajo	13	casos
104672407	24	Femenino	Bajo	9	controles
1805138218	24	Femenino	Bajo	10	controles
105853188	24	Masculino	Bajo	10	controles
105609861	24	Femenino	3Bajo	10	controles
106608235	25	Masculino	Bajo	7	controles
2400075202	25	Femenino	Alto	17	casos
106903818	25	Femenino	Bajo	10	controles
605009637	25	Femenino	Alto	11	casos
106900793	25	Masculino	Alto	10	controles
802911602	25	Masculino	Bajo	12	casos
104032610	25	Masculino	Alto	10	controles
107583593	25	Masculino	Alto	14	casos
104823687	25	Femenino	Bajo	8	controles
104015359	25	Femenino	Bajo	10	controles
107381691	25	Masculino	Alto	10	controles
1804949848	25	Masculino	Bajo	14	casos
105500110	25	Masculino	Alto	14	casos
104238803	25	Masculino	Alto	12	casos
106850001	25	Femenino	Bajo	9	controles
106664659	25	Femenino	Alto	6	controles
105016197	25	Femenino	Alto	6	controles
15385538	25	Femenino	Bajo	10	controles
1104564074	25	Femenino	Bajo	14	casos
1803522570	25	Femenino	Bajo	11	casos
105750517	25	Masculino	Bajo	10	controles
106852643	25	Masculino	Bajo	14	casos
107457772	25	Femenino	Bajo	13	casos
107131641	25	Femenino	Bajo	15	casos
103758868	25	Femenino	Alto	13	casos
106907983	25	Masculino	Alto	10	controles
106580459	26	Femenino	Bajo	7	controles
301777959	26	Masculino	Alto	9	controles
106555634	26	Masculino	Alto	11	casos
106097434	26	Femenino	Bajo	14	casos
301944138	26	Masculino	Alto	12	casos
105366520	26	Femenino	Bajo	10	controles
1400709711	26	Masculino	Alto	13	casos
104831342	26	Femenino	Alto	12	casos

104140199	26	Masculino	Alto	8	controles
310757855	26	Masculino	Alto	9	controles
106554199	26	Femenino	Alto	11	casos
102702938	26	Femenino	Alto	8	controles
1105636177	27	Femenino	Alto	15	casos
106046717	27	Masculino	Bajo	11	casos
104237755	27	Femenino	Alto	10	controles
105609861	27	Masculino	Alto	7	controles
106643265	28	Femenino	Alto	10	controles
104921259	28	Femenino	Alto	8	controles
603622010	28	Masculino	Alto	12	casos
105928113	28	Femenino	Alto	10	controles
106055247	28	Femenino	Alto	12	casos
103962478	28	Femenino	Bajo	14	casos
102784063	28	Femenino	Alto	14	casos
104846472	28	Femenino	Bajo	11	casos
105609861	28	Femenino	Alto	12	casos
704733020	28	Masculino	Alto	10	controles
105248678	28	Femenino	Bajo	12	casos
302612528	28	Femenino	Bajo	10	controles
104709936	28	Masculino	Bajo	6	controles
104484852	28	Femenino	Alto	6	controles
105274245	28	Masculino	Bajo	13	casos
150109825	28	Femenino	Bajo	9	controles
105618672	29	Masculino	Bajo	15	casos
104419247	29	Masculino	Bajo	11	casos
105630115	29	Masculino	Alto	14	casos
105166524	29	Masculino	Alto	10	controles
1104747561	29	Masculino	Bajo	10	controles
104844956	29	Masculino	Alto	12	casos
104846472	29	Masculino	Alto	10	controles
104139191	29	Masculino	Alto	10	controles
105167530	30	Masculino	Bajo	12	casos
105245844	30	Femenino	Alto	10	controles
105245484	30	Femenino	Bajo	7	controles
106650993	30	Femenino	Alto	10	controles
106563265	30	Femenino	Bajo	10	controles
105168975	30	Femenino	Bajo	17	casos
104658810	30	Femenino	Alto	13	casos
105668975	30	Femenino	Bajo	10	controles
1709382616	30	Femenino	Alto	15	casos
104894654	30	Femenino	Alto	15	casos
104863253	30	Femenino	Bajo	8	controles

105144026	30	Femenino	Bajo	18	casos
104292883	30	Femenino	Bajo	24	casos
103157418	30	Femenino	Alto	9	controles
109610852	30	Femenino	Alto	17	casos
105473846	30	Masculino	Alto	6	controles
104923719	31	Femenino	Alto	17	casos
104418389	31	Femenino	Alto	10	controles
105614606	32	Masculino	Bajo	17	casos
105199384	32	Femenino	Alto	11	casos
104563076	32	Femenino	Alto	10	controles
104156062	32	Masculino	Bajo	10	controles
104884762	32	Masculino	Bajo	9	controles
151717692	32	Masculino	Bajo	14	casos
105169692	33	Femenino	Bajo	8	controles
10570465	33	Masculino	Bajo	13	casos
301979033	33	Masculino	Alto	10	controles
102250362	33	Femenino	Alto	10	controles
106314388	33	Femenino	Bajo	13	casos
104885892	33	Femenino	Bajo	12	casos
1104272909	34	Masculino	Bajo	12	casos
302100965	34	Femenino	Alto	11	casos
103868410	34	Masculino	Alto	9	controles
103364485	34	Femenino	Bajo	6	controles
104534250	35	Masculino	Bajo	18	casos
104958715	35	Femenino	Bajo	17	casos
302948856	35	Femenino	Alto	13	casos
302044094	35	Femenino	Bajo	15	casos
103711321	35	Femenino	Bajo	13	casos
102745122	35	Femenino	Alto	10	controles
10480527	35	Femenino	Bajo	10	controles
104277421	35	Femenino	Bajo	6	controles
103653176	35	Masculino	Alto	9	controles
100874361	35	Masculino	Alto	15	casos
704178441	35	Masculino	Alto	9	controles
1310985120	35	Femenino	Alto	9	controles
101635167	36	Femenino	Alto	12	casos
8170824406	36	Masculino	Alto	19	casos
102745845	36	Femenino	Bajo	10	controles
104559760	36	Femenino	Bajo	10	controles
1103866545	36	Masculino	Alto	10	controles
104087921	36	Femenino	Alto	6	controles
104636220	36	Femenino	Bajo	14	casos
105015994	36	Femenino	Bajo	11	casos

1003022744	37	Femenino	Alto	8	controles
301483558	37	Masculino	Bajo	10	controles
106434509	37	Femenino	Bajo	14	casos
105922793	37	Femenino	Bajo	12	casos
104145727	37	Femenino	Bajo	10	controles
103393487	37	Masculino	Alto	12	casos
104092044	37	Masculino	Alto	13	casos
105295620	37	Femenino	Bajo	13	casos
108083875	37	Femenino	Alto	12	casos
105486864	37	Femenino	Bajo	13	casos
103043493	37	Femenino	Bajo	7	controles
103741153	37	Femenino	Bajo	9	controles
104085956	37	Masculino	Bajo	9	controles
103413530	37	Femenino	Bajo	8	controles
106559123	38	Femenino	Alto	14	casos
104268214	38	Femenino	Alto	14	casos
102675394	38	Masculino	Bajo	10	controles
103475497	38	Femenino	Alto	10	controles
103475497	38	Femenino	Alto	10	controles
104220926	38	Masculino	Bajo	13	casos
104305479	38	Femenino	Bajo	14	casos
104275177	38	Femenino	Bajo	18	casos
301540175	38	Femenino	Alto	10	controles
301603890	38	Femenino	Alto	10	controles
102548815	39	Femenino	Bajo	10	controles
105137699	39	Femenino	Alto	15	casos
104096615	39	Femenino	Alto	13	casos
102803590	39	Femenino	Bajo	10	controles
1103531412	39	Femenino	Bajo	13	casos
301069027	39	Masculino	Alto	14	casos
100967652	39	Masculino	Bajo	10	controles
103413506	39	Femenino	Alto	11	casos
103324901	39	Masculino	Bajo	12	casos
104738364	39	Masculino	Alto	8	controles
102480100	39	Femenino	Bajo	10	controles
102643145	39	Femenino	Alto	10	controles
301580015	40	Femenino	Bajo	10	controles
101347565	40	Femenino	Bajo	7	controles
105670210	40	Masculino	Bajo	11	casos
105208185	40	Masculino	Alto	17	casos
1803211166	40	Masculino	Alto	14	casos
103541058	40	Femenino	Alto	11	casos
102288727	40	Masculino	Alto	10	controles

103479705	40	Masculino	Alto	7	controles
703036103	40	Masculino	Bajo	6	controles
102666880	40	Femenino	Bajo	14	casos
103320644	41	Masculino	Bajo	10	controles
103151361	41	Masculino	Bajo	18	casos
102816956	42	Femenino	Alto	8	controles
103328407	42	Masculino	Bajo	14	casos
103486437	42	Femenino	Alto	10	controles
301211043	42	Femenino	Bajo	13	casos
102079191	42	Femenino	Bajo	14	casos
103391850	42	Femenino	Bajo	13	casos
702657628	42	Femenino	Alto	10	controles
102629669	42	Masculino	Bajo	10	controles
104835640	43	Femenino	Alto	10	controles
102150083	43	Masculino	Bajo	8	controles
102606785	43	Masculino	Alto	10	controles
102792124	43	Femenino	Bajo	12	casos
706963923	43	Femenino	Bajo	14	casos
105708226	43	Masculino	Bajo	14	casos
101260131	43	Masculino	Alto	12	casos
103841482	43	Masculino	Bajo	10	controles
1203838683	43	Femenino	Bajo	7	controles
151474087	43	Femenino	Alto	7	controles
103192183	43	Femenino	Bajo	12	casos
103275269	43	Masculino	Alto	16	casos
102422722	44	Masculino	Alto	8	controles
102305463	44	Femenino	Bajo	12	casos
103423265	44	Femenino	Alto	13	casos
103342861	44	Masculino	Bajo	16	casos
102378189	44	Femenino	Bajo	10	controles
602323867	44	Femenino	Bajo	8	controles

Anexo 2. Ficha de encuesta del proyecto Barreras

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

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

Edad: _____ AÑOS Ocupación: _____ PARROQUIA: _____

OPCIONAL

Ingreso mensual familiar aproximado: _____

(¿Cuántos 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 	<p>Valor: 1 si ninguno o el más el ítem a está marcado</p>
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 ir a un dentista pronto c. Ya se realizó un chequeo en el próximo año d. No cree que necesite ningún tratamiento por lo que no está pensando ir a un dentista ahora e. Ya pasó al dentista 	<p>Valor: 1 si el ítem b o d están marcados</p>
3. Si pierde una raíz en un diente posterior y no lo desea:		
	<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 fuera a un dentista por esta razón 	<p>Valor: 1 si el ítem b o c están marcados</p>
4. Por lo general, hace una cita para visitar a un dentista:		
	<ul style="list-style-type: none"> a. Cuando el dentista le recuerda b. Al final de la última cita c. Cuando piensa que es tiempo de ir a otro chequeo d. Únicamente cuando piensa que está algo malo en sus dientes 	<p>Valor: 1 si el ítem d está marcado</p>
5. Si sus uñas sangran pero estas no le duelen:		
	<ul style="list-style-type: none"> a. No es un problema, no va 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 	<p>Valor: 1 si los ítems a o c están marcados</p>
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 dental 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 	<p>Valor: 1 si los ítems a, b o d están marcados</p>
7. Si tuviera un diente muy doloroso:		
	<ul style="list-style-type: none"> a. Preferiría que lo saquen b. Preferiría dejarlo sin tratamiento c. Preferiría realizar una restauración 	<p>Valor: 1 si los ítems a o b están marcados</p>
8. Ud diría que la razón principal para no ir a un dentista sería:		
	<ul style="list-style-type: none"> a. Porque pienso que el tratamiento es doloroso b. Porque toma demasiado tiempo ir al dentista c. Porque siento 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. Porque las citas, asiste al dentista regularmente 	<p>Valor: 1 si los ítems b, d o f están marcados</p> <p>Si el ítem c está marcado no es un puntaje de indiferencia dental</p>

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

Firma _____

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

NEGLEGENCIA DENTAL					
Califique del 1 al 5 si está de acuerdo con esta frase :	Definitivamente no			Definitivamente sí	
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	ANSIEDAD
15. ¿Usted se auto medica? SI () NO ()	24. Comienza a ponerse nervioso/a cuando el Odontólogo le invita a sentarme en la silla 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	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 ()
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	26. Cuando va en camino al consultorio piensa que el odontologo no le va a explicar lo que hay en sus dientes SI () NO ()
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	27. Quiere irse del consultorio cuando piensa que el Odontólogo no le va a explicar lo que hay en sus dientes SI () NO ()
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	28. En el momento en que el Odontólogo alista la jeringa con la inyección de anestesia, cierra los ojos fuertemente. SI () NO ()
20. ¿Dónde adquirió el medicamento: a) Farmacia c) Bodega b) Botica d) Establecimiento de salud	29. En la sala de espera suda y tiembla cuando piensa que es su turno de pasar a la consulta SI () NO ()
21. ¿Qué tipos de medicamentos consume mayormente sin prescripción médica? a) Antiinflamatorios d) Ansiolíticos b) Antibiótico e) Otros c) Analgésicos	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 ()
22. ¿En qué forma farmacéutica consume los medicamentos sin prescripción médica? a) Pastillas d) Intramuscular b) Jarabe e) Endovenosa c) Suspensión	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 ()
23. ¿Cuál es el medio de comunicación que influye en su automedicación? a) Televisión d) Afiches b) Slogan e) Radio c) Paneles	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	

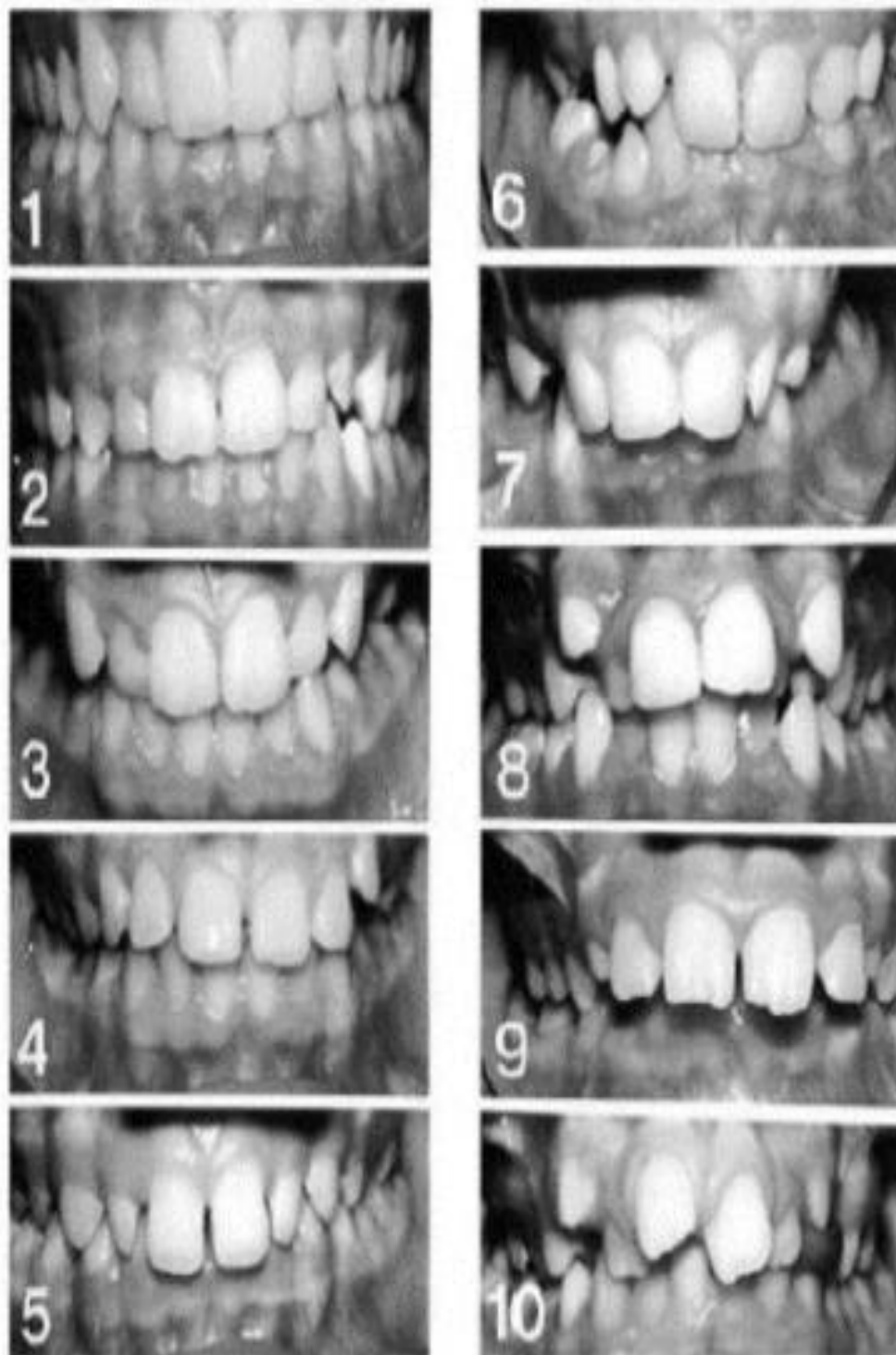
RELACION PROFESIONAL/PACIENTE	
Poco =1 Lo justo = 2 BUENO=3 Muy Bueno =4 Excelente =5	
45. Le hace sentir cómodo:	1 2 3 4 5
46. Le trata con respeto:	1 2 3 4 5
47. Muestra interés en sus ideas acerca de su salud dental:	1 2 3 4 5
48. Entiende sus preocupaciones principales:	1 2 3 4 5
49. Le presta atención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

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

AUTOPERCEPCIÓN			
En los últimos 6 meses. Los dientes cariados te han causado dificultad para:			
Nº		Afectados Si/No	Severidad
69	Comer alimentos (comidas, helados)	Si → No	1 2 3
70	Hablar claramente	Si → No	1 2 3
71	Lavarse los dientes	Si → No	1 2 3
72	Descansar (incluyendo dormir)	Si → No	1 2 3
73	Mantener un buen estado de 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 medicas 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



Anexo 3. Cálculo en el programa EPI INFO de Odds Ratio

Estimador basado en el riesgo* e Intervalos de confianza al 95%
No válido para estudios de casos-control

Cálculos de puntos		Límites de confianza	
Tipo	Valor	Inferior, Superior	Tipo
Riesgo en Expuestos	47.66%	39.2, 56.25	Series de Taylor
Riesgo en NoExpuestos	51.92%	44.13, 59.62	Series de Taylor
Riesgo Total	50%	44.22, 55.78	Series de Taylor
Razón de Riesgo	0.9178	0.7248, 1.162 ¹	Series de Taylor
Diferencia de Riesgo	-4.267%	-15.94, 7.409 ^o	Series de Taylor
Fracción prevenible pob.(fpp)	3.704%	-7.181, 12.58	
Fracción prevenible en expuestos (fpe)	8.218%	-16.23, 27.52	

Cálculos basados en Odds y Límites de Confianza

Cálculos de puntos		Límites de confianza	
Tipo	Valor	Inferior, Superior	Tipo
Odds Ratio CMLE*	0.8435	0.527, 1.348 ¹ 0.5139, 1.383 ¹	Mid-P exacto de Fisher Series de Taylor
Odds Ratio	0.843	0.528, 1.346 ¹	
Fracción prevenible pob.(ORFpp)	7.407%	-17.36, 23.54	
Fracción prevenible en expuestos (ORFPe)	15.7%	-34.6, 47.2	