



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**TESINA DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGA**

TEMA:

**ANÁLISIS DE LAS DETERMINANTES CONDUCTUALES QUE
INFLUYEN EN LA DESERCIÓN ODONTOLÓGICA DE LOS
PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD METROPOLITANA DE
SALUD CENTRO, DE LA CIUDAD DE QUITO EN EL PERIODO
JUNIO - SEPTIEMBRE 2014**

AUTORA: JINA ESMERALDA ARÉVALO VIZCAÍNO

TUTORA: DRA. JENNY PAREDES

Riobamba – Ecuador

Julio de 2015

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del Proyecto de Grado Presentado por la Sra. JINA ESMERALDA ARÉVALO VIZCAÍNO, para obtener el título de ODONTÓLOGA, y que acepto asesorar a la estudiante en calidad de tutor, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Riobamba, julio 2015.

Nombre: Dra. Jenny Paredes

Firma:  _____

CI- 18.0814 6692 _____

HOJA DE APROBACIÓN

El tribunal de defensa privada conformada por la **Dra. María Calderón Paz**, Presidente del Tribunal; **Ing. Hermes Patricio Tapia Pazmiño.**, miembro del Tribunal y la **Dra. Jenny Carolina Paredes B.** tutora ; certificamos que la señora **JINA ESMERALDA ARÉVALO VIZCAÍNO**, con cédula de ciudadanía N° 1707295794, egresada de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Chimborazo, se encuentra apta para el ejercicio académico de la defensa pública de la tesina previa a la obtención del título de Odontóloga con el tema de investigación: "ANÁLISIS DE LAS DETERMINANTES CONDUCTUALES QUE INFLUYEN EN LA DESERCIÓN ODONTOLÓGICA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD METROPOLITANA DE SALUD CENTRO, DE LA CIUDAD DE QUITO EN EL PERIODO JUNIO - SEPTIEMBRE 2014"

Una vez que han sido realizadas las revisiones periódicas y ediciones correspondientes a la tesina.

Riobamba, de Julio de 2015

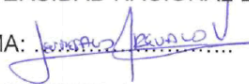
Dra. María Calderón
Presidente del Tribunal

Ing. Patricio Tapia
Miembro del Tribunal

Dra. Jenny Paredes
Miembro del Tribunal

DERECHO DE AUTORÍA

Yo, JINA ESMERALDA ARÉVALO VIZCAÍNO soy responsable de todo el contenido de este trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO.

FIRMA: 

C.I. 170729579-4

RECONOCIMIENTO

La Universidad Nacional de Chimborazo a través de la Carrera de Odontología, se ha rodeado de profesionales con conocimientos, a la par de la tecnología y ante todo con alta calidad humana que forman profesionales capaces de enfrentar la cotidianidad .Para cada uno de ellos va mi más franco reconocimiento de admiración y respeto.

DEDICATORIA

A mi esposo quien aportó con su paciencia, entrega, amor y conocimiento impulsándome para la culminación de esta investigación.

AGRADECIMIENTO

Al Arquitecto del Universo “**DIOS**” quién otorgó la vida para servir y mediante vivencias fortalecer un crecimiento personal y profesional.

A mi familia, quienes siempre estuvieron como guía y apoyo para tomar decisiones asertivas.

A mis hijos, fuerza motivadora que impulsaron la terminación de esta carrera.

A mi esposo que de manera incondicional contribuyo durante nuestras vidas, especialmente estudiantil e hizo posible la culminación de esta carrera.

A la Dra. Jenny Paredes tutora quién de manera absoluta estuvo guiando la realización de la tesina para llegar a la culminación con éxito.

A la Dra. Kathy Llori Directora de la Carrera de Odontología quien compartió su sapiencia y acrecentó esta investigación.

A la Dra. María Calderón que con sus conocimientos aportó al desarrollo y terminación de esta tesina.

GRACIAS, MIL GRACIAS

RESUMEN

Las instituciones que prestan servicios de salud han venido sobrellevando la deserción, especialmente odontológica, sin tener soluciones concretas para esta problemática, por lo que se realizó esta investigación, a partir de la cual se estableció si los determinantes conductuales influyen dentro de la deserción odontológica en pacientes atendidos en la Unidad Municipal de Salud Centro de la ciudad de Quito en el período junio-septiembre de 2014.

Se utilizaron los métodos inductivo, científico, con orientación cuantitativa, los resultados hallados del análisis de 207 pacientes, establecieron los determinantes conductuales por los cuales no concluyeron los tratamientos odontológicos, presentados en tablas y gráficas en forma de barra y pasteles. Se caracterizó a los pacientes valiéndose de la historia clínica, observándose que la mayor parte son mujeres, los pacientes comprenden edades de 25 a 36 años, son personas solteras en su mayoría, su procedencia es urbano y urbano marginal, en cuanto a la ocupación los oficios comprenden carpinteros, albañiles, panaderos entre otros con un porcentaje de 39.9%.

En la investigación se aplicó una encuesta direccionada a mostrar los factores por los que no culminaron los tratamientos y estos son variados como: falta de tiempo, problemas emocionales, miedo al consultorio odontológico, temor, ansiedad, falta de apoyo familiar, horarios institucionales, consumo de sustancias psicotrópicas y licor. Se analizaron las razones prioritarias para acudir al odontólogo siendo el dolor y las caries las principales, se visualizó que la frecuencia para acudir a los tratamientos es de una vez por año, se considera que la atención es excelente y buena todo esto con el fin de mejorar la relación paciente-odontólogo contribuyendo a reducir la deserción y motivar a que concluyan los tratamientos. De esta forma podemos concluir que la implicación con la salud viene propiciada en gran parte por factores conductuales.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE IDIOMAS


ABSTRACT

Health institutions have been affected by health failure, especially at dental area. This research was realized because there are not concrete solutions for this problem. In this work was established how behavior determinants influence within the dental desertion in patients treated at "Unidad Municipal de Salud Centro" in Quito since June to September 2014.

Methods like inductive and scientist were used with quantitatively oriented. From the analysis of 207 patients with who was established the behavioral determinants for dental treatments that are not completed and this results was presented in tables and graphs and bar-shaped cakes. Patients were characterized through of the medical record; the majority is women, between 25 to 36 years old, people were mostly single the background is urban and urban marginal, in terms of occupation include carpenters, masons, bakers and others with a percentage of 39.9%.

In this research a survey was applied directed to show the factors that dental treatments that are not completed and these are varied as: Lack of time, emotional problems, fear of dental office, fear, anxiety, lack of family support, institutional schedules and consumption psychotropic substances and liquor. Priority reasons were analyzed to see a dentist being pain and major decay, is visualized that the frequency to go to treatment is once a year, it is considered that the care is excellent and good all this in order to improve the patient-dentist helping to reduce failures and encourage completion of the treatment relationship. Thus it can conclude that the involvement of health is promoted in large part by behavioral factors.

Reviewed by:


Dra. Marcela Suarez

ENGLISH TEACHER



July, 24th, 2015

ÍNDICE GENERAL

ACEPTACIÓN DEL TUTOR	i
HOJA DE APROBACIÓN.....	¡Error! Marcador no definido.
DERECHO DE AUTORÍA	¡Error! Marcador no definido.
RECONOCIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
RESUMEN	vii
SUMARY.....	viii
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I.....	4
1. PROBLEMATIZACIÓN	4
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	7
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	7
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
1.4 JUSTIFICACIÓN	8
CAPITULO II.....	10
2. MARCO TEÓRICO.....	10
2.1 POSICIONAMIENTO PERSONAL.....	10
2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	10
2.2.1 DETERMINANTES CONDUCTUALES	10
2.2.1.1 COMPORTAMIENTOS	14
2.2.1.2 HÁBITOS.....	15
2.2.1.3 COSTUMBRE	17
2.2.1.4 ACTITUD.....	18
2.2.1.5 CREENCIAS.....	18
2.2.2 TEMOR Y MIEDO (Bernadou 2010).....	19
2.2.2.1 LAS CAUSAS DEL MIEDO A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	19
2.2.3 FOBIA.....	20
2.2.4 TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.....	21
2.2.4.1 DOLOR	21
2.2.4.2 CARIES.....	22

2.2.4.3 DIENTES MUY SENSIBLE.....	22
2.2.4.4 ESTÉTICA.....	23
2.2.4.5 PROFILAXIS.....	23
2.2.4.6 SELLANTES.....	23
2.2.4.7 FLUORIZACIÓN.....	24
2.2.4.8 ENDODONCIA.....	25
2.2.4.8.1 RAZONES LOCALES PARA UN TRATAMIENTO ENDODONTICO.....	27
2.2.4.9 EXODONCIA.....	27
2.2.4.10 TRATAMIENTOS PROTÉSICOS Y ORTODÓNCICOS.....	28
2.2.4.11 HALITOSIS.....	28
2.2.4.12 GINGIVITIS.....	28
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	30
2.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	33
2.4.1 HIPÓTESIS.....	33
2.4.2. VARIABLES.....	33
2.4.2.1 VARIABLE INDEPENDIENTE.....	33
2.4.2.2 VARIABLE DEPENDIENTE.....	33
2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	34
CAPITULO III.....	35
3. MARCO METODOLÓGICO.....	35
3.1 MÉTODO.....	35
3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	35
3.1.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	35
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	36
3.2.1 POBLACIÓN.....	36
3.2.2 MUESTRA.....	38
3.3 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN.....	40
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	40
3.5 TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	42
CAPITULO IV.....	63
CONCLUSIONES.....	63
RECOMENDACIONES.....	64
CAPITULO V.....	65
BIBLIOGRAFÍA.....	65
Información en línea (páginas web).....	66
ANEXOS.....	67
Anexo 1. ENCUESTA.....	67

ÍNDICE DE TABLAS, FIGURAS Y GRÁFICOS

FIGURA N° 1 DETERMINANTES DE SALUD	12
FIGURA N° 2 DETERMINANTES CONDUCTUALES.....	14
FIGURA N° 3 HÁBITOS	16

TABLA N° 1 SEXO DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	37
TABLA N° 2 SEXO DE LOS PACIENTES	42
TABLA N° 3 EDAD DE LOS PACIENTES	43
TABLA N° 4 ESTADO CIVIL LOS PACIENTES.....	45
TABLA N° 5 PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES	46
TABLA N° 6 SITUACIÓN LABORAL DE LOS PACIENTES.....	47
TABLA N° 7 OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES.....	48
TABLA N° 8 CONTACTO A LOS PACIENTES.....	49
TABLA N° 9 INFLUYEN LOS PROBLEMAS EMOCIONALES.....	50
TABLA N° 10 APOYO FAMILIAR	51
TABLA N° 11 CALIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	52
TABLA N° 12 DISPONIBILIDAD DE TIEMPO	53
TABLA N° 13 FRECUENCIA DE CEPILLADO DE DIENTES	54
TABLA N° 14 EL PROFESIONAL RESUELVE LAS DUDAS.....	55
TABLA N° 15 CUMPLE CON LAS RECOMENDACIONES DEL ODOTÓLOGO	56
TABLA N° 16 CONSUME ALGUNA SUSTANCIA PSICOTRÓPICA O LICOR	57
TABLA N° 17 CON QUE FRECUENCIA ACUDE AL ODONTÓLOGO	58
TABLA N° 18 RAZONES PARA ACUDIR AL ODONTÓLOGO.....	59
TABLA N° 19 RAZONES POR QUE NO CONCLUYERON EL TRATAMIENTO	61
TABLA N° 20 HORARIOS INSTITUCIONALES ESTABLECIDOS.....	62

GRÁFICO N° 1 SEXO DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	37
GRÁFICO N° 2 SEXO DE LOS PACIENTES	42
GRÁFICO N° 3 EDAD DE LOS PACIENTES	43
GRÁFICO N° 4 ESTADO CIVIL LOS PACIENTES.....	45
GRÁFICO N° 5 PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES.....	46
GRÁFICO N° 6 SITUACIÓN LABORAL DE LOS PACIENTES	47

GRÁFICO N° 7 OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES.....	48
GRÁFICO N° 8 CONTACTO A LOS PACIENTES	49
GRÁFICO N° 9 INFLUYEN LOS PROBLEMAS EMOCIONALES	50
GRÁFICO N° 10 APOYO FAMILIAR.....	51
GRÁFICO N° 11 CALIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	52
GRÁFICO N° 12 DISPONIBILIDAD DE TIEMPO	53
GRÁFICO N° 13 FRECUENCIA DE CEPILLADO DE DIENTES	54
GRÁFICO N° 14 EL PROFESIONAL RESUELVE LAS DUDAS	55
GRÁFICO N° 15 CUMPLE CON LAS RECOMENDACIONES DEL ODONTÓLOGO	56
GRÁFICO N° 16 CONSUME ALGUNA SUSTANCIA PSICOTRÓPICA O LICOR	57
GRÁFICO N° 17 CON QUE FRECUENCIA ACUDE AL ODONTÓLOGO	58
GRÁFICO N° 18 RAZONES PARA ACUDIR AL ODONTÓLOGO	59
GRÁFICO N° 19 RAZONES POR QUE NO CONCLUYERON EL TRATAMIENTO.....	61
GRÁFICO N° 20 HORARIOS INSTITUCIONALES ESTABLECIDOS	62

INTRODUCCIÓN

La Medicina como ciencia y sus especialidades contribuyen al mantenimiento de la salud. La práctica odontológica es un conjunto de acciones que se realiza para prevenir, mejorar y mantener la salud buco-dental. En las ciencias de la salud, sobre todo en Odontología, el dolor y malestar son a menudo las causas por las cuales el usuario acude a exigir un tratamiento urgente. El análisis de las conductas de los pacientes ha tenido un auge creciente en los últimos años en cuanto a los términos actitud, conducta y contexto donde se mueve el usuario así como los cambios conductuales que en ellos se producen (Melamed,1983). Ya que son muchas las personas que presentan actitudes desfavorables ante el tratamiento odontológico general , y entre las posibles causas podemos citar: tipo de patología bucal, modo de vida, comunidad que lo rodea, desinformación en relación a salud bucal, entre otros (Collet 1969). Por lo tanto en la presente investigación resulta indispensable definir los determinantes conductuales como hábitos, costumbres, actitudes, creencias entre otros que rodean la atención odontológica , en los usuarios que acuden a la Unidad Metropolitana de Salud Centro de la Ciudad de Quito para lograr especialmente en aquellos que intervienen en forma negativa prevenir complicaciones y la consecuente deserción odontológica.

El presente trabajo tiene como objetivo analizar los determinantes conductuales como posibles causas de deserción en pacientes odontológicos tratados en el área de salud del Servicio de Odontología de la Unidad Metropolitana de Salud Centro de la Ciudad de Quito de Junio-septiembre 2014.

Se analizaron 615 pacientes (casos y controles) que acudieron a la institución quienes fueron evaluados en el servicio de Odontología para la caracterización.

Para la investigación de este trabajo, se pudo acceder a la información de fuente primaria, es decir la historitas clínicas odontológicas ,las mismas que fueron analizadas ,luego de revisar los partes diarios de atención ,se aplicó una encuesta a los usuarios que permite analizar de una manera más confiable las probables causas de la deserción odontológica.

El trabajo se organizó en capítulos:

CAPÍTULO I: contiene planteamiento y formulación del problema, trazado de objetivos, generales y específicos, y la justificación.

CAPÍTULO II: considera el posicionamiento personal, la fundamentación teórico-científica, la definición de términos básicos, hipótesis variables, y operacionalización de variables, es decir el Marco Teórico

CAPÍTULO III: incluye tipo de investigación, diseño de la investigación, población y muestra, métodos de investigación, técnicas e instrumentos de recolección de datos, técnicas para el análisis e interpretación de resultados esto concierne al marco metodológico.

CAPÍTULO IV: Contiene conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO V: En este capítulo engloba la bibliografía y anexos.

El personal de la Institución contribuyo de forma categórica en el proceso de recopilación de la información solicitada. En el transcurso de la investigación se sortearon inconvenientes, como cambios de domicilio, número de teléfono erróneos, direcciones incorrectas que fueron resueltos de manera eficaz y asertiva.

Los determinantes conductuales que influyen en la deserción odontológica constituyen un problema en la calidad de vida de los usuarios, familia y comunidad, por eso es necesario realizar esta investigación.

CAPITULO I

1. PROBLEMATIZACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se realizó la revisión bibliográfica de tesis de grado de odontólogos y artículos en los que se hace mención de las causas de la deserción desde distintos enfoques del ser humano.

La deserción de los pacientes es una situación frecuente en la práctica odontológica. Esto hace necesario que dentro de los programas de salud pública, este factor deba ser controlado en aras de mejorar la calidad de vida de la población, a pesar que la ciencia y la tecnología han evolucionado, aun así no se ha podido eliminar algunas causas y factores que influyen en la deserción odontológica; la misma que ha sido abordada dentro de las temáticas estudiantiles superficialmente sin responder a los requerimientos de atención integral.

De ahí que es importante mantener una aproximación a los factores que provocan la deserción, de manera de poder evitarlos o compensarlos, contribuyendo a que los pacientes sigan y completen sus tratamientos.

A nivel mundial la deserción es un problema que los servicios de Odontología tanto públicos como privados, se ven afectados ya que los usuarios no concluyen sus tratamientos. “5 mil millones de personas padecen caries dental, lo que equivale aproximadamente a un 80% de la población mundial” (OMS-WorldHealth Report 2003).

Según Arrighi (1998) en su estudio realizado en la Universidad Central de Venezuela se encontraron los siguientes resultados:

“Los resultados fueron obtenidos en dos etapas, la primera durante el inicio del tratamiento, con la historia clínica, tartrectomía e higiene y la segunda etapa con la finalización del tratamiento protésico (fase de post instalación). Se seleccionaron las causas más comunes por las que el paciente acude a recibir tratamiento, su nivel educativo, sexo y edad, actitud frente al tratamiento protésico, temores, desagradados, molestias sufridas durante el tratamiento, y satisfacción con el tratamiento realizado. Consideramos oportuno señalar que la deserción fue del 13,3% (8 pacientes) debido a que los pacientes señalaron pérdida excesiva de tiempo; 2 pacientes señalaron incomodidad de horario; 2 pacientes señalaron miedo al dolor, 1 paciente fue remitido al post grado por la complejidad del caso. Los hallazgos obtenidos en este estudio fueron los siguientes:

De los 60 pacientes encuestados (48 hembras y 12 varones) 13 acudieron por caries (21,6%), 2 acudieron por sangrado de encías (3,3%), 1 acudió por movilidad dental (1,6%), 11 por dolor dental y/o articular (18,3%), 5 por control dental (8,6%), y 28 por restauración protésica (46,6%)”.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

TEMA:

“Análisis de las Determinantes Conductuales que influyen en la Deserción Odontológica en Pacientes que acuden a la Unidad Metropolitana de Salud Centro, de la Ciudad de Quito en el periodo Junio - septiembre 2014”.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las determinantes conductuales que desencadenan deserción odontológica en la salud en usuarios que acuden a la Unidad Metropolitana de Salud Centro de Quito en el periodo de Junio - septiembre 2014?

PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cómo afecta la deserción odontológica en la salud de los usuarios de la Unidad Metropolitana de Salud Centro de Quito en el periodo Junio - septiembre 2014?

PROBLEMAS ESPECÍFICOS

¿Los hábitos, las costumbres, las actitudes, las emociones, la fobia ,el stress, como afectan en la salud bucal de los pacientes que acuden a la Unidad Metropolitana de Salud Centro, de la Ciudad de Quito en el período Junio - septiembre 2014?

¿La atención odontológica con horarios institucionales establecidos, como influyen en la deserción odontológica?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar las determinantes conductuales que influyen en la deserción odontológica de los pacientes que acuden a la Unidad Metropolitana de Salud Centro, de la Ciudad de Quito en el período Junio - septiembre 2014.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a los pacientes que desertaron al tratamiento odontológico en el área de salud del servicio de Odontología de la Unidad Metropolitana de Salud Centro de Quito.
- Determinar las causas posibles de la deserción odontológica en usuarios de la Unidad Metropolitana de Salud Centro de Quito.
- Informar los resultados a los directivos y personal del Servicio de Salud para realizar acciones de prevención.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Aunque se ha descrito varios factores de deserción, no existen datos adaptados a la realidad de nuestro país y de Quito en particular. Esta tesina pretende llenar este vacío, aportando en el análisis de los factores conductuales vinculados a la deserción odontológica en los pacientes que acuden a la Unidad Metropolitana de Salud Centro de Quito. Esto permitirá a su vez establecer lineamientos de prevención y promoción de la salud a nivel comunitario, que aporten en la construcción de programas de salud dental para nuestra población.

Las complicaciones odontológicas y las pérdidas prematuras de piezas dentales en la población son preocupantes por lo que amerita realizar esta investigación priorizando esta problemática, como respuesta a una inadecuada atención de salud con deserción odontológica.

Este análisis se realiza puesto que se ha observado deserción odontológica en los usuarios que acuden a la Unidad Metropolitana de Salud Centro de Quito, muchos pacientes no concluyen los tratamientos dentales por eso ha surgido la necesidad de realizar la siguiente investigación con una muestra de usuarios durante el período de junio a septiembre 2014.

La Unidad Metropolitana de Salud Centro de Quito se encuentra ubicada en el Centro Histórico la cuál presta cobertura de atención médica a usuarios de distintas condiciones socio-económicas de sectores urbanos y urbanos marginales. La afluencia de pacientes es amplia debido a la calidad de atención y a la oferta de especialidades, entre las que consta el servicio de Odontología constituyéndose la población beneficiaria.

Al conocer las determinantes conductuales de la deserción odontológica podría disminuirse y aun eliminarse con una adecuada información –comunicación - educación (I-C-E) de los perjuicios que ocasiona en la salud, especialmente bucal. Siendo necesario mejorar las condiciones de vida a fin de disminuir la morbi-mortalidad de la población.

Además con esta investigación se aportara al personal que trabaja en la institución, especialmente en prevención y fomento de la salud .A partir de lo cual proponemos acciones en pro de la salud bucal, así como servirá de fuente de investigación para futuros estudiantes de odontología y otros actores interesados en este tema.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 POSICIONAMIENTO PERSONAL.- El presente trabajo de investigación se establece en una de las teorías del conocimiento que es el subjetivismo, ya que lo que es verdad para un sujeto puede no serlo para otro, para luego del análisis investigativo llegar al conocimiento científico. También se basa en el pragmatismo, donde todo conocimiento práctico sirve para algo, si es posible de realizar, debido a que en la odontología, la teoría no se desconecta de la práctica (Bersanelli y Gargantini 2006).

2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2.1 DETERMINANTES CONDUCTUALES

El presente trabajo de investigación se apoyara en la tesis de grado “Causas por la que los pacientes no concluyen el tratamiento dental “previa a la obtención del título de Licenciado en Estomatología de Flora Esperanza Bernard Beteta de la Universidad Mariano Gálvez de Guatemala año 2001.

La metodología aplicada en la tesina es descriptiva, con enfoque cuantitativo, los resultados encontrados del análisis de 250 pacientes determinaron los factores por los cuales no concluyeron su tratamiento dental, presentados en cuadros y 21 gráficas en forma de barra.

Luego de la investigación se encontró que los factores por los que no culminaron el tratamiento dental son factores combinados como: económicos, falta de tiempo, tratamientos largos, acceso y ubicación más problemas administrativos de la institución (Bernard 2001).

Es necesario para comprender los determinantes conductuales, conocer los conceptos de Salud enunciados por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

"La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad". La posesión del mejor estado de salud que se es capaz de conseguir constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, cualquiera sea su raza, religión, ideología política y condición económica social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental de la paz mundial y de la seguridad, depende de la cooperación más estrecha posible entre los estados y los individuos (OMS 1946).

Décadas más tarde complementa este enfoque en la siguiente definición:

"Salud es la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente" (OMS 1985).

"La Salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa así mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la propia vida y de asegurar que la sociedad en la que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud". "La Salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo" (Carta de Ottawa Canadá 1986).

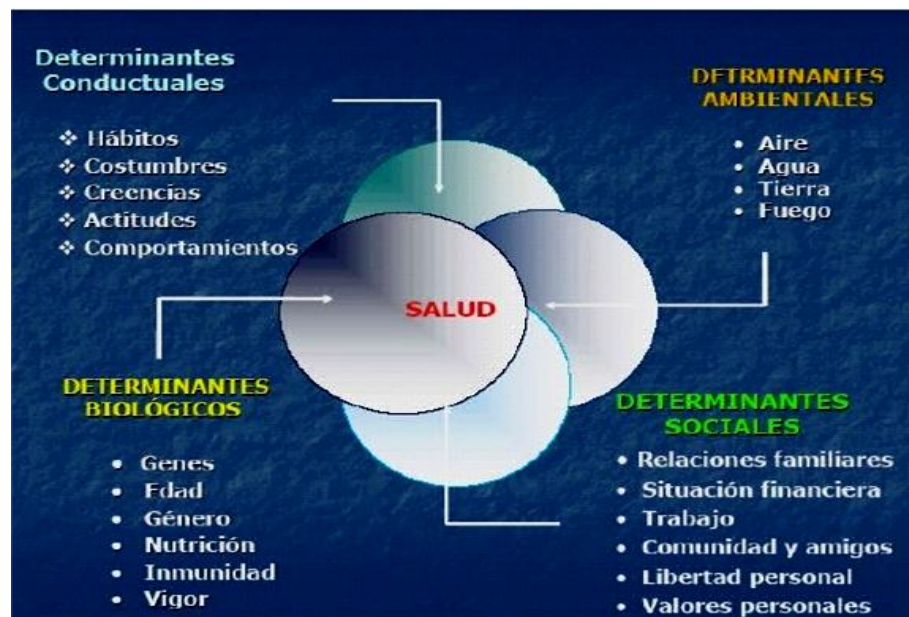
La Constitución Ecuatoriana, desde una visión integral de la salud reconoce la salud como un derecho fundamental que tiene que ser garantizado por el Estado y cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos que sustentan el Buen Vivir (Título II Capítulo segundo, Art. 32, Año 2008).

Los países con políticas de estado están en la obligatoriedad de proporcionar mediante programas de prevención, promoción, rehabilitación y otras acciones

de salud, el cumpliendo de un derecho que nos asiste. Entonces se destaca la importancia de conocer la actitud del paciente frente al tratamiento odontológico, así como de los determinantes conductuales que le producen incomodidad, y, que influyen negativamente en el tratamiento.

Se conoce como determinantes de salud a los factores que influyen en la salud individual, que interactuando en diferentes niveles de organización determinan el estado de salud de la población. **Figura N °1**

Figura N° 1 Determinantes de Salud



Fuente: (Lalonde 1974).

Las conductas de salud no ocurren en un vacío. Para comprender las mismas uno debe analizar los contextos en que tienen lugar. Estos contextos comprenden una constelación de factores personales, interpersonales, ambientales, institucionales, sociales y políticos. Estas dimensiones o factores

no son homogéneos para todas las conductas de salud. Por ello, no es raro observar que en el repertorio de conducta de un individuo convivan al mismo tiempo hábitos saludables y nocivos (Winett, King y Atman 1989).

Estos determinantes de la conducta de salud se pueden agrupar en cuatro grandes categorías: determinantes conductuales, biológicos, ambientales y sociales (Lalonde 1974).

La mayoría de los expertos están de acuerdo en que la implicación con la salud viene propiciada en gran parte por factores sociales y demográficos. Incluyen factores tales como más o menos edad, mayor o menor nivel educacional, ser de clase social alta o baja, ser mujer u hombre, etc. (Kirscht 1983).

Las situaciones sociales, también conocidas como determinantes situacionales, influyen, de modo directo o indirectamente, en que un individuo adopte una conducta saludable. La familia y el grupo de los iguales pueden jugar un papel relevante en los hábitos saludables o nocivos que pueda adoptar una persona. Por ejemplo, si uno de los padres fuma ha sido encontrado en numerosos estudios como factor de riesgo para que el adolescente se inicie en dicha conducta. Así mismo, la mayoría de los estudios han demostrado una clara relación entre el inicio del consumo y el relacionarse con compañeros fumadores (USDHHS 1994).

Se define como determinantes conductuales al conjunto de factores personales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones (OMS 1998).

Los determinantes conductuales inciden en la calidad de vida de las personas como, por ejemplo, los estilos de vida, la nutrición, la actividad física, el

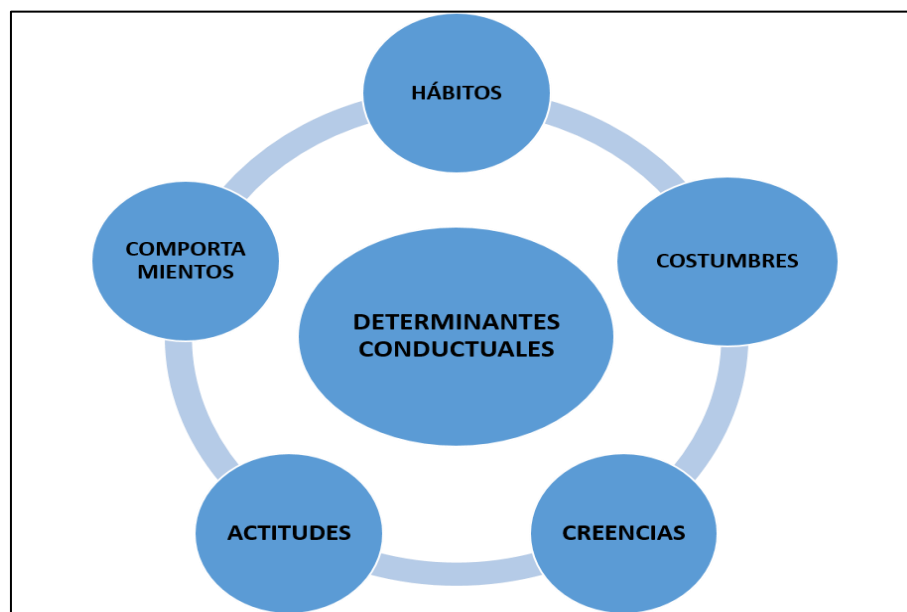
consumo de tabaco y el consumo de alcohol que se distribuyen de forma diferente en los distintos grupos sociales (Leventhal, Prochaska y Hirschman, 1985).

Entre los determinantes conductuales de salud que influyen en la deserción odontológica en usuarios que acuden a demandar los servicios odontológicos se puede puntualizar los siguientes:

Hábitos, costumbres, creencias, actitudes, comportamientos. (Lalonde 1974).

Figura N° 2

Figura N° 2 Determinantes conductuales



Elaborado por: Jina Arévalo V.

2.2.1.1 COMPORTAMIENTOS

El comportamiento es la manera de proceder que tienen las personas u organismos, en relación con su entorno o mundo de estímulos. El comportamiento puede ser consciente o inconsciente, voluntario o involuntario, público o privado, según las circunstancias que lo afecten. La ciencia que

estudia la conducta y el comportamiento animal es la etología y la ciencia que estudia la conducta desde el punto de vista de la evolución es la ecología del comportamiento.

Por último, el repertorio de conductas saludables de una persona también están en función de factores emocionales y cognitivos (determinantes psicológicos). Los estados y necesidades emocionales pueden desempeñar un papel primordial en las prácticas de salud. Niveles altos de distrés emocional no ayudan a que la gente se implique en la realización de hábitos que favorezcan su salud tales como el no fumar, hacer ejercicio, desayunar, etc. (Leventhal et al., 1985). Los estados emocionales negativos aparentemente interfieren con las conductas saludables, (Cfr. Mechanic, 1978).

Luego de conceptualizar los factores conductuales, debemos describir algunas posibles causas para la deserción odontológica.

2.2.1.2 HÁBITOS

El hábito es cualquier comportamiento repetido regularmente, que requiere de un pequeño o ningún raciocinio y es aprendido, más que innato. Algunos hábitos se convierten en necesidades, los practicamos con tanta frecuencia que se convierten en rituales, hay acciones que realizamos a diario positivas, negativas, productivas, no productivas, tan cotidianas que pasa desapercibido así es como vamos forjando cadenas de hábitos muy fuertes y difíciles de vencer (Libenson 2014). Los hábitos sirven para reforzar aprendizajes, desarrollar actitudes, asumir responsabilidades y desarrollar formas de

organización. Los hábitos se eliminan y construyen de la misma forma paso a paso.

El hábito predispone a un sujeto para la realización perfecta de una tarea o actividad. **Figura N° 3**

Figura N° 3 Hábitos



Fuente: yogacasa.globspot.com/2015

Existen hábitos buenos y malos, cuando nos referimos a los primeros hablamos de virtudes, si nos referimos a los segundos hablamos de vicios.

Buenos hábitos: Es todo aquello que posibilita el crecimiento, permite mejorar, madurar y alcanzar objetivos o metas, los hábitos positivos pueden parecer en principio algo aburridos para algunas personas, sin embargo, los beneficios a largo plazo son extraordinarios. Dentro del campo de la salud el cepillarse los dientes, visita regular al odontólogo, alimentación saludable, son hábitos que se deben fomentar y practicar.

Malos hábitos: Es todo aquello que limita el crecimiento, es un freno que no permite evolucionar; no permite llegar a ser mejor; no deja revelar el verdadero ser. En principio pueden resultar muy atractivos, por lo cual resulta muy fácil adquirirlos principalmente cuando una persona se deja llevar por la satisfacción inmediata, sin embargo, a la larga, las consecuencias son desastrosas para la vida de una persona, arrastrándola hacia situaciones muy problemáticas, accidentes, enfermedades graves o incluso la muerte. Cuando no practicamos hábitos saludables especialmente bucales, podemos llegar a contraer caries y enfermedades bucodentales con el consecuente deterioro dental.

2.2.1.3 COSTUMBRE

Se conoce como costumbres a todas aquellas acciones, tendencias y actividades adquiridas por la práctica frecuente de un acto. Las costumbres de una sociedad son especiales y raramente se repiten con exactitud en otra comunidad, aunque la cercanía territorial puede hacer que algunos elementos de las mismas se compartan (Goleman 1999).

Una costumbre es una forma de comportamiento particular que asume toda una comunidad y que la distingue de otras comunidades; por ejemplo: sus danzas, sus fiestas, sus comidas, su idioma o sus artesanías.

Estas costumbres se van transmitiendo de una generación a otra, ya sea en forma de tradición oral o representativa. Con el tiempo, estas costumbres se convierten en tradiciones. Generalmente se distingue entre las que cuentan con aprobación social, y las consideradas "malas costumbres", que son relativamente comunes pero que no cuentan con la aprobación social, Las

costumbres caracterizan el estilo de vida de una persona y de un pueblo y se torna difícil tratar de desarraigarlas.

2.2.1.4 ACTITUD

Es la forma de actuar de una persona, es el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas, también puede considerarse como cierta forma de motivación social, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas.

Basándose en diversas definiciones de actitudes, Rodríguez en 1991 definió la actitud como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto.

2.2.1.5 CREENCIAS

Es la aceptación emocional de una afirmación, aceptación que no tiene por qué tener una base empírica o científica. Por tanto, lo que una persona crea o piense de una determinada amenaza para la salud no tiene por qué ir a la par con la comprensión médica objetiva de la misma (Leventhal, Nerenz y Steele, 1984). Por ejemplo, si una persona cree que el SIDA sólo afecta a los homosexuales y a los usuarios de drogas por vía intravenosa, es poco probable que utilice preservativos cuando tenga relaciones sexuales.

2.2.2 TEMOR Y MIEDO (Bernadou 2010)

El miedo es una respuesta natural ante un peligro. La manifestación fisiológica del miedo se da en el cerebro, concretamente en el cerebro reptiliano y en el sistema límbico. Ocurre porque el cerebro está todo el tiempo buscando a través de los sentidos todo lo que sucede alrededor de la persona, incluso cuando duerme. Si en algún momento detecta un peligro, se activa la amígdala cerebral –situada en el lóbulo temporal– y se producen cambios físicos inmediatos que pueden favorecer el enfrentamiento, la parálisis o la huida".

También puede haber consecuencias negativas como: taquicardia, sudoración, temblores, retroalimentación del temor y pérdida del control sobre la conducta. Si lo que se experimenta es un miedo intenso o un trauma, este queda fijado en la memoria con mayor intensidad. Esto tiene una lógica evolutiva: lo que daña se fija con mayor fuerza que aquello que da placer, porque resulta más adaptativo.

2.2.2.1 LAS CAUSAS DEL MIEDO A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

No son las mismas para todos y deben ser consideradas, para proporcionar una atención integral y óptima.

Experiencias dolorosas y traumáticas en la niñez, con odontólogos que curaban caries o sacaban dientes temporales sin anestesia.

Relatos de gente que sufrió, mala práctica odontológica.

Chistes de la televisión, del cine y del humor gráfico que atribuyen a los odontólogos maldades.

Vergüenza (injustificada, claro) por el pésimo estado de su boca y temor a burlas o reproches por el descuido.

Sentirse atado al sillón, como que no puede hacer nada para cambiar la situación y todo su cuerpo se rebela.

2.2.3 FOBIA

Es un miedo excesivo e irracional y que obliga a evitar el objeto, actividad o situación de terror. Es exagerado, fuera de proporción con aquello que lo causa como volar, utilizar ascensores, espacios cerrados, oscuridad, ir al odontólogo. El paciente experimenta una reacción ansiosa desproporcionada, que puede causar una crisis de pánico, ante el objeto o situación causante. Conduce a un marcado malestar o interfiere con la vida. A los fóbicos necesitan algo más que la comprensión y la paciencia del odontólogo. La persona que experimenta fobia puede presentar lo siguiente:

No quiere perder el control. Sentado en el sillón, siente que manda el dentista, como si fuera el padre.

Siente vergüenza. No le gusta la idea de que el dentista le diga que no sea temeroso, que se comporta de forma inadecuada, o que le regañe por haber descuidado la dentadura.

No quiere sufrir. No quiere volver a vivir el dolor que algún mal Odontólogo le causó.

No tiene confianza. No saber si el Odontólogo es un profesional ético y con calidad humana.

Sentirse mal desde la noche anterior. Ganas de cancelar la visita, aunque nunca se salga del problema, supone que el profesional va a prohibirle de todo.

La ***Odontofobia*** es el miedo excesivo e irracional a la atención odontológica, perjudicando la calidad de vida de las personas, su autoestima, su vida personal y social, laboral etc. y no es simple de superar. Se produce por diferentes razones, para resolver lo primero es reconocer que se sufre el problema y luego enfrentarlo para solucionarlo.

Muchas veces familiares y cercanos creen y piensan que son las personas las complicadas, pero no lo son, sino que es una respuesta ante una o varias malas experiencias dentales traumáticas que pueden haber sido las desencadenantes de esta conducta. Otras veces la **Odontofobia**, se produce de manera anticipatoria, o sea, las personas creen que va a doler o tienen creencias y ante este hecho presentan estructuras mentales y emocionales que les hace difícil cambiar. También se puede producir por imitación, como por ejemplo cuando una mamá transmite el miedo a su hijo. Hay que reconocer que el dentista es en muchos casos es el causante de la **Odontofobia**, pero cuando ya está presente en las personas se puede sin dudas revertir la situación con apoyo de dentistas o psicólogos que comprendan la situación y plantee al paciente que viva nuevas experiencias dentales no traumáticas o experiencias dentales positivas (Bermudo, Herrera y Ladrón de Guevara **2008**).

2.2.4 TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS

Para la fundamentación científica es importante describir algunos motivos que le lleva al usuario a demandar los servicios de salud odontológica.

2.2.4.1 DOLOR

Estado en el que un individuo experimenta y comunica la presencia de una molestia grave o de una sensación incomoda, es el motivo principal para acudir al consultorio odontológico. Entre las principales causas del dolor esta la caries, las fracturas de los dientes debilitados, problemas de encías, de las articulaciones, de dientes retenidos, de dientes fuera de lugar o por traumatismo (Daningo1994).

2.2.4.2 CARIES

En 1994 la OMS ha definido la caries dental como: "un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hasta la formación de una cavidad". El principal culpable de la caries es la bacteria *Streptococcus mutans*. La característica principal de esta enfermedad es la formación de cavidades en los dientes. La afección comienza en la superficie del esmalte y penetra paulatinamente a la dentina, lesionando posteriormente a la pulpa y finalmente a los tejidos periodontales.

La caries es una enfermedad compleja multifactorial, es la descomposición molecular de los tejidos duros del diente que involucra un proceso histoquímico y bacteriano el cual termina con la descalcificación y desintegración de su matriz orgánica.

2.2.4.3 DIENTES MUY SENSIBLES

La sensibilidad dental "Es un dolor corto, agudo y transitorio, que proviene de la dentina expuesta; que se produce en respuesta a estímulos térmicos, táctiles, químicos u osmóticos. Se pueden poner sensibles cuando desaparece el esmalte por caries y la dentina queda expuesta, fracturas, retracción del tejido gingival y exposición de las raíces, resquebrajamiento dental y otras causas, aumentando la sensibilidad al frío o al calor o a otra sustancia que les vuelve hipersensibles" (Curro 1.990).

El tratamiento odontológico es usar gel o un enjuague con flúor, además de cepillarse los dientes correctamente, pues en caso contrario puede desgastarlos y con ello hacerlos más sensibles.

2.2.4.4 ESTÉTICA

La Odontología Estética es la ciencia y arte de restablecer la belleza natural en relación a la forma y función adaptada a la individualidad de cada persona a través de tratamientos odontológicos específicos como implantes, blanqueamiento, mejorar la sonrisa restauraciones estéticas anteriores, reconstrucción de borde incisal, cambio de amalgama por una resina estética posterior (Toledo et al. 2004).

2.2.4.5 PROFILAXIS

La profilaxis dental, es un procedimiento odontológico que remueve la placa bacteriana blanda o mineralizada (cálculos supra y subgingivales) y las manchas sobre las piezas dentarias y es importante para la prevención de algunas enfermedades y alteraciones de carácter buco dental (MSP 2009).

2.2.4.6 SELLANTES

Son películas delgadas plásticas que se pintan sobre las superficies dentales de los dientes posteriores, actúan como una barrera física contra las caries y la formación de placa bacteriana, ofrecen una protección del 100%.

Investigaciones han demostrado que detienen la proliferación de caries cuando se aplican sobre un diente con una caries pequeña. Esta acción sella el aporte

de nutrientes a las bacterias que producen la cavidad, deja de ser efectivo cuando se rompe toda o parte de la adhesión entre el diente y el sellante.

Son beneficiosos para los niños porque sus dientes recién erupcionados son más propensos a las caries, sin embargo, los pacientes de todas las edades pueden aprovechar las ventajas de los sellantes dentales.

2.2.4.7 FLUORIZACIÓN

La aplicación tópica de flúor en gel es una técnica, capaz de reducir a la mitad la presencia de caries. El tratamiento es fácil de implementar y no tiene efectos secundarios conocidos ni agresivos.

El flúor actúa sobre los cristales del esmalte dentario, transformando la hidroxiapatita en flúorapatita, haciendo más resistente al proceso carioso y se cree también que actúa sobre microorganismos causantes, interfiriendo su proceso destructivo (MSP 2009).

El flúor es un elemento natural que se encuentra en la corteza terrestre y tiene una distribución extensa en la naturaleza. Algunos alimentos y depósitos de agua contienen flúor. Previene contra las caries de dos formas:

1) Se concentra en los huesos y en los dientes en desarrollo de los niños, y **2)** fortalece el esmalte de los dientes de bebés y adultos antes de que erupcionen. Ayuda a endurecer el esmalte de los dientes adultos que ya han erupcionado. Trabaja en los procesos de desmineralización y remineralización. La saliva ayuda a reponer el calcio y fósforo que conservan la fortaleza de los dientes. Este proceso se denomina remineralización. Cuando el flúor está presente en la remineralización, los minerales depositados son más duros y ayudan a

fortalecer sus dientes evitando la disolución que se produciría en la próxima fase de desmineralización (<http://www.zonadiet.com/nutricion/fluor.htm>)

2.2.4.8 ENDODONCIA

Es una rama de la odontología que se ocupa de la morfología, fisiología y patología de la pulpa dental y de los tejidos periapicales. Su estudio y práctica acompaña a las ciencias clínicas básicas incluyendo la biología de la pulpa dental, la etiología, diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades y lesiones de la misma y las complicaciones periapicales asociadas.

El objetivo de la endodoncia incluye, el diagnóstico diferencial y tratamiento del dolor oral de origen pulpar y/o periodontal; tratamientos de la pulpa vital tales como, protecciones pulpares o pulpectomías parciales; tratamientos de conductos y biopulpectomías totales, tratamientos no quirúrgicos del sistema de conductos radiculares con o sin patología periapical de origen pulpar y la obturación de ese sistema de conductos; cirugía selectiva con eliminación de tejidos patológicos que resulten de alteraciones pulpares; reimplante intencional y reimplante de piezas dentarias avulsionadas; eliminación quirúrgica de estructuras dentarias tales como: apicectomías, hemisecciones y amputaciones radiculares; implantes endodónticos; blanqueamiento dentario en decoloración de dentina y esmalte; retratamientos de dientes previamente tratados con endodoncia y tratamientos en relación con restauraciones que involucren pernos y/o refuerzos que tengan relación con el conducto radicular (Kenneth 2011).

Existen diferentes clasificaciones dentro de la patología pulpar pero se tomara la clasificación de Grossman (MSP 2009).

- Pulpitis reversible
- Pulpitis aguda irreversible
- Pulpitis crónicas (ulcerativas, hiperplásica, cálcica)
- Reabsorción dentinaria interna
- Necrosis pulpar
- Gangrena pulpar

PULPITIS REVERSIBLE: Irritación de la pulpa por contacto a sustancias de obturación. Estado de congestión vascular de la pulpa (hiperemia). La etiología es: caries, traumatismos, problemas de oclusión, preparación de cavidades sin refrigeración, excesiva deshidratación de la dentina.

PULPITIS IRREVERSIBLE: Estado de inflamación pulpar. Entre la etiología se puede citar caries, traumatismos, fracturas, irritaciones químicas.

PULPITIS CRÓNICA ULCEROSA: Se caracteriza por presentar una úlcera en la superficie expuesta de la pulpa, aislando el resto de la pulpa por medio de una barrera de tejido ulcerado y de células de defensa de tipo linfoplasmositarias. Se presenta por caries profunda.

PULPITIS HIPERPLASICA O PÓLIPO PULPAR: Inflamación crónica de la pulpa joven expuesta, con aumento de volumen. Se produce generalmente en dientes jóvenes.

REABSORCIÓN DENTINARIA INTERNA: Es la reabsorción de la dentina a nivel de la cámara y conducto radicular producida al parecer por dentinoclastos, llamada también mancha rosada, pulpoma o granuloma interno de la pulpa. Se produce por traumatismos.

NECROSIS PULPAR: Estado de muerte pulpar se produce por procesos inflamatorios o traumáticos, agentes físicos, químicos o infecciosos, evolución de pulpitis irreversibles.

GANGRENA PULPAR: Es la muerte acompañada de fenómenos de putrefacción. Se debe a caries, fracturas.

2.2.4.8.1 RAZONES LOCALES PARA UN TRATAMIENTO ENDODONTICO (Handelman et al 2011).

Área periapical afecta la tercera parte.-eliminado la fuente irritante la lesión sana sin importar el tamaño.

Lesión Quística.-el 42% de las lesiones apicales son quistes, luego de la endodoncia suele repararse.

Destruído por caries.- tratado endodónticamente puede usar prótesis.

Por fractura.-en jóvenes la fractura debajo del borde gingival, se debe realizar por tener fuerza eruptiva.

Conducto Irregular.-conductos en bayoneta, bifurcaciones, se soluciona con instrumental fino y lubricantes, apixetomía.

Recesión pulpar avanzada.-se soluciona avanzando con una fresa hacia el interior del conducto (13-14 mm).

Ápice abierto y divergente.-la primera medida favorece el crecimiento radicular. (apicogénesis) ,obturación retrograda.

Presencia de instrumental en el conducto.- sirve como material de relleno y se ayuda retrógradamente.

Diente total o parcialmente luxado.-debe ser reimplantado lo más pronto posible, y se anquilosa y se puede realizar endodoncia.

Tratamiento anterior.-se realiza nuevamente, el tratamiento endodóntico completo.

2.2.4.9 EXODONCIA

Es un acto quirúrgico mediante el cual se realiza la extracción del diente o dientes del alveolo con el menor trauma posible, con técnicas e instrumental adecuado. (MSP 2009).

2.2.4.10 TRATAMIENTOS PROTÉSICOS Y ORTODÓNCICOS

Se le conoce a la prótesis como arte y ciencia utilizados para la rehabilitación a través de la sustitución de órganos perdidos en las diferentes regiones del ser humano. Dentro de la odontología es la sustitución de piezas y tejidos adyacentes para rehabilitar al paciente en: el funcionamiento bucal, fisiología de todo el organismo, devolver la morfología la estética y la fonética. En caso de apiñamiento se debe recurrir a tratamientos ortodóncicos.

2.2.4.11 HALITOSIS

Es un problema de mal aliento que puede ser el resultado de un inadecuado cepillado dental, caries, gingivitis de problemas gastrointestinales, entre otras causas, muchas veces no es perceptible para las personas que lo padecen, las relaciones personales, comerciales o de trabajo se ven afectados por este problema.

2.2.4.12 GINGIVITIS

La gingivitis consiste en una inflamación de las encías que provoca que estas se enrojezcan, se edematicen y presente sangrado, produciendo en ocasiones que se aflojen los dientes suele presentarse halitosis. La aparición de dolor es más infrecuente.

Por lo general la gingivitis está causada por bacterias, que en caso de higiene bucodental insuficiente se acumulan en la superficie dental externa e interna y desencadenan procesos inflamatorios en la encía libre. No obstante, la gingivitis también puede estar causada por irritaciones mecánicas de la encía, en las que no están implicadas infecciones bacterianas. El biofilm bacteriano puede formarse en unos pocos días. Cuando la placa se mineraliza, aparece el denominado sarro (cálculos dentales). (Rojas y Santos 2005).

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Ansiedad: Es una reacción ante un peligro desconocido y su fuente se localiza en el inconsciente. Crea malestar difuso, y aprehensión intensa con sudoración, palpitación etc. Y no desaparece tan pronto al retirar el estímulo. (Weiner y col, 1988), (Rubin y col, 1988).

Actitud: Según Dorsh (1976) es definida como una disposición psíquica y nerviosa organizada por la experiencia y cuya influencia es dinámica y orientadora del entorno del individuo.

Atención odontológica: es el conjunto de acciones que se realizan para prevenir, reparar o mejorar la salud bucodental.

Actividad: acción o conjunto de acciones que se realizan en sucesión cronológica para lograr un objetivo de salud definible y medible.

Arritmias: es un trastorno de la frecuencia cardíaca (pulso) o del ritmo cardíaco, como latidos demasiado rápidos (taquicardia), demasiado lentos (bradicardia) o con un patrón irregular.

Caso: persona que presenta un problema de salud específico.

Consulta: serie de acciones que se inician cuando el paciente se pone en contacto con el establecimiento y culmina con la elaboración del diagnóstico.

Controles: citas periódicas para determinar el estado de salud del paciente

Comunicación: desde un punto de vista técnico se entiende por comunicación el hecho que un determinado mensaje originado en el punto A llegue a otro punto determinado B, distante del anterior en el espacio o en el tiempo. La comunicación implica la transmisión de una determinada información.

Deserción: se utiliza el término para hablar de aquellos usuarios que abandonan sus tratamientos por diferentes causas.

Factor de riesgo: una característica o circunstancia detectable en individuos o en un grupo de individuos asociada con la probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud.

Fobia: es un estado corporal subjetivo desagradable que actúa como reacción de alerta ante un hecho inminente. Es un miedo irracional ante una cosa o actividad que desencadena la conducta de evitación. (Sokol et al 1988).

Miedo: recelo o aprensión ante un peligro real, presente o previsto. Afecta la vida social, familiar, laboral, sentimental y de estudio. El dentista remedia miedos “lógicos” como al dolor, a la inyección o a la turbina.

Usuario: persona que hace uso frecuente de algo.

Paciente: en la medicina y en general en las ciencias de la salud, el paciente es alguien que sufre dolor o malestar. En términos sociológicos y administrativos, paciente es el sujeto que recibe los servicios de un médico u otro profesional de la salud y se somete a un examen, a un tratamiento o a una intervención.

Pánico: situación que produce un marcado malestar que se puede interferir con la vida.

Riesgo: implica la presencia de una característica o factor que aumenta la probabilidad de consecuencias adversadas.

Stress: estado de gran tensión nerviosa, generalmente causado por un exceso de trabajo, que suele provocar diversos trastornos físicos y mentales.(Hendrix 1986).

Variable: es una característica que al ser medida en diferentes individuos es susceptible de adoptar diferentes valores.

Valoración: es el primer paso que debe seguir un paciente, es el proceso en el cual un especialista determinara el plan de tratamiento.

Vulnerabilidad: se debe a la presencia de cierto número de características de tipo genético, ambiental, biológico psicosociales que actuando individualmente e entre sí desencadenan la presencia de un proceso.

Respeto: el paciente debe sentir y percibir que se está a gusto desde el momento de su llegada, que sienta se le está tratando respetuosamente y cordialmente, generando familiaridad con el personal de salud.

Rapidez: toda la atención debe realizarse sin demoras innecesarias, no dejar al paciente en espera ya que genera insatisfacción e inconformidades que de no corregirse son causan que el paciente abandone el tratamiento.

2.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.4.1 HIPÓTESIS

Los Determinantes Conductuales de Salud influyen en la Deserción Odontológica en los pacientes que acuden a la Unidad Metropolitana de Salud Centro de la Ciudad de Quito.

2.4.2. VARIABLES

2.4.2.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

Determinantes conductuales.

2.4.2.2 VARIABLE DEPENDIENTE

Deserción odontológica.

2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	CONCEPTO	CATEGORÍA	INDICADORES	TÉCNICA E INSTRUMENTO
Determinantes conductuales	Fija los términos de comportarse una persona en una situación determinada.	Comportamiento de las personas ante la atención odontológica	Miedo Terror Problemas familiares Problemas emocionales Disponibilidad de tiempo	Encuestas
VARIABLE INDEPENDIENTE	CONCEPTO	CATEGORÍA	INDICADORES	TÉCNICA E INSTRUMENTO
Deserción odontológica	Se utiliza el término para hablar de aquellos usuarios que abandonan sus tratamientos por diferentes causas.	Enfermedades de la cavidad oral.	Caries Dolor Endodoncia Exodoncia Dientes sensibles Tratamientos odontológicos	Encuestas. Historia Clínica odontológica

Elaborado por: Jina Arévalo V.

CAPITULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 MÉTODO

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Por su Lugar

Investigación de Campo. Ya que se realizó en el mismo lugar cara a cara con el sujeto de la investigación, se mantuvo contacto directo con los sujetos de la investigación.

Por su Fuente

Investigación Bibliográfica.-Se compilo datos valiéndose del manejo adecuado de libros, revistas, resultado de otras investigaciones.

Investigación Descriptiva. Se describen situaciones y eventos, es decir como es y cómo se manifiesta determinados fenómenos sociales, buscando especificar las propiedades importantes.

3.1.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Para este fin se diseñó una encuesta, con temas de utilidad del artículo. Como técnicas de recolección de datos se utilizó el análisis documental mediante revisión de las historias clínicas, así como exploración bibliográfica. La población selecciona se recogió de los partes diarios de atención odontológica, aplicando la fórmula para obtener la muestra.

Determinándose para el estudio **268** usuarios considerando que por historias clínicas odontológicas no concluyeron el tratamiento. Los casos seleccionados

tienen como eje transversal, el sexo, la edad, estado socio económico igual o similar y nivel educativo. Las encuestas se realizaron según la disponibilidad del encuestado personalmente o mediante la modalidad de tele visitas (vía telefónica).

La información obtenida se procesó y analizó elaborándose cuadros y representaciones graficas estadísticas, con sus respectivas interpretaciones.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1 POBLACIÓN

Para el estudio se ha considerado el flujo de pacientes que acuden a la atención Odontológica a la Unidad Metropolitana de Salud Centro de la Ciudad de Quito (**UMSC-Q**) basándose en el siguiente análisis.

Existen 2 profesionales que atienden un promedio diario de 6 pacientes cada uno, totalizando 12 pacientes al día, con 4 horas de jornada de trabajo por lo que se suman 60 atenciones odontológicas en la semana, dando un total de 240 pacientes mensuales. Se considera las vacaciones de los profesionales y otras actividades que no son específicas de atención. Por lo que se estima que la población será de 615 usuarios odontológicos durante los tres meses de investigación.

Los demandantes de los servicios odontológicos son especialmente mujeres como se detalla en la **Tabla 1**.

Tabla N° 1

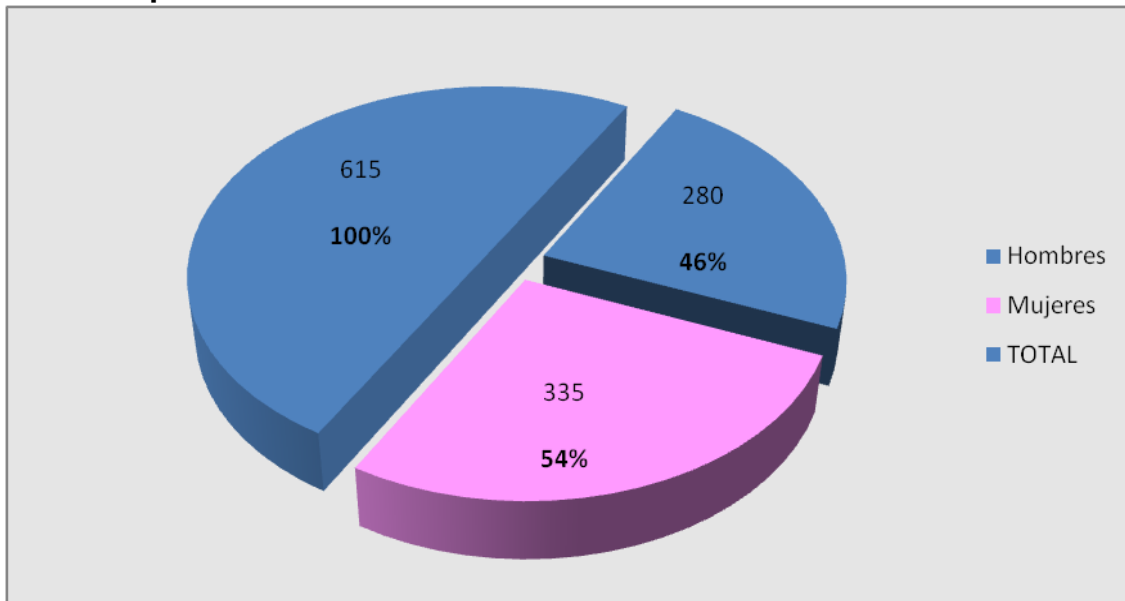
**Sexo de los pacientes que acudieron a la atención odontológica.
Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito Junio - septiembre 2014**

SEXO	NÚMERO	PORCENTAJE
Hombres	280	46.00
Mujeres	335	54.00
TOTAL	615	100.00

Fuente: Historias Clínicas Odontológicas UMSC-Q.
Elaborado: Jina Arévalo V.

Gráfico N° 1

**Sexo de los pacientes que acudieron a la atención odontológica.
Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito
Junio - septiembre 2014**



Fuente: Historias Clínicas Odontológicas UMSC-Q
Elaborado: Jina Arévalo V.

De los 615 pacientes atendidos en la UMSC-Quito, el 54% son mujeres y el 46% son hombres.

Para determinar el tamaño de la muestra se consideró el total de pacientes que demandan el servicio de odontología, contabilizando 615, de estos 99 pacientes

terminaron el tratamiento y 159 acudieron al servicio para obtener certificados odontológicos como requisito previo para ingreso a instituciones laborales y/o educativas. Después de realizar estas consideraciones, la población que no cumple con el tratamiento y objeto del estudio es de **357** pacientes que corresponde al 58.05%.

3.2.2 MUESTRA

Para determinar el tamaño de la muestra se realizó un muestreo aleatorio simple, donde posteriormente se aplicó la fórmula estadística, según revisión bibliográfica para una distribución normal el error máximo admisible es de 3 al 5 por ciento que corresponden al 0.03 y al 0.05.

$$n = \frac{K^2 N p q}{e^2 (N - 1) + (K^2 p q)}$$

K= nivel de confianza (95% = 1.96)

N = universo o población (357)

p= probabilidad de ocurrencia (50%= 0,5)

q=probabilidad de no ocurrencia (50%= 0,5)

e= margen de error (3%= 0.03)

n= muestra

Obtención de la Muestra:

$$n = \frac{(1.96^2 * 357 * 0.5 * 0.5)}{(0.03)^2(357 - 1) + (1.96^2 * 0.5 * 0.5)}$$

$$n = \frac{(342.8628)}{(0.3204) + (0.9604)}$$

$$n = \frac{(342.8628)}{(1.2808)}$$

$$n = 267.69 \approx 268$$

$$\mathbf{n = 268}$$

Para comprender la formula se describe los componentes

K=*nivel de confianza*: es la probabilidad de que el parámetro a estimar se encuentre en intervalo de confianza y se suele tomar en tanto por ciento los más usuales son 90%, 95% y 99%.

N = *universo o población*: es el conjunto de elementos de referencia sobre el que se realizan las observaciones. Normalmente es demasiado grande para poder abarcarla, motivo por el cual se puede hacer necesaria la extracción de una muestra.

Probabilidad: la posibilidad de ocurrencia de un eventos

p= *probabilidad de ocurrencia*:

q=*probabilidad de no ocurrencia*

e= *margen de error*: expresa qué tan precisos son los resultados de una encuesta, con los márgenes de error más pequeños se tiene mayor precisión.

n= *muestra*: Número de sujetos que componen la muestra extraída de una población, necesarios para que los datos obtenidos sean representativos de la población.

3.3 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

Se utilizó los siguientes métodos:

Según el Proceso Final

Método Inductivo.- De lo particular a lo general, se analiza casos particulares a partir de los cuales se extraen conclusiones de carácter general.

Según la Naturaleza de los Datos

Metodología Cuantitativa.- Se aplica los datos estadísticos mediante métodos gráficos.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÉCNICA	INSTRUMENTO
Encuesta	Cuestionario
Tele-visita	Cuestionario
Visita domiciliarias	Cuestionario

Para la presente investigación se utilizaron como técnica la encuesta, la televista y la visita domiciliaria como técnicas de recolección de datos.

A continuación se describen los instrumentos citados:

Cuestionario de opinión de Usuarios de la Unidad Metropolitana de Salud Centro (UMSC-Q)

El cuestionario de opinión es un instrumento en el que los usuarios de la UMSC-Q, a su juicio, marcarán con una X, en el espacio indicado los factores conductuales que influyen en la deserción odontológica **(ANEXO 1)**

Tele-visitas

Es un instrumento basado en la telecomunicación para este caso se utilizó el teléfono para efectuar la encuesta.

Visitas domiciliarias

Es una herramienta metodológica que se utiliza para contactar a los pacientes y obtener información se necesita tener las direcciones correctas para que la visita se efectivice.

Los datos correspondientes a sexo, edad, estado civil, procedencia, situación laboral, ocupación se obtuvieron directamente de las Historias Clínicas de los pacientes que acudieron a la atención odontológica.

Para la segunda parte de la encuesta se contactó con los pacientes vía telefónica, mediante visita domiciliaria y de pacientes que demandan otros servicios como medicina general, ginecología, pediatría entre otros obteniendo los siguientes datos.

3.5 TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Cuadros estadísticos e interpretaciones

Tabla N° 2

Sexo de pacientes que no concluyeron los tratamientos odontológicos. Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito Junio - septiembre 2014

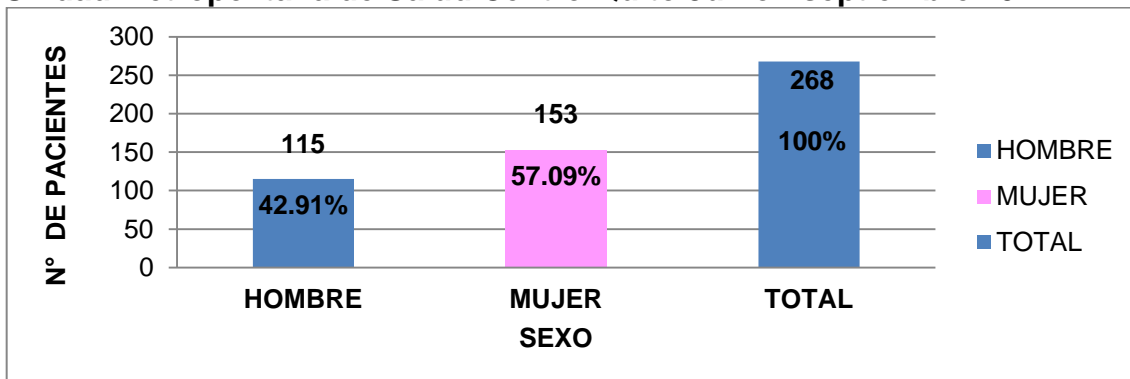
SEXO	NÚMERO	PORCENTAJE
Hombre	115	42.91
Mujer	153	57.09
TOTAL	268	100.00

Fuente: Historias Clínicas Odontológicas USMC-Q

Elaborado: Jina Arévalo V.

Gráfico N° 2

Sexo de pacientes que no concluyeron los tratamientos odontológicos. Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito Junio - septiembre 2014



Fuente: Historias Clínicas Odontológicas USMC-Q

Elaborado: Jina Arévalo V.

De los **268 (n=)** usuarios que no concluyeron los tratamientos odontológicos atendidos en la Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito (UMSC-Q), las mujeres representan el 57.09 % (n=153), mientras que los hombres son 42.91% (n=115) de pacientes. Estos resultados son consistentes con los encontrados en el estudio realizado por Arrighi en 1998 en Venezuela, el cual reporta que de los 60 pacientes encuestados la mayoría fueron del sexo femenino (48 mujeres y 12 varones).

Tabla N° 3

**Edad de pacientes que no concluyeron los tratamientos odontológicos.
Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito Junio - septiembre 2014**

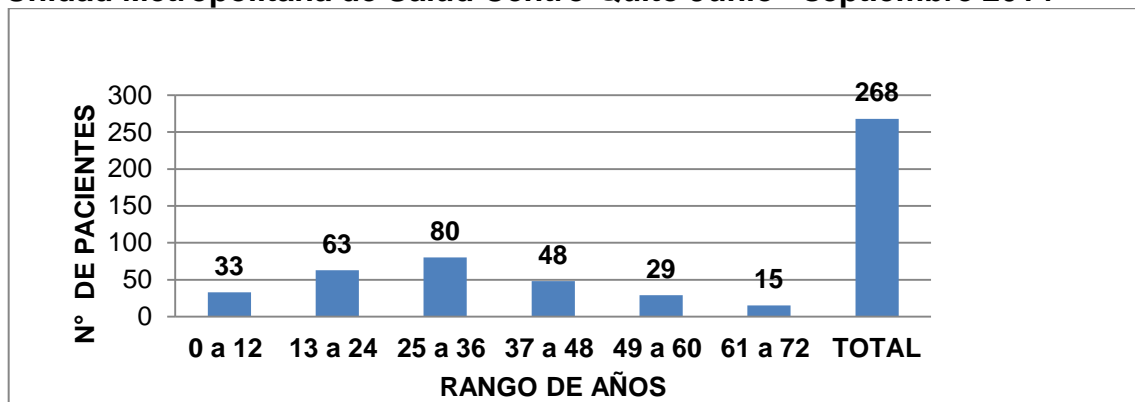
EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
0 A 12 Años	33	12.31
13 A 24 Años	63	23.51
25 A 36 Años	80	29.85
37 A 48 Años	48	17.91
49 A 60 Años	29	10.82
61 A 72 Años	15	5.60
TOTAL	268	100.00

Fuente: Historias Clínicas Odontológicas USMC-Q

Elaborado: Jina Arévalo V.

Gráfico N° 3

**Edad de pacientes que no concluyeron los tratamientos odontológicos.
Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito Junio - septiembre 2014**



Fuente: Historias Clínicas Odontológicas USMC-Q

Elaborado: Jina Arévalo V.

Para la variable edad de los usuarios se utilizaron intervalos de 12 años. El mayor rango de edad es de "25 a 36 años" que representa el 29.85% con 80 pacientes, mientras que al rango de "61 años a 72 " le corresponde (n=15) siendo el menor porcentaje 5.60 %. Según el censo de población y vivienda 2010, en el Distrito Metropolitano de Quito, este grupo etario alcanza los 205.639 personas que representan el 9.2% la población de los 2.2 millones de habitantes de la capital, lo que significa que 9 de cada 100 habitantes de la

ciudad de Quito son Adultos Mayores. Por lo tanto la población de adultos mayores (PAM) que no concluyeron los tratamientos representa el 0.0073% de los pacientes que demandan los servicios odontológicos de la UMSC.

Tabla N° 4

Estado Civil de pacientes que no concluyeron los tratamientos odontológicos.

Unidad Metropolitana de Salud Centro Quito Junio - septiembre 2014

ESTADO CIVIL	NUMERO	PORCENTAJE
Casada	105	39.18
Soltera	119	44.4
Viuda	3	1.12
Unión Libre	31	11.57
Divorciada	10	3.73
TOTAL	268	100.00

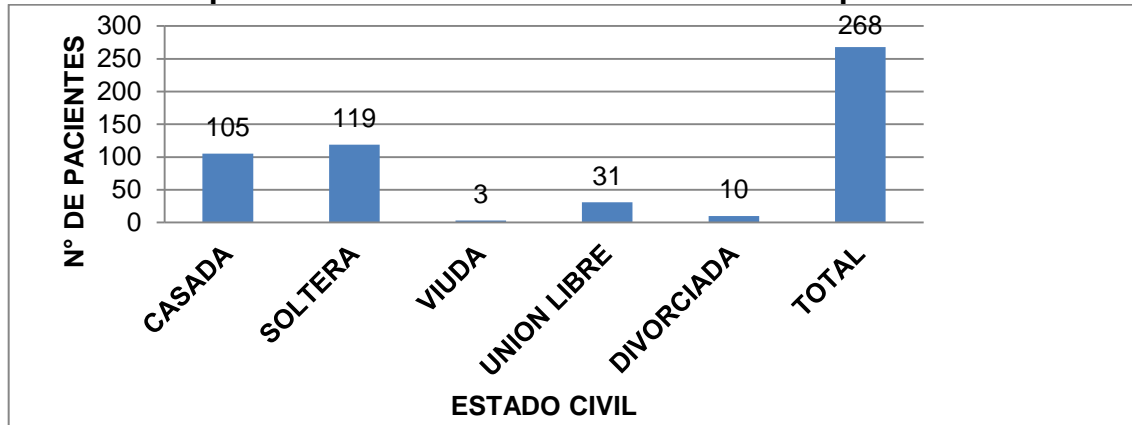
Fuente: Historias Clínicas Odontológicas USMC-Q

Elaborado: Jina Arévalo V.

Gráfico N° 4

Estado Civil de pacientes que no concluyeron los tratamientos odontológicos.

Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito Junio - septiembre 2014



Fuente: Historias Clínicas Odontológicas USMC-Q

Elaborado: Jina Arévalo V.

En lo relacionado a la variable estado civil de los pacientes se visualiza que el mayor porcentaje corresponde a las personas casadas y solteras con 39.18% y 44.4 %, respectivamente. ,totalizando entre estos dos grupos 83.58%(n=22) Por el contrario, el menor porcentaje corresponde al 1. 12% (n= 3) de personas viudas.

Tabla N° 5

Procedencia de pacientes que no concluyeron los tratamientos odontológicos.

Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito Junio - septiembre 2014

PROCEDENCIA	NUMERO	PORCENTAJE
Urbano	115	42.91
Urbano Marginal	153	57.09
TOTAL	268	100.00

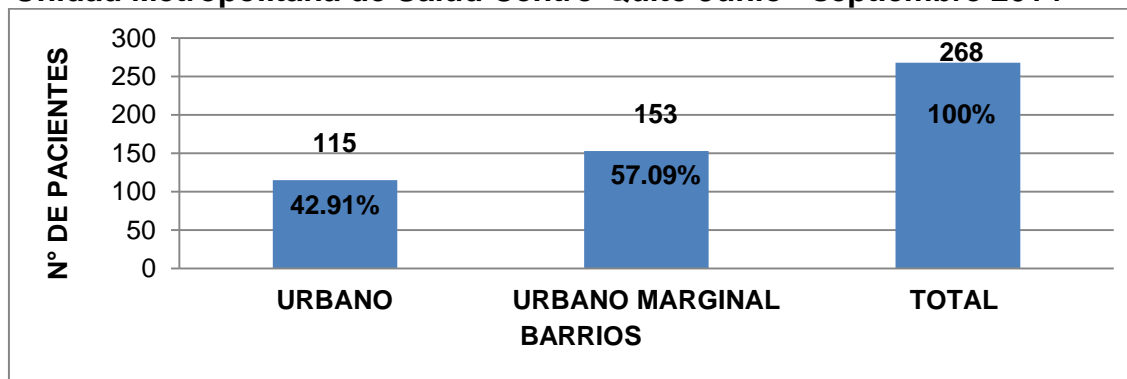
Fuente: Historias Clínicas Odontológicas USMC-Q

Elaborado: Jina Arévalo V.

Gráfico N° 5

Procedencia de pacientes que no concluyeron los tratamientos odontológicos.

Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito Junio - septiembre 2014



Fuente: Historias Clínicas Odontológicas USMC-Q

Elaborado: Jina Arévalo V.

La procedencia de 153 pacientes corresponde al 57.09% que representa a las personas que viven en zona urbana marginal y 115 corresponde al 42.91% que viven en zonas urbanas de 268 pacientes del total de la muestra estudiada.

Tabla N° 6

Situación Laboral de pacientes que no concluyeron los tratamientos odontológicos.

Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito Junio - septiembre 2014

SITUACIÓN LABORAL	NUMERO	PORCENTAJE
Si trabaja	184	68.66
No trabaja	84	31.34
TOTAL	268	100.00

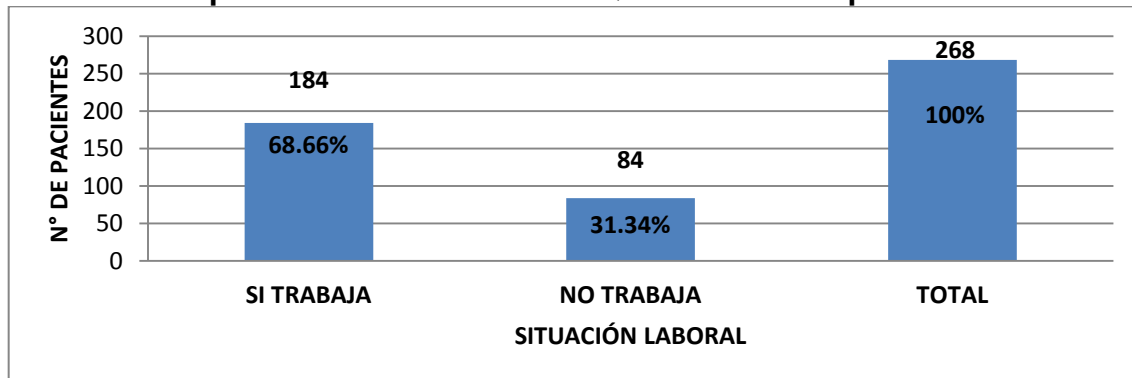
Fuente: Historias Clínicas Odontológicas USMC-Q

Elaborado: Jina Arévalo V.

Gráfico N° 6

Situación Laboral de pacientes que no concluyeron los tratamientos odontológicos.

Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito. Junio - septiembre 2014



Fuente: Historias Clínicas Odontológicas USMC-Q

Elaborado: Jina Arévalo V.

La situación laboral de los 268 pacientes que representan la población total estudiada, los resultados indican que; 184 pacientes representan el 68.66 % de población que tiene trabajo. El porcentaje restante 31.34% pertenece a la categoría que no trabaja.

Tabla N° 7

Ocupación de pacientes que no concluyeron los tratamientos odontológicos.

Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito Junio - septiembre 2014

OCUPACIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
Profesional	2	0.75
Oficios	107	39.90
Estudiante	66	24.63
Empleada	20	7.47
Ninguna	10	3.74
QQDD	56	20.90
No Aplica (NA)	7	2.61
TOTAL	268	100.00

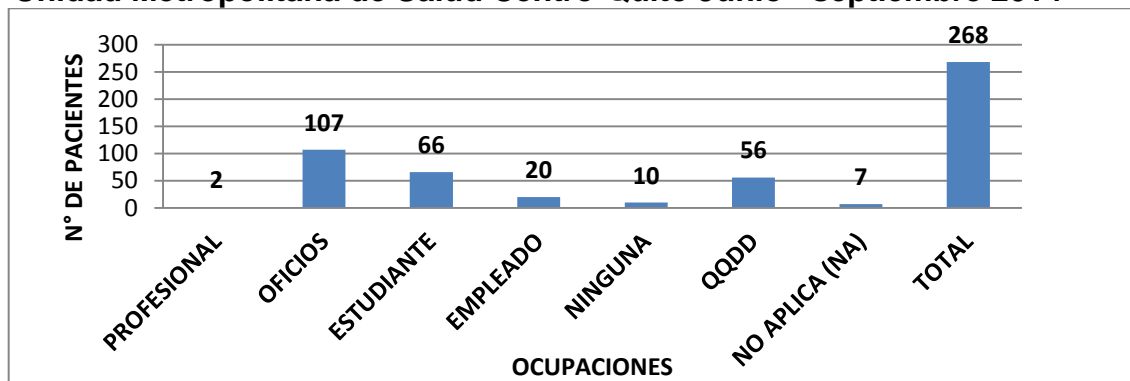
Fuente: Historias Clínicas Odontológicas USMC-Q

Elaborado: Jina Arévalo V.

Gráfico N° 7

Ocupación de pacientes que no concluyeron los tratamientos odontológicos.

Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito Junio - septiembre 2014



Fuente: Historias Clínicas Odontológicas USMC-Q

Elaborado: Jina Arévalo V.

En cuanto a las ocupaciones el Grafico 7 muestra que 107 pacientes realizan diferentes oficios y corresponden al 39.9 %, estudiantes y QQDD corresponden al 45.53%, en el extremo inferior tenemos 2 profesionales los que corresponden al 0.75%.

La categoría no aplica está representada por 7 pacientes que comprenden edades de 1 año a 12 años que no tienen ocupación.

Tabla N° 8

**Contacto a pacientes que no concluyeron los tratamientos odontológicos.
Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito Junio - septiembre 2014**

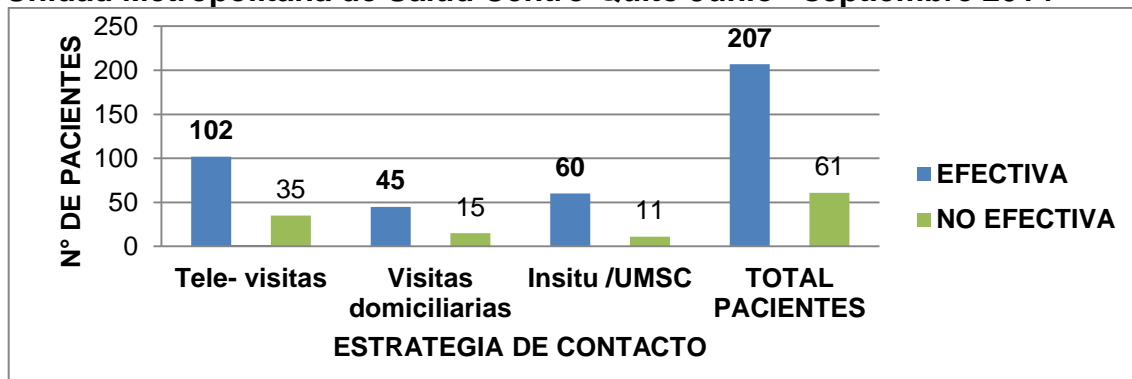
ESTRATEGIAS DE CONTACTO	EFFECTIVA	PORCEN TAJE	NO EFFECTIVA	PORCEN TAJE	TOTAL
Tele- visitas	102	38.06	35	13.06	
Visitas domiciliarias	45	16.80	15	5.59	
In situ /UMSC	60	22.39	11	4.10	
Total porcentaje		77.25		22.75	100.00
Total pacientes	207		61		268

Fuente: Historias Clínicas Odontológicas USMC-Q

Elaborado: Jina Arévalo V.

Gráfico N° 8

**Contacto a pacientes que no concluyeron los tratamientos odontológicos.
Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito Junio - septiembre 2014**



Fuente: Historias Clínicas Odontológicas USMC-Q

Elaborado: Jina Arévalo

Existieron algunas razones por las cuales no se efectivizaron las encuestas entre las cuales tenemos números telefónicos erróneos, direcciones domicilias inexactas o cambio de domicilios, no predisposición de tiempo. Luego de visualizar los datos de los contactos podemos darnos cuenta que los pacientes objetos de procesamiento de la segunda parte que corresponde a los posibles factores que influyen en la deserción odontológica será de **207** pacientes.

Tabla N° 9

El paciente cree que los problemas emocionales influyen en la no terminación del tratamiento odontológico.

Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito Junio - septiembre 2014

INFLUENCIA DE LOS PROBLEMAS EMOCIONALES	NUMERO	PORCENTAJE
Si	167	80.67
No	40	19.33
TOTAL	207	100.00

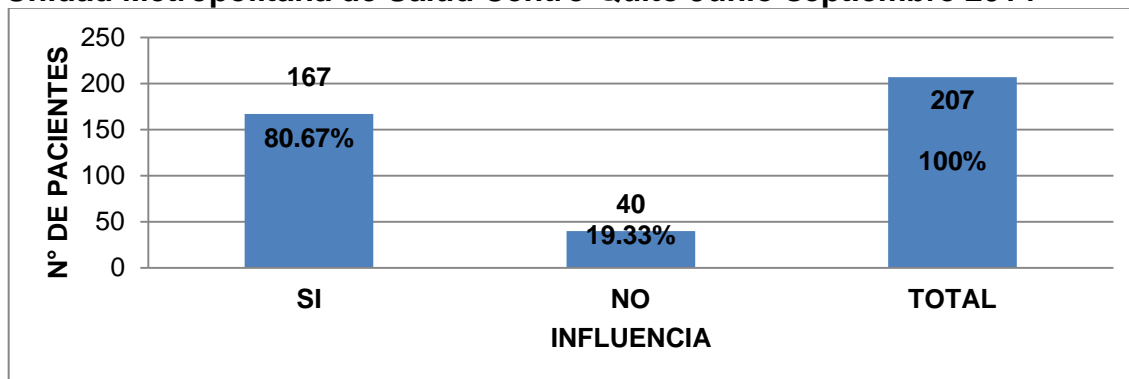
Fuente: Historias Clínicas Odontológicas USMC-Q

Elaborado: Jina Arévalo V.

Gráfico N° 9

El paciente cree que los problemas emocionales influyen en la no terminación del tratamiento odontológico.

Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito Junio-septiembre 2014



Fuente: Historias Clínicas Odontológicas USMC-Q

Elaborado: Jina Arévalo V

De los 167 pacientes que no han concluido sus tratamientos consideran que si influyen los problemas emocionales y estos corresponden al 80.67%, así mismo 40 pacientes considera que no influyen los problemas emocionales, corresponde al 19.33%.

Tabla N° 10

Cuentan con apoyo familiar para la atención odontológica los pacientes que no concluyeron los tratamientos.

Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito Junio - septiembre 2014

APOYO FAMILIAR	NUMERO	PORCENTAJE
Si	114	55.07
No	93	44.93
TOTAL	207	100.00

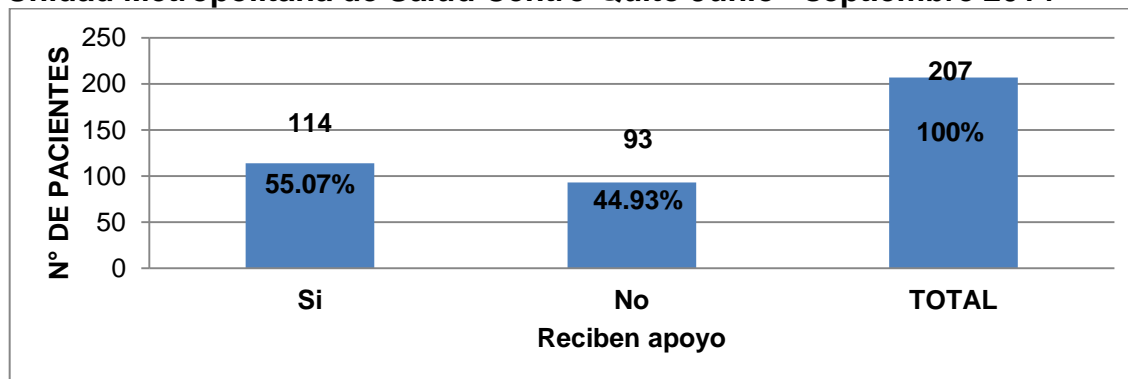
Fuente: Historias Clínicas Odontológicas USMC-Q

Elaborado: Jina Arévalo V.

Gráfico N° 10

Cuentan con Apoyo familiar para la atención odontológica los pacientes que no concluyeron los tratamientos.

Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito Junio - septiembre 2014



Fuente: Historias Clínicas Odontológicas USMC-Q

Elaborado: Jina Arévalo V.

Los 114 pacientes que reciben apoyo familiar corresponden al 55.07%, en relación a los 93 pacientes que no reciben apoyo familiar y corresponden al 44.93%.

Tabla N° 11

Como consideran los pacientes que no concluyeron los tratamientos la atención odontológica.

Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito Junio - septiembre 2014

CALIFICACIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
Excelente	83	40.09
Buena	105	50.72
Regular	14	6.77
Mala	5	2.42
TOTAL	207	100.00

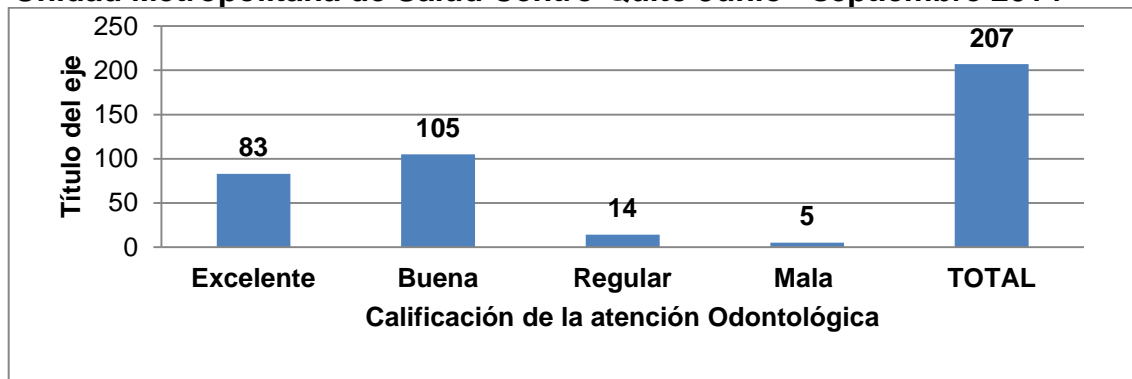
Fuente: Historias Clínicas Odontológicas USMC-Q

Elaborado: Jina Arévalo V.

Gráfico N° 11

Como consideran los pacientes que no concluyeron los tratamientos la atención odontológica.

Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito Junio - septiembre 2014



Fuente: Historias Clínicas Odontológicas USMC-Q

Elaborado: Jina Arévalo V.

En la atención odontológica 83 pacientes consideran que es excelente y corresponden al 40.09%, 105 pacientes manifiestan que es buena y corresponde al 50.72% se visualiza que de estas dos consideraciones totalizan el 90.81% de atención satisfactoria relacionando con los parámetros de regular y mala que suman 9.19% del 100% de los pacientes que no concluyeron el tratamiento.

Tabla N° 12

Disponibilidad de tiempo de pacientes que no concluyeron los tratamientos odontológicos.

Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito Junio - septiembre 2014

TIEMPO	NUMERO	PORCENTAJE
Si	102	49.27
No	105	50.73
TOTAL	207	100.00

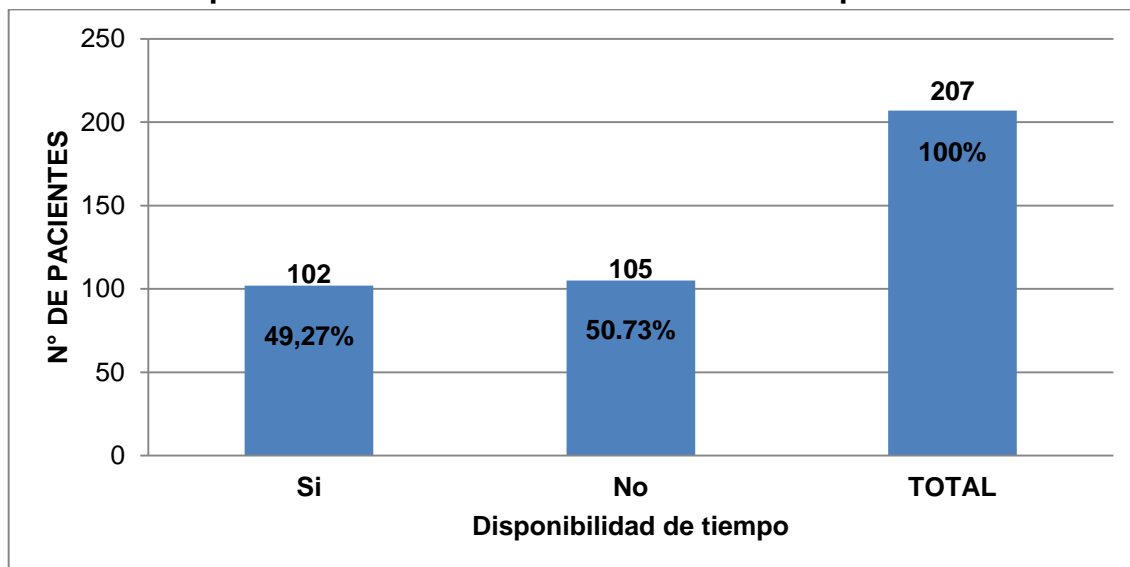
Fuente: Historias Clínicas Odontológicas USMC-Q

Elaborado: Jina Arévalo V.

Gráfico N° 12

Disponibilidad de tiempo de pacientes que no concluyeron los tratamientos odontológicos.

Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito Junio - septiembre 2014



Fuente: Historias Clínicas Odontológicas USMC-Q

Elaborado: Jina Arévalo V.

En lo referente a la disponibilidad de tiempo se puede observar que la diferencia entre sí tienen disponibilidad y no tienen disponibilidad es de 1.46%, se podría deducir que el factor tiempo no influye en la terminación de los tratamientos.

Tabla N° 13

Con que frecuencia se cepillan los dientes los pacientes que no concluyeron los tratamientos odontológicos.

Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito Junio - septiembre 2014

FRECUENCIA	NUMERO	PORCENTAJE
1 vez al día	68	32.85
2 veces al día	51	24.63
3 veces al día	88	42.52
TOTAL	207	100.00

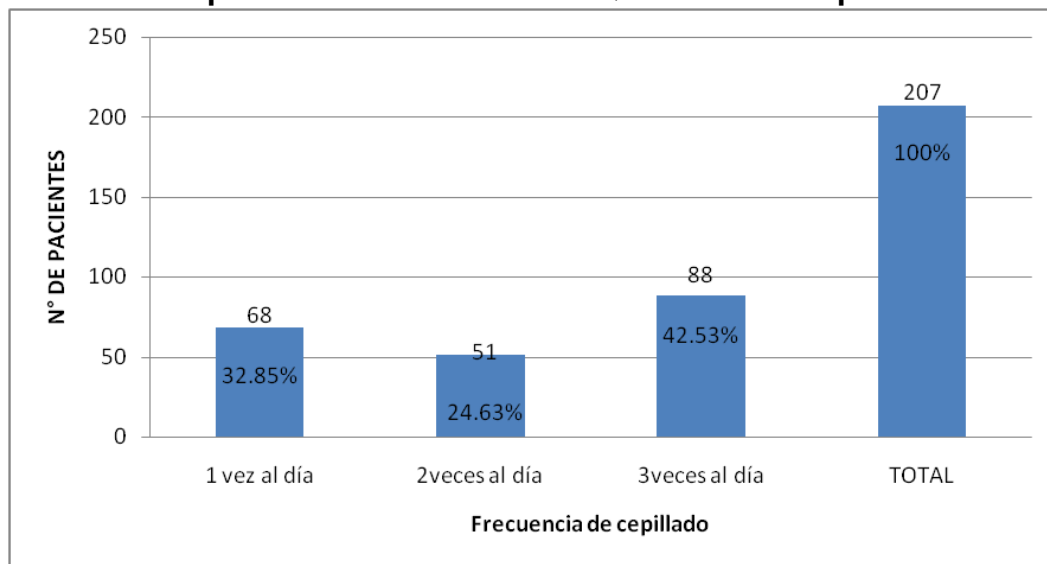
Fuente: Historias Clínicas Odontológicas USMC-Q

Elaborado: Jina Arévalo V.

Gráfico N° 13

Con que frecuencia se cepillan los dientes los pacientes que no concluyeron los tratamientos odontológicos.

Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito Junio - septiembre 2014



Fuente: Historias Clínicas Odontológicas USMC-Q

Elaborado: Jina Arévalo V.

La frecuencia de cepillado dental indica que 88 pacientes lo realizan 3 veces al día y corresponde al 42.53%, en relación a los pacientes que realizan 1 vez al día y corresponden al 32.85%, la diferencia de la frecuencia del cepillado en cuanto a porcentaje de estos dos parámetros es de 9.68% que corresponde a 20 pacientes, notándose que los hábitos de higiene bucal no son saludables.

Tabla N° 14

El profesional resuelve las dudas de los pacientes que no concluyen los tratamientos.

Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito Junio - septiembre 2014

RESUELVE DUDAS	NUMERO	PORCENTAJE
Si	182	87.92
No	25	12.08
TOTAL	207	100.00

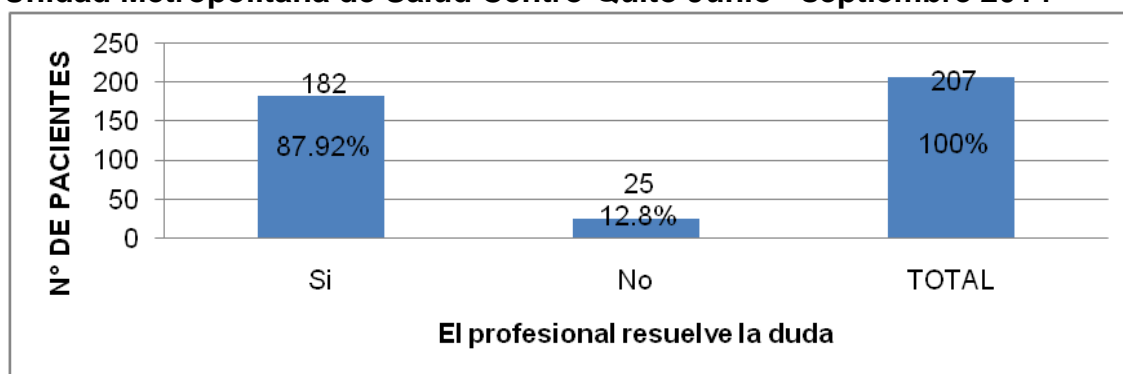
Fuente: Historias Clínicas Odontológicas USMC-Q

Elaborado: Jina Arévalo

Gráfico N° 14

El profesional resuelve las dudas de los pacientes que no concluyen los tratamientos.

Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito Junio - septiembre 2014



Fuente: Historias Clínicas Odontológicas USMC-Q

Elaborado: Jina Arévalo V.

Los pacientes que consideran que el Odontólogo resuelve las dudas representan 87.92% (n= 182), en relación 12.8%(n= 25) que consideran que el Odontólogo no resuelve sus dudas.

Tabla N° 15

Cumplen con las recomendaciones del Odontólogo los pacientes que no concluyeron los tratamientos.

Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito Junio - septiembre 2014

CUMPLEN RECOMENDACIONES	NUMERO	PORCENTAJE
Siempre	69	33.33
Casi siempre	91	43.97
Rara vez	31	14.97
Nunca	16	7.73
TOTAL	207	100.00

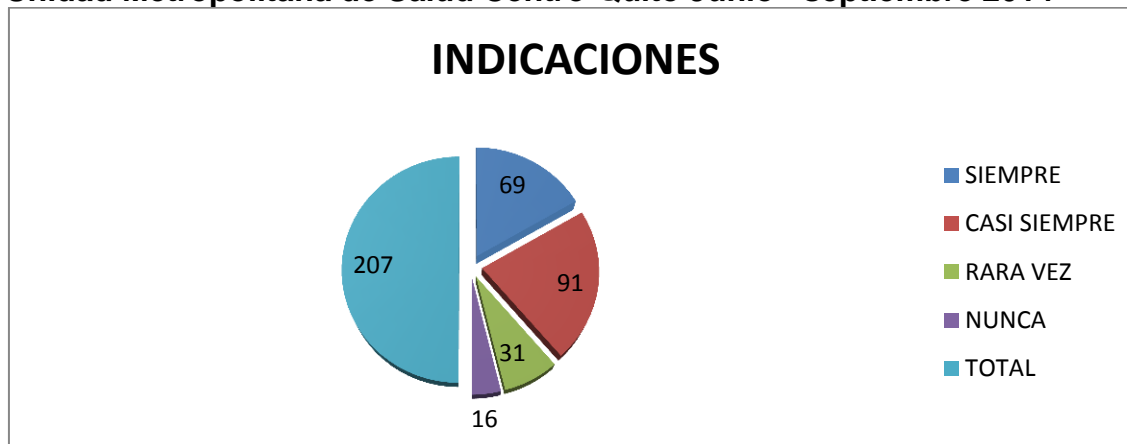
Fuente: Historias Clínicas Odontológicas USMC-Q

Elaborado: Jina Arévalo V.

Gráfico N° 15

Cumplen con las recomendaciones del Odontólogo los pacientes que no concluyeron los tratamientos.

Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito Junio - septiembre 2014



Fuente: Historias Clínicas Odontológicas USMC-Q

Elaborado: Jina Arévalo V.

El cumplimiento de las recomendaciones del profesional después de los diferentes tratamientos en los ítems Siempre y Casi Siempre representa el 77.30%, (n=150), los que nunca cumplen con las recomendaciones corresponde a 7.73% (n=16).

Tabla N° 16

Consumen alguna sustancia psicotrópica o licor los pacientes que no concluyeron los tratamientos odontológicos.

Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito Junio - septiembre 2014

USO DE PSICOTRÓPICOS/LICOR	NUMERO	PORCENTAJE
Si	36	17.39
No	171	82.61
TOTAL	207	100.00

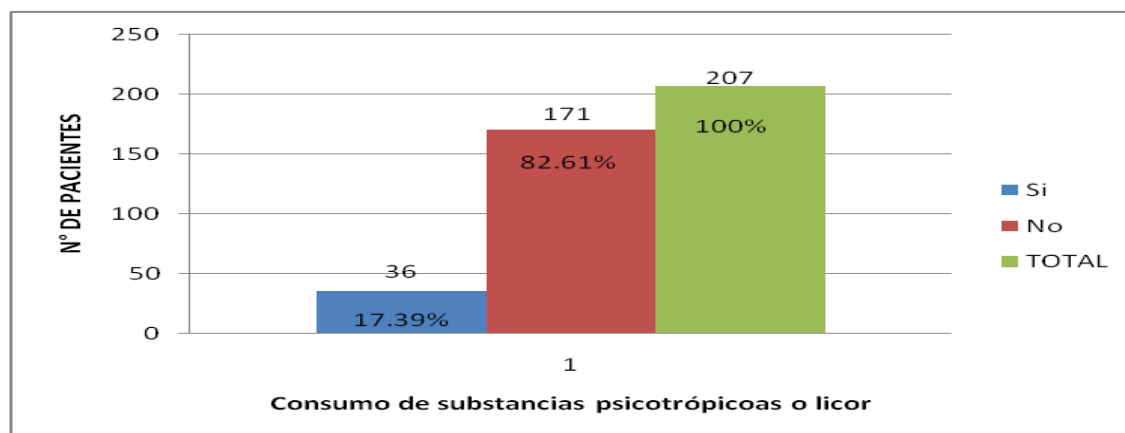
Fuente: Historias Clínicas Odontológicas USMC-Q

Elaborado: Jina Arévalo V.

Gráfico N° 16

Consumen alguna sustancia psicotrópica o licor los pacientes que no concluyeron los tratamientos odontológicos.

Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito Junio - septiembre 2014



Fuente: Historias Clínicas Odontológicas USMC-Q

Elaborado: Jina Arévalo V.

El consumo de licor y sustancias psicotrópicas representan el 17.31 % (n =36) , estos pacientes y los que no consumen 82.61% (n=171).

Tabla N° 17

Con qué frecuencia acuden a la consulta odontológica los pacientes que no concluyeron los tratamientos odontológicos.

Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito Junio - septiembre 2014

ACUDE A LA CONSULTA	NUMERO	PORCENTAJE
1 vez al año	92	44.44
2 veces al año	71	34.30
3 veces al año	44	21.26
TOTAL	207	100.00

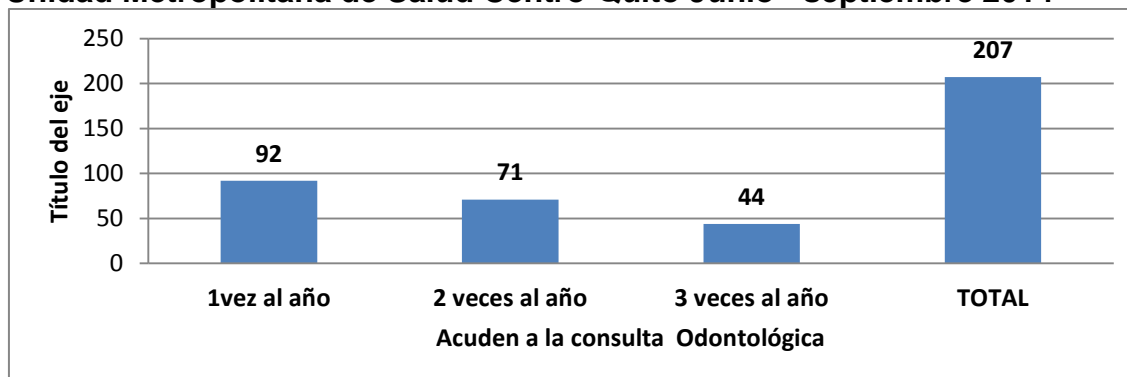
Fuente: Historias Clínicas Odontológicas USMC-Q

Elaborado: Jina Arévalo V.

Gráfico N° 17

Con qué frecuencia acuden a la consulta odontológica los pacientes que no concluyeron los tratamientos odontológicos.

Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito Junio - septiembre 2014



Fuente: Historias Clínicas Odontológicas USMC-Q

Elaborado: Jina Arévalo V.

En el grafico N°17 se, visualiza que del total de 207 pacientes 92 y representa al 44.44% que acuden por una 1 vez al año, y corresponde al mayor porcentaje, lo que podríamos deducir que no se tiene cultura de salud bucal 2veces corresponde al 34.30%(n=71), y, 3 veces corresponde al 21.26%(n=44), observándose que este ultimo ítem es el de menor porcentaje.

Tabla N° 18

Razones para acudir a la consulta Odontológica de los pacientes que no concluyeron los tratamientos odontológicos.

Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito Junio - septiembre 2014

TIPOS DE CONSULTA	NUMERO	PORCENTAJE
Caries	57	27.53.
Gingivitis	4	1.94
Exodoncias	5	2.41
Endodoncias	6	2.89
Dolor	86	41.54
Tratamientos protésicos y ortodonicos	3	1.44
Dientes sensibles	10	4.84
Profilaxis	4	1.94
Sellantes	25	12.08
Halitosis	7	3.39
TOTAL	207	100.00

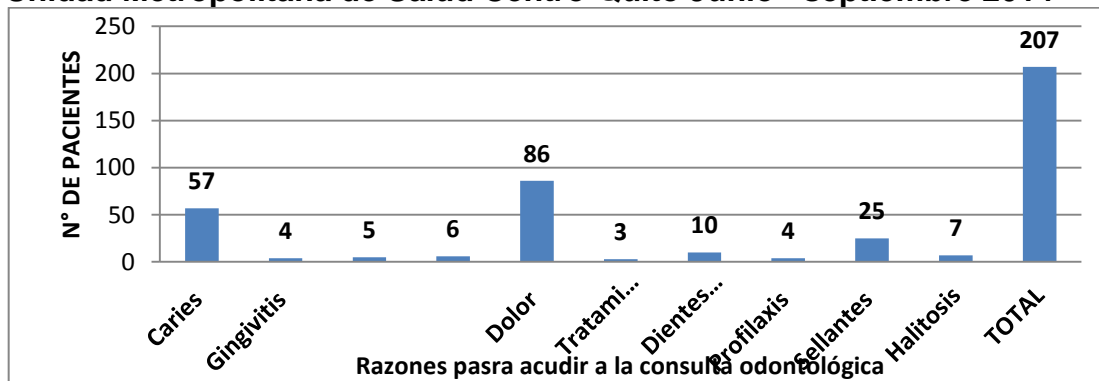
Fuente: Historias Clínicas Odontológicas USMC-Q

Elaborado: Jina Arévalo V.

Gráfico N° 18

Razones para acudir a la consulta Odontológica de los pacientes que no concluyeron los tratamientos odontológicos.

Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito Junio - septiembre 2014



Fuente: Historias Clínicas Odontológicas USMC-Q

Elaborado: Jina Arévalo V.

De los 207 pacientes encuestados 86 acudieron por dolor (41.54%) y 57 acudieron por caries(27.53%) , como medida preventiva acuden 25 pacientes para aplicación de sellantes y representan a 12.08%, mientras que 4 pacientes acuden por problemas de gingivitis y atención preventiva de profilaxis con un

porcentaje de 1.94%, los tratamientos protésicos y endodóncicos con un porcentaje de 1.44% (n=3), son los de menor porcentaje. Al contrastar con el estudio de Arrighi (1998), las razones prioritarias para acudir a la atención odontológica son las caries y el dolor dental y/o articular con un porcentaje de 21.6% (n=13) y 18.3% (n= 11) pacientes respectivamente de una muestra de 60, observándose que las razones prioritarias que se demuestran en este estudio son las mismas demostradas en Arrighi.

Tabla N° 19

Razones por qué los pacientes odontológicos no concluyeron el tratamiento.

Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito Junio - septiembre 2014

RAZONES	NUMERO	PORCENTAJE
Miedo	64	30.92%
Temor	12	5.8%
Ansiedad	17	8.21%
Fobia	9	4.35%
Consultorio Odontológico (ruido, agujas, olor)	105	50.72%
TOTAL	207	100%

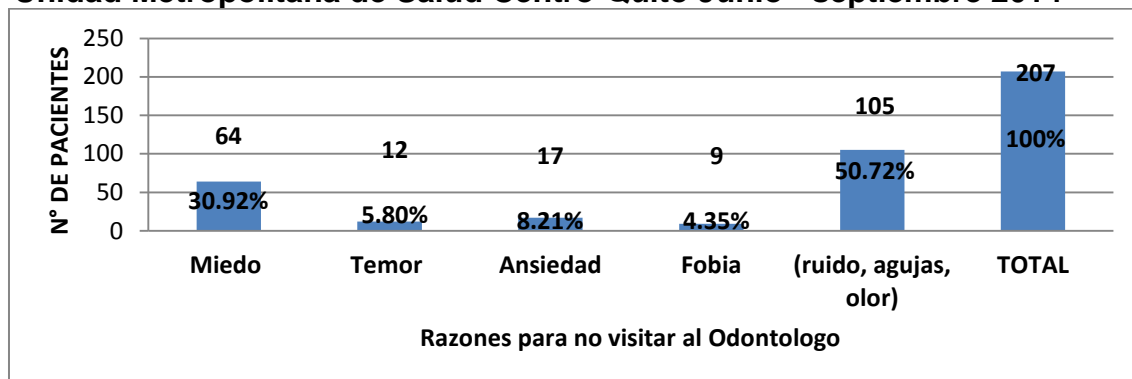
Fuente: Historias Clínicas Odontológicas USMC-Q

Elaborado: Jina Arévalo V.

Gráfico N° 19

Razones por qué los pacientes odontológicos no concluyeron el tratamiento.

Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito Junio - septiembre 2014



Fuente: Historias Clínicas Odontológicas USMC-Q

Elaborado: Jina Arévalo V.

El 50.72%(n=105) representa a una de las razones porque los pacientes no visitan al odontólogo es el consultorio odontológico que abarca el ruido a la turbina, al compresor, el olor típico, las agujas y anestésico, el 30.92%(n=64) representa a miedo, así mismo el 4.35%(n=9), es el menor porcentaje y representa a la fobia.

Tabla N° 20

Los horarios institucionales establecidos para la atención odontológica afectan en la no conclusión de los tratamientos.

Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito Junio - septiembre 2014

AFECTA EL HORARIO INSTITUCIONAL	NUMERO	PORCENTAJE
Si	159	76.81
No	48	23.19
TOTAL	207	100.00

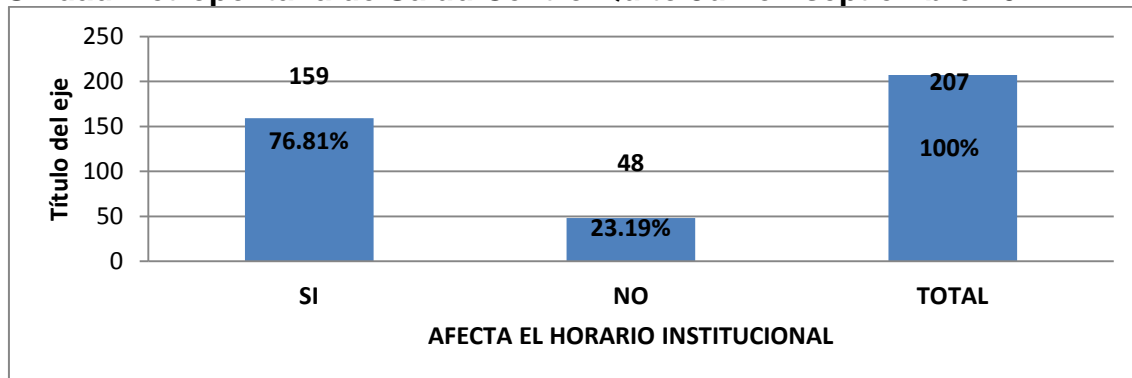
Fuente: Historias Clínicas Odontológicas USMC-Q

Elaborado: Jina Arévalo V.

Gráfico N° 20

Los horarios institucionales establecidos para la atención odontológica afectan en la no conclusión de los tratamientos.

Unidad Metropolitana de Salud Centro-Quito Junio - septiembre 2014



Fuente: Historias Clínicas Odontológicas USMC-Q

Elaborado: Jina Arévalo V.

De los 207 pacientes encuestados el 76.81%(n=159) manifiestan que si afecta el horario laboral de 8h00 a 12h00, el 23.19%(n=48) que refieren que no afecta para la no conclusión de los tratamientos.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES

- Los pacientes que acuden a la consulta son en su mayoría son mujeres, el rango de edad de la muestra estudiada se encuentran entre los 25 a 36 años, viven en la zona urbana marginal, mayoritariamente son personas solteras, el trabajo que realizan en su generalidad son oficios como carpinteros, mecánicos, albañiles, pintores, vendedores ambulantes y otros, con esta información puedo concluir que las personas que acuden a la UMSC son grupos prioritarios.
- Existieron algunas razones por las cuales no se efectivizaron las encuestas entre las cuales tenemos números telefónicos erróneos, direcciones domicilias inexactas o cambio de domicilios, no predisposición de tiempo Los entrevistados indican que los problemas afectivos son una de las causas por las cuales no terminan los tratamientos, no reciben apoyo familiar. En cuanto al cumplimiento de las recomendaciones odontológicas representan el grupo significativo siempre y casi siempre, los pacientes que no concluyen los tratamientos consumen licor y /o sustancia psicotrópicas representan el menor porcentaje, la encuesta se realiza en un Centro de Rehabilitación para dejar el consumo de alcohol y droga, estos pacientes demandan los servicios de la UMSC.

La frecuencia de los pacientes que acuden a la consulta odontológica anualmente es de 1 vez al año y corresponde al mayor grupo ,observándose que la cultura de salud, especialmente bucal en la

población no está concientizada, así mismo la primera razón por lo que los pacientes asisten al odontólogo representa al dolor, en cambio las razones porque los pacientes no visitan al odontólogo es el consultorio odontológico que comprende el ruido a la turbina, al compresor, el olor típico, las agujas y anestésico, así mismo el miedo es una de las causas significativas para la no terminación de los tratamientos. La ansiedad, temor y fobia constituyen el menor porcentaje.

- Se dio a conocer los resultados a las autoridades, quienes podrán establecer estrategias que permitan incentivar al usuario la terminación de sus tratamientos.

RECOMENDACIONES

- Realizar campañas de salud oral con la participación de actores sociales y concientizar mediante información, comunicación y educación la importancia de la salud, especialmente bucal para que el servicio odontológico sea optimizado por los diferentes grupos étnicos y diversos.
- Personal empoderado en sus funciones, roles, actividades y tareas que verifique los datos proporcionados por el paciente, a la apertura de la historia clínica facilitando una guía de zonificación que permita visualizar las direcciones correctas, como también personal calificado que motive a los pacientes a la terminación de los tratamientos.
- Capacitación al personal proporcionándoles herramientas educativas en salud, principalmente bucal con el fin de captar pacientes que no concluyeron los tratamientos.

CAPITULO V

BIBLIOGRAFÍA

- Arrighi, P. (1998) "Actitud del paciente frente al tratamiento protésico que acude a la facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela". Artículo 3, Home Ediciones Volumen 36 n 2 / 1998
- Bayés, R. (1979) Psicología y medicina. Barcelona: Fontanella
- Caballo. E.,ed.(1991) Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta.
- Carboles, J. A. (1985) Análisis y modificación de conducta II. Aplicaciones clínicas.
- Carmen L. Bermudo C., Herrera D. y Ladrón de Guevara R. "Factores causantes de miedo en la Atención Estomatológica". Revista 16 de Abril. Revista Científico Estudiantil de las Ciencias Médicas de Cuba. 2008
- Coña, E. Labrador, F., Muñoz, M. y Cruzado, J. (1990) Medicina conductual
- Curro F. (1990) Hipersensibilidad dental en la variedad del dolor
- Daningo,J.(1994) Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile. 23: 148-151
- Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007. Larousse Editorial, S.L.
- Eiser, J.R. (1999) Psicología Social. Madrid: valencia.ISBN.
- Fuentenebro y C. Vázquez ((1986) La relación actitud-conducta. Santiago de Compostela: Grial.
- Goleman D., "La práctica de la Inteligencia emocional". Editorial Kirias, España 1999
- Handelman, R.M., Vázquez, C.S., Medina, S.C.E., Márquez, C.M.L."Razones para realizar tratamiento de conductos en las clínicas

odontológicas de una Universidad de México". Oral. Año 12 No. 38. Septiembre, 2011.

- Kazdin, A. (1996) Modificación de conducta y sus aplicaciones prácticas.
- Libenson, A. "Criando hijos, creando personas"
- Madrid: UNED. Cautela, J. y Groden, J. (1985)
- Rojas E. y Santos A. "Colutorios par el control de placa y gingivitis basadas en las evidencias científicas. RCOE. Germany. 2005
- Rodríguez, A. (1991) Psicología Social. México: Trillas. ISBN. Actitud del paciente frente al tratamiento protésico que acude a la facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. Home ediciones volumen 36 n 2 1998
- Toledo, L., Machado M., Martínez, Y., Muñoz, M. Maloclusiones por el índice de estética dental (DAI) en la población menor de 19 años. Rev Cubana Estomatol v.41 n.3 Ciudad de La Habana sep.-dic. 2004

Información en línea (páginas web)

- <http://www.zonadiet.com/nutricion/fluor.htm>
- http://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/2/actitud_paciente_tratamiento.asp
- <http://usuarios.advance.com.ar/asociacionsaludbucal/articulos.htm>
- <http://www.universodontologico.com.ar/pacientes/temor.htm>
- <http://www.monografias.com/trabajos/lacomunica/lacomunicacion>.
- <http://www.latarde.com.ec/2013/03/20/13183/>
- <http://www.yogacasa.globspot.com/2015>

ANEXOS

Anexo 1. ENCUESTA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Encuesta de opinión

La encuesta que contestara a continuación, tiene como único fin obtener datos que puedan sustentar una investigación académica .Favor marque con una X los siguientes incisos para recopilar los datos generales, datos del predio y situación laboral.

Fecha -----

A. DATOS GENERALES

1. Número de Historia Clínica-----
2. Sexo: F () M ()
3. Edad-----
4. Estado civil: Casado, () Soltero, () Viudo, () Unión Libre (), Divorciado ()
5. Procedencia: Urbana, () Urbano Marginal ()

B. DATOS DE SITUACIÓN LABORAL

6. Trabaja:

Si ()

No ()

7. Categoría Ocupacional: Profesionales (), Oficios (), Estudiante (), Empleado (), Ninguna (), QQDD (), Jubilado (), NA ()

INSTRUCCIONES:

A continuación se expone una serie de preguntas que pretende conocer los factores que influyen en la deserción odontológica, las cuales deberá contestar con una **X** en la alternativa que más se asemeje a su situación actual.

C. HÁBITOS, COSTUMBRES, CREENCIAS, COMPORTAMIENTOS, ACTITUDES

8. ¿Cree Usted que los problemas emocionales afectan a la no terminación del tratamiento (deserción) odontológico?

Si ()

No ()

9. ¿Cuenta Usted con apoyo familiar para la atención odontológica?

Si ()

No ()

10. ¿Cómo considera Usted la atención odontológica?

Excelente ()

Buena ()

Regular ()

Mala ()

11. ¿Dispone de tiempo suficiente para la atención?

Si ()

No ()

12. ¿Con que frecuencia se cepilla los dientes?

1 vez al día ()

2 veces al día ()

3 veces al día ()

13. ¿El profesional resuelve sus dudas?

Si ()

No ()

14. ¿Sigue las recomendaciones del odontólogo después del tratamiento?

Siempre ()

Casi siempre ()

Rara vez ()

Nunca ()

15. ¿Consume licor o alguna otra sustancia psicotrópica?

Si ()

No ()

16. ¿Con qué frecuencia acude a la consulta odontológica?

a. 1 vez al año

b. 2 veces al año

c. 3 veces al año

17 Usted cuando acude a la consulta odontológica es por:

Caries (), Exodoncias (), Endodoncias (), Dolor (), Tratamientos protésicos ()
Dientes sensibles (), Profilaxis () Sellantes () Halitosis (). Gingivitis () Control
odontológico ()

18 ¿Por qué razones no ha culminado su tratamiento?

a. miedo ()

b. temor ()

c. Ansiedad ()

d. Fobia ()

e. Consultorio Odontológico (olor, ruido, agujas)

19 Los horarios institucionales establecidos afectan a la deserción odontológica

Si ()

No ()