



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**“FRECUENCIA DE LA NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL EN
ADULTOS DE 45 A 64 AÑOS, DE LA PARROQUIA SAN JOAQUIN
CUENCA-ECUADOR AGOSTO 2017-ABRIL 2018”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO**

Autora: Cangas Peso Jessica Tamara

Directora: León Castro Priscila Alexandra. Od. Esp.

Cuenca

2018

DECLARACIÓN

Yo, **Jessica Tamara Cangas Peso**, con cédula de identidad 0105071724 declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado la totalidad de las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento; y eximo expresamente a la UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

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

Jessica Tamara Cangas Peso

C.I.: 0105071724

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“FRECUENCIA DE LA NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL EN ADULTOS DE 45 A 64 AÑOS, DE LA PARROQUIA SAN JOAQUIN CUENCA-ECUADOR AGOSTO 2017-ABRIL 2018”** realizado por **JESSICA TAMARA CANGAS PESO**, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que está expedito para su presentación.

Cuenca, julio de 2018.

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó

DPTO. DE INVESTIGACIÓN ODONTOLOGÍA

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Dra. Liliana Encalada Verdugo

COORDINADORA DEL DPTO. DE TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“FRECUENCIA DE LA NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL EN ADULTOS DE 45 A 64 AÑOS, DE LA PARROQUIA SAN JOAQUIN CUENCA-ECUADOR AGOSTO 2017-ABRIL 2018”**; realizado por **JESSICA TAMARA CANGAS PESO**, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que está expedito para su sustentación.

Cuenca, julio de 2018.

.....

León Castro Priscila Alexandra. Od. Esp.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo especialmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional, que me ha dado la fortaleza para continuar cuando he estado a punto de caer; por ello con toda la humildad que mi corazón puede emanar, dedico este trabajo al creador de todas las cosas.

A mi madre hermosa Marlene, que ha sido el pilar fundamental e importante, la que siempre estado ahí para mí, demostrándome su cariño y su apoyo incondicional, la que ha sabido formarme con buenos sentimientos, y valores, permitiéndome salir adelante en los momentos más difíciles.

A mi padre hermoso Remigio que a pesar de nuestras diferentes opiniones ha sido la fuerza, la entereza que me ha permitido seguir de pie.

A mis hermanos Wilson y Valeria quienes con su paciencia y comprensión han sabido dar fuerzas para seguir adelante.

A mi tía Eliana, a quien quiero como una madre, por compartir momentos significativos conmigo y por siempre estar dispuesta a escucharme y ayudarme en cualquier momento.

A mis compañeros, Aracely, Poly, Olger, Patty, Guada, Andrés, y Andrea porque sin el equipo que formamos no habiéramos logrado esta meta.

Jessica Cangas

EPÍGRAFE

“No inventes, no engañes, no robes ni bebas; pero si inventas, invéntate un mundo mejor; si engañas, engáñale a la muerte; si robas, róbate un corazón y si bebas, bébete los mejores momentos de tu vida.”

Hitch

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar los obstáculos a lo largo de toda la vida.

A mi madre, un ser ejemplar que me ha enseñado a no rendirme y siempre perseverar a través de sus buenos consejos. A mi padre, por su apoyo incondicional y sobre todo su paciencia y fe en mí. A mi tía Eliana, por siempre estar alimentándome y compartiendo cada momento de felicidad.

A mi gran amiga Aracely, que con su gran calidad humana me ha demostrado su lealtad y su amistad. por acompañarme durante todo este arduo camino y compartir conmigo alegrías, fracasos y lo hicimos logramos nuestro objetivo con mucho esfuerzo, a mi mejor amiga Daysi, por confiar en mí, siempre ayudarme, brindarme su mano amiga, su hombro en los momentos más difíciles, y demostrarme que siempre poder contar con ella. A mi Poly querida, que a pesar del poco tiempo que le conozco, ha sido incondicional, compañera de muchas batallas, sin duda de ti tengo los mejores recuerdos.

A la Dra. Priscila León Castro, tutora de tesis, por su valiosa guía y asesoramiento a la realización de la misma.

Finalmente, a todos mis maestros, quien han inculcado en mis sus vastos conocimientos, sin escatimar esfuerzo alguno supieron guiarme, orientarme para la consecución de mi nueva meta.

Jessica Cangas

LISTA DE ABREVIATURAS

E.G.B.: Educación General Básica.

LOEI: Ley Orgánica de Educación Intercultural.

DNS: Escala de Negligencia Dental.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ÍNDICE

RESUMEN.....	11
ABSTRACT	12
INTRODUCCIÓN.....	13
CAPÍTULO I.....	14
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	14
1. Planteamiento de la investigación.....	15
2. Justificación	15
3. Objetivos.....	16
3.1. Objetivo general.....	16
3.2. Objetivos específicos	16
4. Marco teórico	18
4.1. Bases teóricas	18
4.1.a. Los dientes	18
4.1.a.1. Características de los dientes	18
4.1.a.2. Enfermedades dentales	19
4.1.a.3. Cuidados dentales	20
4.1.b. Negligencia	22
4.1.b.1. Negligencia al cuidado dental	24
4.1.b.2. Reconocer la negligencia al cuidado dental	25
4.1.c. Sistema educativo ecuatoriano	26
4.2. Antecedentes.....	28
CAPÍTULO II.....	32
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	32
1. Marco metodológico.....	33
2. Población y muestra	33
2.1. Criterios de selección.....	33
2.1.a. Criterios de inclusión.....	33
2.1.b. Criterios de exclusión.....	33
3. Operacionalización de variables	34
4. Instrumentos, materiales y recursos para la recolección de datos	34
4.1. Instrumentos documentales	34
4.2. Instrumentos mecánicos	35
4.3. Materiales	35

4.4. Recursos	35
5. Procedimiento para la toma de datos.....	35
5.1. Ubicación espacial	35
5.2. Ubicación temporal	35
5.3. Procedimiento de la toma de datos.....	35
6. Procedimiento para el análisis de datos.....	36
7. Aspectos bioéticos	36
CAPÍTULO III.....	37
RESULTADOS, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES	37
1. RESULTADOS	38
2. DISCUSIÓN.....	43
3. CONCLUSIONES	45
BIBLIOGRAFÍA.....	46
ANEXOS.....	51
Anexo 1. Ficha de investigación	52
Anexo 2. Consentimiento informado	58

Índice de tablas

Tabla 1. Distribución de la muestra por sexo y edad.....	39
Tabla 2. Prevalencia de negligencia	40
Tabla 3. Prevalencia de negligencia según sexo	41
Tabla 4. Prevalencia de negligencia según edad.....	42
Tabla 5. Prevalencia de negligencia según instrucción.....	43

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la frecuencia de la negligencia al cuidado dental en adultos de 45 a 64 años, de la parroquia San Joaquín Cuenca-Ecuador, Agosto 2017-Abril 2018.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio descriptivo, retrospectivo en la parroquia San Joaquín. La muestra estuvo constituida por 382 personas bajo el criterio de conveniencia. Se utilizó una ficha para la recolección de datos, la cual constan de 6 partes: la primera que incluye los datos generales de la persona, la segunda sobre la indiferencia dental según la encuesta de Nuttall, la tercera es acerca de la negligencia según Thompson, la cuarta sobre la automedicación según Andrea Cohni, la quinta incluye ansiedad según Corah y la sexta sobre la autopercepción de la persona. Los datos recolectados fueron registrados en el programa de libre acceso EPI INFO versión 7.2.

RESULTADOS: Existe un 53% de mujeres con negligencia al cuidado dental y un 47% de hombres con la misma condición. La media de edad se estableció en 53 años para el contexto grupal. La medida de asociación Chi Cuadrado dio como resultado que no existe una relación entre negligencia e instrucción ni edad, sin embargo, respecto a sexo su correlación es significativa (0,007).

CONCLUSIONES: la frecuencia de la negligencia al cuidado dental en adultos de 45 a 64 años, de la parroquia San Joaquín es del 80%, siendo un 20% los individuos que no son negligentes.

PALABRAS CLAVE: Negligencia al cuidado dental, salud dental, factor de riesgo, nivel de instrucción.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the frequency of neglect of dental care in adults aged 45 to 64 years, from the San Joaquín Cuenca-Ecuador parish, August 2017-April 2018.

MATERIALS AND METHODS: A descriptive, retrospective study was carried out in the San Joaquín parish. The sample consisted of 382 people under the criterion of convenience. A file was used to collect data, which consists of 6 parts: the first one that includes the general data of the person, the second on the dental indifference according to the Nuttall survey, the third is about the negligence according to Thompson, the fourth on self-medication according to Andrea Cohni, the fifth includes anxiety according to Corah and the sixth on self-perception of the person. The data collected was recorded in the free access program EPI INFO version 7.2.

RESULTS: According to the analysis performed, there is a 53% of women with negligence to dental care and 47% of men with the same condition. The mean age identified in people with negligence to dental care was established 53 years for the group context. The measure of association calculated with Chi Square showed that there is no relationship between negligence and education nor age, however, with respect to sex, its correlation is significant with 0.007.

CONCLUSIONS: the frequency of neglect of dental care in adults aged 45 to 64 years, of the San Joaquín parish is 80%, with 20% being individuals who are not negligent.

KEY WORDS: Negligence to dental care, dental health, risk factor, level of instruction.

INTRODUCCIÓN

El cuidado de la salud oral es indudablemente importante para el equilibrio integral del ser humano, y en la actualidad su abordaje ha tomado gran importancia, en cuanto se han incrementado los problemas derivados de la desatención de las personas a los cuidados bucodentales, de manera que la Organización Mundial de la Salud explica que nueve de cada diez personas pueden presentar enfermedades bucodentales ⁽¹⁾.

Ante esta realidad se explica, la negligencia dental, obedece a un comportamiento de las personas en el que desestiman su bienestar bucodental, pues no llevan a cabo los cuidados básicos para mantener dientes, encías y cavidad bucal sana, e incluso mantienen otros malos hábitos como los alimenticios, al no llevar una dieta balanceada o el consumo de tabaco y alcohol que empeora su condición.

En relación a ello, en el Ecuador, la atención en salud oral es un tema de gran interés ya que han existido programas direccionados a reforzar conductas saludables, sin embargo, los resultados han sido cuestionables debido al incremento en los indicadores epidemiológicos, sobre todo al destacarse la presencia de caries desde tempranas edades con una prevalencia en niños del 88%, además en edades adultas se ha identificado que entre 5% al 20% presentan periodontitis grave ^(2,3).

Por lo que en la presente investigación se enmarca dentro de un tema de gran interés en salud bucodental a nivel nacional, por tanto, se procura el abordaje de la negligencia al cuidado dental en pacientes entre los 45 a 64 años de la parroquia San Joaquín en el cantón Cuenca a fin de determinar la frecuencia de dicha condición y además se plantea analizarla por género e instrucción, de manera que se pueda identificar si existe una relación entre las variables presentadas para potencialmente contribuir al desarrollo de propuestas en salud dental.

Para ello se planificó el levantamiento de la información y se lo direccionó a la población de la parroquia San Joaquín, quienes previamente firmaron un consentimiento informado para ser parte del estudio. Así se garantizó el acceso a los datos de la fuente directa, permitiendo que el estudio sea un aporte para el desarrollo profesional de los futuros odontólogos y contribuya al conocimiento general sobre la negligencia dental.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Planteamiento de la investigación

Desde una perspectiva amplia, se conoce que la negligencia al cuidado dental ha estado presente en todas las generaciones, siendo una de las principales razones por las que se derivan las patologías bucodentales. En la actualidad, esta sigue siendo una razón fundamental al momento de comprender los problemas presentes en cavidad oral de los pacientes e incluso otras afecciones que se derivan de una desatención en cuidado bucodental.

Es por lo expuesto que se planteó la presente investigación, de manera que se pueda tener un indicador real de la frecuencia de la negligencia al cuidado dental en el cantón Cuenca, en la parroquia San Joaquín, para el planteamiento futuro de programas de intervención y salud que permitan eliminar esta barrera en las personas que la presentan, mejorando finalmente su calidad de vida.

Así, el planteamiento de este estudio, se deriva del macro estudio de barreras para acceder a los servicios odontológicos en la ciudad de Cuenca, el cual se encuentra a cargo del departamento de investigación de la carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca ⁽⁴⁾.

Por lo tanto, el problema de investigación es ¿Cuál es la frecuencia de negligencia al cuidado dental en adultos de 45 a 64 años de la parroquia San Joaquín de la Ciudad de Cuenca?

2. Justificación

La presente investigación se enfoca en determinar la frecuencia de negligencia al cuidado dental en adultos de 45 a 64 años de la parroquia San Joaquín de la ciudad de Cuenca, el cual se encuentra debidamente direccionado y viabilizado por medio de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca, con la dirección de la carrera de Odontología y con el departamento de investigación de la misma.

Dicho tema que se caracteriza por su relevancia humana en cuanto, permitirá identificar la magnitud de la problemática en un grupo etario determinado, en el que se presentan las consecuencias de una mala salud bucodental acarreada durante años atrás, de manera que se pueda dimensionar la importancia de la educación en salud dental desde edades

tempranas con enfoque de prevención y se pueda medir la necesidad de atención de las personas entre los 45 a 64 años para mejorar sus condiciones actuales.

Desde el aspecto científico, la relevancia se comprende en el aporte de los resultados obtenidos a los indicadores nacionales y locales referidos a la negligencia al cuidado dental, además el presente estudio se constituye en un referente para otras investigaciones en años venideros de manera que se puedan construir reportes de seguimiento para medir el avance o disminución de la condición estudiada en la población.

Por otra parte, la relevancia social radica en el diagnóstico de la frecuencia, es decir al conocer el indicador final se tiene un referente de cómo la población local se encuentra afectada por la negligencia al cuidado dental, dichos datos aportan a la planificación en salud para re direccionar los esfuerzos hacia los grupos sociales vulnerables, pudiendo ser hombres, mujeres, con características específicas como por ejemplo niveles formativos bajos.

Finalmente, desde una perspectiva personal, el tema de investigación permite identificar la realidad local de la presencia de negligencia al cuidado dental en un grupo etario entre 45 a 64 años, lo que para los futuros odontólogos se constituye en un referente para el ejercicio de la profesión, ya que se conoce el predominio de ciertas condiciones como la edad, sexo y nivel de instrucción que deben ser considerados al momento del abordaje del paciente y durante el tratamiento del mismo.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

- Determinar la frecuencia de la negligencia al cuidado dental en adultos de 45 a 64 años, de la parroquia San Joaquín Cuenca-Ecuador, Agosto 2017-Abril 2018.

3.2. Objetivos específicos

- Analizar la negligencia al cuidado dental según el sexo, en adultos de 45 a 64 años, de la parroquia San Joaquín Cuenca-Ecuador, Agosto 2017-Abril 2018.
- Identificar la negligencia al cuidado dental según la edad, en adultos de 45 a 64 años, de la parroquia San Joaquín Cuenca-Ecuador, Agosto 2017-Abril 2018.

- Identificar la negligencia al cuidado dental según el nivel de instrucción, en adultos de 45 a 64 años, de la parroquia San Joaquín Cuenca-Ecuador, Agosto 2017-Abril 2018.

4. Marco teórico

4.1. Bases teóricas

4.1.a. Los dientes

Es preciso iniciar el planteamiento teórico considerando la definición de los dientes, que deriva del “latín dens , dentis” y del griego “odont”, considerado como un órgano de consistencia dura y de color blanco, en cuanto el tema planteado abarca su cuidado y salud como eje central en la consideración de equilibrio del ser humano a nivel de salud integral, situación que se ve afectada por la negligencia con la que un individuo procede respecto al cuidado dental. Los dientes son entonces, son aquellos órganos duros y blancos, que se encuentran en los alveolos dentales en el maxilar y la mandíbula e intervienen directamente con la digestión y masticación ^(4 5).

Por otra parte, la dentadura se conforma por un conjunto de piezas dentales dispuestas en la mandíbula inferior y superior, las cuales permiten la masticación como pase del proceso de alimentación o ingesta. La dentadura se caracteriza por cuanto en la etapa infantil o niñez, el individuo posee 20 piezas dentales conocidos como de leche y los cuales, a medida que se presenta el desarrollo, cambian para finalmente contabilizar 32 piezas permanentes ⁽⁶⁾.

4.1.a.1. Características de los dientes

Los dientes se caracterizan por dos tipologías como se mencionó, los temporales que se ubican de diez en diez en las arcadas superior e inferior respectivamente (cuatro incisivos, dos caninos y cuatro molares), por su parte los dientes permanentes con treinta y dos piezas se ubican dieciséis arriba y abajo de forma respectiva (cuatro incisivos, dos caninos, cuatro premolares y seis molares) ⁽⁶⁾.

Otras características a considerar respecto a los dientes son:

- Color: el cual es definido conforme el tono de la dentina (color amarillento), los dientes además poseen una capa incolora denominada esmalte ⁽⁷⁾.
- Dureza: los dientes son estructuras duras, que pueden tolerar los compuestos químicos y bacterianos que se derivan e implican en el proceso de masticación el cual además involucra saliva ⁽⁷⁾.

Es por ello que la importancia del cuidado dental es un aspecto fundamental para la salud, en cuanto los dientes y la boca contribuyen a una de las funciones vitales conocida como nutrición, además permiten que las personas se expresen oralmente y son un componente esencial en las consideraciones estéticas, por lo que una mala salud dental deriva en consecuencias negativas para el ser humano. Es así como se comprende la necesidad de mantener adecuados hábitos que permitan un equilibrio en la salud dental, como una alimentación sana, higiene adecuada, cuidados y controles odontológicos periódicos de manera que se logren prevenir patologías futuras ⁽⁸⁾.

4.1.a.2. Enfermedades dentales

En relación a las enfermedades dentales existen diferentes afecciones, sin embargo, conforme los fines de la presente investigación se exponen las más relevantes.

- **Caries:** esta se produce por la presencia de determinadas bacterias que se encuentran en la boca, se trata de un proceso crónico que sucede en la estructura de los dientes derivado a la variación entre la sustancia dental y el fluido de placa circundante, lo que ocasiona la pérdida de minerales en la superficie del diente, que finalmente se evidencia con la destrucción localizada de tejidos duros. Esta enfermedad se presenta por varios factores cuyo punto en común es la presencia del huésped, microflora y sustrato, a los cuales se suma la temporalidad ⁽⁹⁾.

Así, con mayor frecuencia es posible diagnosticar caries de corona, tanto en la niñez como en la adultez. Esta suele presentarse en la superficie de masticación o entre las piezas dentales. En cuanto a la caries radicular, esta se presenta en la raíz del diente, generalmente en edades adultas cuando queda descubierta debido a la presencia de patologías a nivel periodontal. La caries recurrente o secundaria es la que aparece debajo de obturaciones previas, es decir por infiltración o por debajo de una corona la cual corresponde a una protección artificial colocada en un diente debilitado ya sea por la misma caries, fractura o lesión en la pulpa, causas que impiden ejecutar su función. De manera que la caries recurrente puede ser nueva o por residuos de un proceso anterior ⁽⁹⁾.

Por otra parte, cabe mencionar que se ha estimado que el 100% de personas adultas en el mundo ha presentado o presenta caries ⁽¹⁾.

- Enfermedad periodontal: la cual se deriva de la acumulación de placa asentada en las piezas dentarias, causando afecciones a nivel del tejido gingival, así como de tejidos contiguos. La enfermedad periodontal se caracteriza por la encía inflamada, enrojecida e incluso sangrado de la misma, y en casos más severos puede causar recesión gingival, pérdida ósea e incluso dentaria ⁽⁹⁾.
- Edentulismo: este se caracteriza por la pérdida de piezas dentales ya sea parcialmente o en su totalidad, debido a caries, periodontitis u otra afectación de orden traumático que puede presentarse en cualquier edad afectando el habla (pronunciación) el proceso de masticado y evidentemente el aspecto estético ⁽⁹⁾.
- Fluorosis: esta afectación se evidencia en el esmalte en cuanto aparecen marcas blanquecinas opacas que cambian a color café e incluso se observa un rompimiento del esmalte. Esto se debe a la excesiva exposición al flúor cuando los dientes están en período de formación. La edad con mayor prevalencia de fluorosis oscila entre los doce a quince años. Se asocia con el consumo de bebidas con gran concentración de sales de flúor o con gran cantidad de minerales ⁽⁹⁾.

Estas enfermedades expuestas son las de mayor aparición en todas las edades, por lo que es necesario el cuidado dental durante todas las etapas del desarrollo del ser humano, de forma que se logren evitar complicaciones con el paso de los años no solo a nivel bucodental si no en el equilibrio de la salud integral.

4.1.a.3. Cuidados dentales

Los cuidados dentales son relativos a las acciones que una persona realiza para mantener una adecuada salud bucodental, por lo general son abordados como recomendaciones de los profesionales y son justamente los parámetros que se descuidan y dan paso a la negligencia dental ⁽¹⁰⁾, estos son:

a) Aseo dental

El aseo dental comprende el cepillado con pasta y flúor, que como norma mínima se ha establecido en tres ocasiones por día, además se recomienda el uso de hilo dental el cual permite la remoción de flora bacteriana y restos de comida que se acumula entre los dientes. También se hace referencia al uso del enjuague bucal, el cual complementa la limpieza de los dientes y mantiene la cavidad bucal higienizada. De esta forma, el

aseo dental permite proteger a los dientes de las caries y se previene la aparición de problemas en las encías ⁽¹⁰⁾. Por otra parte, el aseo dental se recomienda en todas las edades como una medida de prevención y de higiene.

b) Alimentación saludable

La ingesta de alimentos repercute en la salud dental, por lo que es indispensable llevar una dieta equilibrada que contribuya a mantener la salud general y que ayude a la prevención de enfermedades de los dientes, en tanto la ingesta correcta de nutrientes conforme la edad, favorece a que se estructuren los tejidos adecuadamente permitiendo, por ejemplo, en la niñez que los dientes se formen lo suficientemente resistentes a factores patógenos ⁽¹¹⁾.

Por otra parte, respecto al consumo de alimentos, la ingesta entre comidas de productos con características cariogénicas, producen un cambio en el pH, repercutiendo en la pérdida de minerales que componen el esmalte. Estos productos por lo general son aquellos con altos contenidos de azúcares, y almidones que incrementan la proliferación de bacterias ⁽¹¹⁾.

c) Atención odontológica

La atención con el odontólogo se constituye como necesaria debido a que un control regular permite determinar la presencia de cualquier afección dental de manera oportuna para la prevención de complicaciones. Así, existen tres momentos en la prevención en las que el profesional puede actuar cuando el control dental se presenta, estos son:

- **Primario:** momento en el cual es posible llevar a cabo acciones de prevención para que no se produzcan afecciones bucodentales. Esta prevención se presenta cuando el paciente no posee ninguna enfermedad ⁽¹²⁾.
- **Secundario:** a esta instancia se llega por no existir una intervención primaria o no se ha cumplido a cabalidad por lo que ya se presentan patologías, pero al ser detectadas a tiempo pueden ser tratadas y sanadas, de manera que se evitan futuras complicaciones. En términos generales esta etapa controla la afección ⁽¹²⁾.

- Terciario: en este instante es evidente el fallo de los momentos anteriores por no cumplirse con las medidas o por no poder realizarlas oportunamente. Aquí la enfermedad presenta un gran avance y se requiere tratar para evitar que empeore o afecte radicalmente a la cavidad bucal ⁽¹²⁾.

Por lo expuesto, se comprende la importancia de mantener un adecuado cuidado dental comprendido en una oportuna y adecuada higiene, alimentación equilibrada y visita al odontólogo (dos veces por año), así se logrará controlar la salud bucodental y prevenir problemas con dientes o encías.

4.1.b. Negligencia

Para poder definir la negligencia dental, se precisa conceptualizar al comportamiento en sí, por lo que se entiende que negligencia es un proceder caracterizado por la ausencia de cuidados y atención en relación a una necesidad de orden físico o psicológico que pueda provocar un detrimento en la salud del individuo ⁽¹³⁾.

Este comportamiento se caracteriza por ser de conocimiento de la persona, es decir por tener consciencia de su proceder, pero también puede darse por falta de comprensión al respecto, por lo que se habla de una forma inconsciente. La negligencia se instituye como una condición de la sociedad que se ha mantenido con el paso de los años, es decir que trasciende las generaciones y ha evolucionado conforme la cultura ⁽¹³⁾.

Al respecto un comportamiento negligente se presenta de manera distinta en los grupos poblacionales, por ejemplo, de acuerdo con el sexo, se ha identificado que las mujeres son más proclives a presentar dicha condición pues, conforme las investigaciones sociales, el género femenino concibe la salud de manera diferente al masculino, esto se explica por las diferentes costumbres y creencias bajo las cuales han sido históricamente criadas. Así las mujeres relacionan la salud con el equilibrio y bienestar general del organismo, es decir que se trata de la inexistencia de cualquier molestia que pueda afectarlas, mientras que los hombres asocian a la salud con la fortaleza, vigorosidad, energía y capacidad física ⁽¹⁴⁾.

Es por lo expuesto, que se comprende el predominio de mujeres con descuido o negligencia respecto a su salud, ya que socialmente, su bienestar, se ha relegado, es decir ha carecido de importancia. Esta situación se ha venido abordando en las campañas de salud, con avances notorios, sin embargo, aún existen indicadores elevados del género femenino que en determinadas patologías es elevado respecto a la negligencia ⁽¹⁵⁾.

Por otra parte, otra variable de interés para el presente estudio, expone la negligencia en relación con la edad. Así diversas investigaciones han demostrado que los grupos etarios de mayor vulnerabilidad ante problemas de salud son los niños y adultos mayores, pero tampoco quedan en segundo plano los adolescentes por recientes patologías sobre todo referidas a salud sexual y reproductiva ⁽¹⁶⁾.

De manera general, toda la población sin diferencia etaria, se encuentra expuesta a problemas de salud, unos más que otros dependiendo de la patología, ello se deriva de la adquisición de malos hábitos de vida, pero si se reconocen mayormente a las personas de edades adultas y los niños en la primera infancia ⁽¹⁶⁾.

Ahora bien, considerando el nivel de instrucción, también es importante para el presente estudio, se debe contemplar que esta variable responde a un componente social propio de diversas investigaciones, fundamentalmente en salud. El nivel educativo ha sido ampliamente investigado para determinar su relación con distintas enfermedades, es decir que el interés ha sido identificar si actúa como un factor de riesgo o protección. Así algunos estudios han encontrado que, ante un menor nivel formativo, existe una considerable desmejora en el bienestar del individuo, por el contrario, cuando esta la educación es alta, se incrementa el nivel de conocimiento y discernimiento de la persona, por ende, sus condiciones mejoran ⁽¹⁷⁾.

Pese a la consideración anterior, existen quienes se oponen a su relación, explicando que el nivel educacional no contempla ser una garantía para el bienestar y salud del individuo, más bien le permite mejorar, a través del conocimiento, mejorar su calidad de vida en cuanto discierne aquello que es bueno de lo malo, haciendo que procure alcanzar un equilibrio por medio de la toma de decisiones adecuadas para sí mismo, ósea para su salud, esto se traduce en una interiorización del autocuidado responsable. Dicho de otra forma, el conocimiento aleja la ignorancia, entonces aquel que accede a educación, presenta menores posibilidades de cometer errores ^(18,19).

Ante todas las consideraciones expuestas, se comprende que la negligencia se puede analizar considerando diferentes variables que condicionan las distintas actitudes entre los diferentes grupos poblacionales y varía entre un contexto y otro ⁽¹²⁾, por lo mismo es necesario conceptualizarla en el ámbito de la salud y para los fines de esta investigación desde la perspectiva odontológica.

4.1.b.1. Negligencia al cuidado dental

La negligencia dental se concibe como el desinterés o descuido en relación a la salud bucodental por lo que el individuo, con uso pleno de su consciencia, no accede a atención médica (preventiva o de control) y no cumple con las recomendaciones de higiene, atentando contra su propio equilibrio y bienestar ⁽¹³⁾.

Derivado de ello, se contemplan las potenciales consecuencias que resultan de un comportamiento negligente referido a la salud dental.

- Problemas gingivales, que como se explicó anteriormente, derivan de un mal cepillado o ausencia total del mismo ⁽²⁰⁾.
- Pérdida dental: Al respecto los indicadores de salud dental concluyen que las personas entre los veinte hasta los sesenta y cuatro años presentan pérdidas de piezas dentales, en promedio siete dientes menos, además se estima que, entre los cincuenta a sesenta años, el 10% de estadounidenses ya no posee elementos dentales. En ambos casos por caries o complicaciones con las encías ⁽²⁰⁾.
- Halitosis: O comúnmente conocido como mal aliento, esta condición se presenta en el 65% de personas a nivel mundial debido a una mala higiene, que no retira los residuos alimenticios acumulados entre los dientes, provocando la aparición de bacterias que los descomponen y provocan un mal olor ⁽²⁰⁾.
- Neumonía: Recientes estudios han comprobado que la neumonía se deriva de factores patógenos de la boca que se inhalan y llegan hasta los pulmones ⁽²⁰⁾.
- Diabetes: Esta enfermedad potencia la enfermedad periodontal, pero también se identificó que la mala higiene bucodental aumenta la posibilidad de que una persona sea resistente a la insulina pues incrementa la inflamación ⁽²⁰⁾.
- Afecciones a los riñones: Esto sucede en aquellos individuos con afección periodontal, pues son 4,5 veces más proclives a desarrollar una enfermedad crónica del riñón ⁽²⁰⁾.
- Problemas del corazón: Al respecto aún no existen suficientes estudios para establecer la relación, sin embargo, las complicaciones con las encías se correlacionan con problemas cardiacos por agentes patógenos de la boca ⁽²⁰⁾.

- **Complicaciones durante el embarazo:** Esta condición ha sido ampliamente comprobada, pues se conoce que, si la madre tiene complicaciones dentales, su hijo tiene altas probabilidades de padecer el mismo problema. Inclusive se estudia la mala salud bucodental asociada con el bajo peso al nacer y el parto anticipado ⁽²⁰⁾.
- **Úlcera estomacal:** En los sujetos con problemas periodontales, es más probable que se presenten problemas por la acumulación de la placa, la misma que actúa como un almacén de helicobacter pylori ⁽²⁰⁾.
- **Cáncer:** Se ha comprobado la existencia de una relación significativa entre los problemas periodontales y el edentulismo con el desarrollo de enfermedades cancerígenas, pues la inadecuada salud bucodental tiene estrecha relación con el virus del papiloma humano, el cual se presenta en el 80% de los casos de cáncer oral ⁽²⁰⁾.

Ante lo expuesto, queda claro que una mala salud bucodental deriva en problemas de salud más complejos, siendo aún más importante el prestarles atención a los problemas dentales de forma oportuna y con pleno uso de consciencia sobre ello, pues no solo se trata de mantener una buena imagen personal sino de precautelar el bienestar integral.

4.1.b.2. Reconocer la negligencia al cuidado dental

El que los profesionales de la odontología puedan identificar comportamientos negligentes en la salud dental es fundamental, en cuanto esto permitirá tomar medidas en la intervención que se realice. Así se puede considerar una persona negligente al cuidado dental cuando incumple las citas programadas o si acude solamente ante problemas específicos, los cuales generalmente son avanzados y complicados ^(20,21).

Y es que, en la práctica actual, no se puede hablar de una metodología específica que permita identificar el grado de negligencia de una persona con su salud dental, más solo se puede decir que mientras más despreocupado sea el individuo, mayores serán las afecciones que esta presenta o pueda desarrollar ⁽²⁰⁾. Por lo que el odontólogo debe considerar los aspectos antes citados como son: edad, sexo, nivel de instrucción del paciente, entre otros que pueden dar la pauta para re direccionar el comportamiento del paciente hacia mejores prácticas con su salud bucodental.

4.1.c. Sistema educativo ecuatoriano

El sistema educativo ecuatoriano se encuentra respaldado en la Carta Magna, la cual hace referencia en su artículo sesenta y seis, que la educación es un derecho de las personas y es de absoluta responsabilidad del Estado proveerlo en todos los niveles, garantizando además que en el proceso de acceso a la misma se respeten los derechos de cada ciudadano, por lo que se promueve como igualitaria, no excluyente ⁽²²⁾.

Así los organismos responsables de su direccionamiento son el Ministerio de Educación para la educación general básica y el Consejo de Educación Superior (CES) para los niveles universitarios. Para una mejor comprensión al respecto, se desglosa a detalle cómo se conforma el sistema de educación en Ecuador.

- Instrucción inicial: Esta formación es de carácter no escolarizado, es decir que no se inserta en la formación básica, más se encuentra ligada a ella por medio del currículo de educación en el cual se establecen contenidos que se refuerzan en el siguiente nivel, esto en respuesta a la última disposición del Estado en pro de garantizar una atención integral a los niños entre cero a cinco años que conforman este nivel.

La educación inicial se subdivide en dos niveles, el primero entre cero a tres años y el segundo entre tres a cinco años. Su fin es básicamente desarrollar destrezas de los niños más que lograr la interiorización de contenidos.

- Educación General Básica (EGB): Está ya comprende una instrucción formal obligatoria, la cual se articula en 10 niveles considerados de la siguiente manera: entre el primero a cuarto nivel corresponde a básico elemental; quinto, sexto y séptimo se refiere a básico medio; y octavo, noveno y décimo es básico superior.
- Bachillerato: Este nivel de educación contempla tres niveles cuyo fin es lograr que el educando se articule en la formación superior que le sigue.
- Educación técnica y tecnológica o no universitaria: Comprende entre dos a tres años de estudio con titulaciones legalmente reconocidas en Ecuador, que acreditan al estudiante como un especialista en determinada rama, por lo general su instrucción les compete a los institutos, pero conforme a los últimos ajustes de la matriz productiva del país se han articulado procesos de formación con centros universitarios por la necesidad de contar con personas capacitadas en áreas puntuales.

- Educación de tercer nivel o universitaria: Esta se encuentra a cargo de las universidades debidamente registradas y acreditadas en el país, los años de estudio generalmente son entre cuatro a cinco, dependiendo del tipo de titulación (licenciatura, ingeniería).
- Educación de cuarto nivel o postgrado: Esta comprende la especialización en un área específica, el tiempo de estudio varía conforme el lugar donde se estudie y la rama, pudiendo ir desde los dos años. Aquí se clasifican a los magister y doctorados.

Cabe mencionar que las modalidades de estudio también varían en el sistema educativo pudiendo ser presencial, semipresencial o distancia, las cuales dependen de la institución y los parámetros legales que rigen a las diferentes carreras o niveles de instrucción.

4.2. Antecedentes

En el artículo de revista titulado Disparidades en los aspectos de la calidad de vida relacionada con la salud oral entre los adultos chilenos de Espinoza, Thomson y Arteaga ⁽²³⁾, con una muestra de 3.050 participantes (54,7% mujeres), se identificó que 49.0%, 40.5% y 10.5% habían sido educados a nivel primario, secundario o terciario, respectivamente. De las covariables asociadas significativamente con una peor higiene oral fueron el sexo femenino, la ruralidad y la pobre calidad de vida auto declarada. Los adultos con educación primaria (o menos) tenían más probabilidades que sus compañeros de educación terciaria de informar problemas al hablar, problemas o dolor, incomodidad al comer e interferencia con las actividades de la vida diaria. Aquellos educados solo en el nivel secundario tenían riesgos relativos que eran más bajos que estos, pero aun significativamente diferentes de la categoría de referencia. El número de dientes con caries no tratadas se asoció positivamente con una deficiente higiene oral y el número de dientes remanentes se asoció negativamente con él. Se concluye por tanto que las disparidades socioeconómicas en la calidad de vida relacionadas con la salud oral son evidentes entre los adultos chilenos y permanecen después de ajustar el estado dental.

En 2005, en el artículo de revista Calidad de vida relacionada con la salud oral entre una gran cohorte nacional de 87.134 adultos tailandeses de Yiengprugsawan, Somkotra, Seubsman y Sleigh ⁽²⁴⁾ se aplicó un cuestionario de salud integral los miembros de la cohorte de aprendizaje a distancia reclutados por la Universidad Abierta Sukhothai Thammathirat. Las dimensiones calidad de vida en relación a la salud oral incluidas fueron incomodidad para hablar, tragar, masticar, interacción social y dolor. Como resultados se obtuvo la presencia de incomodidad al masticar (15.8%), la interacción social (12.5%) y el dolor (10.6%) siendo éstos los problemas más comunes. De acuerdo al sexo, fueron las mujeres quienes peores condiciones presentaron para masticar, además registraron conflictos en la interacción social y dolor. Los fumadores tenían una calidad de vida en relación a la salud oral peor en todas las dimensiones. Tener menos de 20 dientes estuvo fuertemente asociado con dificultad para hablar, dificultad para tragar y dificultad para masticar. Se concluye que la salud oral adversa auto informada se correlaciona con la función individual y la calidad de vida. Los resultados generalmente son peores entre las mujeres, los pobres, los fumadores, los bebedores y los que tienen menos de 20 dientes.

En el artículo de revista, de Laplace, Legrá, Fernández, Quiñones, Piña y Castellanos ⁽²⁵⁾ titulado Enfermedades bucales en el adulto mayor, se manifiesta que dicho grupo poblacional está incrementándose notablemente a nivel mundial, por lo que se constituye

en un reto para las autoridades sanitarias y los sistemas de salud pública. Así, en dicho artículo, por medio de una extensa revisión bibliográfica se analizó acerca de las enfermedades bucales que con mayor frecuencia afectan al adulto mayor. Determinándose que los adultos mayores tienen un riesgo mayor de desarrollar enfermedades crónicas de la boca, que incluyen las infecciones (caries, periodontitis), pérdida dentaria, lesiones benignas de la mucosa y cáncer bucal. Otras condiciones que aparecen con mayor frecuencia son la xerostomía (generalmente secundaria a medicaciones) y la candidiasis bucal.

En el artículo titulado Determinantes sociales de la pérdida de dientes, de los autores Gilbert, Duncan, Shelton ⁽²⁶⁾, se usó un diseño de cohorte prospectivo. Las características relevantes de la población se agruparon por predisposición, habilitación y necesidad de variables. El resultado clave fue la pérdida de dientes antes y después de ingresar al sistema de atención dental. Se usaron datos específicos del diente para aumentar el poder de inferencia al relacionar la pérdida de dientes individuales con el nivel de la enfermedad en esos dientes. Las entrevistas en persona y los exámenes clínicos se realizaron al inicio, a los 24 y 48 meses, con entrevistas telefónicas cada 6 meses. Los hallazgos principales indicaron que los afroamericanos y las personas de nivel socioeconómico inferior, informaron sobre nuevos síntomas dentales, pero tenían menos probabilidades de obtener atención dental. Cuando recibieron atención, tenían más probabilidades de experimentar pérdida de dientes y menos probabilidades de informar que los dentistas habían discutido tratamientos alternativos con ellos. En la primera etapa del análisis, las diferencias en la gravedad de la enfermedad y los nuevos síntomas explicaron las disparidades de pérdida de dientes.

Para Joya y Quintero ⁽²⁷⁾ en el artículo de revista titulado Caracterización de la salud bucal de las personas mayores de 65 años de la ciudad de Manizales, investigación de tipo descriptivo realizado en 318 adultos seleccionados aleatoriamente en el cual se incluyeron variables sociodemográficas, afiliación al sistema de salud local y valoración de la atención médica mediante el índice de Helkimo, el estado de salud periodontal mediante los índices ESI y CPITN; además la higiene oral a través del índice de O'Leary y la valoración de los tejidos duros por medio de COP-D y radicular. Los resultados obtenidos indican un promedio de edad de la población fue de 74 años con predominio del sexo femenino. El 40% de la población reportó signos y síntomas para el índice de Helkimo, el clicking fue el ruido articular predominante. El ESI total aplicado fue de 66,7-4,5; y según el CPITN, el 95% de la población evaluada requería algún tipo de tratamiento periodontal. El promedio de COP-D fue de 23 y el índice radicular de 17,5%. El 87% de la población evidenció

edentulismo parcial o total y el 60,5% necesidad de prótesis; 31% presentó lesiones de tejidos blandos como úlcera traumática, aumento tisular por prótesis y estomatitis subprotésica. De manera que se concluyó que la salud bucal del adulto mayor revela el escaso cuidado de la misma a lo largo de la vida de esta población.

En la obra de Kumar ⁽²⁸⁾ titulada *Dental neglect a review* se expone que la salud oral es fundamental para la salud general y el bienestar. Una boca sana permite a un individuo hablar, comer y socializar sin experimentar una enfermedad activa, incomodidad o vergüenza. Además, se recalca que la enfermedad oral es una de las enfermedades más costosas relacionadas con la dieta y el estilo de vida. El costo de tratar la caries dental por sí solo podría agotar fácilmente el presupuesto total de atención de la salud de un país para los niños. Sin embargo, el costo de la negligencia también es alto en términos de sus impactos financieros, sociales y personales. Por lo que el autor corrobora lo expuesto por la Organización Mundial de la Salud en su declaración respecto a que la negligencia debe distinguirse de las circunstancias de la pobreza, lo que implica que ésta solo deberá ocurrir en casos donde sea razonable por la falta de recursos disponibles. El autor sugiere además que existe una gran incertidumbre en torno a las estimaciones de la frecuencia y la gravedad de la negligencia dental en todo el mundo, sin embargo, considera que ésta se presenta en todos los segmentos de la sociedad.

Por su parte Coolidge, Heima, Johnson y Weinstein ⁽²⁹⁾ en el artículo de revista titulado *The Dental Neglect Scale in adolescents*, se ha encontrado que la negligencia dental está relacionada con la mala salud bucal, la tendencia a no haber tenido chequeos de rutina y un período de tiempo más prolongado desde la última consulta dental en muestras de niños y adultos. Además, se ha descubierto que la escala de negligencia dental (DNS, Dental Neglect Scale) es una medida válida de negligencia dental en muestras de niños y adultos, y también puede ser válida para adolescentes.

En otro artículo sobre Factores de riesgo de periodontopatías en pacientes adultos de Páez, Tamayo, Batista, García y Guerrero ⁽³⁰⁾ cuya investigación fue de tipo descriptivo y corte transversal, con 152 pacientes del consultorio 19 del policlínico Pedro Díaz Coello de Holguín, en el período entre septiembre de 2013 a febrero de 2014, se estudiaron algunas variables como sexo, edad y factores de riesgo locales. Identificándose que de los pacientes afectados con enfermedades periodontales el 53,7% fue de sexo femenino y sexo masculino el 46,2 %. Los pacientes presentaron periodontitis con predominio del grupo de 35-59 años con 90,3%. Los factores de riesgo significativos de enfermedad periodontal fueron la higiene bucal deficiente, caries dental, maloclusión y dientes perdidos no

restituidos. La odontología iatrogénica y el tabaquismo no representaron factores de riesgo significativos. La gingivitis predominó en personas jóvenes y la periodontitis en personas de mayor edad, sin diferencias entre sexos. Presentaron mayor riesgo de enfermedad periodontal los pacientes con deficiente higiene bucal, caries, maloclusión y pérdida dentaria.

En la obra Comportamiento de la salud bucal de la población perteneciente a la Clínica Estomatológica Centro, de Torres, Pérez, López, Machado, Pérez y Sardiñas ⁽³¹⁾ con 1.487 personas pertenecientes al área de atención de la Clínica Estomatológica del Centro de la ciudad de Ciego de Ávila, en el período comprendido de enero a diciembre del año 2014, se aplicó la encuesta de salud buco-dental a los mayores de 15 años. Encontrándose que los factores de riesgo que más incidieron fueron la deficiente higiene bucal y los antecedentes de caries. En la población menor de 19 años el índice de dientes con caries con obturación permanente fue de 4,2 en los varones. Entre los adultos el 47,6% de los pacientes masculinos están afectados con alguna periodontopatía; el 36,5%, de los pacientes masculinos de la tercera edad necesitan prótesis. La clasificación epidemiológica que predominó fue “enfermo”. Los principales problemas detectados fueron la caries dental, la enfermedad periodontal, la disfunción masticatoria y, en menor grado, las maloclusiones. El nivel de conocimientos sobre salud bucodental de la población en estudio se evaluó de “regular”, según los resultados de la encuesta aplicada.

En el artículo titulado Conocimientos de salud bucodental en relación con el nivel socioeconómico en adultos de la ciudad de Corrientes, Argentina de Dho ⁽³²⁾ con una muestra de 381 individuos se obtuvo como resultado que los individuos adultos de la Ciudad de Corrientes presentaron en general un nivel de conocimientos de salud bucodental aceptable, pues en una escala de 0 a 28 puntos utilizada para valorar los conocimientos, se registró un mínimo de 15 puntos. Los individuos de nivel socioeconómico bajo con menor instrucción presentaron menores conocimientos de salud bucodental.

5. HIPÓTESIS

La investigación no precisó hipótesis por ser de tipo descriptivo.

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Marco metodológico

- **Enfoque:** Cuantitativo.³³
- **Diseño de la investigación:** Descriptivo.
- **Nivel de investigación:** Descriptivo.³⁴
- **Tipo de investigación:**
 - **Por el ámbito:** De campo.
 - **Por la técnica:** Comunicacional.
 - **Por la temporalidad:** Retrospectivo.

2. Población y muestra

En la parroquia San Joaquín hay una población aproximada de 7.455 habitantes de los cuales 993 tienen edades comprendidas entre 45 a 64 años.³⁵ La muestra fue calculada por conveniencia, en tanto según el cronograma de levantamiento, estableciéndose así un total de 382 personas para la aplicación del instrumento. La investigación forma parte del estudio sobre factores asociados “Barreras para acceder a servicios odontológicos en la Ciudad de Cuenca.”

2.1. Criterios de selección

Para la formalización de la población se tendrá en cuenta los siguientes criterios de selección.

2.1.a. Criterios de inclusión

- Personas de 44 a 65 años de edad pertenecientes a la parroquia San Joaquín que no fuesen profesionales de odontología o de la salud en general.
- Personas cuya firma esté sentada en el consentimiento firmado.

2.1.b. Criterios de exclusión

- Médicos y odontólogos.
- Personas con discapacidad intelectual y física debido a problemas motrices que impidan la toma de información.

- Personas que residan en otras parroquias diferentes a la especificada para la investigación.

3. Operacionalización de variables

Cuadro 1. Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operativa	Dato	Tipo	Escala
Nivel de instrucción	Hace referencia al grado académico que ha realizado.	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Primaria Secundario Superior técnica Superior universitario	Cualitativo	Nominal
Negligencia al cuidado dental	Falta de cuidado u omisión de la asistencia al odontólogo para prevención y tratamiento de enfermedades bucodentales	Número de casos existentes con negligencia al cuidado dental	Bajo Alto	Cualitativo	Thomson
Sexo	Características genotípicas de la persona.	Características externas que diferencian al varón de la mujer.	Hombre Mujer	Cualitativa	Nominal
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Personas de 45 a 64 años.	Años cumplidos	Cuantitativo	Intervalo

Fuente: Elaboración propia.

4. Instrumentos, materiales y recursos para la recolección de datos

4.1. Instrumentos documentales

Se utilizó una ficha para la recolección de datos, la cual constan de 6 partes: la primera que incluye los datos generales de la persona, la segunda sobre la indiferencia dental según la encuesta de Nuttall, la tercera es acerca de la negligencia según Thompson, la cuarta sobre la automedicación según Andrea Cohni, la quinta incluye ansiedad según Corah y la sexta sobre la autopercepción de la persona (Ver Anexo 1).

4.2. Instrumentos mecánicos

Para la toma de datos no se utilizó instrumentos mecánicos.

4.3. Materiales

- Materiales de escritorio.
- Institucionales: Universidad Católica de Cuenca

4.4. Recursos

- Autofinanciados

5. Procedimiento para la toma de datos

5.1. Ubicación espacial

La parroquia rural San Joaquín, está ubicada a 7 kilómetros al noroeste de la ciudad de Cuenca. Limita al norte con la parroquia Sayausi, al sur con la parroquia Baños, al este con la ciudad de Cuenca, y al oeste con las parroquias de Chaucha y Molleturo. Está conectada por dos vías asfaltadas que conducen a su centro parroquial. Tiene una extensión de 185,1 km². Sus principales caseríos son Cristo del Consuelo, Medio Ejido, Balzay, Barabón Chico, Barabón Grande, Sustag y Soldados.³⁶

5.2. Ubicación temporal

La presente investigación se realizó entre los meses agosto 2017 hasta a abril 2018, las encuestas recolectaron datos que reflejan la escala de negligencia al cuidado dental en la población de la parroquia San Joaquín.

5.3. Procedimiento de la toma de datos

Una vez calibradas las fichas, cada estudiante previamente fue familiarizado con la estructura de la encuesta para poder realizarla eficazmente. Los datos fueron tomados puerta a puerta, se informó a cada persona en qué consistía la encuesta y acerca del consentimiento informado.

El llenado de la encuesta inicio con datos personales como son: número de cedula, edad, nivel de instrucción, ocupación, ingreso económico y cuantas personas dependen de ese ingreso, posteriormente se aplicó la encuesta de indiferencia, negligencia, automedicación, ansiedad y autopercepción. Las encuestas fueron realizadas tres días por semana y una vez tomados los datos se procedió a la revisión de cada ficha para comprobar que su llenado fue correcto.

6. Procedimiento para el análisis de datos

La información fue ingresada en el software estadístico Epi Info, y para el procesamiento de las tablas se trabajó en Excel. La muestra fue expuesta por edad, sexo y nivel de instrucción por medio de tablas descriptivas de frecuencia y porcentaje de las variables cualitativas. Luego de ello se procedió a calcular el Chi cuadrado para comprobar la existencia o no de relaciones entre las variables.

Para calcular la prevalencia de la enfermedad se empleó la siguiente formula:
Prevalencia=número de enfermos/número de examinados.

7. Aspectos bioéticos

El presente estudio no implicó conflictos bioéticos, ya que todas las personas fueron informadas acerca de los temas de la encuesta, se les indicó que hay un compromiso de confidencialidad de sus datos por parte del investigador principal y se les solicitó que firmen el consentimiento informado.

CAPÍTULO III
RESULTADOS, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES

1. RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de la muestra por sexo y edad

Rango de edad	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
De 45 a 50	73	19%	81	21%	154	40%
De 51 a 60	87	23%	88	23%	175	46%
De 61 a 65	29	8%	24	6%	53	14%
Total	189	49%	193	51%	382	100%

De acuerdo a la distribución de la muestra por sexo y edad, se evidenció una mayor participación de hombres que de mujeres, además el rango etario con mayor participación se registró entre los 51 a 60 años en igual porcentaje para ambos sexos. La media de edad en hombres y mujeres se calculó en 3 años.

Tabla 2. Prevalencia de negligencia

Negligencia	N°	%
Con negligencia	304	80%
Sin negligencia	78	20%
Total	382	100%

En relación a la prevalencia de la negligencia, se identificó que esta se encuentra presente en más de la mitad de la muestra estudiada, pues el 80% de personas fueron valoradas con dicho criterio.

Tabla 3. Prevalencia de negligencia según sexo

Sexo	Con negligencia		Sin negligencia		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Femenino	161	42%	28	7%	189	49%
Masculino	143	37%	50	13%	193	51%
Total	304	80%	78	20%	382	100%

Considerando el análisis de la prevalencia de negligencia según el sexo, en adultos de 45 a 64 años, de la parroquia San Joaquín se obtuvo que los hombres son más negligentes que las mujeres, siendo la relación de 42% y 37% respectivamente. Mientras en el caso de las personas no negligentes, se presentó una relación igual, pues fueron más hombres que mujeres.

Además, al efectuar la correlación de variables, mediante la prueba del Chi cuadrado se identificó que existe una relación de significancia entre éstas (0,007), es decir que la condición de sexo determina un comportamiento negligente.

Tabla 4. Prevalencia de negligencia según edad

Rango de edad	Con negligencia		Sin negligencia		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
De 45 a 50	120	31%	34	9%	154	40%
De 51 a 60	143	37%	32	8%	175	46%
De 61 a 65	41	11%	12	3%	53	14%
Total	304	80%	78	20%	382	100%

Se identificó que, el grupo etario con mayores registros de negligencia fue entre los 51 a 60 años, y de menor prevalencia fue entre los 61 a 65 años. En el caso de las personas que no fueron negligentes, hubo mayor número de personas entre los 45 a 50 años, siendo el caso de que, a mayor edad, se presenta menor registro de personas no negligentes.

Además, se identificó que la media de edad fue de 53 años y que no existió relación significativa entre la variable negligencia y edad.

Tabla 5. Prevalencia de negligencia según instrucción

Nivel instrucción	Con negligencia		Sin negligencia		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Alto	72	19%	12	3%	84	22%
Bajo	232	61%	66	17%	298	78%
Total	304	80%	78	20%	382	100%

La muestra según el nivel de instrucción referenció que las personas con comportamiento negligente suelen en su mayoría poseer estudios menores, es decir primarios o secundarios y sólo una parte posee un nivel académico alto.

En el caso de las personas que no fueron negligentes, de igual manera, el mayor número de registros demostraron poseer formación baja y apenas un pequeño número de personas posee educación alta.

La muestra en general se caracteriza porque más de la mitad de la misma posee una formación educativa baja. Sin embargo, no existe una relación significativa entre negligencia e instrucción.

2. DISCUSIÓN

La investigación se planteó con el objetivo de determinar la frecuencia de la negligencia al cuidado dental en adultos de 45 a 64 años, de la parroquia San Joaquín, y es a partir de ello que se ha podido registrar que, de la muestra obtenida, cuyo promedio de edad es de 53 años, existen un 80% de personas negligentes y un 20% que no presentan negligencia.

Dichos resultados, mantienen tendencia con aquellos registrados por Espinoza et al²³ y Yiengprugsawan et al²⁴, debido a que se evidencia que las personas presentan un deterioro en su calidad de vida derivado de una carente salud oral. Es decir que se pone en evidencia la presencia de prácticas inadecuadas de cuidados bucodentales, lo cual de acuerdo a la definición de Díaz et al¹³ se constituye en un comportamiento negligente manifestado por la falta de interés y el descuido de la misma, cuya frecuencia es mayor en las mujeres.

Al respecto Coolidge et al²⁹, explican la existencia de una relación significativa entre un comportamiento negligente y una deficiente higiene dental. Hecho que fue corroborado en el estudio de Joya y Quintero²⁷, pues identificaron una inadecuada salud oral en personas de 65 años y más, la cual habría sido característica durante toda su vida, es decir que se convirtió en un comportamiento habitual, el cual, con el paso de los años, trajo consigo complicaciones mayores, por lo que debieron buscar atención odontológica para el tratamiento, sobre todo de afecciones periodontales, además, dicha población presentó condiciones de edentulismo, el 60% de ellos fueron catalogados como pacientes con necesidad de prótesis y en el 31% de individuos se les identificó lesión en el tejido blando.

Estos indicadores, de acuerdo con el Gobierno australiano³⁷, se comprenden debido a que a los 35 años aproximadamente la condición de salud oral de las personas es crítica ya que se evidencian actitudes riesgosas relacionadas a la misma, las cuales resultan condicionantes a futuro en edades entre los 65 a 74 años cuando los problemas bucodentales son más complicados.

También se ha determinado que en la investigación actual no se presenta una relación significativa entre negligencia y el nivel de instrucción, siendo el valor de chi cuadrado de 0,633. Sin embargo, se encuentra que la frecuencia de personas negligentes con una educación alta es del 24%, mientras el 76% se caracteriza por una formación

académica baja. Resultados que se oponen a los identificados por Dho³², los cuales demuestran que los individuos cuya condición socioeconómica es baja y su nivel de conocimiento es menor, son quienes resultaron ser más conocedores respecto a la salud oral.

Algo similar exponen Gilbert et al²⁶ al sugerir que las variables que determinan los cuidados en salud oral que un individuo presenta son: sexo, edad, valores y nivel educativo, las cuales caracterizan las decisiones de acceso al servicio de salud dental preventivo, pero también se identificó que dichas variables pueden considerarse como limitadoras al momento que los mismos sujetos deben acudir al odontólogo por curaciones o tratamientos.

Sáez³⁸ refiere al respecto que el nivel de conocimiento que poseen los individuos sobre los procesos odontológicos relativos al tratamiento de afecciones determinadas, se basan en experiencias anteriores, por tanto, si estas fueron traumáticas, invasivas o dolorosas, provoca que la persona condicione su conducta, limitando sus acciones, es decir repercutiendo en las mismas de manera que son vulnerables a comportamientos negligentes.

Entonces los resultados del presente estudio, concuerdan con Laplace et al²⁵ quienes indican la necesidad de ayuda que tienen las personas para lograr una adecuada salud bucodental de forma que puedan tener mejores condiciones de vida, esto considerando que en la actualidad es cada vez más frecuente el que se presenten problemas de tipo infeccioso, pérdida de los dientes, enfermedades periodontales, entre otras. De igual forma, los hallazgos denotan, como lo explica Kumar²⁸, que el comportamiento negligente de las personas trae consigo una carga económica considerable para las naciones en cuanto se requiere del recurso económico y social para cubrir las necesidades de salud oral de los individuos, por tal motivo, y considerando los resultados de la presente investigación, se necesitan planear estrategias que permitan la intervención oportuna con la población afectada de manera que se alcancen metas específicas en relación a la disminución de comportamientos de riesgo tales como la negligencia y por ende se logre un mejoramiento en las condiciones de salud oral como lo sugiere Dho³².

3. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio sobre frecuencia de la negligencia al cuidado dental en adultos de 45 a 64 años, de la parroquia San Joaquín Cuenca-Ecuador, Agosto 2017-Abril 2018, se puede determinar lo siguiente:

- La frecuencia de la negligencia al cuidado dental en adultos de 45 a 64 años, de la parroquia San Joaquín es del 80%, mientras el 20% presenta un comportamiento no negligente.
- La negligencia al cuidado dental según el sexo, en adultos de 45 a 64 años, de la parroquia San Joaquín se caracteriza por el 53% de personas negligentes mujeres y el 47% hombres. Identificándose además una relación significativa entre las variables negligencia y sexo.
- Se identifica que la negligencia al cuidado dental según la edad, en adultos de 45 a 64 años, de la parroquia San Joaquín se presenta con mayor frecuencia en personas con un rango de edad entre los 46 a 50 años con el 29% de registros, además se estableció que la media de edad de la muestra es de 53 años.
- Conforme la negligencia al cuidado dental según el nivel de instrucción, en adultos de 45 a 64 años, de la parroquia San Joaquín se obtuvo que de las 304 personas negligentes el 24% se caracteriza por poseer estudios altos y el 76% con un nivel educativo bajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental. Nota informativa N°318. Abril, 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Caries (GPC). Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP; 2015. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/CARIES.pdf>
3. Contreras RA. Implantología y Rehabilitación Oral. La promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta. Revista Clínica de Periodoncia. 2016;9(2)193-202. Disponible en: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:QM3-l1yfeZAJ:https://scielo.conicyt.cl/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS0719-01072016000200018+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=ec
4. Villavicencio E. Barreras para el acceso a servicios de Salud Bucal. Rev. Científica Odontología Activa. 2018; 2(2):5-6. ISSN 2588-0624. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/184>.
5. Heredia C. Piezas y dientes. Revista Estomatológica Herediana. 2006 junio; 16(1): p. 75-77. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4215/421539345014.pdf>
6. Gutiérrez, E. Iglesias, P. Técnicas de ayuda odontológica/estomatológica. Madrid: Editex. 2016. Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=ae8tDwAAQBAJ&pg=PA86&dq=LOS+DIEN TES&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwj04cem6cHbAhUBzIMKHROWCic4ChDoAQgtMAI#v=onepage&q=LOS%20DIENTES&f=false>
7. Aschheim, K. Odontología estética. Una aproximación clínica a las técnicas y los materiales. Ediciones Harcourt. New York. 2da. Ed. 2002. Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=0S-GeZwbBegC&printsec=frontcover&dq=odontologia&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjh7umJ68HbAhUM4VMKHfOoBik4KBD0AQgqMAE#v=onepage&q=odontologia&f=false>
8. Hechavarría B, Venzant S, Carbonell M, Carbonell Gonsalves C. Salud bucal en la adolescencia. Revista Medisan. 2013; 17(1): p. 117-125. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3684/368444989020.pdf>
9. Lindhe, L. Periodontología clínica e implantología odontológica. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 5ta Ed. Tomo 2. 2008. Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=69zuJ1qspGwC&pg=PA710&dq=enfermedades+dentales&hl=es->

- 419&sa=X&ved=0ahUKEWjf74yM7MHbAhXD7VMKHY5vByU4ChDoAQguMAI#v=onepage&q=enfermedades%20dentales&f=false
10. Soria M, Molina N, Rodríguez R. Hábitos de higiene bucal y su influencia sobre la frecuencia de caries dental. *Acta Pediátrica de México*. 2008. Febrero; 29(1): p. 21-24. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2008/apm081e.pdf>
 11. González Á. González B. González E. Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. *Nutrición Hospitalaria*. 2013 julio; 28(4): p. 64-71. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013001000008
 12. Barrancos, J. Barrancos, P. *Operatoria dental: integración clínica*. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana. 4ta. Ed. 2006. Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=zDFxeYR8QWwC&pg=PA36&dq=izquierdo+odontolog%C3%ADa&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiMiM-Y7chBhAhWEyIMKHVhdBiM4ChDrAQgmMAA#v=onepage&q=izquierdo%20odontolog%C3%ADa&f=false>
 13. Díaz C. Meisser M. Tirado L. Fortich M. Tapias T. González M. Impacto de Salud Oral sobre Calidad de Vida en Adultos Jóvenes de Clínicas Odontológicas Universitarias. *Int. J. Odontostomat*. 2017; 11(1). Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijodontos/v11n1/art01.pdf>
 14. Conde F. Santamarina C. *Las representaciones sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños*. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Madrid, 2011. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=ComunidadMadrid/Home>
 15. Lagarde M. De los Ríos M. *Género y Feminismo. Desarrollo Humano y democracia*. Col. Cuadernos Inacabados nº 25. Ed. Horas y Horas, Madrid, 2016. Disponible en: <http://bibliotecafeminista.com/genero-y-feminismo-desarrollo-humano-y-democracia/>
 16. Petersen PE. Bourgeois D. Ogawa H. Estupiñan S. Ndiaye C. Carga mundial de enfermedades bucodentales y riesgos para la salud bucodental. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. 2017. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/petersen0905abstract/es/>
 17. Barrancos PJ. *Operatoria Dental. Avances clínicos, restauraciones y estética*. Editorial Médica Panamericana, 5ta ED, Buenos Aires. 2015. Disponible en: https://books.google.com.ec/books/about/Barrancos_Mooney_Operatoria_Dental_a_vanc.html?id=2_3QsgEACAAJ&redir_esc=y

18. Carranza FA. Sznadger NG. Compendio de Periodoncia. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 2000; 5: 26–27. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/44548297_Compendio_de_Periodoncia_Fermin_Alberto_Carranza_Norma_G_Sznajder
19. Carranza FA. Periodontología clínica de Glickman. México DF: Interamericana. 1986; 6(1). Disponible en: <https://www.buscador.iumx.eu/libros/periodontologia-clinica-de-glickman-pdf.html>
20. World Dental Federation. El desafío de las enfermedades bucodentales: una llamada a la acción global. Atlas de la salud bucodental. Myriad Editions: Brighton. 2da. Ed. 2015. Disponible en: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/book_spreads_o_h2_spanish.pdf
21. Trejo M, Ortiz J, Vázquez P, Conde S. La falta de higiene como causa de caries en la infancia. [Online].; 2008 [cited 2018 Enero 10. Disponible en: <http://www.uaeh.edu.mx>.
22. Asamblea Constituyente del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador Quito: 2008. Disponible en: https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
23. Espinoza I. Thomson WM. Gamonal J. Arteaga O. Disparities in aspects of oral health-related quality of life among Chilean adults. Community Dent Oral Epidemiol. 2013;41(3):242-50. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123534/Espinoza2013a.pdf>
24. Yiengprugsawan V. Somkotra T. Seubsman SA. Sleight AC. Thai Cohort Study Team. Oral health-related quality of life among a large national cohort of 87,134 Thai adults. Health Qual Life Outcomes. 2011;9(1):42. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21668968>
25. Laplace BD. Legrá SM. Fernández LJ. Quiñones MD. Piña SL. Castellanos AL. Enfermedades bucales en el adulto mayor. Correo científico médico. CCM. 2013; 17(4): oct-dic. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000400008
26. Gilbert GH. Duncan P. Shelton BJ. Social determinants of tooth loss. Health Serv Res 2013;38:1834-62.
27. Joya LD. Quintero LE. Caracterización de la salud bucal de las personas mayores de 65 años de la ciudad de Manizales, 2008. Hacia promoc. salud. 2015; 20(1): 140-152. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v20n1/v20n1a10.pdf>

28. Kumar, A. Denegación dental: una revisión. Instituto de Ciencias Odontológicas de Bangalore. India. 2015. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/anie.201411798>
29. Coolidge T. Heima M. Johnson EK. Weinstein P. The Dental Neglect Scale in adolescents. BMC Oral Health. 2009;9(2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2627830/>
30. Páez Y. Tamayo B. Batista A. García Y. Guerrero I. Factores de riesgo de periodontopatía en pacientes adultos. Correo Científico Médico. Holguín. 2015; 19(2) abr.-jun. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000200009
31. Torres L. Pérez A. López E. Machado S. Pérez R. Sardiñas E. Comportamiento de la salud bucal de la población perteneciente a la Clínica Estomatológica Centro. Clínica Estomatológica Centro Ciego de Ávila. MEDICIEGO 2015;.21(4). Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/522/896>
32. Dho M. Conocimiento de salud bucodental en relación con el nivel socioeconómico en adultos de la ciudad de Corrientes, Argentina. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2015; septiembre; 33(3): p. 1-3. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v33n3/v33n3a05.pdf>
33. Villavicencio E. Cuenca K. Vélez E. Sayango J. Cabrera A. Pasos para la planificación de una investigación clínica. Odontología Activa. 2016; 1(1): 75-78. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/186>
34. Villavicencio E. Alvear MC. Cuenca K. Calderón M. Palacios D, Alvarado A. Diseños de estudios clínicos en odontología. Rev. Científica Odontología Activa. 2017; 2(1): 59-62. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php?journal=OACTIVAUCACUE&page=article&op=view&path%5B%5D=37&path%5B%5D=46>
35. Instituto Nacional de Estadística y Censos. VII Censo de Población y VI de Vivienda. Quito. 2010. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/resultados/>
36. Gobierno Autónomo y Descentralizado San Joaquín. Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial. Cuenca; San Joaquín. 2015. Disponible en: http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/PORTAL_SNI/data_sigad_plus/sigadplusdiagnostico/0160026070001_Diagnostico_San_Joaquin_14-05-2015_10-33-30.pdf
37. Australian Government. Department of Health and Ageing. Better oral health in residential care. Professional Portfolio. 2014. Disponible en: <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/resources/better+oral+health+in+residential+care+staff+portfolio>

38. Sáez SP. Aspectos de salud bucal en personas mayores. Fundación Agrupació Mútua. Catalá. 2016. Disponible en: <http://www.envellimentsaludable.com/portfolio/aspectes-de-la-salut-bucal-en-la-gent-gran/?lang=es>

ANEXOS

Anexo 1. Ficha de investigación

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

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

Edad: _____ AÑOS Ocupación: _____ PARROQUIA: _____

1. Grado de Instrucción

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

OPCIONAL

Ingreso mensual familiar aproximado: _____

¿Cuántas personas dependen de este ingreso?: _____

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

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

Firma.....

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

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

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

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

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

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

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

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

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

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

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

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
ÍNDICE ICON

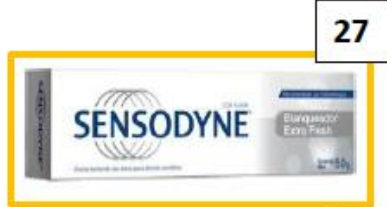


PASTAS DENTALES





26



27



28



29



30



31



32



33



34



35



36



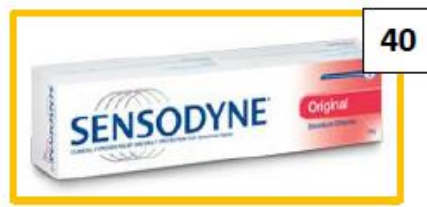
37



38



39



40



41

Anexo 2. Consentimiento informado

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

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

Edad: ____AÑOS Ocupación: _____ PARROQUIA: _____

Grado de instrucción	
a) Sin estudios	f) Superior técnica incompleta
b) Primaria incompleta	g) Superior técnica completa
c) Primaria completa	h) Superior universitario incompleta
d) Secundaria incompleta	i) Superior universitario completa
e) Secundaria completa	

OPCIONAL

Ingreso mensual familiar aproximado: _____

¿Cuántas personas dependen de este ingreso? _____

Yo..... con mi firma doy mi consentimiento informado para realizar esta encuesta.

Firma: