



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA  
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL EN ADULTOS DE 45 A 65  
AÑOS EN LA PARROQUIA CHECA, CUENCA – ECUADOR,  
AGOSTO 2017 – ABRIL 2018

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO  
A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO

AUTOR: Pulla Sarmiento, Renato Marcelo.

DIRECTOR: Matute Bueno, Xavier Sebastian, Od. Esp.

CUENCA

2018

## DECLARACIÓN

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

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

.....  
Autor: Pulla Sarmiento Renato Marcelo  
C.I.: 0105616502

**CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN**

Sra. Dra. Liliana Encalada Verdugo  
**COORDINADORA DEL DPTO. DE TITULACIÓN**

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **"NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL EN ADULTOS DE 45 A 65 AÑOS EN LA PARROQUIA CHECA, CUENCA – ECUADOR, AGOSTO 2017 – ABRIL 2018"**, realizado por **Pulla Sarmiento Renato Marcelo**, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que esta expedito para su presentación.

Cuenca, Septiembre 2018

.....  
Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.

**DPTO. DE INVESTIGACIÓN ODONTOLOGÍA**

**CERTIFICACIÓN DEL TUTOR**

Sra. Dra. Liliana Encalada Verdugo

**COORDINADORA DEL DPTO. DE TITULACIÓN**

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **"NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL EN ADULTOS DE 45 A 65 AÑOS EN LA PARROQUIA CHECA, CUENCA – ECUADOR, AGOSTO 2017 – ABRIL 2018"**, realizado por **PULLA SARMIENTO, RENATO MARCELO**, 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 esta expedito para su sustentación.

Cuenca, Septiembre 2018

.....

Tutor: Matute Bueno Xavier Sebastián Od. Esp.

## DEDICATORIA

A mis padres por siempre creer en mí y nunca decaer, si bien es cierto la vida consiste en alcanzar los sueños, podrá sonar un poco ilógico o tal vez disparatado para muchas personas, aunque para mí, uno de mis sueños nació en una cancha de fútbol, sin embargo se desvaneció en ella misma por circunstancias del destino, cuanto me hubiera gustado vestir la camiseta tricolor y haber podido representar a mi país, pero gracias a las palabras alentadoras, el apoyo, que siempre me brindaron junto con el amor que día tras día me demostraron, seguí educándome e instruyéndome y no desaproveche todo su sacrificio, así es como decidí trazarme un nuevo sueño el cual fue seguir una carrera académica en la cual pueda ayudar al prójimo, de esta manera hoy estoy cumpliendo este sueño maravilloso, como el de ser un profesional con el título de odontólogo, el cual pongo al servicio de la sociedad como reza el juramento hipocrático.

Este logro lo observo como una medalla de oro de aquellas que cuando me las colgaban en el cuello como un ganador, me sentía orgulloso del sacrificio entregado, este triunfo es de ustedes mis padres, permítanme colgar en sus cuellos esta medalla con humildad y que esta medalla represente la valentía, la justicia, la perseverancia, la tolerancia y la medalla de la gratitud, que son la respuesta de mi corazón.

Hoy, papá y mamá quiero abrazarlos, felicitarlos y decirles lo han logrado, ustedes son los campeones de mi vida.

**EPIGRAFE**

“Por tanto, os digo que todo lo que pediréis orando, creed que lo recibiréis, y os vendrá”

**Marcos 11:24**

## AGRADECIMIENTOS

En esta tesis, quiero dejar en primer lugar, testimonio de mi eterna gratitud al Infinito Creador, por permitir que se cumplan mis aspiraciones, y verme convertido en un profesional.

A mi padre por enseñarme la valentía, el coraje, la lealtad, y la serenidad, para no desmayar en este duro camino así como también enseñarme a no hacer de la vida una simple existencia.

A mi madre por enseñarme la humildad, el amor, porque es así como pude formarme con los valores que día a día los he venido demostrando a mis compañeros y docentes de esta Institución.

A mis hermanas Andrea, Gabriela y Cristina por enseñarme la responsabilidad, el respeto, pero sobre todo a amar esta profesión cada día un poco más.

A mi enamorada Andrea Lozano, por el cariño, la comprensión y el apoyo que todo este tiempo me ha brindado.

Finalmente quiero dejar constancia de mi profundo agradecimiento para mis queridos docentes de esta Universidad, que supieron con bondad y afecto guiarme por los caminos del saber.

Y quiero también hacer extensiva mi nota de emocionada gratitud para un distinguido profesional, el cual supo conducirme, orientarme y encaminar este proyecto para su acertada culminación. Para Ud. Dr. Sebastián Matute B.

**LISTA DE ABREVIATURAS**

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**DNS:** Escala Dental de Negligencia

**RC:** Relación Clínica

## ÍNDICE GENERAL

<b>RESUMEN</b> .....	12
<b>ABSTRACT</b> .....	13
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	14
<b>CAPÍTULO I</b> .....	15
<b>PLANTEAMIENTO TEÓRICO</b> .....	15
<b>1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.</b> .....	16
<b>2.- JUSTIFICACIÓN.</b> .....	16
<b>3.- OBJETIVOS.</b> .....	18
3.1.- OBJETIVO GENERAL: .....	18
3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS: .....	18
<b>4.- MARCO TEÓRICO</b> .....	19
4.1.- NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL. ....	19
4.1.a.- Concepto de negligencia y salud .....	19
4.1.b.- Factores causantes y sus consecuencias asociadas a la negligencia dental por parte del paciente .....	22
4.1.b.1.- Enfermedades y afecciones bucodentales .....	22
4.1.b.1.1.- Caries dental.....	22
4.1.b.1.2.- Enfermedades periodontales .....	23
4.1.b.1.3.- Cáncer de boca .....	23
4.1.b.1.4.- Infecciones fúngicas, bacterianas o víricas en infecciones por VIH.....	24
4.1.b.1.5.- Causas más comunes: .....	25
4.1.c.- Frecuencia y prevalencia de la enfermedad.....	25
4.1.c.1.- Instrumentos para medir la frecuencia .....	26
4.1.d.- Medidas para controlar la negligencia.....	27
4.1.d.1.- Relación clínica (RC) en cuidado dental.....	27
4.1.d.2.- Manejo Adecuado.....	28
<b>4.2. - ANTECEDENTES</b> .....	29
<b>5.- HIPÓTESIS.</b> .....	32
<b>CAPÍTULO II</b> .....	33
<b>PLANTEAMIENTO OPERACIONAL</b> .....	33
<b>1.- MARCO METODOLÓGICO</b> .....	34
<b>2.- POBLACIÓN Y MUESTRA</b> .....	34
2.1.- Criterios de selección .....	34
<b>2.1. a.- Criterios de inclusión</b> .....	34
<b>2.1. b.- Criterios de exclusión</b> .....	34

2.2.- Tamaño de la muestra .....	35
<b>3.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES. ....</b>	<b>36</b>
<b>4.- INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA TOMA DE DATOS. .</b>	<b>37</b>
4.1.- Instrumentos documentales.....	37
4.2.- Instrumentos mecánicos.....	37
4.3.- Materiales.....	37
4.4.- Recursos.....	37
<b>5.- PROCEDIMIENTOS PARA LA TOMA DE DATOS.....</b>	<b>37</b>
5.1.- Ubicación Espacial.....	38
5.2.- Ubicación Temporal.....	38
5.3.- Procedimiento de la Toma de datos. ....	38
5.3.a.- Método de encuesta utilizado para los examinadores.....	38
5.3.b.- Criterios de registro de hallazgo.....	38
<b>6.- PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS .....</b>	<b>39</b>
<b>7.- ASPECTOS BIOÉTICOS .....</b>	<b>39</b>
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>40</b>
<b>RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....</b>	<b>40</b>
<b>1. RESULTADOS .....</b>	<b>41</b>
<b>2. DISCUSIÓN.....</b>	<b>48</b>
<b>3. CONCLUSIONES .....</b>	<b>51</b>
<b>III.- BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>52</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>55</b>

**ÍNDICE DE TABLAS**

<b>Tabla N°1.- Distribución de la muestra según edad y sexo de los adultos de la parroquia Checa.....</b>	<b>42</b>
<b>Tabla N°2. Negligencia al cuidado dental de los adultos medios de la parroquia Checa según sexo.....</b>	<b>44</b>
<b>Tabla N°3. Negligencia al cuidado dental de los adultos medios de la parroquia Checa según la edad.....</b>	<b>45</b>
<b>Tabla N°4. Negligencia al cuidado dental de los adultos medios de la parroquia Checa según la ocupación.....</b>	<b>46</b>
<b>Tabla N°5. Negligencia al cuidado dental de los adultos medios de la parroquia Checa según el nivel de instrucción.....</b>	<b>47</b>

## RESUMEN

**OBJETIVO:** El objetivo de esta investigación fue determinar la frecuencia de la negligencia al cuidado dental en el adulto medio de 45 a 65 años de la parroquia Checa en la ciudad de Cuenca en el año 2017. **MATERIALES Y MÉTODOS:** La metodología aplicada fue de enfoque cualitativo y el diseño es de carácter descriptivo. La muestra estuvo constituida por 294 encuestados adultos medios de 45 a 65 años, que cumplieron los criterios de selección en la parroquia Checa de la ciudad de Cuenca. Se empleó la encuesta de Thompson, registrándose los datos para posteriormente en el programa EPI-INFO versión 7.2, obtener el análisis correspondiente. **RESULTADOS:** los resultados obtenidos fueron que en la parroquia Checa del cantón Cuenca-Ecuador, en adultos de 45 a 65 años la frecuencia de negligencia al cuidado de la salud bucal es significativa alta, presentando negligencia el 91% de la población y con tan solo el 9% de la población no presenta negligencia.

**PALABRAS CLAVE:** Negligencia, consecuencias, frecuencia

## ABSTRACT

**AIM:** The objective of this research was to determine the frequency of negligence to dental care in the average adult 45 to 65 years of the Czech parish in the city of Cuenca in the year 2017. **MATERIAL AND METHDS:** The methodology applied was of a qualitative approach and the design is descriptive in nature. The sample consisted of 294 average adult respondents aged 45 to 65 years, who met the selection criteria in the Czech parish of the city of Cuenca. The Thompson survey was used, registering the data for later in the program EPI-INFO version 7.2, obtaining the corresponding analysis. **RESULTS:** the results obtained were that in the Czech parish of the Cuenca-Ecuador canton, in adults between 45 and 65 years of age, the frequency of neglect of oral health care is significant, with negligence of 91% of the population and only 9%. % of the population does not present negligence.

**KEY WORDS:** Negligence, consequences, frequency

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha decretado a la salud buco-dental como la inexistencia o carencia de dolor del aparato estomatognático, enfermedad periodontal, destrucción del tejido dental y pérdida de piezas dentales, trastornos que afectan a la boca, llagas bucales e infecciones, cáncer de boca o garganta, defectos congénitos como labio fisurado o paladar hendido, todas estas afecciones restringen de alguna manera al ser humano como la capacidad de masticación y deglución, poder comunicarse, reír e incluso en su estado psicológico <sup>(1)</sup>.

Este organismo expresa que las afecciones bucodentales comparten factores de riesgo con las cuatro enfermedades crónicas más trascendentales: Cáncer, Diabetes, enfermedades respiratorias crónicas y, enfermedades cardiovasculares. Estas enfermedades a su vez, se ven beneficiadas por las alimentaciones inadecuadas, tabaquismo, alcoholismo y como otro factor de riesgo es una mala higiene bucal <sup>(1)</sup>.

Navas y colaboradores manifestaron en su investigación llevada a cabo en Cuba en 2014 que la sensación de salud bucodental como precepto de calidad de vida en adultos mayores ha sido negativa, ya que suelen pensar que las enfermedades bucales son consecuencias propias del deterioro humano. Así mismo, Díaz y cols. aseveran que la carencia de piezas dentales y ausencia de prótesis dental afecta la autorrealización y aceptación al generarse vergüenza, baja autoestima, dolor e incomodidad frente a otras personas<sup>(1)</sup>.

El propósito de esta investigación, es diferenciar algunos de los cambios orales propios del envejecimiento producto de variaciones fisiológicas e identificar los causados por el descuido dental en la población de adultos.

Una de las variables que califica la calidad de vida como saludables es la función de la cavidad oral. Cuando está limitada por ausencia de dientes, dolor dental, dientes naturales con alteraciones de forma y color, se presentan efectos psicosociales que pueden afectar el autoestima y el bienestar <sup>(2,3)</sup>.

Para realizar la investigación se realizó una encuesta mediante la cual se obtendrán datos relacionados a la negligencia en su cuidado dental en adultos medios de 45 a 65 años de edad.

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

## 1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El problema que se indaga en este trabajo de investigación, determinó la frecuencia de Negligencia al Cuidado Dental en el adulto medio de 45 a 65 años de la parroquia Checa en la ciudad de Cuenca en el año 2017

La interrogante principal de esta investigación fue: ¿Cuánto es la frecuencia de Negligencia al Cuidado Dental en adulto medio de 45 a 65 años de la parroquia Checa en la ciudad de Cuenca en el año 2017?

## 2.- JUSTIFICACIÓN.

Este tema de investigación está enfocado principalmente en el adulto medio de 45 a 65 años de edad que día a día se desenvuelve en sus labores cotidianas y lleva adelante el trabajo en el País, en la cual su salud bucal debe ser atendida, ya que dicha población está expuesta a múltiples factores de riesgo no solo en su salud general, sino también en su salud oral, que asimismo puede afectar notablemente su calidad de vida, bienestar e integridad; por medio de este proyecto de investigación que se realizó en adultos medios se logrará saber la prevalencia de La Negligencia al Cuidado Dental, en la muestra seleccionada se podrá hacer una diferencia estadística hacia la población adulta media de 45 a 65 años en general, lo cual denota la **relevancia científica** del presente estudio. La **relevancia social** del presente estudio se evidencia porque se dirige a la comunidad a la que va dirigido principalmente este estudio es la Parroquia de Checa de la ciudad de Cuenca. También es de interés para otras comunidades del Ecuador debido a la semejanza de sus características epidemiológicas. Dado que el presente estudio va dirigido a adultos medios de 45 a 65 años, tiene **relevancia humana** al investigar en una población considerada como priorizada en el sistema de salud. El presente estudio tiene un **nivel de originalidad** nacional, debido a que no se cuentan con estudios recientes (en los últimos 5 años) acerca de la negligencia al cuidado dental en la parroquia antes mencionada. Para garantizar la viabilidad de este estudio se ha realizado coordinaciones, con las autoridades institucionales de la Universidad Católica de Cuenca, con la Dirección de la carrera de Odontología, con la dirección de investigación de la Carrera de Odontología y con la cátedra de investigación de la misma. Se ha realizado la calibración de los estudiantes de 5to año y 8vo ciclo y se ha coordinado con la dirección zonal 6 de Educación del Ecuador, para obtener el permiso respectivo. El presente tema es de **interés personal**, dado que se presenta como parte de los requerimientos del programa académico de Odontología para titulación. Este trabajo está dentro de las líneas de investigación de la Universidad Católica de Cuenca y también dentro de los tópicos de investigación en la carrera de Odontología

(prevalencia de las enfermedades bucales), por lo tanto, **tiene concordancia con las políticas institucionales** de investigación.

### **3.- OBJETIVOS.**

#### **3.1.- OBJETIVO GENERAL:**

Determinar la frecuencia de la negligencia al cuidado dental en el adulto medio de 45 a 65 años de la parroquia Checa en la ciudad de Cuenca en el año 2017.

#### **3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Determinar la frecuencia de negligencia dental según el sexo en el adulto medio de 45 a 65 años de la parroquia Checa en la ciudad de Cuenca en el año 2017.
- Determinar la frecuencia de negligencia dental según la edad en el adulto medio de 45 a 65 años de la parroquia Checa en la ciudad de Cuenca en el año 2017.
- Determinar la frecuencia de negligencia dental según la ocupación en el adulto medio de 45 a 65 años de la parroquia Checa en la ciudad de Cuenca en el año 2017.
- Determinar la frecuencia de negligencia dental según el nivel de instrucción en el adulto medio de 45 a 65 años de la parroquia Checa en la ciudad de Cuenca en el año 2017.

## **4.- MARCO TEÓRICO**

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

#### **4.1.a.- Concepto de negligencia y salud**

El progreso de la salud originó su desarrollo cuando, alrededor del año 1941, la OMS estableció este término como “el absoluto confort social, mental y físico”, y no sólo la supresión o carencia de enfermedades. Esta descripción matiza que, la salud abarca cualidades subjetivas y objetivas. Con este discernimiento, los índices clínicos que instauran la severidad y la existencia de estados patológicos, solicitan ser completados por guías de aspecto emocional y social de la salud, que se aluden a la enseñanza o experiencia individual, las modificaciones en el bienestar social, mental y físico, siguiendo esta línea definitoria podemos precisar la calidad de vida bucodental como: la aprehensión del nivel de agrado que un sujeto tiene con relación a su boca y el desempeño del servicio que en su vida diaria acarrea, considerando sus condiciones presentes y pasados, su complicidades en el cuidado, sus perspectivas, sus prototipos y, sin duda, el sistema de valores que en su entorno sociocultural le inspira <sup>(4)</sup>.

Por otra parte la negligencia o descuido se define como la carencia de las necesidades biológicas, intelectuales, afectivas, sociales, escasez de valores morales éticos e incluso espirituales del individuo. En el caso del analfabetismo, pueden o no estar vigentes las necesidades básicas del ser humano, pero no se ha evolucionado de una forma apropiada las capacidades o simplemente se desentiende el alcance que pudieran tener estas y sus recursos <sup>(4)</sup>.

Así al hablar de negligencia al cuidado dental relacionamos con el desaseo de la salud bucal, poniendo énfasis en un factor determinante como es la edad, así como también factores desencadenantes como es el ingreso económico del individuo, el sexo, y la ocupación que sostiene durante su vida cotidiana. Así pues el descuido o el incorrecto manejo de métodos de destreza de limpieza dental acarrea en un considerable porcentaje a contraer enfermedad que afectan a los tejidos dentales y las enfermedades periodontales que afectan el periodonto y encías que son estimuladas por la placa bacteriana anexada a la estructura dentoalveolar, esta es una composición de bacterias y restos alimenticios que inician un hacinamiento en el sistema dentario en un lapso de veinte minutos posteriormente de haber ingerido una dieta alimenticia. Si la estructura dentaria no se

higieniza todos los días y a esto le sumamos la utilización desacertada del cepillo e hilo dental, la placa dentobacteriana incitara al inicio de la enfermedad cariosa al conjunto dentario e implicara adquirir con mayor riesgo enfermedad periodontal <sup>(4)</sup>.

Los factores de riesgo identificados como la ocupación, nivel de educación, edad, sexo concuerdan con lo puntualizado en la literatura, con mecanismos de acción absolutamente referidos e investigados. Saavedra y Daniel, en el artículo "El rostro desdentado de nuestros pueblos", aluden que es contundente la ausencia de salud del aparato estomatognático en el Continente en el cual y que de ningún modo se ha de solucionar exclusivamente con la contribución del estomatólogo o dentro de una clínica odontológica; menos aun concediendo una apatía e indiferencia a la salud bucodental y sin la intervención de la sociedad en la esquematización, realización e inspección de los programas de salud y bienestar. Por lo que se valora con gran afecto llamar la atención sobre las secuelas de los valores de la razón de prevalencia (RP), los cuales son insignias de impacto, que revelan cuánto podría reducirse la morbilidad por caries del tejido dental de extirparse o aminorar la incidencia de estos, mediante la moderación de actividades preventivas y el fomento e impulso de promociones de salud en las redes comunitarias; si apreciamos que los mismos son plenamente alterados con gesticulaciones de este prototipo <sup>(5)</sup>.

El desarrollo del nivel de educación debe ser la raíz del entendimiento y objeto de modificación para dar precedencia a la aportación comunal y multidisciplinaria, así como beneficiar la reciprocidad de conocimiento y experiencia. Sin desconfianza, se le concede un cargo significativo a la transferencia de los saberes ligados a la salud y que sobresalen como parte de la cultura, ya que la salud es el valor más trascendental para la enorme mayoría de la especie humana y en el orden jerárquico de la cultura, ocupa un puesto pudiente para la efectividad del impulso hacia la promoción sanitaria <sup>(5)</sup>.

En un estudio llevado a cabo por Rodríguez y Cols. en Cuba en el año 2016, expone que la falta de nivel de instrucción y educación de higienización bucal es un factor de riesgo global, lo cual obliga a la reflexión y meditación sobre la percepción que se tiene en los tiempos actuales, no existe la probabilidad de polemizar o discutir de cultura considerando solo costumbres y tradiciones, es ineludible el cargo y papel fundamental que tiene los establecimientos educativos, los impulsores culturales, de la salud y comunitarios con el requisito de formar y educar <sup>(5)</sup>.

La alfabetización de salubridad es una actitud esencial para la vida, habla sobre las habilidades de las personas para conseguir, procesar, interpretar y entender los servicios y la información esencial sanitaria, con el objetivo de tomar decisiones en materia beneficiosa y conseguir una mejor salud, es decir, es un término totalmente ligado a la promoción de la sanidad que pone énfasis en la mejora de las habilidades de las personas en comprender, interpretar y manejar la información sanitaria, así como en utilizar los recursos existentes de forma eficiente, con el propósito de aumentar su aspecto saludable como también su calidad de vida <sup>(5)</sup>.

La salud oral es una concepción altamente personificada de conciencia, la cual tiene gran relación con la cultura y el estatus socioeconómico de las personas. Se puede explicar como un modelo de salud oral y tejidos vinculados, que faculta a un individuo para poder comer, hablar y socializar sin ninguna enfermedad activa, incomodidad o vergüenza y que atribuye al bienestar general. Conservar un perfil oral en buen estado necesita de esfuerzos conjuntos entre el odontólogo y el paciente mismo. Uno de las causas primordiales en una población es la perspectiva de su gente hacia su dentición. Además, el discernimiento sobre la salud oral se ha alegado como un elemento importante que determina la salud en general. Es decir que la ausencia de una apariencia vigorosa perjudica el bienestar físico, psicológico y social de una persona a ello involucra el origen de una fuente de enfermedades crónicas como diabetes, obesidad y caries, que comparten circunstancias de riesgo comunes <sup>(6)</sup>.

El tratamiento para las enfermedades dentales implica grandes precios, como muchas otras afecciones y enfermedades relacionadas con la salud. La mayoría de las personas suele ignorar sus problemas dentales inminentes, que más tarde se complican y estropean la salud en general. El simple hecho que la gente no tome en cuenta que este suceso ha llevado a millones de ellos a padecer un dolor de diente que ya es complicado de tratar, una mala calidad de vida que al final conlleva a quedarse con pocas piezas dentales o a su vez, a ser portadores de placa a edades inadecuadas <sup>(7)</sup>.

No obstante, gran cantidad de investigaciones se han realizado en algunas ocasiones para determinar el conocimiento y la conducta de los individuos sobre su salud oral, aún hay una determinada y marcada deficiencia de educación respecto de los mismos, principalmente en los casos de poblaciones rurales. Además, incluso los individuos de las grandes poblaciones urbanas, a pesar de constar con gran facilidad para un acceso a la atención dental, son perjudicados por enfermedades dentales gracias a la negligencia en sus hábitos alimenticios y estilo de vida poco saludable <sup>(7)</sup>.

#### **4.1.b.- Factores causantes y sus consecuencias asociadas a la negligencia dental por parte del paciente**

La salud conjuntamente con la higienización bucodental se ha transformado con la crisis, en una de las más consideradas y abandonadas con gran mayoría de los pacientes de la salubridad pública. Al temor o la dejadez que son factores más asociados a la negligencia, de tener que acudir al odontólogo, se suma también el factor económico que distancia cada vez más a las familias de las consultas odontológicas, este último debatido en la actualidad <sup>(8)</sup>.

Por otro lado es importante recalcar que la sanidad bucodental, es primordial para regocijarse de una buena salud y adecuada calidad de vida, esta se puede detallar como la ausencia de dolor, malestar de todo el aparato estomatológico, así mismo la inexistencia de signos y síntomas que lleven a un posible diagnóstico reservado que involucre su salud en general, es así que el individuo puede desarrollarse con normalidad en las necesidades más importantes del ser humano como es la masticación, la deglución, la comunicación e incluso poder sentirse seguro en el entorno social que lo rodea <sup>(8)</sup>.

#### **4.1.b.1.- Enfermedades y afecciones bucodentales**

Las enfermedades bucodentales con mayor frecuencia son la caries, alteraciones periodontales que afectan las encías, el cáncer buco-faríngeo, enfermedades infecciosas bucodentales, lesiones congénitas, y finalmente las causas más comunes como el alcoholismo y tabaquismo están entrelazadas con dichas enfermedades <sup>(8)</sup>.

#### **4.1.b.1.1.- Caries dental**

En términos mundiales, entre el 60% y el 90% de los niños en edad escolar y cerca del 100% de los adultos tienen caries dental, a menudo acompañada de dolor o sensación de molestia <sup>(9)</sup>. La caries dental es una de las enfermedades de origen infeccioso de mayor prevalencia en el hombre y uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. Enfermedad en la cual los tejidos duros del diente son modificados y eventualmente disueltos, existiendo un proceso de destrucción localizada de los mismos por la acción de las bacterias implicadas. Se produce la descomposición molecular de los tejidos duros del diente mediante un proceso histoquímico y bacteriano que termina con descalcificación y disolución progresiva de los materiales inorgánicos y desintegración de su matriz orgánica. La formación de cavidades cariosas comienza en forma de pequeñas áreas de desmineralización en la subsuperficie del esmalte, pudiendo progresar a través

de la dentina y llegar hasta la pulpa dental, produciéndose una lesión de aspecto tizoso en la superficie del esmalte. De no realizarse terapias para remineralizar la lesión inicial, esta puede avanzar y convertirse en una cavitación <sup>(9)</sup>.

Un paciente con un nivel de conocimientos sobre salud bucal calificado de malo, debido a deficiencias en la orientación tanto en la escuela como el hogar desde edades tempranas, formará un joven y posteriormente un adulto que difícilmente considerará su salud bucal como una prioridad, ni los procedimientos de higiene bucal como imprescindibles para mantenerla.<sup>4</sup> Por tanto, es muy probable que presente una higiene bucal deficiente con abundante placa dentobacteriana o sarro con un número elevado de estreptococos mutans, principal agente etiológico de la enfermedad., es así que los hábitos relacionados con la higiene oral y el patrón alimentario son, probablemente, de los más importantes <sup>(9)</sup>.

#### **4.1.b.1.2.- Enfermedades periodontales**

Las enfermedades periodontales graves, que pueden desembocar en la pérdida de dientes, afectan a un 15%-20% de los adultos de edad media (35-44 años) <sup>(8)</sup> <sup>(9)</sup>. La enfermedad periodontal es un trastorno que afecta las estructuras de inserción del diente y se caracteriza por una exposición bacteriana que puede fomentar una respuesta destructiva del huésped, lo que lleva a la pérdida de inserción periodontal, ósea y por último la posible pérdida de los dientes. Las caries estuvieron mayormente relacionada con los estadios iniciales de la enfermedad periodontal. Se conoce que esta patología y sus secuelas son de los factores más importantes que contribuyen a su iniciación por la pérdida de superficie dental, pues crean contactos abiertos, impactación de alimentos, formación de placa que progresa apicalmente, entre otros aspectos, todo ello sumado a las consecuencias de la pérdida dentaria <sup>(9)</sup>.

La caries y las enfermedades periodontales son las principales causantes de la pérdida de dientes. La pérdida total de la dentadura es un fenómeno bastante generalizado que afecta sobre todo a las personas mayores. Alrededor del 30% de la población mundial con edades comprendidas entre los 65 y los 74 años no tiene dientes naturales <sup>(9)</sup>.

#### **4.1.b.1.3.- Cáncer de boca**

La incidencia del cáncer de boca oscila en la mayoría de los países entre 1 y 10 casos por cada 100.000 habitantes. Su prevalencia es relativamente mayor en los hombres, las personas mayores y las personas con bajo nivel educativo y escasos ingresos. El tabaco y el alcohol son dos factores causales importantes. <sup>(9)</sup> El cáncer bucal representa el 2 % de

todos los cánceres, casi el 30 % de los tumores de cabeza y cuello y el 90 % son carcinomas de células escamosas o epidermoides; el 10 % restante lo forman tumores de glándulas salivales, melanomas, sarcomas, carcinomas basales, linfomas, tumores odontógenos y lesiones metastásicas<sup>(9)</sup>.

El cáncer epidermoide afecta la mucosa bucal, encía, paladar duro y blando, lengua y piso de la boca. A diferencia de los tumores cutáneos, el cáncer de la cavidad bucal tiene peor pronóstico y más elevada mortalidad debido a la intensa vascularización de esta zona que favorece la diseminación de las células transformadas y a su escasa sintomatología<sup>(9)</sup>.

A pesar de que el cáncer bucal se localiza en regiones asequibles a la exploración física, la mayoría de los pacientes se diagnostican en estadios avanzados cuando las posibilidades de curación son remotas, lo que dificulta el tratamiento y empeora el pronóstico de los pacientes<sup>(9, 10)</sup>. A esto contribuyen los pocos síntomas en sus etapas iniciales y al carácter inespecífico de las lesiones. Un conocimiento más profundo sobre los factores de riesgo de cáncer bucal en médicos y estomatólogos de la atención primaria, podría repercutir favorablemente sobre estos indicadores de salud<sup>(10)</sup>.

La mala higiene bucal es un factor de riesgo independiente de cáncer bucal., con frecuencia los pacientes con este tipo de cáncer, presentan problemas de salud bucal como la pérdida de dientes y periodontitis. El número de dientes perdidos se ha asociado con el cáncer bucal, pero las variables relacionadas con la salud bucal también se vinculan con el consumo de tabaco y alcohol, un factor de confusión difícil de controlar en los estudios epidemiológicos. Además, la enfermedad periodontal incrementa el riesgo de cáncer de cabeza y cuello y esta asociación se mantiene en sujetos que nunca han fumado o bebido. También es más probable que los pacientes con periodontitis presenten carcinomas bucales de células escamosas más indiferenciados<sup>(10)</sup>.

El papel del odontólogo es fundamental en la prevención y el diagnóstico precoz del cáncer bucal. La mayoría de los cánceres bucales se previenen con la eliminación de estilos de vida como el hábito de fumar y el consumo de alcohol<sup>(10)</sup>.

#### **4.1.b.1.4.- Infecciones fúngicas, bacterianas o víricas en infecciones por VIH**

Alrededor de la mitad (40-50%) de las personas VIH-positivas padecen infecciones orales fúngicas, bacterianas o víricas, que tienden a manifestarse al inicio de la infección por VIH. Las escasas condiciones de salud bucal son detectadas en los pacientes con esta infección lo que podría causar el recrudecimiento en la aparición de infecciones oportunistas, esto puede dificultar y exponer aún más la salud general del paciente. Es

fundamental recalcar la necesidad de llevar a cabo un cuidadoso examen bucal en el diagnóstico de la infección por el VIH, pues, la exploración de los tejidos bucales es un tratamiento clínico veraz, económico y no invasivo. Es importante profundizar las respuestas que se presentan en lo preventivo y asistencial por parte de los entes gubernamentales de salud para aumentar las condiciones de vitalidad bucal de los pacientes VIH/SIDA. Es numeroso el porcentaje de pacientes VIH-SIDA con caries dental y enfermedad periodontal, estos descubrimientos están en concurrencia con los de Goddard y col <sup>(9, 10)</sup>. Quienes igualmente reportaron elevados porcentajes de individuos con esta afección.

Gran parte de las personas infectadas por VIH padecen episodios discontinuos de la enfermedad cuya seriedad va incrementando a medida que debilitan sus sistemas inmunitarios y las infecciones que provocan se las conoce como infecciones oportunistas<sup>(10)</sup>.

En los pacientes contagiados por el virus de inmunodeficiencia humana, las manifestaciones bucales que se vinculan con esta infección juegan un papel notable debido a la alta continuidad con que se presentan, así como el deterioro en la calidad de vida que algunos traumatismos bucales pueden ocasionar al afectar funciones como la deglución y la masticación <sup>(10)</sup>.

#### **4.1.b.1.5.- Causas más comunes:**

Las enfermedades bucodentales muestran factores de riesgo relacionados, entre otros, con la mala salud, el tabaquismo y el alcoholismo, factores que comparten las cuatro enfermedades crónicas más importantes, como las cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Cabe recalcar a este aspecto que las afecciones bucodentales casi siempre están relacionadas con enfermedades crónicas. La mala higiene de la boca por una negligencia total por parte de la persona también constituye un factor de riesgo para la causa de enfermedades bucodentales <sup>(10) (11)</sup>.

#### **4.1.c.- Frecuencia y prevalencia de la enfermedad**

La influencia de las enfermedades relacionadas con el descuido de la salud bucodental varía dependiendo de la región geográfica en la que se encuentre y de la disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud dental. También dependen de diversos factores sociales. La prevalencia de enfermedades bucodentales está aumentando en los países subdesarrollados; en todos los países, la carga de morbilidad por esta causa es numeroso en las poblaciones pobres y desfavorecidas <sup>(11)</sup>.

Gran cantidad de estudios socioepidemiológicos defienden el importante papel que tienen los factores sociocomportamentales y ambientales en la salud bucodental. Además de las malas condiciones de vida, los principales factores de riesgo tienen relación con el modo de vida (una dieta inadecuada, nutrición e higiene bucal insuficientes, y el exagerado consumo de tabaco y alcohol) y con una escasa disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud dental. Diversas enfermedades bucodentales se relacionan a enfermedades crónicas no transmisibles, debido principalmente a la existencia de factores de riesgo comunes. Además, hay enfermedades sistémicas (por ejemplo la diabetes o el VIH/SIDA) que provocan a menudo problemas bucales. El gran desarrollo mundial de los programas de salud pública mediante la aplicación de medidas eficaces de prevención de las enfermedades dentales y la promoción de la salud bucodental constituye una necesidad urgente. Los retos que hay que vencer para perfeccionar la salud bucodental son de gran importancia en los países en proceso de desarrollo <sup>(11, 12)</sup>.

Por otro lado, de acuerdo con el tema que se está tratando en esta investigación. García B., Arturo Guerra A., Benet M. citan en su estudio que las personas de más de 60 años, presentan un riesgo creciente de lesiones premalignas y cáncer bucal, asociadas con la susceptibilidad de los tejidos y con circunstancias extrínsecas como fumar, masticar tabaco, ingerir bebidas alcohólicas, y comidas muy calientes o condimentadas, así como por la irritación por prótesis mal adaptadas. Este riesgo de padecer una enfermedad también se provoca debido a que los tejidos empiezan a mostrar signos de deshidratación, fibrosis, baja capacidad reparadora y de la elasticidad, así como a las atrofas por las deficiencias nutricionales y la xerostomía. También aparecen lesiones, como resultado de la irritación por ángulos agudos de los dientes, restauraciones fracturadas, sepsis bucal o por prótesis mal adaptadas. Todo esto, unido al desconocimiento de los factores de riesgo ya antes mencionados, y a una higiene ineficiente por parte de los adultos mayores, compromete la salud bucodental de estas personas y secunda la pérdida dental en edades tempranas, con la consiguiente afectación de la calidad de vida y la manifestación de otros trastornos orgánicos y psicológicos <sup>(12)</sup>.

#### **4.1.c.1.- Instrumentos para medir la frecuencia**

Los profesionales de la atención primaria han de asumir el valor de actividades de promoción de salud con eficacia y eficiencia, con la intención de mejorar el nivel de salud de la comunidad a su cargo. La prevención primaria es la única eficaz y es claro que el amplio campo de actuación de las medidas de promoción de salud no solo necesitan de los integrantes de este nivel de atención; los organismos públicos y de gobierno cuentan

con un compromiso de primer orden que no debe ser olvidado. Todas las acciones de promoción van encaminadas a impulsar la salud a lo largo de la vida <sup>(12)</sup>.

La cultura sanitaria es el conjunto de hábitos, rutinas, saberes y manifestaciones de los individuos y la sociedad, que llevan al desarrollo de acciones prudentes en beneficios de su salud y de la colectividad <sup>(12, 13)</sup>.

Los indicadores o instrumentos que ubican al individuo en un nivel definido de desarrollo de su cultura en salud bucodental son: responsabilidad ante su salud, compromiso de una buena nutrición, afrontamiento al estrés y disposición para el ejercicio físico <sup>(13)</sup>.

De los 4 indicadores o instrumentos generales anteriormente comentados se devienen otros específicos, entre los cuales se encuentran los propios de la cultura en salud bucal:

1. Conocimiento y práctica que tiene la población sobre la higiene dental
2. Cambio de las costumbres dietéticas arraigadas en la cultura alimentaria
3. Afrontamiento al estrés para eludir afecciones bucodentales
4. Actitud comprometida ante la medicación, para lo cual se le ofrece la función protagónica
5. Práctica sistemática del autoexamen bucal como primer elemento para la persona que evalúa <sup>(13)</sup>.

#### **4.1.d.- Medidas para controlar la negligencia**

##### **4.1.d.1.- Relación clínica (RC) en cuidado Dental**

La relación paciente-salud se denomina actualmente relación clínica, el uso de este término se debe a que el vínculo entre usuarios y prestadores de servicios médicos no necesariamente se da entre profesionales de la salud y pacientes o enfermos, sino con distintos trabajadores sanitarios como nutricionistas, psicólogos, trabajadores sociales, etc. Por otro lado, el término paciente se considera inadecuado porque indica una actitud pasiva del consumidor. La bioética en la relación clínica en el área odontológica, satisface del todo ya que muchas personas sanas acuden al servicio médico, ya sea por un certificado de salud, un examen rutinario o una cirugía estética. El decir usuario, tampoco ha tenido gran aceptación. El objetivo de la RC es buscar el aumento de la salud de quien solicite la atención, mediante el establecimiento de una evaluación y un tratamiento. Es un ambiente donde se originan las bases de una relación de confianza entre el profesional y el paciente y se definen vías de acción, límites y alcances de las acciones terapéuticas. La RC enseña

algunas de las siguientes características: a) relación médico-paciente asimétrica en términos de saberes y de habilidades, b) colaboración subordinada de los consumidores en las acciones de salud y c) concepción del paciente como ignorante y responsable de su enfermedad. De igual forma, clarificar desde primeras instancias cuáles son los derechos y las responsabilidades del profesional y el cliente para buscar una mayor colaboración y equilibrio en la RC <sup>(13)</sup>.

#### **4.1.d.2.- Manejo Adecuado**

La motivación es una respuesta interna del individuo al discernimiento previamente elaborado, que lo alienta y lo impulsa a actuar para llegar a complacer una necesidad. Es complicada e implica un conjunto de ideas, deseos, sentimientos, y esperanzas que comienzan, mantienen y regulan el comportamiento hacia determinados objetivos <sup>(13)</sup>.

Los programas de salud bucodental de las comunidades autónomas y las nuevas tecnologías establecen las oportunidades más significativas. Se debe aplicar el mejor precio competitivo de Universidades y Centros de formación de profesionales dentales. Los proyectos de formación del profesorado de la educación requerida en salud también es una alternativa a tener en cuenta, como también la disponibilidad en cantidad y calidad de materiales dentales en farmacias también es un elemento a considerar de cara a la protección frente a la caries dental en programas de hogar <sup>(13)</sup>.

La información más accesible a través de los nuevos medios de comunicación es una alternativa a la mal información. Además, cabe destacar los programas de información que se llevan a cabo en Colegios profesionales de médicos, dentistas, higienistas, expertos en nutrición y farmacéuticos, así como las sociedades científicas profesionales y otras entidades <sup>(13)</sup>.

#### 4.2. - ANTECEDENTES

En un artículo de la revista denominado Oral Health: How Much Do You Know? – A Study on Knowledge, Attitude and Practices of Patients Visiting A North Indian Dental School <sup>(13)</sup>, Singh A., Singh R., Singh S., Kapoor V., and Singh J. llevado a cabo para evaluar el conocimiento, la actitud y el comportamiento entre los pacientes. El presente estudio se llevó a cabo en 642 sujetos. Entre ellos, el 64.8% eran hombres y el 35.2% eran mujeres. Todos los sujetos tenían más de 18 años de edad. La distribución por edades fue variable. El número de sujetos en el grupo de edad de 18-24 fue máximo de 266 (41.5%). En vista de su formación académica, 229 (35.8%) de las personas tenían educación solo hasta el nivel secundario. Aproximadamente, 449 (70%) de los sujetos del estudio pertenecían a áreas rurales con la agricultura como fuente principal de ingresos.

En un artículo de la revista denominado Self-Efficacy Perceptions In Oral Health Behavior <sup>(14)</sup>, Hannele A., Edvard M., Syrjälä L. el objetivo es describir y comprender las opiniones de las personas sobre la autoeficacia dental y su formación. Los datos cualitativos se recogieron mediante entrevistas focalizadas con cinco pacientes seleccionados por mala orientación a cuestiones de atención dental, medidos con los puntajes de un cuestionario anterior. La primera etapa del análisis es una descripción de los antecedentes de los sujetos de sus propias cuentas; dos demostraron haber internalizado profundamente las creencias y comportamientos dentales preventivos, mientras que otros dos tuvieron experiencias traumáticas como motivo de citas dentales irregulares. Un sujeto con un comportamiento deficiente de salud bucal parecía tener una acción preventiva limitada en su cita anual con el dentista. La segunda etapa del análisis se centra en la interpretación de la percepción de autoeficacia de los sujetos y los comentarios relacionados. Entre las fuentes de autoeficacia que demuestran ser importantes en el cuidado dental están las dimensiones cognitivas, experienciales, de apoyo y emocionales, y las creencias y valores aprendidos en la familia y en la escuela. Esta investigación cualitativa aumenta nuestra comprensión del comportamiento de salud oral de los pacientes y enfatiza la importancia de la educación de salud oral centrada en el paciente.

En un artículo de la revista denominado The Dental Neglect And Dental Indifference Scales Compared <sup>(15)</sup>, Jamieson L, Thomson W. en total, 478 personas (78.2%) devolvieron el cuestionario. 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). La asociación entre los puntajes de las escalas fue moderada ( $r = 0,58$ ;  $P < 0,01$ ) y solo hubo un grado moderado de concordancia entre los dos. Las dos escalas tenían asociaciones en gran parte similares

con las características sociodemográficas, de cuidado bucal y de autocuidado, y con la salud oral, aunque se encontraron algunas asociaciones con la escala de Indiferencia dental. Se descubrió que la escala de negligencia dental era más fácil de usar que la escala de indiferencia dental porque no requería un algoritmo complejo para calcular los puntajes de escala.

En un artículo de la revista denominado *Assessment Of The Reliability And Validity Of The Dental Neglect Scale In Norwegian Adults* <sup>(16)</sup>, Skaret E, Astrom A, Haugejorden O, Klock K, Trovik T. el coeficiente alfa de Cronbach para la construcción general del DNS fue 0,67 (n = 173) y 0,57 (n = 1301). Solo se extrajo un factor, lo que explica un total del 36% de la varianza de la escala (n = 1301). El kappa de Cohen para las comparaciones de prueba-reprueba varió de 0.21-0.79 (n = 108), y la rho de Spearman para los puntajes de suma test-retest fue de 0.60. Las puntuaciones más altas de negligencia se relacionaron positivamente con una opinión negativa sobre la propia salud dental (OR = 3,3), la última cita dental debido a dolor u otros problemas (OR = 2,3), menos de 20 dientes (OR = 2,2), bebiendo refrescos con azúcar todos los días (OR = 2.1), el uso no regular del servicio dental (OR = 2.2) y el uso de hilo dental o mondadientes rara vez o nunca (OR = 1.6). La prevalencia de alta negligencia dental fue del 20%.

En un artículo de la revista denominado *The Relationship Of Oral Health Literacy And Self-Efficacy With Oral Health Status And Dental Neglect* <sup>(17)</sup>, Jessica Y. Lee, Kimon D, A. Diane Baker, R. Gary Rozier, William F. Vann Jr. se han examinado las asociaciones de alfabetización de salud oral (OHL) con el estado de salud oral (OHS) y negligencia dental (DN), y exploramos si la autoeficacia mediaba o modificaba estas asociaciones. Menos de un tercio de los participantes calificaron su OHS como muy bueno o excelente. Un OHL más alto se asoció con un mejor OHS (para un aumento REALD de 10 unidades: razón de prevalencia multivariado = 1.29, intervalo de confianza del 95% = 1.08, 1.54). OHL no se correlacionó con DN, pero la autoeficacia mostró una fuerte correlación negativa con DN. La autoeficacia se mantuvo significativamente asociada con DN en un modelo completamente ajustado que incluía OHL.

En un artículo de la revista denominado *Dental Neglect As A Behavioural Audit Of Oral Health- A Systematic. Literature Review* <sup>(18)</sup>, Kumar A, Manjunath P, Sowmya K El propósito del presente estudio es investigar la relación entre el abandono dental y las variables sociodemográficas Entre los 385 artículos obtenidos mediante búsqueda electrónica, solo ocho estudios fueron elegibles para una revisión sistemática de la

literatura. La negligencia dental varió según la edad y el sexo. Bajo nivel educativo, junto con bajos ingresos y clase social se asoció con una gran negligencia dental. Con actitud negligente y comportamiento negativo.

En un artículo de la revista denominado Impact Of Dental Neglect Scale On Oral Health Status Among Different Professionals In Indore City-A Cross- Sectional Study <sup>(19)</sup> , Pubali S, Pralhad D, Sandesh N, Prashant M, Sandeep K. la mayoría de los encuestados (57.7%) mostraron buena higiene oral para el puntaje del DNS <15, la mayoría de los profesionales (63.7%) mostraron una higiene oral deficiente para el puntaje del DNS > 15. Se encontró que la Escala de negligencia dental (DNS) era estadísticamente significativa con OHIS y la experiencia de caries con un 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.

En un artículo de la revista denominado Evaluating The Role Of Dental Behaviour In Oral Health Inequalities, Sanders A, Spencer A, Slade G. <sup>(20)</sup> se obtuvieron datos para 3678 adultos dentados de entre 18 y 91 años. Los dientes perdidos y los puntajes de OHIP-14 siguieron un gradiente social con adultos más pobres que experimentaron peores resultados. La asistencia dental de rutina y el autocuidado dental diligente se asociaron con gradientes monotónicos inversos en los dientes perdidos ( $P < 0.05$ ) y puntuaciones OHIP-14 ( $P < 0.05$ ). Aunque los adultos que vivían en las áreas con la menor desventaja tenían una orientación de asistencia dental preventiva, no se encontró un patrón socioeconómico para el cuidado personal dental. En el análisis multivariado, la pendiente del gradiente socioeconómico [estimación  $\beta$  para el Índice de Desventaja Socioeconómica Relativa (IRSD)] en los dientes perdidos no se atenuó significativamente ni por la asistencia odontológica ni por el autocuidado dental. Para los puntajes de OHIP-14, la pendiente del gradiente socioeconómico se atenuó significativamente por las visitas dentales, pero no por el autocuidado dental y no por el efecto combinado de ambos comportamientos.

En un artículo de la revista denominado Dental Health, Dental Neglect, And Use Of Services In An Adult Dunedin Population Sample, Lisa M Jamieson and Murray Thomson <sup>(21)</sup> la negligencia dental fue mayor entre los encuestados más jóvenes y entre los del grupo ocupacional más bajo. Los visitantes dentales episódicos, los que no habían visitado durante mucho tiempo y los que no pagaban en privado por su último tratamiento también tenían puntuaciones más altas de negligencia dental. Los puntajes de negligencia dental fueron más altos entre aquellos con menos comportamientos de autocuidado oral

favorables y en aquellos con peor salud oral autoevaluada. Los puntajes también fueron más alto entre los que informaron impactos en la salud oral

En un artículo de la revista denominado *The Impact Of Dental Neglect On Oral Health: A Population Based Study In Hong Kong*, Dr. Colman McGrath., Arthur See-King Sham., Dominic King Lun Ho., Janet Hok Ling Wong <sup>(22)</sup> la tasa de respuesta fue del 70% (556/800). El puntaje promedio de negligencia dental de la población fue de 14.81 (DSD 3.62) [rango posible de 6 a 30]. Más comúnmente, las personas fueron negligentes en el uso de la atención dental profesional. Las disparidades sociodemográficas en DN fueron aparentes, en relación con la edad ( $P < 0.05$ ), el ingreso ( $P < 0.05$ ) y el logro educativo ( $P < 0.05$ ). DN se asoció con la salud oral auto informada: estado de la dentadura postiza ( $P < 0.05$ ), número de dientes poseídos ( $P < 0.05$ ) y calidad de vida relacionada con la salud oral ( $P < 0.05$ ).

En un artículo de la revista denominado *Exploración de significados con respecto a la salud bucal de un grupo de gestantes de la ciudad de Medellín, Colombia ¿Hay alfabetización en salud bucal?*. Martínez Delgado C., López Palacio A., Lodoño Marín B., Giraldo J <sup>(23)</sup>. Las madres embarazadas le dan importancia significativa a la boca debido a razones de supervivencia y estéticas. Destacan los dientes sobre otras partes de la boca y piensan que la salud oral es sinónimo de dientes sanos. El concepto de higiene oral se representa como la limpieza de los dientes con cepillo y pasta de dientes. La boca de su futuro hijo no es motivo de preocupación, y consideran que la higiene oral es importante, pero no en las primeras etapas

En un artículo de la revista denominado *Oral health, general health and quality life*. Sheiham A. <sup>(24)</sup>. El noventa por ciento de los preadolescentes Reportó un impacto relacionado con la salud oral. Se encontró Prevalencia de dolor dental a ser alrededor del 33% de Brasil entre los adolescentes, 9% de los cuales tuvieron dolor angustiante, insoportable. por otro lado también se menciona un estudio en Tailandia, en donde el 74% de los 35 a 44 años de edad tenía diarias orales. Sus actuaciones afectadas por estado: 46% informó su estabilidad emocional se vio afectada. Dientes de los dientes que causan la masticación a ser dolorosos de la ingesta de la dieta de la dieta.

## **5.- HIPÓTESIS.**

Este estudio no precisó hipótesis por ser un estudio de tipo descriptivo.

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

## 1.- MARCO METODOLÓGICO

**Enfoque:** Cuantitativo <sup>(25)</sup>

**Diseño de Investigación:** Descriptivo <sup>(25)</sup>

**Nivel de Investigación:** Descriptivo

**Tipo de Investigación:**

- **Ámbito:** De campo
- **Técnica:** Comunicacional – Encuesta
- **Temporalidad:** Transversal actual

## 2.- POBLACIÓN Y MUESTRA

La muestra de la población que se tomó en cuenta para la elaboración de este estudio fue de 294 encuestados para la recolección respectiva de datos, la misma que fue realizada de manera aleatoria en los habitantes de la Parroquia Checa que cuenta con una población aproximadamente de 1.238 según el último censo realizado en el año 2010 <sup>(26)</sup>.

### 2.1.- Criterios de selección

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

#### 2.1. a.- Criterios de inclusión

Se incluyeron en el presente estudio, las encuestas realizadas a las personas de ambos sexos entre las edades de 45 a 65 años que residen en la Parroquia Checa de la ciudad de Cuenca.

#### 2.1. b.- Criterios de exclusión

Se excluyeron personas que no residen en la Parroquia Checa de la Ciudad de Cuenca, que no cumplen con el rango edad de 45 a 65 años, aquellos que no colaboren con las encuestas y finalmente datos que no lleguen a ser comprendidos por parte del lector.

## 2.2.- Tamaño de la muestra

Se calculó mediante la fórmula para la muestra de población finita con un margen de confiabilidad del 95% y un margen de error del 5%.

Total de habitantes de Checa es de 1.238

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 * p * q * N}{Z_{\alpha}^2 * p * q + E^2 (N-1)}$$

**Donde:**

**n**= total de la muestra (294)

**Z<sub>α</sub>**= 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

**P**= proporción esperada (en este caso 5%= 0.05)

**Q**= 1- p (en este caso 1-0.05 = 0.95)

**E<sup>2</sup>** = precisión (0.05)<sup>2</sup> = 5%

**N**= total de la población 1.238

**N-1**= 1.237

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (1.238)}{(1.96)^2 (0.5) (0.5) + (0.05)^2 (1.237)}$$

$$n = \frac{(0.96) (1.238)}{(0.96) + (3.09)} = \frac{1.188,48}{4.05}$$

$$n = 294$$

### 3.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADOR	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA
Negligencia	La <b>negligencia</b> , de forma general, se refiere al descuido, a la falta de cuidado o a la falta de aplicación.	Personas que presentan desinterés en cuanto a sus actividades	Descuido	Cualitativa	Nominal
Sexo	Características genóticas de la persona	Dato que se encuentra en la encuesta epidemiológica	Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal
Edad	Hace mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Cantidad en número de su edad que presenta una persona	45 – 65 años	Cuantitativa	Nominal
Ocupación	La ocupación de una persona hace referencia a lo que ella se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión.	En que se desenvuelve la persona en el ámbito social	Empleo o desempleo	Cualitativa	Nominal

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

##### **4.1.- Instrumentos documentales.**

Para esta investigación se utilizó la encuesta de Thomson Reuters, la cual consta de 6 preguntas acerca del cuidado dental, mediante la Escala Dental de Negligencia (DNS), se evalúa hasta qué punto un individuo se preocupa por sus dientes, recibe atención dental profesional y cree que la salud oral es importante. Además se evaluó la negligencia dental capturando las respuestas personales, y utilizando una escala de Likert que va desde uno ("definitivamente no") o a cinco ("definitivamente sí").

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

Para la toma de datos se utilizó una computadora de escritorio, procesador Core 5.

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

Se empleó materiales de escritorio.

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

Para llevar a cabo el estudio se necesitaron recursos institucionales (UCACUE), recursos humanos (autor: Pulla Sarmiento Renato Marcelo, tutor: Matute Bueno Xavier Sebastián Od. Esp., estadístico: Villavicencio Caparo Ebingen Od. Esp.) y recursos financieros (autofinanciados).

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

Para el procedimiento de toma de datos, se reunió un grupo de 12 estudiantes de la Universidad Católica de Cuenca, facultad de odontología, que planifico el lugar de salida y lugar de destino, de esta manera quedando acorde con el lugar se definió el punto de encuentro, que fue en la facultad de odontología de la prestigiosa Universidad Católica de Cuenca que está ubicada en la Av. De las Américas y Humboldt, desde la cual se procedió a trasladarse al lugar de llegada, en el cual se acordó la iglesia de la parroquia Checa. Una vez acordado los lugares de encuentro y destino de los estudiantes se procedió a trasladarse en medios de transporte públicos o privados como son: taxis, buses o en ocasiones vehículos propios, el cual nos llevaba un tiempo aproximado de 45 minutos. Una vez todos reunidos procedimos al reconocimiento del lugar a entrevistar, posterior a este reconocimiento nos dividimos en 3 grupos, cada grupo destinado a cierta zona de la parroquia Checa. Ya planificado los horarios correctamente para cada grupo de estudiantes, procedimos a recorrer las calles y a tocar puerta por puerta de cada vivienda

para encontrar así personas a cuáles realizarles las encuestas de Salud bucal, una vez que la persona accedía a darnos su información se le hacía firmar el consentimiento informado para proceder a realizar las preguntas. Posteriormente se leía pregunta por pregunta y si la persona tenía alguna duda se le aclaraba. Una vez terminada la encuesta se verifica que este completa y se le agradecía al encuestado por su colaboración.

### **5.1.- Ubicación Espacial.**

**Ubicación Geográfica y Límites:** La parroquia Checa está ubicado al norte del cantón Cuenca a 12 Km. de distancia, **Limita** al Norte con la provincia de Cañar, al Sur por la parroquia Chiquintad, al Este con la parroquia Octavio Cordero Palacios y Sidcay, al Oeste con la parroquia Chiquintad del cantón Cuenca <sup>(27)</sup>.

**Latitud:** -2.78333    **Longitud:** -79

### **5.2.- Ubicación Temporal.**

La investigación se realizó entre los meses de Agosto 2017 y Abril 2018, recolectando datos de encuestas, dichas encuestas fueron tomadas entre los meses de Octubre y Diciembre del 2017.

### **5.3.- Procedimiento de la Toma de datos.**

Para el registro de los datos, se realizaron encuestas en la parroquia Checa, las cuales fueron ingresadas a una base de datos en el programa EPI INFO, estas reflejan información que fue registrada con las siguientes características:

La investigación sobre la negligencia al cuidado dental describe cuantitativamente el problema en adultos medios de 45 a 65 años de edad.

#### **5.3.a.- Método de encuesta utilizado para los examinadores.**

Para el llenado de las encuestas se distribuyó a los estudiantes a diferentes comunidades, los cuales fueron a los hogares y sectores de mayor concurrencia, luego de explicar el propósito del estudio se procedió a llenar la encuesta, la cual tuvo una duración de 15 a 20 minutos, la misma que fue firmada dando consentimiento para utilizar los datos recolectados.

#### **5.3.b.- Criterios de registro de hallazgo.**

Las condiciones que se tomaron en cuenta para el registro de los datos recolectados fueron:

- El rango de puntaje va de 1 a 5.
- Se sumara todos los puntajes de la escala de negligencia al cuidado dental.
- El puntaje mayor estará asociado a negligencia y el puntaje menor refleja que no existe negligencia.

## **6.- PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS**

Se utilizó el programa EPI INFO para ingresar los datos recolectados, para analizarlos a través del programa Excel Microsoft.

Se realizará un análisis de la negligencia al cuidado dental tomando en cuenta que las personas que fueron encuestadas tengan un rango de edad entre 45 a 65 años.

Para el análisis de los datos respecto al valor de la negligencia dental se denominó que:

Definitivamente Si = 1

Si = 2

Medio = 3

No = 4

Definitivamente No = 5

## **7.- ASPECTOS BIOÉTICOS**

El presente estudio no implicó conflictos bioéticos, debido a que se ejecutó una encuesta en la cual 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 Y CONCLUSIONES**

## **1. RESULTADOS**

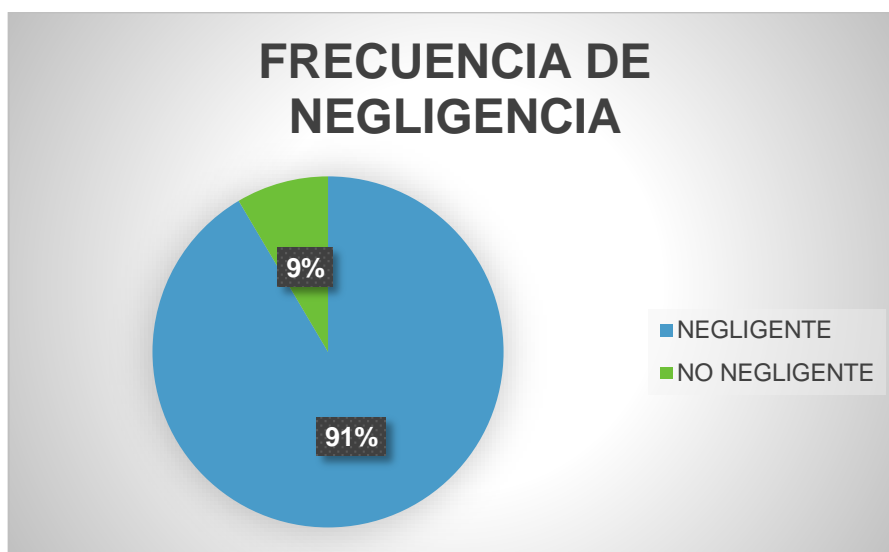
El presente trabajo se realizó con datos obtenidos de encuestas realizadas a las personas de la parroquia Checa, que constan en el archivo del departamento de investigación de la carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca, mostrando los siguientes resultados.

**Tabla N°1.- Distribución de la muestra según edad y sexo de los adultos de la parroquia Checa.**

EDAD/SEXO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL GENERAL	
	N	%	N	%	N	%
DE 45 A 49	47	32%	40	27%	87	30%
DE 50 A 55	37	25%	34	23%	71	24%
DE 56 A 60	29	20%	26	18%	55	19%
DE 61 A 65	34	23%	47	32%	81	28%
<b>TOTAL</b>	<b>147</b>	<b>100%</b>	<b>147</b>	<b>100%</b>	<b>294</b>	<b>100%</b>

**Interpretación:** En esta tabla se puede evidenciar que existe el mismo el número de hombres y mujeres que participaron en esta investigación.

**Gráfico N°1. Frecuencia de negligencia al cuidado dental en los adultos medios de 45 a 65 años en la parroquia Checa.**



**Interpretación:** En este gráfico se puede evidenciar, que existe en un mayor porcentaje personas negligentes al cuidado de su salud bucal con el 91%, y tan solo el 9% de personas no presentan negligencia.

**Tabla N°2. Negligencia al cuidado dental de los adultos medios de la parroquia Checa según sexo.**

SEXO	NEGLIGENTE		NO NEGLIGENTE		TOTAL GENERAL	
	N	%	N	%	N	%
FEMENINO	137	51%	10	40%	147	50%
MASCULINO	132	49%	15	60%	147	50%
<b>TOTAL</b>	269	100%	25	100%	294	100%

Chicadrado  $p= 0.29582142$

**Interpretación:** En esta tabla existió mayor negligencia dental en el sexo masculino, estadísticamente no significativo.

**Tabla N°3. Negligencia al cuidado dental de los adultos medios de la parroquia Checa según la edad.**

EDAD	N	NEGLIGENTE		NO NEGLIGENTE		TOTAL GENERAL	
		%	N	%	N	%	N
DE 45 A 49	80	30%	7	28%	87	30%	
DE 50 A 55	64	24%	7	28%	71	24%	
DE 56 A 60	52	19%	3	12%	55	19%	
DE 61 A 65	73	27%	8	32%	81	28%	
<b>TOTAL</b>	269	100%	25	100%	294	100%	

Chic cuadrado  $p= 0.79047592$

**Interpretación:** En esta tabla se puede evidenciar la distribución de la muestra de acuerdo a la edad, existió un mayor número de casos de negligencia al cuidado dental en grupo etario de 45 a 49 años, estadísticamente no es significativo.

**Tabla N°4. Negligencia al cuidado dental de los adultos medios de la parroquia Checa según la ocupación.**

OCUPACIÓN	NEGLIGENTE		NO NEGLIGENTE		TOTAL GENERAL	
	N	%	N	%	N	%
EXPUESTO	193	72%	17	68%	210	71%
NO EXPUESTO	76	28%	8	32%	84	29%
<b>TOTAL</b>	269	100%	25	100%	294	100%

Chicadrado  $p= 0.69157754$

**Interpretación:** En la tabla número 4 se puede evidenciar que el grupo de ocupación expuesto presenta mayor negligencia al cuidado dental, estadísticamente no significativo.

**Tabla N°5. Negligencia al cuidado dental de los adultos medios de la parroquia Checa según el nivel de instrucción.**

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	NEGLIGENTE		NO NEGLIGENTE		TOTAL GENERAL	
	N	%	N	%	N	%
ALTO	18	7%	1	4%	19	6%
BAJO	251	93%	24	96%	275	94%
<b>TOTAL</b>	269	100%	25	100%	294	100%

Chicadrado  $p= 0.60058755$

**Interpretación:** En la tabla número 5 se puede evidenciar que en mayor porcentaje de negligencia al cuidado dental presenta el grupo de personas con un nivel de instrucción bajo. Entendiéndose como un nivel de instrucción bajo a personas analfabetas, como también aquellas que cumplen una educación primaria y secundaria, mientras que en un nivel alto de instrucción se identifican a individuos con grado de formación superior técnica o superior universitaria. Estadísticamente no significativo.

## 2. DISCUSIÓN

El presente estudio documenta información sobre la negligencia al cuidado de la salud dental de adultos mayores de 45-65 años en habitantes de la parroquia de Checa de la ciudad de Cuenca, 2017. Obteniendo los siguientes resultados, el 91% de individuos presento negligencia al cuidado dental y tan solo el 9% no presento negligencia al cuidado de su salud bucal. Así mismo se pudo evidenciar que existió el mismo número de hombres y mujeres que fueron entrevistados en esta parroquia. La negligencia dental se ha definido como la conducta y los comportamientos que pueden poseer consecuencias contraproducentes para la salud bucal del sujeto (Thomson y Locker, 2000) o, más específicamente, como el déficit de precaución para sostener una buena salud bucal, así como también la carencia de atención dental indispensable y finalmente una negligencia física de la cavidad oral (Thomson et al., 1996) <sup>(6)</sup>. Desde otra perspectiva la alfabetización en salud se define como: la capacidad para obtener, procesar y comprender información básica de salud, que permita tomar decisiones correctas para su preservación (Martínez CM. y Cols. 2011, Colombia) <sup>(23)</sup>

Por otro lado en cuanto al género y su relación con la negligencia al cuidado dental Amit Kumar y Cols<sup>(5)</sup>. Realizaron un estudio en la India en el año 2016, en su investigación planteo que de siete estudios, cuatro han informado una mayor magnitud estadísticamente significativa de la negligencia dental en los hombres en comparación con las mujeres. Las mujeres suelen ser más preocupadas por su cuerpo y son menos tolerantes a los cambios en su apariencia y salud. Del mismo modo, las mujeres tienden a cuidar mejor su salud bucal que los hombres y es más probable que se sometan a chequeos dentales regulares, principalmente debido a las normas sociales específicas de género. Además, esto también podría depender de la naturaleza de su entorno social. Y finaliza que en la revisión actual, la evidencia de asociación entre género y negligencia es equívoca que se requieren estudios adicionales. Estos datos no concuerdan con nuestra investigación debido a que en las encuestas que realizamos existen un mayor número de mujeres entrevistadas con un total de 137 mujeres entrevistadas arrojando un porcentaje de 51% de negligencia, mientras que en el género opuesto se llegó a realizar 132 encuestas dando un menor porcentaje de 49% de negligencia al cuidado dental <sup>(8)</sup>.

Por otra parte el debate de la negligencia dental enlazando a la edad es aún mayor ya que en este se mencionó que en un estudio entre los adultos mayores, los problemas de salud dental son aglomerados y tan frecuentes como en edades tempranas y en la adolescencia. Las enfermedades del aparato estomatológico en este grupo afectan a los adultos mayores

que están en inferioridad económica, carecen de un seguro para el cuidado de su salud dental y son individuos que pertenecen a un segmento de minorías raciales y étnicas. A esto también se asocia sostener una discapacidad, estar en un establecimiento o institución y el no poder salir de su domicilio también incrementa el riesgo de mala salud bucal. Según el Informe de salud oral en Estados Unidos de 2003, "Un estado de descomposición: la salud oral de los estadounidenses de más edad", alrededor del 30 por ciento de los adultos de 65 años o más ya no tienen dientes naturales, que es una afección que afecta la ingesta de alimentos y la nutrición <sup>(4)</sup>. conforme a estas afirmaciones se suma el estudio realizado en Tailandia, el 74% de las personas de 35-44 años de edad tuvieron un rendimiento diario afectado por su estado oral: el 46% informó que su estabilidad emocional se vio afectada. Los problemas dentales que causan que la masticación sea dolorosa afectan el consumo de fibra dietética y algunos alimentos ricos en nutrientes; en consecuencia, los niveles séricos de betacaroteno, ácido fólico y vitamina C fueron significativamente más bajos en aquellos con peor estado oral <sup>(24)</sup>. En comparación estos resultados de nuestra investigación podemos añadir que la negligencia dental presentada en el grupo de edad adulta menciona que las afecciones bucales se da por un estatus económico bajo, mientras que en el mismo grupo existen individuos que practican su trabajo a diario y mantienen una preocupación en su apariencia esto les hace tener un estado de salud dental aparentemente sano.

Muy pocos estudios han mencionado la relación de ocupación y negligencia dental. Skaret E. y Cols<sup>(16)</sup>. Mediante una investigación en la población adulta en Noruega en el año 2007 informaron que los sujetos que habían estado desempleados en los últimos tres meses tenían puntajes de escala de negligencia dental DNS más altos en comparación con los demás con el empleo. Por otro lado Jamieson LM. y Cols<sup>(21)</sup>. Destacó en sus estudios elaborados en Nueva Zelanda en el año 2002 que la negligencia dental fue mayor en el grupo ocupacional inferior en comparación con el grupo ocupacional superior. Por lo tanto, la negligencia dental se reduce con el aumento de la escala ocupacional estos dos estudios coinciden con los datos obtenidos en nuestra investigación ya que estos aluden que el grupo con mayor negligencia a su cuidado dental fueron trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados así como también aquellos que se rigen a ocupaciones elementales <sup>(7)</sup>.

En un estudio realizado por Rodríguez y Cols<sup>(8)</sup>. En Cuba en el año 2016, se plantea que la escasas de nivel de educación en salud bucal es un factor de riesgo colectivo, lo cual impone la necesidad de reflexionar sobre la noción actual en los tiempos modernos: no existe la posibilidad de hablar de cultura teniendo en cuenta solo las tradiciones, es

ineludible el papel de los establecimientos educativos, de los impulsores culturales, de salud y comunitarios en condiciones de formar y educar. Así también expresa un estudio de McGrath C et al., el logro educativo se asoció significativamente con los puntajes de DNS, con marcadas diferencias entre aquellos sin educación formal o solo primaria y aquellos que obtuvieron educación secundaria o educación terciaria ( $p < 0.01$ ). No se observó diferencia estadística entre aquellos con educación secundaria y terciaria ( $p > 0.05$ ). Thomson y Cols<sup>(4)</sup>. En su estudio llevado a cabo en Nueva Zelanda en el año 2002 Informaron que la negligencia dental fue mayor entre los niños cuya madre tenía una educación menos formal. La educación de la madre se toma como una medida aproximada del abandono dental de los niños, ya que el nivel educativo de la madre influye de varias maneras. Se observó un efecto significativo de los antecedentes educativos sobre el abandono dental en la población con baja educación. Estos estudios concuerdan con nuestra investigación evidenciando que el bajo nivel de instrucción aumenta la negligencia al cuidado dental <sup>(3)</sup>.

### 3. CONCLUSIONES

- 1) Este estudio determino que existe mayor frecuencia de negligencia al cuidado de su salud dental, con un porcentaje que supera la mitad de encuestados en la parroquia Checa de la ciudad de Cuenca en el año 2017.
- 2) La frecuencia de la negligencia dental según el sexo es mayor en hombres en el adulto medio de 45 a 65 años de la parroquia Checa en la ciudad de Cuenca 2017.
- 3) La frecuencia de la negligencia dental según la edad, es mayor en personas entre (45 a 49 años) y (61 a 65 años), en el adulto medio de 45 a 65 años de la parroquia Checa en la ciudad de Cuenca 2017.
- 4) La frecuencia de la negligencia dental según la ocupación es mayor en aquellos grupos de desempleados y empleos subordinarios, en el adulto medio de 45 a 65 años de la parroquia Checa en la ciudad de Cuenca 2017.
- 5) La frecuencia de la negligencia dental según el nivel de instrucción es mayor en individuos sin educación formal, educación secundaria y terciaria. En el adulto medio de 45 a 65 años de la parroquia Checa en la ciudad de Cuenca 2017.

### III.- BIBLIOGRAFÍA

1. Navas Perozo, Rita Mireya; Rojas de Morales, Thais teresita; Fox Delgado, Mariela Andreina; Chacín Espina, Ada Karina; Rincón Fernández, Mary Carmen. Concepciones en los usuarios de un servicio odontológico público sobre salud-enfermedad bucal. Scielo. 2014 Oct-Dic; 51(4).
2. Duarte Tenorio, Andrea; Duarte Tencio, Tatiana. Consideraciones en el manejo odontológico del paciente geriátrico. Revista Científica Odontológica. 2012 Ene-Jun; 8(1).
3. Díaz Reissner, CV; Pérez Bejarano, NM; Ferreira Gaona, MI; Sanabria Vázquez , DA; Torres Amarilla, CD; Araujo , A; Fernández, B; Fleitas , D; Real, C; Godoy, J; Páez, E. Autopercepción de la calidad de vida relacionada con salud oral en adultos mayores residentes en albergues estatales del área metropolitana, Paraguay. Revista Odontológica Latinoamericana. 2015; 7(1).
4. Fuente Hernández, Javier; Sumano Moreno, Óscar; Sifuentes Valenzuela, Maria Cristina; Zelocuatecatl Aguilar, Alberto. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. Universitas Odontológica. 2010 Jul-Dic; 29(63).
5. Pubali , Sarkar; Pralhad , Dasar; Sandesh , Nagarajappa; Prashant , Mishra; Sandeep, Kumar; Swati , Balsaraf; Afsheen, Lalani; Astha Chauhan, Chauhan. 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 Oct; 9(10).
6. Lugo Angulo, Ercilia ; García Cabrera, Lizet; Gross Fernández, Caridad ; Casas Gross, Sandra; Sotomayor Lugo, Francisco . La cultura en salud bucal como problema actual de la sociedad. Scielo. 2013 Abril; 17(4).
7. Patrick, Donald L ; Shuk Yin Lee, Rosanna; Nucci, Michele; Grembowski, David ; Zane Jolles, Carol ; Milgrom, Peter . Reducing Oral Health Disparities: A Focus on Social and Cultural Determinants. BMC Oral Health. 2006 Jun; 6(1).
8. Rodríguez Fuentes, Marcilia ; Arpajón Peña, Yunier; Herrera López, Isis Bárbara . Autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis estomatológica. Scielo. 2016 Ene-Feb; 15(1).
9. Salud OMdl. OMS. [Online].; 2012 [cited 2017 Noviembre 20. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>.

10. Quinteros, María E; Nuñez Franz, Loreto. Salud Oral en Adultos Mayores Postrados. Scielo. 2014 Diciembre; 8(3).
11. Díaz Cárdenas, Shyrley; Arrieta Vergara, Katherine; Ramos Martínez, Ketty. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. Scielo. 2012 Febrero; 5(1).
12. Lauzardo García del Prado, Gemma; Gutiérrez Hernández, Marielena ; Quintana Castillo, Maritzabel; Gutiérrez Hernández, Norlistaymi; Fajardo Puig, Josefina. Caracterización del estado de salud bucal y nivel de conocimientos en pacientes geriátricos Caricuao. Venezuela. Scielo. 2009 Oct-Nov; 8(4).
13. Singh, Agiapal; Singh Gambhir, Ramandeep; Singh, Simarpreet; Kapoor, Vinod; Singh, Jagjit . Oral health: How much do you know? – A study on knowledge, attitude and practices of patients visiting a North Indian dental school. European Journal of Dentistry. 2014 Jan-Mar; 8(1).
14. Syrjälä , AM; Knuuttila , ML; Syrjälä , LK. Self-efficacy perceptions in oral health behavior. PubMed. 2001 Feb; 59(1).
15. Jamieson, LM; Thomson, WM. The Dental Neglect and Dental Indifference scales compared. PubMed. 2002 Jun; 30(3).
16. Skaret, E; Astrøm , AM; Haugejorden, O; Klock , KS; Trovik , TA. Assessment of the reliability and validity of the Dental Neglect Scale in Norwegian adults. PubMed. 2007 Dec; 24(4).
17. Lee, JY; Divaris , K; Baker, AD; Rozier , RG; Vann , WF Jr. The relationship of oral health literacy and self-efficacy with oral health status and dental neglect. PubMed. 2012 May; 102(5).
18. Kumar, Amit; Puranik, Manjunath; Sowmya, KR. Dental Neglect as a Behavioural Audit of Oral Health-A Systematic Literature Review. International Journal of Health Sciences and Research. 2016 April; 6(4).
19. Sarkar, P; Dasar , P; Nagarajappa , S; Mishra , P; Kumar , S; Balsaraf , S; Lalani , A; Chauhan , A. Impact of Dental Neglect Scale on Oral Health Status Among Different Professionals in Indore City-A Cross- Sectional Study. PubMed. 2015 Oct; 9(10).
20. Sanders, Anne E; Spencer, A. John; Slade, Gary D.. Evaluating the role of dental behaviour in oral health inequalities. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2006 Jan; 34(1).

21. Jamieson, Lisa M; Murray Thomson, William. Dental health, dental neglect, and use of services in an adult Dunedin population sample. The New Zealand dental journal. 2002 April; 98(431).
22. McGrath, DColman; See-King Sham, Arthur; King Lun Ho, Dominic; Hok Ling Wong, Janet. The impact of dental neglect on oral health: a population based study in Hong Kong. International Dental Journal. 2010 Dec; 57(1).
23. Martínez Delgado C., López Palacio A., Lodoño Marín B., Giraldo J. Exploración de significados con respecto a la salud bucal de un grupo de gestantes de la ciudad de Medellín, Colombia ¿Hay alfabetización en salud bucal?. ResearchGate. 2015 Feb.
24. Sheiham A. Oral health, general health and quality life. Scielo. Disponible en: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S004296862005000900004&script=sci\\_artt\\_ext&tlng=es](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S004296862005000900004&script=sci_artt_ext&tlng=es)
25. Villavicencio Caparó E, Alvear-Cordova M., Cuenca-León K., Calderon-Curipoma M., Palacios-Vivar D., Alvarado-Cordero A. Diseños de estudios clínicos en Odontología. Revista OACTIVA UC Cuenca. Vol. 1, N° 2, 2016. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php?journal=OACTIVAUCACUE&page=article&op=view&path%5B%5D=37&path%5B%5D=46>.
26. Villavicencio-Caparó E., Alvear Córdoba MC, Cuenca León K, y cols. El tamaño muestral para la tesis ¿Cuántas personas debo encuestar?. Revista OACTIVA UC Cuenca. Vol. 2. N°. 1, pp 59-62. 2017.
27. Checa GADd. GAD Checa. [Online]. [cited 2017 Enero 25. Available from: <http://gobiernoparroquiacheca.gob.ec/azuay/>.

## **ANEXOS**

### Anexo 1.

Base de datos general con fichas seleccionadas de parroquia por conveniencia según grupo de edad, sexo, ocupación, nivel de instrucción y prevalencia.

GRUPO DE EDAD	SEXO	OCUPACIÓN	EXP NIVEL DE INSTRUCCIÓN	PREVALENCIA
DE 45 A 49	Masculino	2	ALTO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	5	BAJO	NO NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Masculino	7	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Masculino	7	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	4	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	5	BAJO	NO NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Masculino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Masculino	7	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	5	BAJO	NO NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Masculino	3	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Masculino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Masculino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	7	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	7	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Masculino	2	ALTO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Masculino	5	BAJO	NO NEGLIGENTE

DE 45 A 49	Masculino	5	BAJO	NO NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Masculino	7	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Masculino	7	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Masculino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Masculino	7	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Masculino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	6	ALTO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Masculino	2	ALTO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Masculino	7	ALTO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	7	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Masculino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Masculino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	7	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Masculino	7	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Masculino	4	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	5	ALTO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Masculino	2	ALTO	NO NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Masculino	7	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Masculino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Masculino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Masculino	7	BAJO	NO NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Masculino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Femenino	7	BAJO	NEGLIGENTE
DE 45 A 49	Masculino	5	BAJO	NEGLIGENTE

DE 50 A 55	Masculino	3	ALTO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Femenino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Masculino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Femenino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Masculino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Femenino	9	BAJO	NO NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Masculino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Masculino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Masculino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Femenino	9	BAJO	NO NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Femenino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Femenino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Masculino	7	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Masculino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Masculino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Masculino	7	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Femenino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Femenino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Femenino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Masculino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Femenino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Masculino	7	BAJO	NO NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Masculino	4	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Masculino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Masculino	7	ALTO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Femenino	2	ALTO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Masculino	6	BAJO	NO NEGLIGENTE

DE 50 A 55	Masculino	3	ALTO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Masculino	7	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Masculino	6	BAJO	NO NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Masculino	6	BAJO	NO NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Masculino	5	BAJO	NO NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Femenino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Masculino	7	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Masculino	4	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Femenino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 50 A 55	Masculino	7	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Masculino	7	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Masculino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Masculino	5	ALTO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Femenino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Femenino	7	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Femenino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Femenino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Masculino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Masculino	7	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Femenino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Masculino	7	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Femenino	7	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Masculino	9	BAJO	NEGLIGENTE

DE 56 A 60	Masculino	7	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Masculino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Femenino	6	BAJO	NO NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Masculino	4	ALTO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Masculino	5	BAJO	NO NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Masculino	7	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Masculino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Femenino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Masculino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Masculino	5	ALTO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Masculino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Masculino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Femenino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Masculino	5	BAJO	NO NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Femenino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Femenino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Masculino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Masculino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Masculino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Femenino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 56 A 60	Masculino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	7	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Femenino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	7	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	6	BAJO	NO NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	9	ALTO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Femenino	9	BAJO	NO NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE

DE 61 A 65	Femenino	9	BAJO	NO NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	7	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Femenino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	4	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	7	BAJO	NO NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Femenino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	8	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Femenino	7	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Femenino	7	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Femenino	9	ALTO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	7	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Femenino	9	BAJO	NO NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Femenino	7	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	3	ALTO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	2	ALTO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Femenino	2	ALTO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Femenino	9	BAJO	NO NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Femenino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	7	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Femenino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Femenino	6	BAJO	NEGLIGENTE

DE 61 A 65	Masculino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	4	BAJO	NO NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Femenino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Femenino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	6	BAJO	NO NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Femenino	7	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Femenino	5	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Femenino	7	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Masculino	6	BAJO	NEGLIGENTE
DE 61 A 65	Femenino	9	BAJO	NEGLIGENTE

**Anexo 2.**  
**Ficha de encuesta epidemiológica.**

**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 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. Considere que su salud dental es importante	1	2	3	4	5

AUTOMEDICACIÓN	ANSIEDAD
15. ¿Usted se auto médica? Si ( ) NO ( )	24. Comienzé 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 b) Odontólogo c) Farmacéutico d) Técnico en farmacia e) Familiar f) Amistades g) Por iniciativa propia	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 b) Dolor de estomago c) Dolor de diente d) Dolor de cabeza e) Gripe 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 b) Porque es muy cara la consulta c) Porque la clínica u Hospital está muy lejos de su casa d) Por hábito e) Otros	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 b) 2 días c) 3 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 b) Botica c) Bodega 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 b) Antibiótico c) Analgésicos d) Ansiolíticos e) Otros	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 b) Jarabe c) Suspensión d) Intramuscular e) Endovenosa	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 b) Slogan c) Paneles d) Afiches e) Radio	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

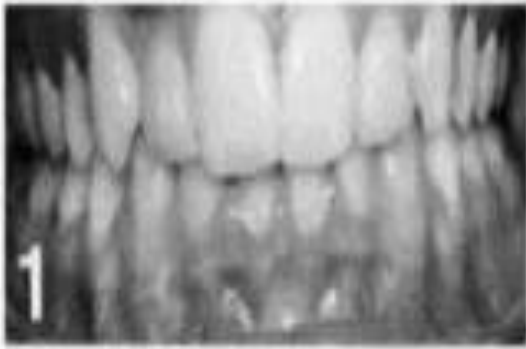
AUTOPERCEPCIÓN PERIODONTAL	
34. ¿Piensa usted que tal vez sufra de la enfermedad de las encías? SI ( ) NO( )	
35. ¿Alguna vez le han hecho cirugía de encías para limpiar por debajo de las mismas? SI ( ) NO( )	
36. ¿Alguna vez le han hecho un raspado o un alitado de las raíces de los dientes, que a veces 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. 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 permite a hacer preguntas:	1 2 3 4 5
57. 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 molestarle 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

77. Que tan seguro está de que usted puede llenar una encuesta medica correctamente o necesita de otra persona	poco seguro / muy seguro	1 2 3 4 5
78. Que tan seguro está de que pueda seguir las instrucciones escritas en el final y aspirina	poco seguido/ muy seguido	1 2 3 4 5
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	





### Anexo 3. Consentimiento informado

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

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

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

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

#### OPCIONAL

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

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

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

Yo, \_\_\_\_\_ con mi firma doy mi consentimiento informado para la realización de esta encuesta

Firma: \_\_\_\_\_