



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

“RELACIÓN DE LOS INGRESOS TOTALES CON LOS GASTOS DESTINADOS A SALUD BUCAL  
DEL PERSONAL DEL ÁREA DE SISTEMAS DE LA UDLA”

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos  
para optar por el título de Odontólogo

Profesora Guía  
Dra. Juanita Fierro Villacís

Autor  
Jonatan Armando Arregui Peña

Año  
2017

## **DECLARACION PROFESOR GUÍA**

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con el estudiante, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”

---

Dra. Juanita Fierro Villacís  
Endodoncista  
C.I.: 0201173507

## **DECLARACION PROFESOR CORRECTOR**

“Declaro haber revisado este trabajo, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”

---

Dr. Jose Serano Sancho  
Cirujano Oral  
C.I.: 1714333455

## **DECLARACION DE AUTORIA DEL ESTUDIANTE**

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes”.

---

Jonnatan Armando Arregui Peña  
C.I.: 0202511564

## **AGRADECIMIENTOS.**

A Dios por permitirme estar vivo y poder cumplir esta meta.

A mis padres que con todo su esfuerzo soy la persona que hoy en día me conocen. Los AMO.

A todos mis amigos y compañeros que hice en Quito y los recordare por siempre.

A mí querida tutora Dra. Juanita Fierro.

**Jonnatan.**

## **DEDICATORIA**

Quiero dedicar este trabajo a Dios, a mi padre Armando y mi madre Margoth, a quienes admiro mucho.

A mi abuelita Clara Luz, quien me extraña y yo también lo hago siempre.

A mi hermano Jean por ser parte de mi vida y quererme a su manera.

A toda mi familia que de una u otra manera contribuyeron con un granito de arena a que yo esté aquí.

**Jonnatan**

## RESUMEN

El país se ve envuelto en un boom de los avances tecnológicos, que cada día llegan a facilitar el estilo de vida del ecuatoriano promedio, viéndose encaminado a destinar rubros sobre artículos innecesarios, muchas veces sustituyendo las necesidades principales de arriendo, alimentación, aprendizaje, entre otros. El objetivo de este trabajo es relacionar los ingresos totales con los gastos destinados a salud bucal en el personal del área de sistemas de la Universidad de las Américas.

Se realizó un estudio descriptivo en 37 personas, que fueron encuestadas. Se elaboró una encuesta con 15 preguntas de respuestas cerradas y opción múltiple, los resultados se mostraron a través de gráficos y tablas y la comprobación de la hipótesis con la prueba de Kruskal-Wallis siendo un análisis no paramétrico.

El 67,57% considero importante la revisión dental de rutina contra un 94,59% de los encuestados que cambian rara vez su teléfono móvil, siendo este un referente de la tecnología actual, dando a conocer que las personas encuestadas han concientizado el cuidado de su salud oral.

Se concluyó que de las personas encuestadas gastan más dinero en salud bucal de acuerdo a su situación familiar o número de hijos a diferencia de los encuestados que están solteros destinan un menor porcentaje de sus ingresos en salud oral.

**Palabras Claves:** Prevención, consumo tecnológico, salud oral.

## **ABSTRACT**

It seems like the country is surrounded by a rapid increase in technological developments, which make the lifestyle of an average Ecuadorian easier every day, as he/she finds himself/herself on his/her way to allocating amounts to unnecessary items, which –on many occasions- replace the principal necessities such as rent, food, education, etc. The goal of this study is to relate the total income to the expenditures -of the information technology personnel of the University of the Americas- on oral health.

A descriptive study was conducted on 37 people, who were surveyed. A survey that consisted of 15 closed-ended multiple-choice questions was prepared. The results were shown through graphs and tables, and the hypothesis verification was done with the test of Kruskal-Wallis using non-parametric analysis.

The 67.57% considered the regular dental checkup important whereas 94.59% of the people who were surveyed rarely changed their cell phone -referring to buying a new one with the latest technology- which reveals that the people who were surveyed have become aware of the importance of taking care of their oral health.

It was concluded that amongst the people surveyed, people who have a family of their own or who have a number of children spend more money on oral health than the people who are single, who spend a small percentage of their income on oral health.

**Key Words:** Prevention, technological consumption, oral health.



## INDICE

1. INTRODUCCION .....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Justificación. ....	2
2. MARCO TEORICO.....	3
2.1 El ser humano analizado desde un punto de vista de salud .....	3
2.1.1 Patrón económico.....	3
2.1.2 El modelo capitalista.....	5
2.2 Calidad de vida y salud.....	6
2.2.1 Salud oral.....	7
2.2.2 Educación para la salud oral.....	10
2.3 La salud en Ecuador.....	11
2.3.1 Natalidad .....	14
2.3.2 Mortalidad. ....	15
2.2.3 Gastos en salud. ....	16
2.4 La definición de salud-enfermedad en odontología. ....	16
2.5 Tecnología .....	18
2.5.1 La sociedad y el consumo .....	20
2.6 Niveles y preferencias en salud bucal.....	21
2.7 Salud para el estado Ecuatoriano. ....	21
2.8 Seguro Social. ....	22
3. OBJETIVOS.....	23
3.1 Objetivo General .....	23
3.2 Objetivos Específicos.....	23
3.3 Hipótesis .....	23
4. MATERIALES Y MÉTODOS .....	24
4.1 Tipo de Estudio.....	24

4.2 Universo de la muestra .....	24
4.3 Muestra .....	24
4.3.1 Criterios de inclusión .....	24
4.3.2 Criterios de exclusión .....	24
4.3.3 Descripción del método .....	24
5. RESULTADOS .....	25
5.1 Análisis de resultados.....	25
6. DISCUSION DE RESULTADOS .....	47
6.1 Discusión .....	47
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	50
7.1 Conclusiones.....	50
7.2 Recomendaciones .....	50
8. PRESUPUESTO .....	52
9. CRONOGRAMA .....	53
REFERENCIAS .....	54
ANEXOS.....	58

## INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Pirámide de Maslow. ....	4
Figura 2. Índice de natalidad. ....	14
Figura 3. Índice que Mortalidad .....	15
Figura 4. Índice de Gastos en salud. ....	16
Figura 5. Líneas Móviles en Ecuador. ....	20
Figura 6. Descripción grafica de la edad. ....	26
Figura 7. Imagen descriptiva del género de los pacientes encuestados. ....	27
Figura 8. Descripción gráfica del número de hijos.....	28
Figura 9. Imagen descriptiva de la frecuencia de asistencia al odontólogo.....	29
Figura 10. Imagen gráfica de la frecuencia de última visita al odontólogo. ....	30
Figura 11. Imagen gráfica de la importancia de revisión dental. ....	31
Figura 12. Imagen gráfica de la importancia de limpieza dental.....	32
Figura 13. Imagen gráfica de la importancia de una restauración.....	33
Figura 14. Imagen gráfica de la importancia de un dolor dental.....	34
Figura 14. Imagen gráfica de la importancia de un dolor dental.....	34
Figura 15. Imagen gráfica de la frecuencia de compra de cepillo dental.....	35
Figura 16. Imagen gráfica de la frecuencia de compra de hilo dental. ....	36
Figura 17. Imagen gráfica de la frecuencia de compra de pasta dental. ....	37
Figura 18. Imagen gráfica de la frecuencia de compra de una computadora de escritorio. ....	38
Figura 19. Imagen gráfica de la frecuencia de compra de una laptop.....	39
Figura 20. Imagen gráfica de la frecuencia de compra de un Smartphone. ....	40
Figura 21. Imagen gráfica de la frecuencia de cambio de celular. ....	41
Figura 22. Imagen gráfica de la frecuencia de presupuesto destinado a odontología.....	42
Figura 23. Imagen gráfica de la frecuencia de presupuesto destinado a tecnología.....	43
Figura 24. Imagen gráfica de la frecuencia importancia destinada a publicidad de tecnología.....	44
Figura 25. Imagen gráfica del presupuesto que se destina a salud bucal.....	45

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Medidas descriptivas de la edad de los sujetos de estudio .....	25
Tabla 2. Genero de las personas encuestadas .....	26
Tabla 3. Número de hijos .....	27
Tabla 4. Frecuencia de asistencia al odontólogo. ....	28
Tabla 5. Frecuencia de última visita al odontólogo.....	29
Tabla 6. Frecuencia de importancia de la revisión dental. ....	30
Tabla 7. Frecuencia de importancia de la limpieza dental.....	31
Tabla 8. Frecuencia de importancia de una restauración.....	32
Tabla 9. Frecuencia de importancia de un dolor dental.....	33
Tabla 10. Frecuencia de compra de cepillo dental.....	34
Tabla 11. Frecuencia de compra de hilo dental.....	35
Tabla 12. Frecuencia de compra de pasta dental. ....	36
Tabla 13. Frecuencia de importancia de compra de una computadora de escritorio.....	37
Tabla 14. Frecuencia de importancia de compra de una laptop.....	38
Tabla 15. Frecuencia de importancia de compra de un Smartphone.....	39
Tabla 16. Frecuencia de cambio de celular.....	40
Tabla 17. Frecuencia de presupuesto destinado a odontología. ....	41
Tabla 18. Frecuencia de presupuesto destinado a tecnología. ....	42
Tabla 19. Frecuencia de importancia destinada a publicidad de tecnología. ...	43
Tabla 20. Presupuesto que se destina a salud bucal. ....	44
Tabla 21. Kruskal-Wallis.....	46
Tabla 22. Presupuesto .....	52
Tabla 23. Cronograma .....	53

## 1. INTRODUCCION

### 1.1 Planteamiento del problema.

En las últimas décadas las enfermedades bucales han ido en aumento, su incidencia es más alta cuando se habla de enfermedad periodontal y caries dental. Los recursos económicos destinados a estos problemas de salud pública son omitidos e inequitativos por completo. Identificar el consumismo de las personas hoy en día es el motivo de este estudio comparándolo con los gastos al cuidado de salud bucal. El 60 a 90 por ciento de las personas comprendidas entre 35-40 años de edad presenta un cuadro de enfermedades bucales prevalentes en la zona. (Ide et al., 2011, pp. 213-214).

En el mundo la falta de conocimiento e interés sobre salud bucal, ha causado que los distintos recursos económicos que se ganan todos los meses, sean destinados a diferentes artículos innecesarios, confort y lujos de las personas económicamente activas con un trabajo estable, como las que trabajan ocasionalmente. (Ide et al., 2011, pp. 215-216).

Se conciben por determinantes sociales de la salud las situaciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan, envejecen y los procedimientos establecidos para batallar las enfermedades. También, esas situaciones están conformadas por un conjunto más grande de fuerzas: sociales, económicas, políticas y normativas. (Ide et al., 2011, pp. 213-219).

En el entorno ecuatoriana la salud bucal está considerada como una segunda opción en la salud integral, puesto que la población ecuatoriana que tiene un trabajo seguro no acude al odontólogo con mucha frecuencia. La ausencia de dolores en el sistema estomatognatico, pero con enfermedades crónicas, ha hecho que el ecuatoriano intermedio gaste sus ingresos totales en un mundo vanguardista y consumista. (Rouxel et al., 2015, pp. 10-15)

## **1.2 Justificación.**

En el Ecuador, se ha notado amenazada la salud bucal, por un abandono de las personas como revelan algunos datos del INEC “Según las patologías de la cavidad bucal se revelan en las personas al asistir a la consulta odontológica, el 90% de los pacientes con un nivel de ingresos superior al salario básico revela caries dental y enfermedad periodontal, más del 85% de esa cantidad indicada presentan cierto procedimiento que necesita una prótesis dental”, estos porcentajes demuestran que la población ecuatoriana no asiste a los controles preventivos en el odontólogo periódicamente, resultando en graves problemas en su salud bucal con presencia de dolor y un alto presupuesto. Todo lo antecedido manifiesta una escasa preocupación en su boca, tomando en cuenta que es el periodo más productivo de su vida. (INEC, 2011)

## 2. MARCO TEORICO

### 2.1 El ser humano analizado desde un punto de vista de salud

Hoy en día el ser humano es tratado como un ente de bienestar mental, físico y social en el ámbito de salud y acorde a la condición de la persona de la salud en la sociedad, eliminando el concepto de hace mucho tiempo, que la salud solo era la ausencia de enfermedades e infecciones para hoy en día constituirla en un todo para la sociedad y el ser humano. (Akashi et al., 2015 pp. 275-279).

A la salud del ser humano también se la considera no solo la ausencia de las enfermedades, con aspectos positivos e innovadores a la expresión completa del concepto de bienestar, que reúne a muchas áreas, como la mental y la social. (Akashi et al., 2015 pp. 275-279). (Grytten, J., Lund., E., 2000, pp. 321-330).

Algunos investigadores indican a la vida como un complejo ente globalizado, que sostiene una dependencia económica, social y política. Aunque existan muchas brechas que la propia sociedad pone para el déficit de salud, así mismo existe un gran desarrollo para edificar nuevas normas de salud. (Sinha, 2015 pp. 226-240).

Asimismo la ciencia se ha ido transformando, como han determinado por reconocer los ecónomos, el principal elemento de desarrollo económico y el factor más exacto para asegurar la prosperidad de la sociedad entera. Siempre y cuando exista un adelanto de las ciencias del ser humano semejante al que han obtenido las ciencias naturales y sociales. De esta manera se logrará asegurar una correcta vigilancia de sus extraordinarios aspectos y su utilización para obtener un bienestar en la humanidad entera. (Onarheim, Iversen, Bloom, 2016 pp. 15-16).

#### 2.1.1 Patrón económico

El patrón económico, puesto en práctica por la mayoría del mundo, se fundamenta en tres elementos fundamentales de las necesidades del individuo, las cuales se conceptualizan en necesidades básicas, biológicas y deseos de los seres humanos; la primera se refiere a las necesidades de autonomía

personal y sanidad, la segunda se basa en las necesidades de reproducción y supervivencia y la última –sin restar importancia a las demás- los deseos de los seres humanos, que representan anhelos comunitarios e individuales de llegar a alcanzar algún tipo de deleite personal, siendo el poder adquisitivo de servicios y bienes, las cuales sobrepasan las dos primeras necesidades, pues si bien es una necesidad, no es prioridad para la supervivencia de las personas en el mundo. (Ruiz, 2013, pp. 71-72).

Para una mejor comprensión de las necesidades de los seres humanos, Maslow lo ha sintetizado en una pirámide jerárquica:

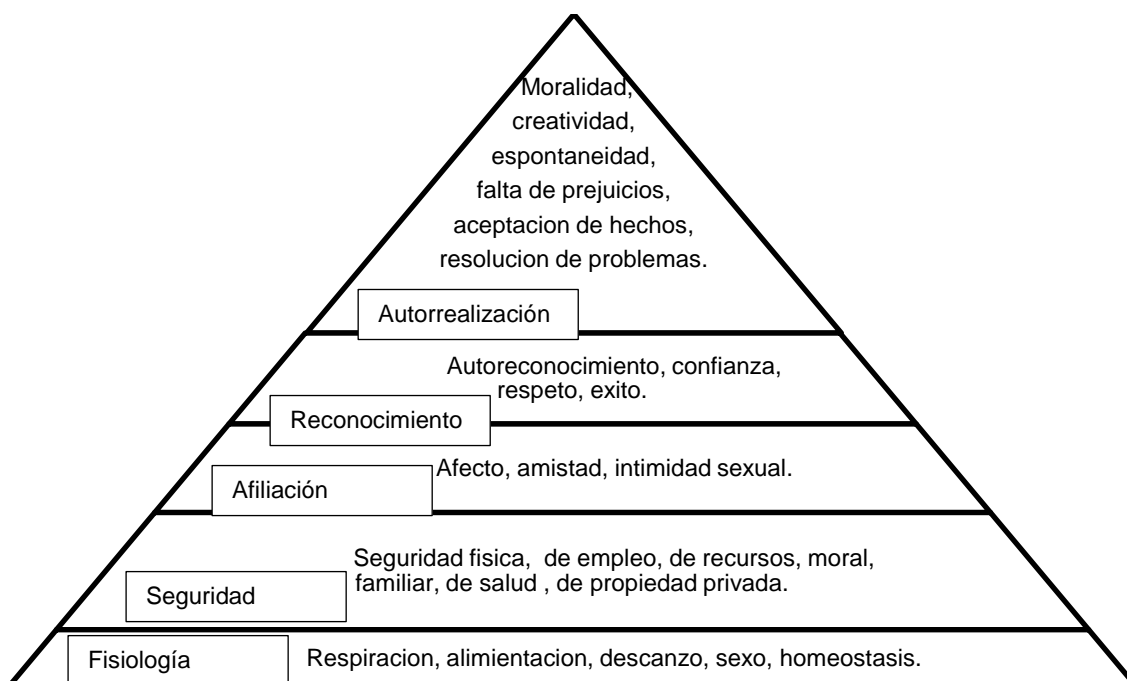


Figura 1. Pirámide de Maslow.

Tomado de (Baena, 2011, pp. 22-24).

Fisiología.- Aquí se describen todas las necesidades de supervivencia que son de orden biológico, maslow piensa que son las más importantes que se exponen en la tabla, las demás son suplementarias hasta no superar este nivel. (Baena, 2011, pp. 23).



Seguridad.- Aquí se describen todas las necesidades de seguridad personal, orden, protección y estabilidad que se cumplen una vez superadas las primeras, y que son necesarias para vivir. (Baena, 2011, pp. 23).

Afiliación.- El autor las describe como las menos importantes, y que solo se cumple una vez superado el nivel anterior, son las que están presentes día a día y se presenta cuando el individuo quiere tener una relación con otra persona o también cuando quiere pertenecer a un grupo social. (Baena, 2011, pp. 23).

Reconocimiento.- Una vez superado los tres niveles anteriores, maslow los describe como la autoestima y reconocimientos a otras personas, al alcanzar estos elementos el individuo se siente mejor consigo mismo y si sucede lo contrario se siente inferior. (Baena, 2011, pp. 23).

Autorrealización.- Se encuentra en la parte más alta de la pirámide y según el autor es la ayuda desinteresada hacia las demás personas. (Baena, 2011, pp. 23).

### **2.1.2 El modelo capitalista.**

El modelo capitalista, donde algunos países del mundo buscan el progreso y con esto el altísimo gasto de servicios y bienes de la población trasciende sobre el equilibrio y ambiente de la biosfera terrestre, significa una incapacidad de resistir los consumos de materias primas, para la transformación de productos de la población en el mundo solicitante de artículos que sobrepasan la necesidad de supervivencia humana. En ciertas prioridades del medio económico actual, estimula y prima una demanda de servicios y bienes artificiales por parte de personas que son miembros de un mercado, que genera el despilfarro, malgasto, degradación, etc., donde se pone a disposición de las personas objetos a los que pueden comprar y no a los que realmente necesitan. (Ruiz, 2013, pp. 72-73).

La estrecha relación con los determinantes de calidad de vida y salud, está la definición de equidad. Esta equidad en salud, se define como las necesidades

que la gente rige la distribución de las oportunidades para un bienestar total. También es importante mencionar que el equilibrio social en el ámbito de salud, se refiere a la presencia de diferencias sanitarias entre los distintos grupos sociales, tanto dentro del país como fuera del él. De esta forma, los determinantes sociales y la salud bucal están en una estrecha relación con el proceso salud-enfermedad. Para el desarrollo de las comunidades es muy importante que exista un equilibrio en los indicadores de salud oral, pero que dependen de componentes de acceso a los servicios de salud y la inequidad social como el medio socioeconómico. Por esta razón, los aspectos epidemiológicos cambian entre diferentes comunidades. (Suarez, et al., 2009, pp. 93-94).

Para la salud social, el modelo capitalista, lo entiende como un eje dinámico, en el cual se expresa de salud como un lucro colectivo, vinculado con aspectos socioeconómicos, de trabajo, culturales, condiciones de vida y ambientales, soporte social, estilo de vida, sin desconocer los actores genéticos y biológicos. Los análisis del contexto de salud, debe conocer la importancia de estos elementos, teniendo en cuenta el ámbito social, el sistema político y los grupos sociales en relación con el sistema sanitario del país. (Suarez, et al., 2009, pp. 94-95).

## **2.2 Calidad de vida y salud.**

El concepto de salud dado por la OMS, indicó un fundamental cambio en la definición de la salud. Expresamente este concepto cogía los elementos que años posteriores, constituyeron en el acogimiento de la definición Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Hoy en día los requerimientos sociales no se restringen a acrecentar los años de vida del ser humano, más bien demandan que estos años de vida sean de excelencia también. Esta saliente y nueva concepción de calidad de vida es muy significativo en la práctica actual odontológica diaria y también cuando se habla de odontología preventiva. (Macnaughton, et al., 2015, pp. 83-95). (Flaitz, et al., 2013, pp. 189-198).

Con el transcurso del envejecimiento se producen cambios del estado social, sensorial, motoras y cognitivas en las actividades que se realizan día a día. También existe una elevada aparición de enfermedades de tipo crónico, vinculadas al género y al nivel de educación. Hoy en día existe una relación entre salud oral y la salud en general, especialmente como un resultado que engloba condiciones bucales, factores predisponentes de riesgo comunes y enfermedades de tipo crónico que no son transmisibles. Por lo general la salud bucal en pacientes adultos tiene un grado de deficiencia, seguida por una mala salud general por lo cual repercute en su calidad de vida. (Moya, et al., 2012 pp. 197-198.)

En las últimas décadas las enfermedades bucales tiene un papel importante en los adultos jóvenes y mayores, ya que ha puesto en vulnerabilidad las deficientes estrategias de los gobiernos locales en el ámbito de salud pública. Dando como resultado pérdida dentaria prematura y problemas periodontales que son detectados únicamente por especialistas, que se encuentran distribuidos fuera del lugar donde viven sin que puedan asistir oportunamente para un mejor pronóstico de la enfermedad. Todo lo antecedido también forma parte de la calidad de vida que afecta a la población en general. (Moya, et al., 2012 pp. 200-201.)

### **2.2.1 Salud oral**

La salud dental, se puede conceptualizar como una ausencia de dolores orofaciales, cáncer de garganta, boca, úlceras bucales e infecciones, enfermedad periodontal, caries dental, pérdida prematura de dientes y otros trastornos y enfermedades que describen en la persona afectada la capacidad de masticar, morder, hablar y sonreír al mismo tiempo que implican en su bienestar psicosocial. Por lo cual, la salud oral puede intervenir en las capacidades sociales, como interviene con la pronunciación de las palabras, la vida social y la alimentación del individuo. (Cunha, et al., 2014, pp. 121-122).

La atención odontológica habitual con fines favorables representa una significativa carga económica para varios países de ingresos altos, donde un

%5 y un 10% del consumo sanitario guarda estrecha relación con la salud bucal. En las naciones de ingresos bajos y medianos, disminuyen los programas estatales de salud bucal. Según la OMS, el alto costo de los procedimientos odontológicos puede evitarse empleando medidas sostenibles de promoción de la salud y prevención. (Duque, et al., 2013, pp. 14-15).

El cepillado de los dientes es uno de los puntos importantes dentro de la salud oral, para el cuidado de las piezas dentales y la prevención de caries dentales. La formación continua de placa bacteriana, es nociva cuando al ingerir los alimentos todos los días, la producción de ácidos de estos, conlleva a que los gérmenes tengan un sustrato permanente para que puedan proliferar y subsistir en el medio bucal. De esta manera los gérmenes producen, sustancias ácidas, que causan la destrucción del esmalte dental y en consecuencia caries dental. Es así que el cepillado dental es un medio de higiene para remover la mayor parte de la capa bacteriana en la superficie externa de las piezas dentarias. (OMS, 2016).

Las técnicas de cepillado dental, la edad, la motricidad del paciente pueden ser características para que se escojan alguna técnica de cepillado; técnica de fones, la más conocida, donde el paciente coloca el cepillo en la superficie dental y limpia los dientes anteriores superiores con movimientos rotatorios hacia abajo y los dientes anteriores inferiores con movimientos rotatorios hacia arriba, mientras que los premolares y molares con limpiados con movimientos de frotación; la técnica de bass, se describe como una técnica que se coloca la cepillo dental en un ángulo de 45 grados, con lo que se consigue una limpieza de la encía y la placa bacteriana de la superficie de los dientes anteriores superiores e inferiores y la superficie de los premolares y molares con movimientos de frotamiento; técnica de stillman, se describe como la anterior, pero el único cambio que se realiza son los movimientos vibratorios en lugar de los de frotamientos. Estas tres técnicas de cepillado son la más utilizadas y recomendadas en el medio donde se vive y se enseña a los pacientes según sus necesidades. (OMS, 2016).

El peligro de un mal cepillado, por falta de conocimiento puede causar una inadecuada higiene de los dientes, causando abrasiones, lesiones por la enérgica forma de cepillado en la superficie de los dientes. El cepillado horizontal de los dientes es un movimiento peligroso, y el más común en la práctica de los pacientes que no tienen un adecuado control en la técnica, provocando este tipo de lesiones. (OMS, 2016).

La caries dental se conceptualiza como una enfermedad multifactorial (huésped, microorganismo, sustrato y tiempo) que se caracteriza como la pérdida de los tejidos duros del diente; esmalte, dentina, cemento, generada por la acumulación de placa bacteriana en la superficie dental. La pérdida de estructura dental se asocia al consumo de ácidos en bebidas y alimentos y azúcares en la dieta. La influencia del pH ácido para la proliferación de microorganismos hace que la producción de ácido láctico sea mayor que la normal. En consecuencia luego de la pérdida de los tejidos duros del diente, la caries dental puede alcanzar hasta la pulpa dental, generando inflamación, pulpitis y posiblemente en lo posterior una necrosis. Las consecuencias de una caries dental además de daño pulpar, pueden llegar a problemas periapicales, abscesos dentales e inclusive a una angina de Ludwig que puede causar una muerte del paciente. (OMS, 2016).

Los factores de riesgo en un paciente son muy variados para que pueda producirse una caries dental; el consumo de bebidas carbonatadas con azúcar, comidas grasas o con una alta adhesividad al esmalte dental, alimentos ácidos, las malas técnicas de cepillado dental, el uso de chupones con azúcar en niños lactantes, medicamentos con alto porcentaje de azúcares, falta de topicación de flúor, pH salival y algunas características sociodemográficas son las causales de la aparición de la caries dentales. (OMS, 2016).

Las terapias preventivas también se han constituido un medio para, resguardar la integridad en la salud bucal de los pacientes, se desarrollan programas de fluorización realizados por los gobiernos de turno, aplicación de sellantes realizadas por el Ministerio de Salud Pública, así como prevención, promoción, técnicas de cepillado y charlas por medio de los profesionales de la salud, de

esta manera se puede controlar en un porcentaje la aparición de caries y enfermedades posteriores a esta. (OMS, 2016).

La enfermedad periodontal comprende un concepto en el cual describimos la pérdida de soporte en la pieza dentaria (ligamento periodontal, hueso alveolar y cemento) debido a la destrucción coronal de la pieza dentaria, por acumulación de placa bacteriana y posterior disolución de los tejidos duros del diente que han alcanzado a un proceso inflamatorio de la encía y el ligamento periodontal. La enfermedad periodontal es considerada como la causante de la pérdida dentaria, que llega a un 80% en la exodoncias. (OMS, 2016).

La gingivitis, proviene del vocablo gingiva que es encía y el termino itis que significa inflamación. Siendo la causa más frecuente el acumulo de placa en la misma, presentando características de enrojecimiento, sangrado e hinchazón. Es una enfermedad reversible si se la trata con una correcta técnica de higiene bucal. Posterior a esto podemos encontrar una periodontitis, que es la afección del periodonto, que si no se lo controla a tiempo lleva a una pérdida prematura de las piezas dentarias como ya se lo menciono. (OMS, 2016).

### **2.2.2 Educación para la salud oral**

En todo el mundo se promueve que la cavidad oral es un reflejo de bienestar, colectivo e individual y principalmente de salud. Desde este elemento, es importante topar este tema de discrepancias o diferencias que atacan a la salud oral y obligar por la ejecución de algunos cambios en la disposición de los recursos públicos en el área de salud, la organización de las comunidades, la aplicación oportuna de salud oral así como la conducta de los odontólogos. (Montenegro, et al., 2013, pp. 117-118).

La salud oral hace una asistencia positiva y promulga cambios de conducta de cara a la salud, enfermedad y en la utilización de servicios de salud en general. Para empezar, los programas de la comunidad en educación para la salud oral deben acarrear investigaciones y estudios de la comunidad y con las mismas, de esta forma entender sus conceptos, formas de vida, necesidades, temores y

ambiciones con respecto al desarrollo de salud-enfermedad. (Jensen, 2010, pp. 275-276).

La promoción de la salud oral permite adquirir responsabilidades sobre la salud, se caracteriza como una vinculación organizada, activa y continua para que la participación sea responsable y consciente. Forma parte de esta ciencia aquellas actuaciones y enseñanzas con el fin de preservar y/o proteger la salud integral bucal. Para alcanzarla se debe enjering sobre los estilos y calidad de vida y en estas se encuentra apoyada la epidemiología, que no solo se dedica al estudio de las enfermedades, sino que también se dedica al estudio relacionado con los hábitos de vida, tabaco, alcohol, entre otros, con el riesgo de adquirir enfermedades. De esta manera la promoción de la salud oral es muy importante en el medio donde se vive, puesto que pone a conciencia todas las actitudes y responsabilidades del individuo en la vida. (Crespo, et al, pp. 20-22).

La prevención bucal tiene como objetivo, las medidas necesarias para adquirir un modo de vida mejor. La prevención primaria es la que se hablaba antes, donde se encuentra la promoción de la salud. La prevención secundaria, es aquellas que se dedica al tratamiento y al diagnóstico de las múltiples enfermedades que existe en la cavidad oral pero tempranamente, aquí se encuentra la odontología restauradora. La prevención terciaria se dedica al ámbito de las limitaciones del daño que se encuentra instaurado, aquí están los recubrimientos pulpares, endodoncias y las exodoncias de piezas que son considerados como focos sépticos. Y la rehabilitación del paciente en consecuencia de la enfermedad, pudiendo mejorar la vida del individuo, que son aquellos tratamientos de prótesis fija, removible y total. (Crespo, et al, pp. 25-27).

### **2.3 La salud en Ecuador.**

El progreso social económico del Ecuador, está determinado y establecido historialmente las particularidades de la destreza odontológica-medica, aun así el estudio de los indicadores nacionales medios no admite un entendimiento

serio de las discrepancias salubres de la comunidad, la infraestructura de salud existente, como las técnicas que han categorizado la realidad. Contrariamente de lo anterior, los 18 indicadores más dramáticos y sensibles de la problemática de atraso de la nación, se encuentran en el área de la salud y estos se dirigen desde esperanza baja de vida inclusive las altísimas tasas de muerte en niños y la prevalencia e incidencia como origen de muerte. (INEC, 2011).

El Ecuador que ha sido una nación que ha tenido que sobrevivir en las secuelas del subdesarrollo, tiene una economía pequeña, la misma que posee una congregación en escasas manos y ha determinado una separación social extendida de una gran porción de la sociedad ecuatoriana que dificultosamente logra resolver sus principales necesidades de sobrevivencia, asimismo es una nación variado y diversa que plantea diversas congruencias para su población. En los últimos cuarenta años la nación ha sobrevivido cambios muy importantes por el transcurso de evolución que ha impuesto un espacio completamente desconocido en la organización económica del Ecuador. (Nothridge, 2015, pp. 459-465).

Una definición más general de la situación social del hombre, de su capacidad de consumir y producir, su aptitud de vida. Esta perspectiva asume que el proceso salud-enfermedad es social histórico y dinámico, situando al individuo como un fragmento de un conjunto general cuya presencia establece la condición del entorno humano. Requiere examinar los elementos organizados (ideológicos, económicos, políticos, culturales) existentes en la vida diaria del ser humano. (Brondani, He, 2013, pp. 387–401).

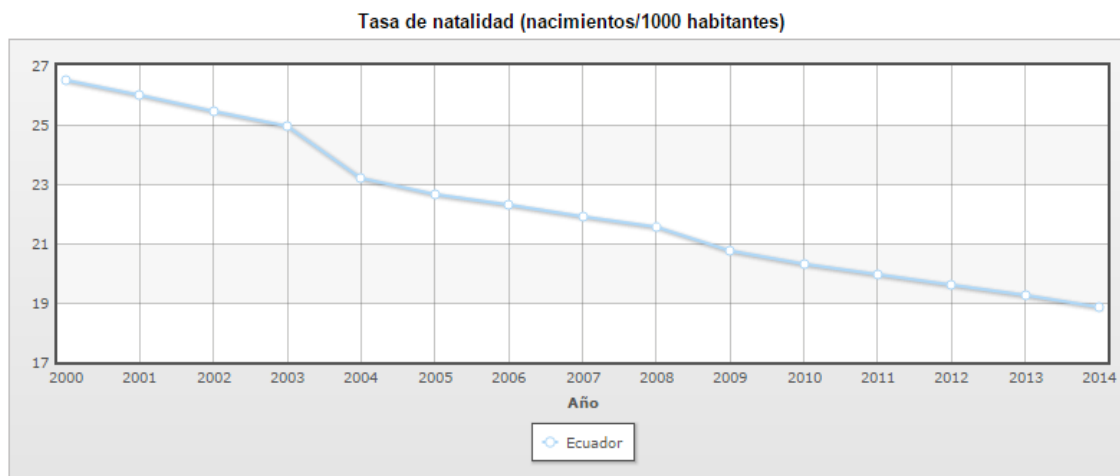
En la etapa de la adolescencia se origina la organización de la personalidad del individuo, mediante profundas transformaciones en los aspectos psicológicos, corporales y en sus relaciones sociales. En esta etapa el individuo atraviesa los mejores índices de vitalidad y salud que en lo posterior le permitirá realizar sus tareas en la edad adulta. Sin embargo es un periodo de alto riesgo para la salud bucal. La psicología del individuo en esta etapa de vida, es muchas veces directamente proporcional a lo que pretende ser en la etapa adulta, lo



que quiere decir, cuando tenga un empleo la conducta será similar a la de su adolescencia. Así pues, se conoce que las enfermedades bucales actuales prevalentes pueden advertirse con medidas de protección específica y auto cuidado. (Saliba, et al, 2009, pp. 268-269).

Por las razones anteriores expuestas es trascendental la ejecución de estudios con los adolescentes para que, después de sus expectativas, vivencias y enfoque del mundo, pueda existir una mejor comprensión de lo que quieren expresar y busquen ayuda, con la misión de orientar y auxiliar la creación de protocolos más eficaces, y la organización de medidas educativo-preventivas regidas a ese grupo social. (Saliba, et al, 2009, pp. 272-273).

### 2.3.1 Natalidad



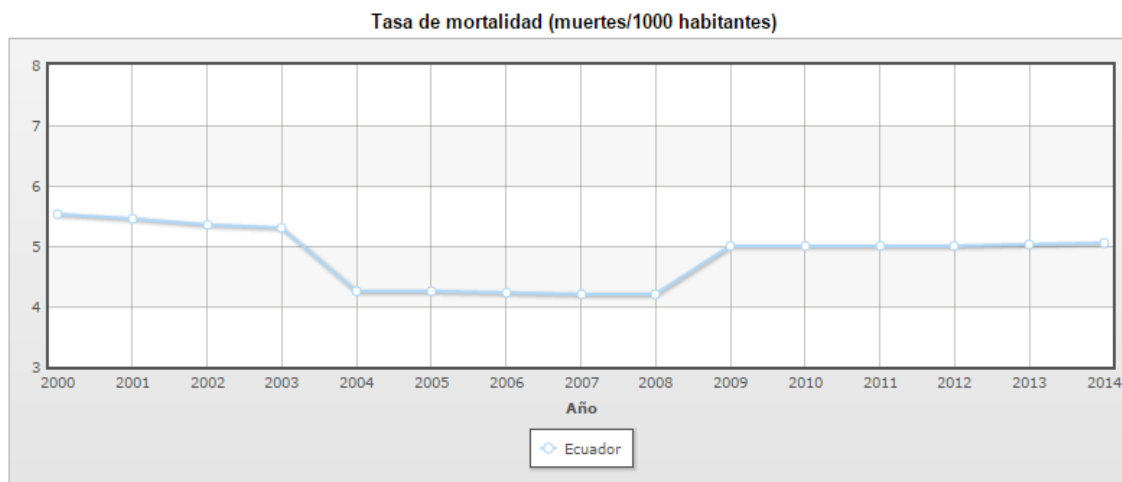
Country	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ecuador	26,51	25,99	25,47	24,94	23,18	22,67	22,29	21,91	21,54	20,77	20,32	19,96	19,6	19,23	18,87

Figura 2. Índice de natalidad.

Tomado de (Barrientos, 2014).

En la gráfica podemos observar que la natalidad en el país ha decrecido en casi en 10 puntos porcentuales, lo que da a conocer que entre el año 2000 y 2014, el número de habitantes disminuyó con el paso de los años, lo que se puede interpretar que las parejas tienen otros intereses, en el ámbito familiar. (Barrientos, 2014).

### 2.3.2 Mortalidad.



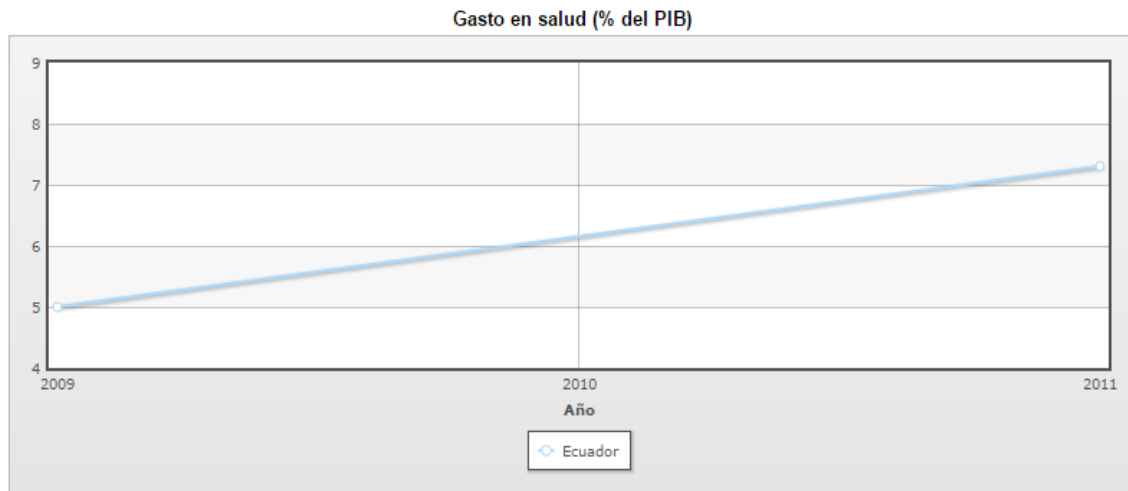
Country	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ecuador	5,52	5,44	5,36	5,29	4,26	4,24	4,23	4,21	4,21	4,99	5	5	5,01	5,03	5,04

Figura 3. Índice que Mortalidad

Tomado de (Barrientos, 2014).

Las tasas de mortalidad en el país desde el 2000 y 2014 han disminuido en medio punto porcentual. Lo que se interpreta que la salud de los habitantes en el país se mantiene en buen estado en la tercera edad de su vida. (Barrientos, 2014).

### 2.2.3 Gastos en salud.



Country	2009	2011
Ecuador	5	7,3

Figura 4. Índice de Gastos en salud.

Tomado de (Barrientos, 2014).

En la gráfica se interpreta que desde el año 2009 y 2011 que se tienen las estadísticas, los ecuatorianos han subido en dos puntos porcentuales sus gastos en salud de acuerdo al PIB. Lo que se interpreta que el país, aun no le da tanta importancia como a sus otros gastos. (Barrientos, 2014).

### 2.4 La definición de salud-enfermedad en odontología.

Etimológicamente odontología es un estudio completo de las piezas dentarias, entendemos que son una parte inseparable de un régimen complejo en el humano que es el único para la sociedad y para sí mismo. Se debe presentar el concepto de sistema estomatognatico como el campo de trabajo del dentista y también se debe considerar tanto la extensión social como individual del ser humano. Por lo tanto es lo adecuado comenzar a mirar a la odontología como: la rama de la medicina que analiza el sistema bucodental, ocupándose en el diagnóstico, prevención y el tratamiento de los sucesos enfermedad en el ser humano y en los grupos a los que corresponde. (Chen, Jiang, 2014, pp. 1-6). (Viral, et al., 2015, pp. 71-75).

Los niveles de vida de una sociedad están determinados por estos factores:

- Medio ambiente
- Estilo de vida. (conducta en salud)
- Organización de la atención en salud o sistema de asistencia sanitaria.
- Genética humana.

(Cuenca, 2005, pp. 190).

Medio ambiente.- El medio ambiente es el que genera dominio en la salud de la comunidad de muchas formas; elementos biológicos, químicos, físicos y por el cambio, vinculados con la conducta en respuesta a dichos elementos, de esta forma en el individuo causando un proceso de enfermedad. (Cuenca, 2005, pp. 191).

Estilo de vida. (Conducta en salud).- El autor la define como aquel que está compuesto por las reacciones cotidianas, por los ejemplos de conducta que ha adquirido de todos los procesos de socialización. Estos ejemplos se asimilan en la relación con los hermanos, padres, amigos, en la escuela, medios de comunicación, etc. Dichos ejemplos de conducta son asimilados y puestos a prueba en la vida del individuo, y son susceptibles a cambios o modificaciones. (Cuenca, 2005, pp. 191).

Organización de la atención en salud o sistema de asistencia sanitaria.- Estos son sistemas, conformadas por organizaciones que dan un servicio sanitario. Son todas esas instituciones con recursos privados o públicos con un propósito de mejorar (restaurar, mantener, promover) la salud en un aspectos institucional o político al país. Pueden ser estas financiadas y/o conducidas por el gobierno o por la parte privada, en forma mixta u ONG. (Cuenca, 2005, pp. 193).

Genética humana.- Son todas esas características en las personas (fenotipos), que tienen una interacción del medio ambiente con los productos de los genes. Las enfermedades producidas por genética son las que se desarrollan cuando los genes sufren cambios en su estructura y función de sus proteínas que

producen, generando trastornos o enfermedades en las personas y de esta manera cambiando su estilo de vida y salud. (Cuenca, 2005, pp. 194).

## **2.5 Tecnología**

Actualmente el acceso a aparatos tecnológicos ya no es un privilegio, por lo menos para un sector de la población. Hoy en día la tecnología se encuentra en todo, es por esto que, ha pasado a ser parte de los gastos mensuales de las familias. Con esta predisposición en los hogares, donde se encuentran generaciones de adolescentes, ansiosos por conseguir información, conectarse con el mundo y hacer amigos, encontrar entretenimiento, realizar consultas y pláticas con personas que viven fuera del país, entre otras, se hallan a partir de una laptop u ordenador de escritorio conectados a internet DSL (conexión por cable), juegos de video, celulares inteligentes (smartphones) con funciones básicas y complejas y con planes de pagos ilimitados. (Watson, 2008, pp. 205-206).

De a poco, la tecnología cobra campo en el universo de los negocios, estudios científicos, avances médicos entre otros. Para ejemplo se muestran cirujanos robots, que pueden suturar la herida, así también de pequeños robots (nanobots) que se encuentran en el flujo de la sangre. (Ekos, 2012, pp. 27).

El acceso a la tecnología de cualquier manera ya no es un lujo, en ciertos sectores. Hoy en día hay un mayor acceso y este gasto paso a ser parte de los gastos mensuales y fijos de las familias ecuatorianas. (Ekos, 2012, pp. 27).

En estos días lo que está en boga y que ninguna persona pueda prescindir en el uso de un teléfono celular, que se está innovando para una mejor conexión, datos móviles y que sean una herramienta necesaria para un alto empresario como para una ama de casa. (Ekos, 2012, pp. 27).

Según el INEC, el celular con conexión a internet son estimados como un producto básico del hogar; pues así en el Ecuador, el 76,3% tiene un teléfono celular y un 27% computadoras de escritorio en casa. (Ekos, 2012, pp. 29).

Una persona con estudios superiores, es una persona que tiende a ser más cauta al momento de comprar artículos y bienes innecesarios. Por lo que un comprador más enterado y por ende más riguroso, con acceso a información, desarrolla y exige mejores niveles de sofisticación en la adquisición de bienes materiales. (Ekos, 2012, pp. 30).

Las estadísticas revelan que un 37% de la población ecuatoriana, denominada como clase media, cuenta con un salario de USD 700 Y USD 1500. El ingreso es siempre estable, pues se conoce que el 81% tiene empleo fijo. Las plazas de trabajo privada en este estrato social son predominantes, pues el 46,4%, y el 24,2% tiene su trabajo propio. También se sabe que los rubros fijos de (vestimenta, alimentación y servicios más básicos) tiene un porcentaje de 24% y 57% del total de sus rubros, dependiendo también de los gastos limitados solo a vivienda. Se vive en un país donde el 58% de esta clase media tiene una casa que está completamente pagada, por lo que da a conocer que tiene un 76% de sueldo que puede ser destinado y consumido a entretenimiento y consumo de bienes suntuarios. Por otro lado, un 23% de esta clase tiene una casa con arriendo con el pago promedio de USD 250 mensuales por lo que resta un 18% de su ingreso total. Luego de esta deducción de los servicios básicos de las personas, el consumidor cuenta con un porcentaje de 43% y 76% de sus ingresos, el mismo que es destinado a la compra de servicios y bienes, dentro de los cuales, el principal es el internet. (Ekos, 2012, pp. 34).

En la gráfica podemos observar que en el país, durante los años 1995 y 2012, un aumento considerable de 17 puntos porcentuales del consumo de líneas móviles telefónicas nuevas. Esto da a conocer que los ecuatorianos destinan un porcentaje de sus salarios a consumos de nueva tecnología con respecto a celulares, por dar un ejemplo. (Barrientos, 2014).

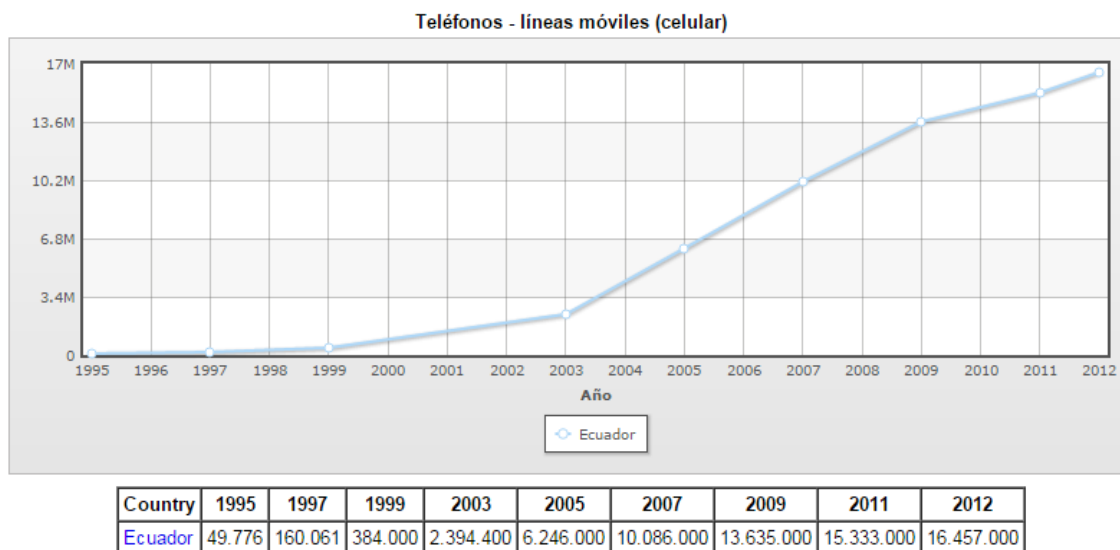


Figura 5. Líneas Móviles en Ecuador.

Tomado de (Barrientos, 2014).

### 2.5.1 La sociedad y el consumo

La cultura del consumo ha obtenido un fuerte efecto de ocultar las desigualdades socio-económicas, el originar el consumo de las personas pobres, pero sin que renuncien a ser pobres y siguiendo estimulando el consumo de la clase social media, imposibilitándoles conocer su tardío empobrecimiento y disminución del poder adquisitivo que ellos tienen. Por otro lado esta misma cultura de consumo hace homogenizar las desigualdades sociales y frena el progreso de las variedades, disminuyendo a una sola categoría y así también a un solo comportamiento todas las posibilidades que tiene la existencia humana. La seducción, educación e imposiciones del consumo con la publicidad han hecho eliminar las inspecciones colectivas y los objetos comunes de la sociedad, es así que la misma sociedad pone estereotipos de consumo. (Sánchez, 2010, pp. 65-66).

Las técnicas de atracción del marketing, han hecho que cada vez el consumidor se encuentre más despojado de su libertad económica y más inmersa en una mansedumbre crónica de la publicidad, para operar de una manera condicionada. Entre la publicidad, la política del consumo y la economía han hecho un recurso mercantil más fascinante; el crédito, siendo



una manera de gasto sin medida pero teniendo un fantástico efecto de control social, vinculado al consumo, estableciéndose como un proceso dinámico entre la regulación de la demanda y el ahorro, dando como resultado consumidores sumisos, sirviendo al mercado. (Sánchez, 2010, pp. 68-69).

En definitiva la pasividad desempeña como el principal manejo del consumo regulado, instruido, obligado e incitado como un papel muy importante en el control social de orden cultural y económico moderno. El apostar al consumo a través de la publicidad consiste en instruir a las masas para el gasto, igualando prácticas y conocimientos, desechando las actitudes y los gustos, dando así un nuevo saber cotidiano de consumo basado en la comercialización de la existencia humana. “El consumo, es así una poderosa herramienta del control social.” (Sánchez, 2010, pp. 72-73).

### **2.6 Niveles y preferencias en salud bucal.**

Por varios años el contexto profesional y la opinión pública ha obtenido un razonamiento demasiado básico de lo que representa la cavidad oral y los elementos que se encuentran en esta, se piensa que los dientes poseen un valor muy relativo, probablemente se usan únicamente para moler la comida y cuando tienden a causar molestias no se piensa más que en eliminarlos, la petición más frecuentes: sáqueme este diente, tengo terror a esta máquina. Al odontólogo se lo relaciona con el terror, el miedo y la consulta es por una necesidad quizá extrema, por otra lado el paciente establece el tratamiento que hay que hacerle, en otras palabras impone el protocolo o plan de tratamiento. Se observa notoriamente que se conoce tan poco de la odontología. (Telford, et al, 2012, pp. 15-20). (Alves, et al., 2015, pp. 588).

### **2.7 Salud para el estado Ecuatoriano.**

En la constitución ecuatoriana garantizara la salud de sus habitantes, en lo que se menciona el Art. 359 “El gobierno nacional con el sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcara todos los espacios del derecho a la salud; avalara la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y

propiciara el control social y la participación ciudadana.” (Asamblea Constituyente, 2008, pp. 165).

También hay que recalcar que le Art. 366 declara que “El gasto público en salud será regular, oportuno y suficiente, y habrá de provenir de medios permanentes del presupuesto general del estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en las necesidades de salud y criterios de la población.” (Asamblea Constituyente, 2008, pp. 165).

### **2.8 Seguro Social.**

Según el Art. 371 de la Constitución Ecuatoriana menciona que “Las asistencias de la seguridad social se proporcionaran con la contribución de las personas aseguradas en relación de dependencia y de sus empleadores o empleadoras; con el aporte de las personas independientes aseguradas; con el aporte voluntario de los ecuatorianos y ecuatorianas radicados en el extranjero y con el aporte y contribución del estado.” (Asamblea Constituyente, 2008, pp. 170).

A su vez el Art. 367 habla que “El sistema de seguridad social es universal y público, no lograra privatizarse y atenderá las necesidades contingentes de la población ecuatoriana. El resguardo de las contingencias se hará efectivo a través de los regímenes especiales y el seguro social ecuatoriano.” (Asamblea Constituyente, 2008, pp. 170).

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo General**

Relacionar los ingresos totales con los gastos destinados a salud bucal en el personal del área de sistemas de la UDLA.

#### **3.2 Objetivos Específicos.**

1. Identificar la asistencia al odontólogo de las personas estudiadas.
2. Establecer los rubros de gastos mensuales de las personas estudiadas.
3. Evaluar el conocimiento sobre salud bucal de las personas estudiadas.

#### **3.3 Hipótesis**

Se encontrara relación entre los ingresos totales con los gastos destinados a salud bucal en el personal del área de sistemas de la UDLA.

## **4. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **4.1 Tipo de Estudio**

Es de tipo descriptivo puesto que el investigador tiene el papel de describir los ingresos mensuales totales de las personas estudiadas en la investigación con relación a los gastos en salud bucal.

### **4.2 Universo de la muestra**

Todas las personas que se encuentren vinculadas al área de sistemas de la Universidad de las Américas.

### **4.3 Muestra**

Serán encuestadas las 37 personas que forman parte del área de sistemas de la UDLA a través de los criterios de inclusión y exclusión.

#### **4.3.1 Criterios de inclusión**

- Personal profesional administrativo del área de Sistemas de la UDLA, que perciban un salario.

#### **4.3.2 Criterios de exclusión**

- Personal administrativo en general
- Estudiantes
- Docentes
- Pasantes

#### **4.3.3 Descripción del método**

El estudio se llevara a cabo de la siguiente manera, se tomara en cuenta a las personas de acuerdo a los criterios de inclusión. Se le entregará una encuesta la misma que tendrá preguntas cerradas (SI-NO) y preguntas de opción múltiple en donde se preguntara los rubros en salud bucal, nivel de conocimiento en salud bucal, ingresos extras, seguros de salud bucal y médico, tanto privados como públicos y gastos en tecnología.

## 5. RESULTADOS

### 5.1 Análisis de resultados.

El estudio se realizó en 37 personas que trabajan en el área de sistemas de la Universidad de las Américas, se aplicó una encuesta sobre algunos aspectos de salud oral con 15 preguntas de opción múltiple y escala de Likert, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 1. Medidas descriptivas de la edad de los sujetos de estudio

Edad	
<b>N. Personas encuestadas</b>	<b>37</b>
<b>N. Personas no encuestadas</b>	<b>0</b>
<b>Media</b>	<b>32,32</b>
<b>Desv. Estándar</b>	<b>4,76</b>
<b>Mínimo</b>	<b>24</b>
<b>Máximo</b>	<b>43</b>

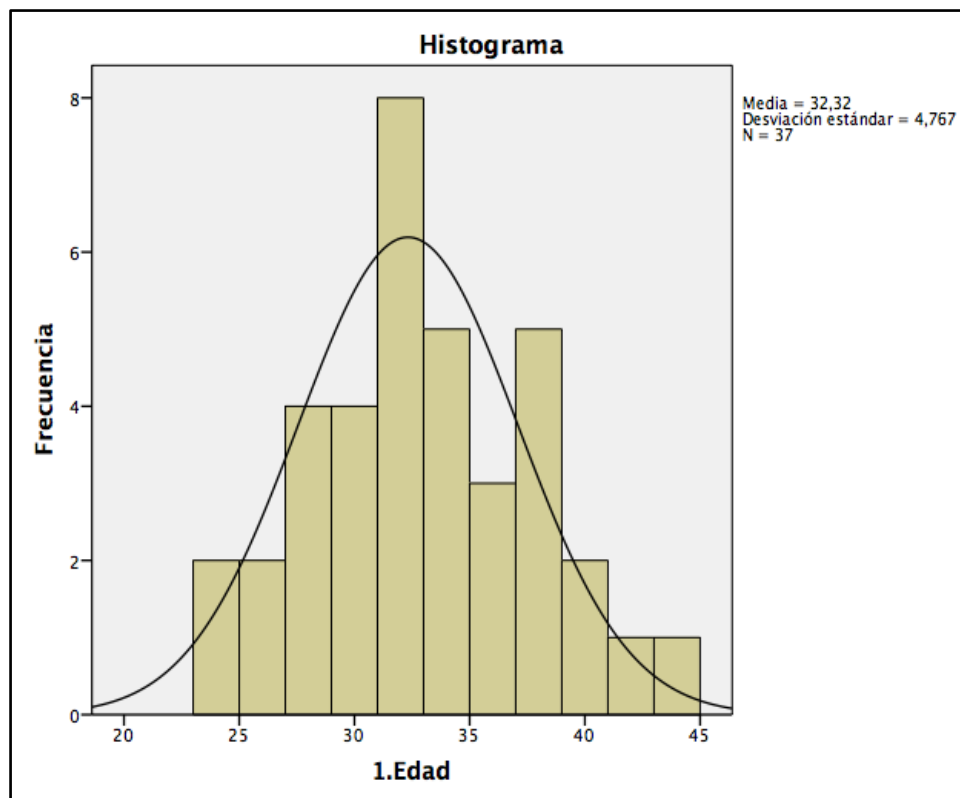


Figura 6. Descripción grafica de la edad.

En la muestra, se observa un rango de edad entre 25 y 45 años con un promedio de edad de 32 años observando una distribución normal de los datos con una tendencia a incrementar de concentración de datos hacia las edades superiores.

Tabla 2. Genero de las personas encuestadas

Genero	Frecuencia	%
<b>Masculino</b>	<b>30</b>	<b>81,08%</b>
<b>Femenino</b>	<b>7</b>	<b>18,92%</b>
<b>Total General</b>	<b>37</b>	<b>100,00%</b>

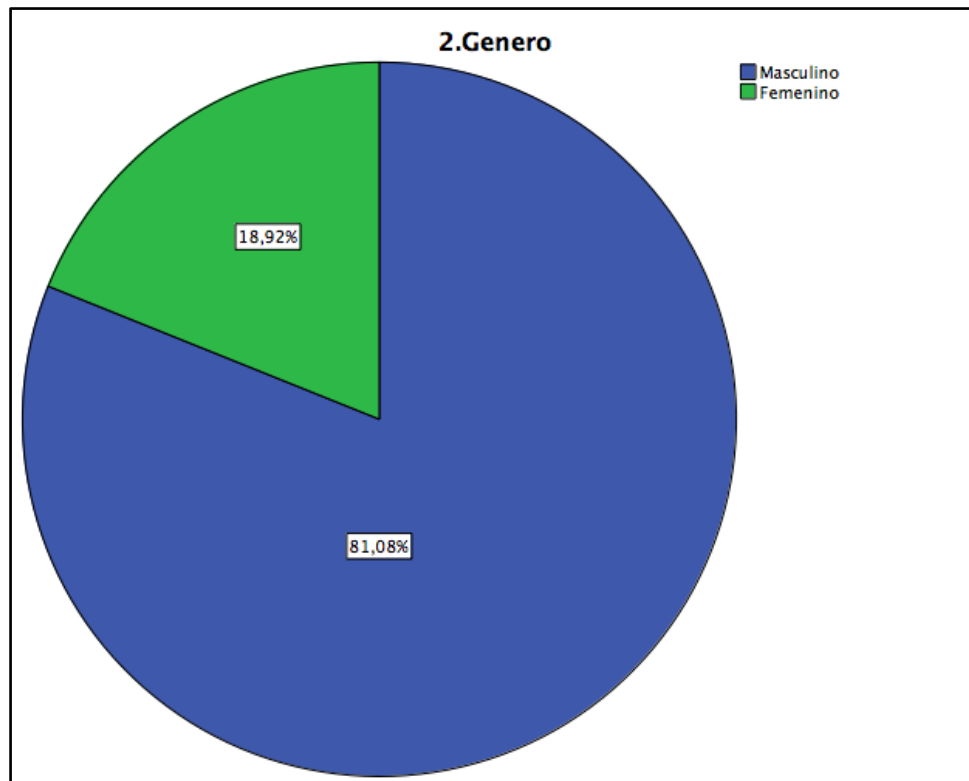


Figura 7. Imagen descriptiva del género de los pacientes encuestados.

De la muestra analizada se observa que el 18,92% pertenecen al género femenino, mientras que el 81,08% pertenecen al género masculino. Esta distribución se dio debido a que más personas del género masculino son trabajadores del área sistemas de la UDLA.

Tabla 3. Número de hijos

Número de hijos	
<b>N. Personas con hijos</b>	<b>19</b>
<b>N. Personas sin hijos</b>	<b>18</b>
<b>Media</b>	<b>1,79</b>
<b>Desv. Estándar</b>	<b>0,855</b>
<b>Mínimo</b>	<b>1</b>
<b>Máximo</b>	<b>3</b>

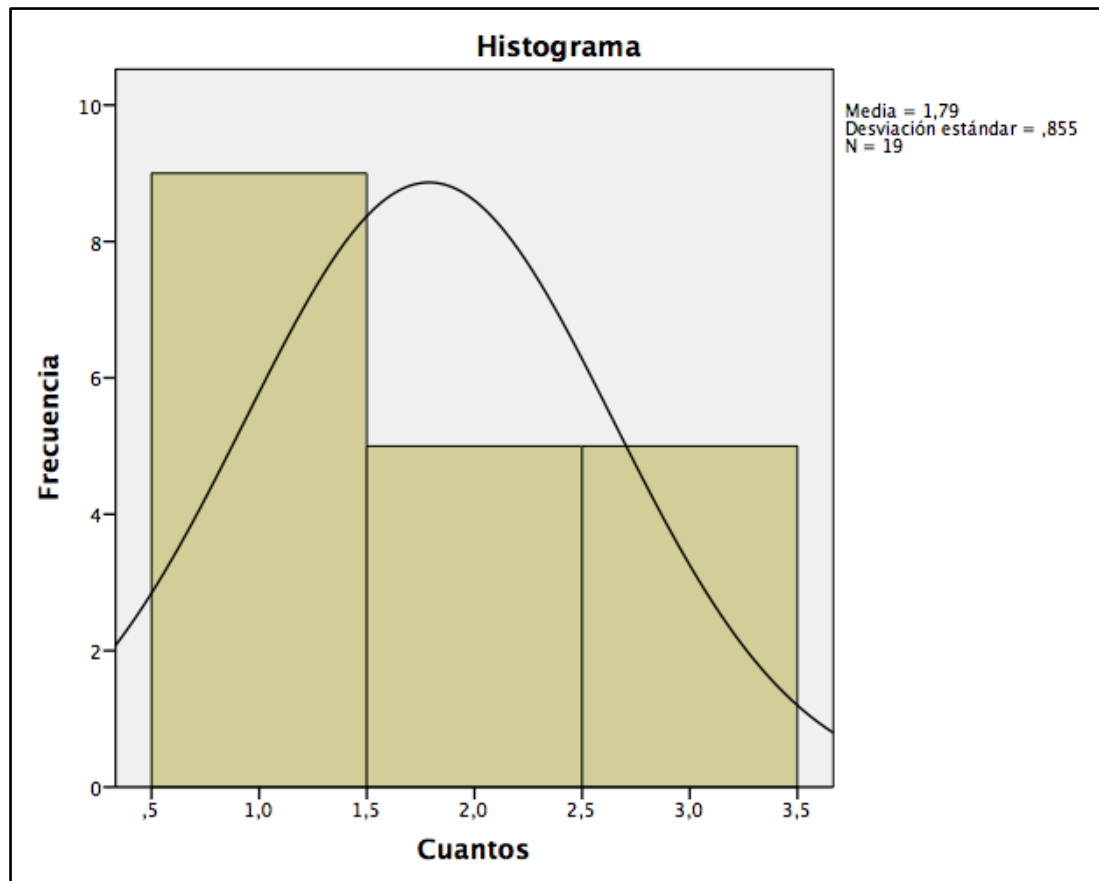


Figura 8. Descripción gráfica del número de hijos.

En la muestra, se observa un rango de número de hijos entre 1 y 3 con un promedio de 1 hijo por persona encuestada, observando una distribución normal de los datos con una tendencia a incrementar de concentración de datos hacia un menor número de hijos.

Tabla 4. Frecuencia de asistencia al odontólogo.

	Frecuencia	%
<b>Si</b>	<b>19</b>	<b>51%</b>
<b>No</b>	<b>18</b>	<b>49%</b>
<b>Total General</b>	<b>37</b>	<b>100,00%</b>



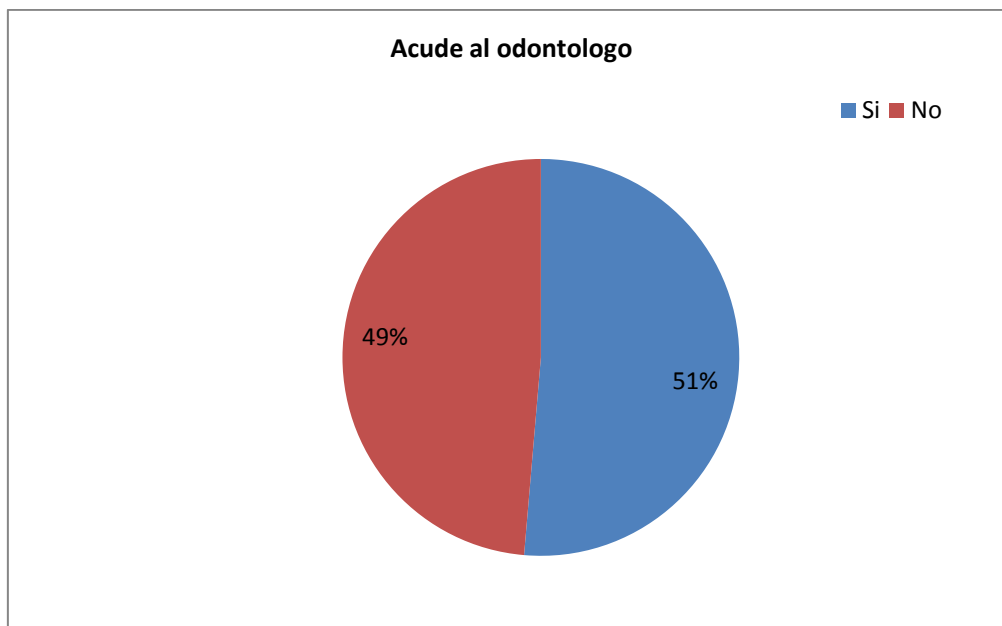


Figura 9. Imagen descriptiva de la frecuencia de asistencia al odontólogo.

En la gráfica se muestra que la presencia al odontólogo tiene un alto porcentaje de desinterés por parte de los encuestados, mientras que un 64,86% acude habitualmente al odontólogo.

Tabla 5. Frecuencia de última visita al odontólogo.

Visita	Frecuencia	%
<b>Un mes</b>	<b>6</b>	<b>16,22%</b>
<b>Tres meses</b>	<b>8</b>	<b>21,62%</b>
<b>Seis meses</b>	<b>7</b>	<b>18,92%</b>
<b>Un año</b>	<b>3</b>	<b>8,11%</b>
<b>Total General</b>	<b>24</b>	<b>100,00%</b>

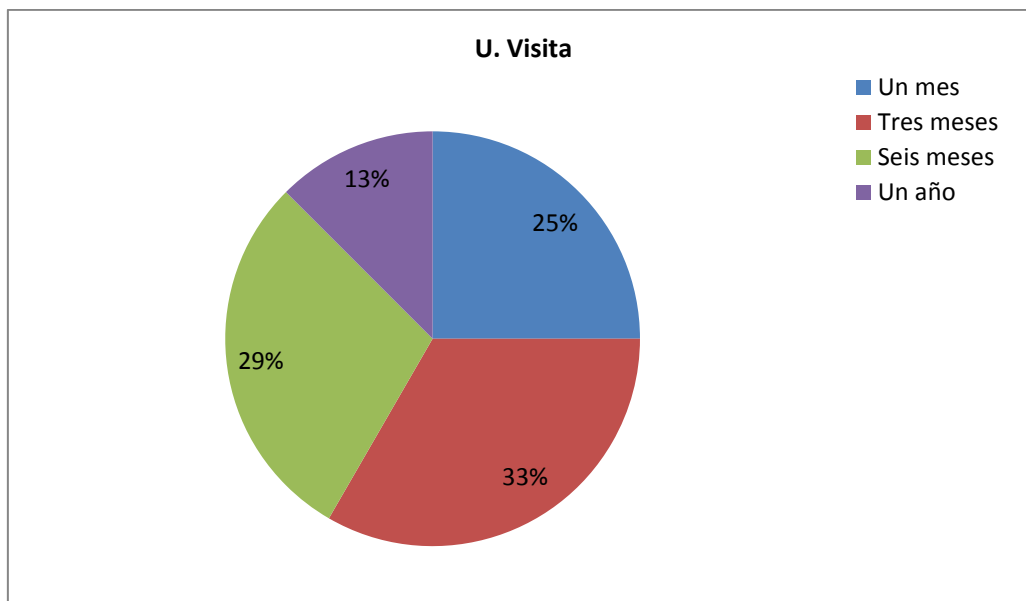


Figura 10. Imagen gráfica de la frecuencia de última visita al odontólogo.

Nota: En esta pregunta las personas encuestadas tenían la opción de no responder si su asistencia al odontólogo era nunca o no deseaban contestarla. Por esta razón el gráfico se encuentra con 24 personas que es 100% debido que 13 personas no la contestaron.

En la gráfica podemos observar que un 60% asiste al odontólogo entre uno y tres meses, mientras que un 42% asiste entre 6 meses y un año.

Tabla 6. Frecuencia de importancia de la revisión dental.

	Frecuencia	%
<b>Muy de acuerdo</b>	<b>25</b>	<b>67,57%</b>
<b>Algo de acuerdo</b>	<b>9</b>	<b>24,32%</b>
<b>Ni acuerdo ni desacuerdo</b>	<b>3</b>	<b>8,11%</b>
<b>Algo en desacuerdo</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Total General</b>	<b>37</b>	<b>100,00%</b>

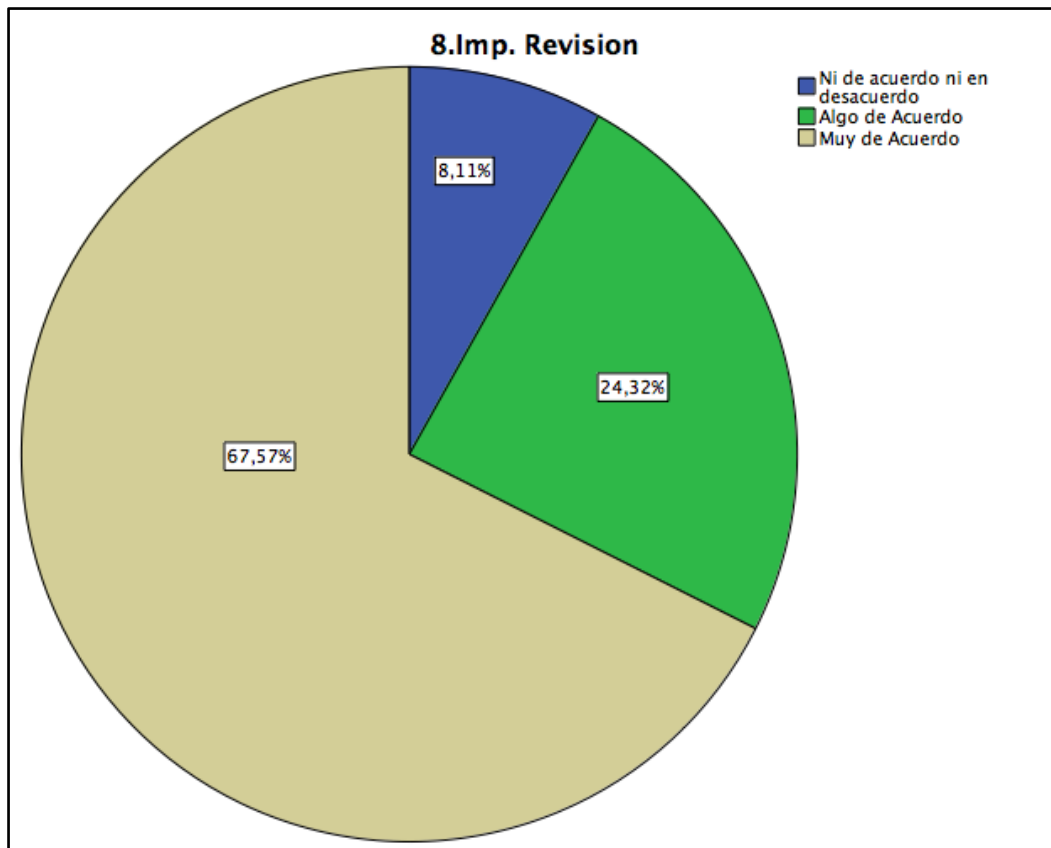


Figura 11. Imagen gráfica de la importancia de revisión dental.

Dentro de la gráfica podemos observar que un 32,43% de los encuestados considera que es algo importante la revisión dental, pero un considerable 67,57% afirma que es muy importante este procedimiento.

Tabla 7. Frecuencia de importancia de la limpieza dental.

	Frecuencia	%
<b>Muy de acuerdo</b>	<b>19</b>	<b>51,35%</b>
<b>Algo de acuerdo</b>	<b>15</b>	<b>40,54%</b>
<b>Ni acuerdo ni desacuerdo</b>	<b>3</b>	<b>8,11%</b>
<b>Algo en desacuerdo</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Total General</b>	<b>37</b>	<b>100,00%</b>

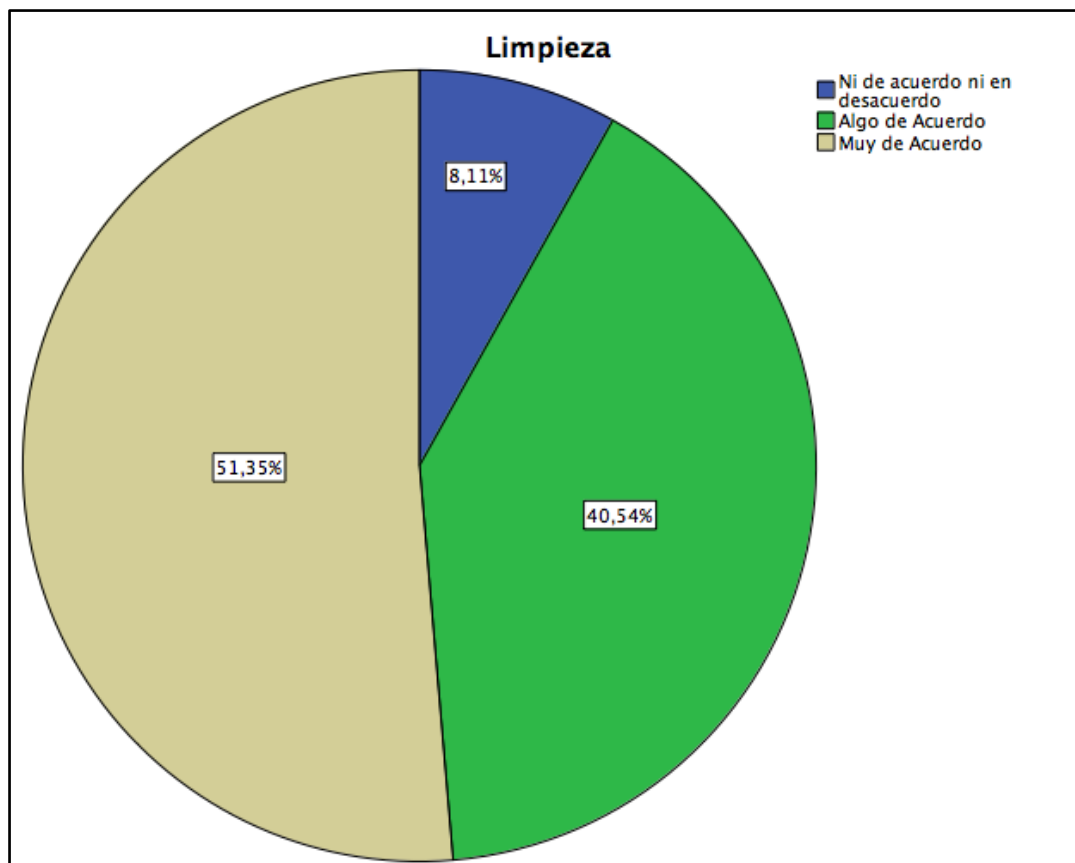


Figura 12. Imagen gráfica de la importancia de limpieza dental.

En la gráfica podemos observar que el 48,65% considera algo importante y no tan importante a la limpieza dental, mientras que el 51,35% considera importante este procedimiento clínico.

Tabla 8. Frecuencia de importancia de una restauración.

Importancia de una restauración		
<b>Muy de acuerdo</b>	<b>24</b>	<b>64,86%</b>
<b>Algo de acuerdo</b>	<b>8</b>	<b>21,62%</b>
<b>Ni acuerdo ni desacuerdo</b>	<b>4</b>	<b>10,81%</b>
<b>Algo en desacuerdo</b>	<b>1</b>	<b>2,70%</b>
<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Total General</b>	<b>37</b>	<b>100,00%</b>

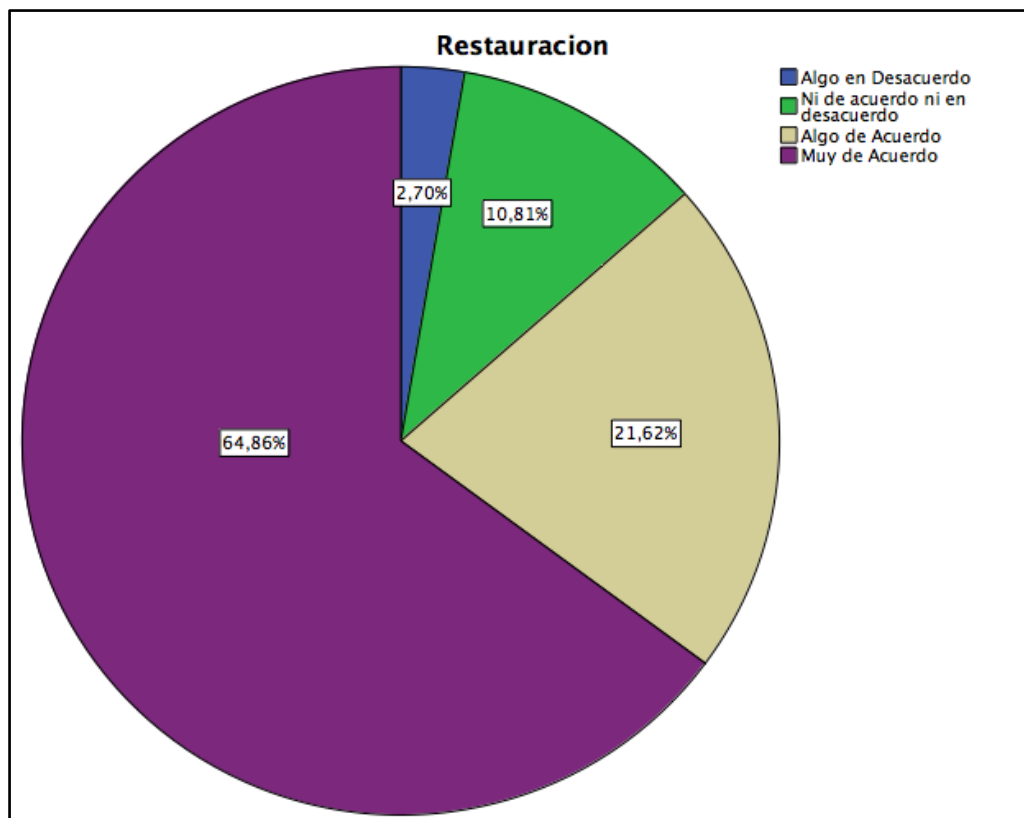


Figura 13. Imagen gráfica de la importancia de una restauración.

En la gráfica podemos observar que el 13,51% indica que no es importante la restauración, pero un 21,62% lo considera como algo poco importante, mientras que el 64,86% considera importante la restauración dentro de la atención odontológica.

Tabla 9. Frecuencia de importancia de un dolor dental.

	Frecuencia	%
<b>Muy de acuerdo</b>	<b>27</b>	<b>72,97%</b>
<b>Algo de acuerdo</b>	<b>6</b>	<b>16,22%</b>
<b>Ni acuerdo ni desacuerdo</b>	<b>4</b>	<b>10,81%</b>
<b>Algo en desacuerdo</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Total General</b>	<b>37</b>	<b>100,00%</b>

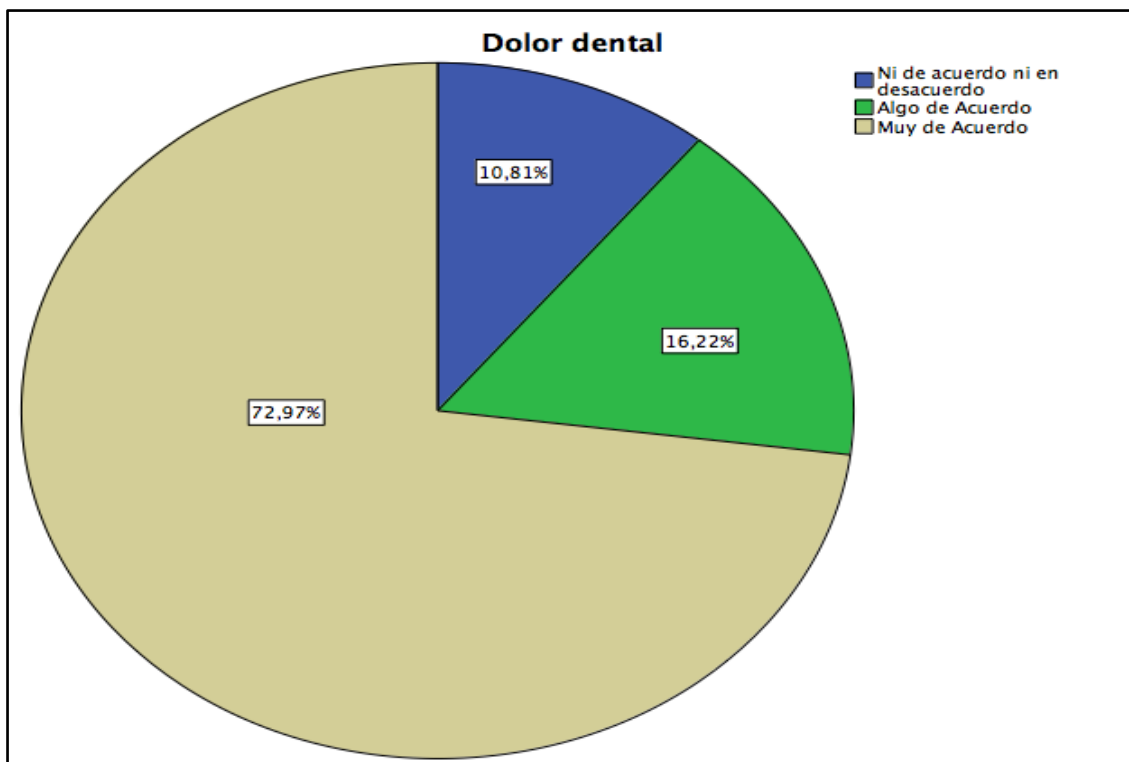


Figura 14. Imagen gráfica de la importancia de un dolor dental.

En la gráfica podemos observar que el 72,97% considera que el dolor dental es importante, mientras que un 27,03% lo considera como algo importante en la práctica odontológica.

Tabla 10. Frecuencia de compra de cepillo dental.

	Frecuencia	%
<b>Siempre</b>	<b>33</b>	<b>89,19%</b>
<b>Rara vez</b>	<b>3</b>	<b>8,11%</b>
<b>Nunca</b>	<b>1</b>	<b>2,70%</b>

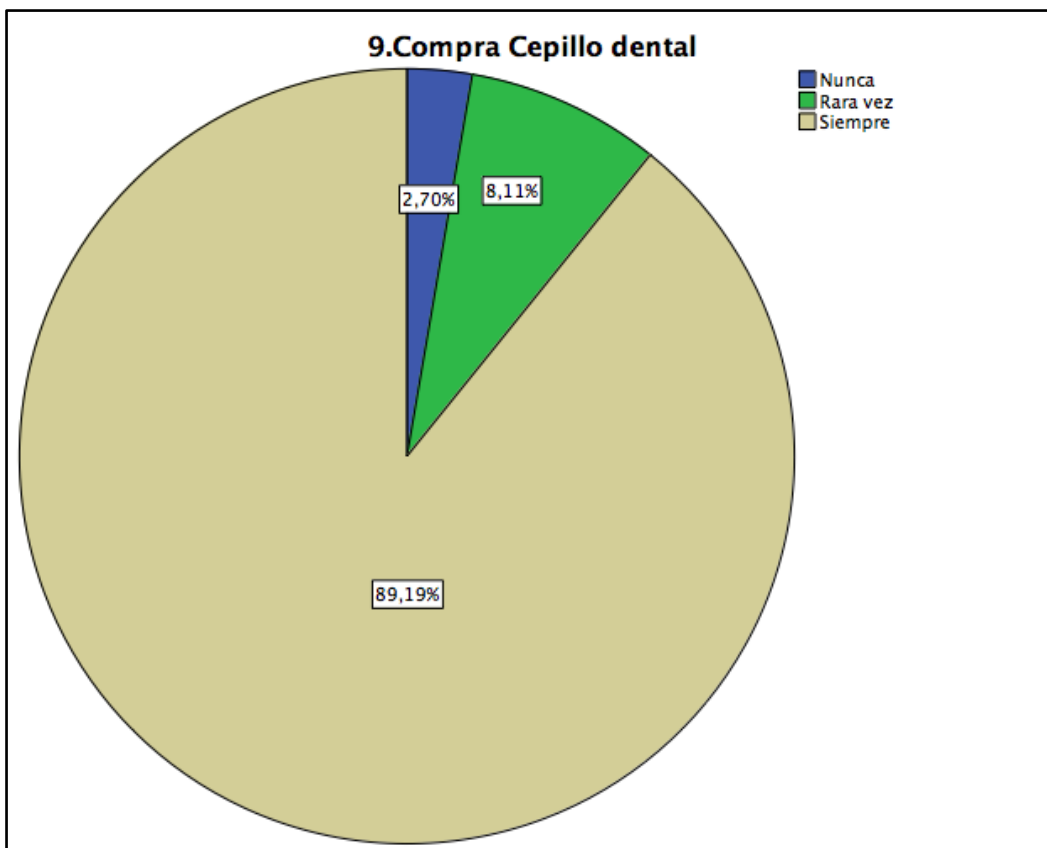


Figura 16. Imagen gráfica de la frecuencia de compra de cepillo dental.

En la gráfica podemos observar que un 89,19% compra siempre un cepillo dental, mientras que un 10,81% compra rara vez y nunca un cepillo dental.

Tabla 11. Frecuencia de compra de hilo dental.

	Frecuencia	%
<b>Siempre</b>	<b>12</b>	<b>32,43%</b>
<b>Rara vez</b>	<b>18</b>	<b>48,65%</b>
<b>Nunca</b>	<b>7</b>	<b>18,92%</b>
<b>Total General</b>	<b>37</b>	<b>100,00%</b>

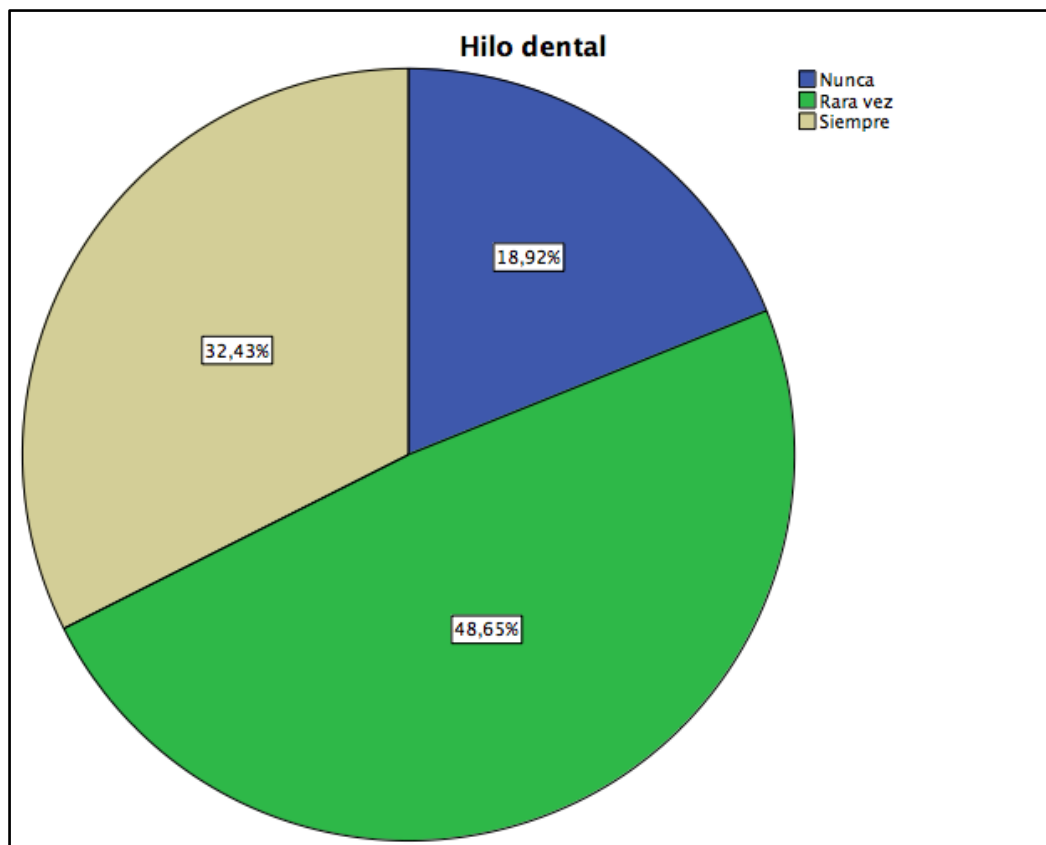


Figura 17. Imagen gráfica de la frecuencia de compra de hilo dental.

En la gráfica podemos observar que un 67,57% compra rara vez hilo dental, mientras que un 32,43% compra siempre hilo dental.

Tabla 12. Frecuencia de compra de pasta dental.

	Frecuencia	%
<b>Siempre</b>	<b>32</b>	<b>86,49%</b>
<b>Rara vez</b>	<b>5</b>	<b>13,51%</b>
<b>Nunca</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Total General</b>	<b>37</b>	<b>100,00%</b>



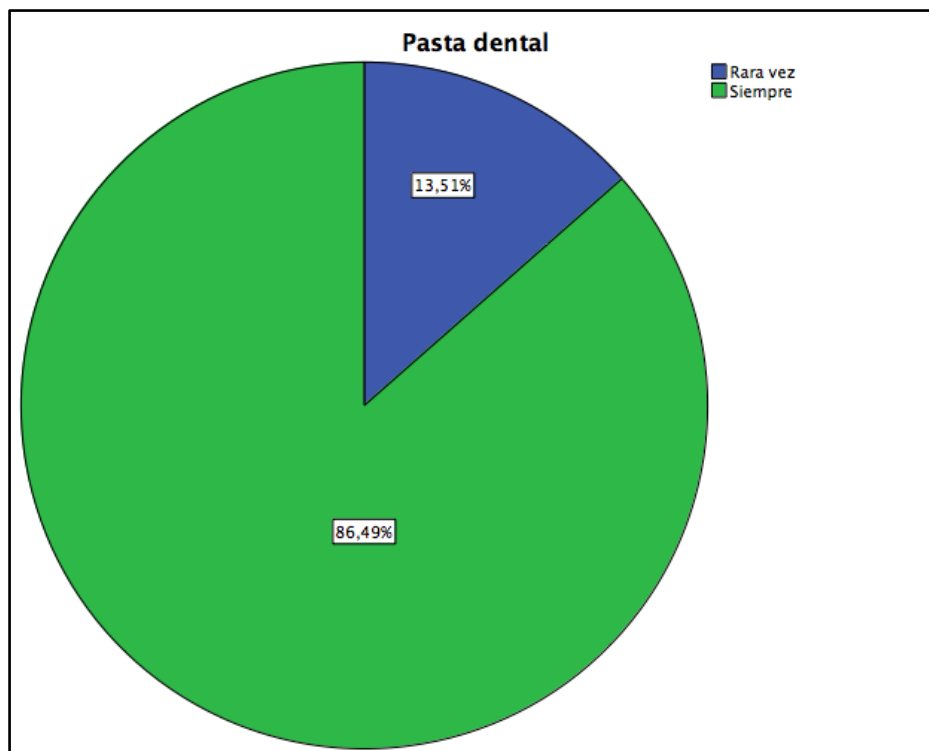


Figura 18. Imagen gráfica de la frecuencia de compra de pasta dental.

En la gráfica podemos observar que un 86,49% compra siempre pasta dental y un 13,51% compra rara vez pasta dental.

Tabla 13. Frecuencia de importancia de compra de una computadora de escritorio.

	Frecuencia	%
<b>Muy de acuerdo</b>	<b>17</b>	<b>45,95%</b>
<b>Algo de acuerdo</b>	<b>7</b>	<b>18,92%</b>
<b>Ni acuerdo ni desacuerdo</b>	<b>12</b>	<b>32,43%</b>
<b>Algo en desacuerdo</b>	<b>1</b>	<b>2,70%</b>
<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Total General</b>	<b>37</b>	<b>100,00%</b>

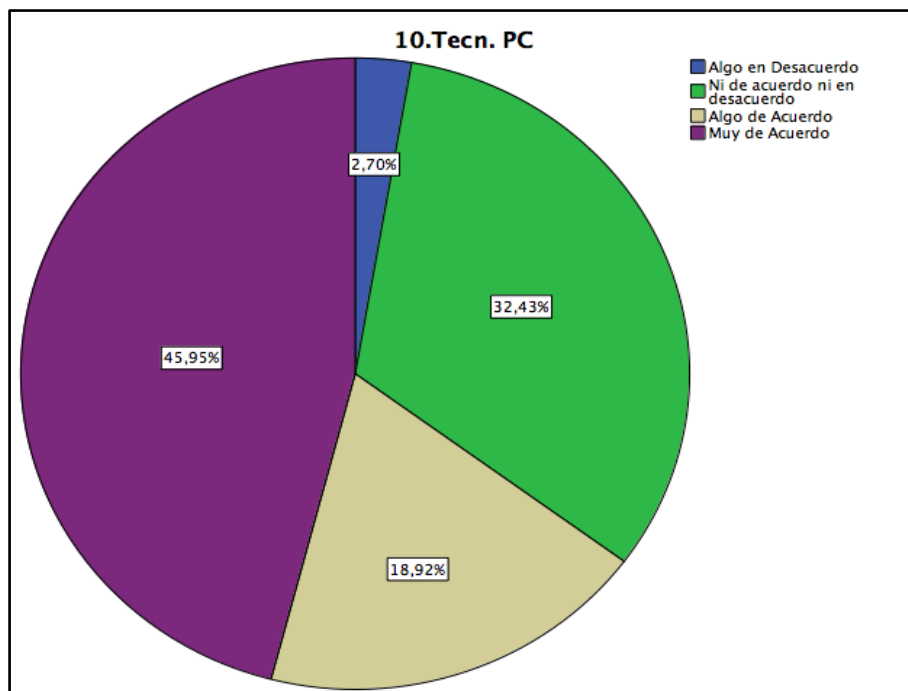


Figura 19. Imagen gráfica de la frecuencia de compra de una computadora de escritorio.

En la gráfica podemos observar que un 51,35% considera medianamente importante comprar una computadora de escritorio, un 45,95% considera importante comprar una computadora de escritorio y un 2,70% considera algo importante comprar una computadora de escritorio.

Tabla 14. Frecuencia de importancia de compra de una laptop.

	Frecuencia	%
<b>Muy de acuerdo</b>	<b>8</b>	<b>21,62%</b>
<b>Algo de acuerdo</b>	<b>9</b>	<b>24,32%</b>
<b>Ni acuerdo ni desacuerdo</b>	<b>15</b>	<b>40,54%</b>
<b>Algo en desacuerdo</b>	<b>5</b>	<b>13,51%</b>
<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>

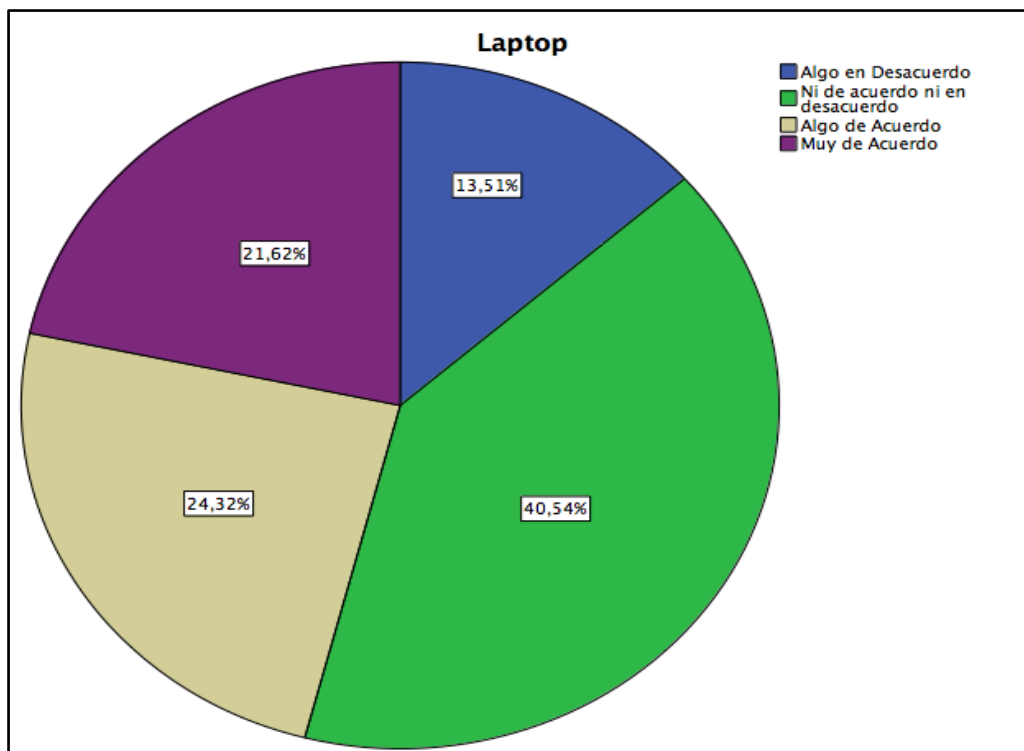


Figura 20. Imagen gráfica de la frecuencia de compra de una laptop.

En la gráfica podemos observar que un 54,05% considera medianamente importante comprar una laptop y un 45,94% considera algo importante comprar una laptop.

Tabla 15. Frecuencia de importancia de compra de un Smartphone.

	Frecuencia	%
<b>Muy de acuerdo</b>	<b>10</b>	<b>27,03%</b>
<b>Algo de acuerdo</b>	<b>13</b>	<b>35,14%</b>
<b>Ni acuerdo ni desacuerdo</b>	<b>10</b>	<b>27,03%</b>
<b>Algo en desacuerdo</b>	<b>3</b>	<b>8,11%</b>
<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>1</b>	<b>2,70%</b>
<b>Total General</b>	<b>37</b>	<b>100,00%</b>

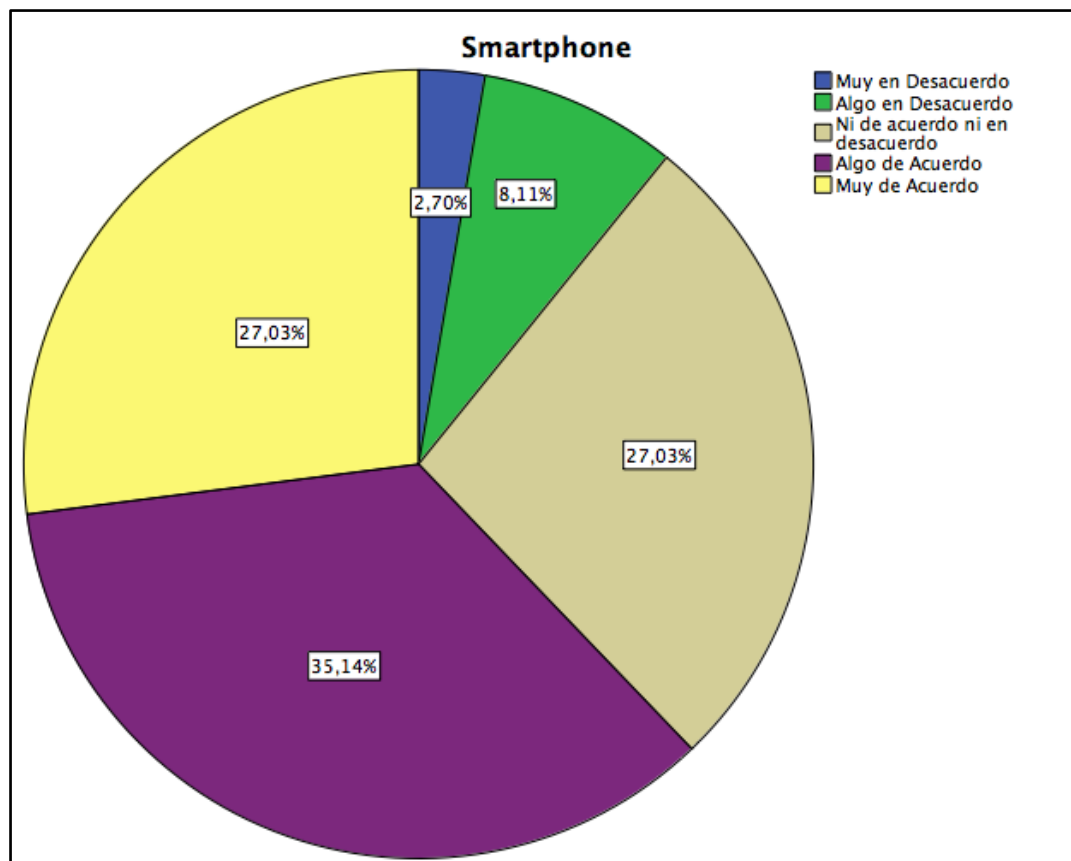


Figura 21. Imagen gráfica de la frecuencia de compra de un Smartphone.

En la gráfica podemos observar que un 62,17% considera importante comprar un Smartphone, un 27,03% considera medianamente importante comprar un Smartphone y un 10,81% no considera importante comprar un Smartphone.

Tabla 16. Frecuencia de cambio de celular.

	Frecuencia	%
<b>Siempre</b>	<b>1</b>	<b>2,70%</b>
<b>Rara vez</b>	<b>35</b>	<b>94,59%</b>
<b>Nunca</b>	<b>1</b>	<b>2,70%</b>
<b>Total General</b>	<b>37</b>	<b>100,00%</b>

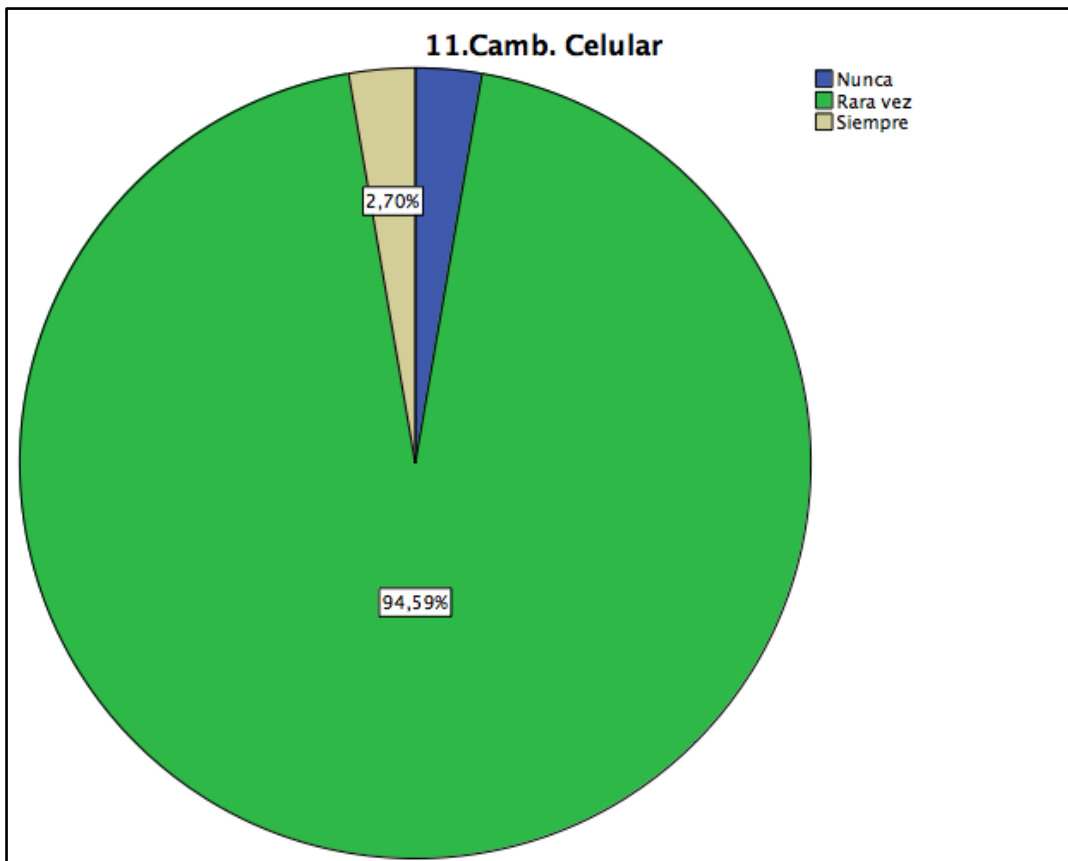


Figura 22. Imagen gráfica de la frecuencia de cambio de celular.

En la gráfica podemos observar que un 97,30% considera que rara vez cambia el celular y un 2,70% considera que siempre cambia su celular por motivos de pérdida o robo.

Tabla 17. Frecuencia de presupuesto destinado a odontología.

	Frecuencia	%
<b>Si</b>	<b>17</b>	<b>45,95%</b>
<b>No</b>	<b>20</b>	<b>54,05%</b>
<b>Total General</b>	<b>37</b>	<b>100,00%</b>

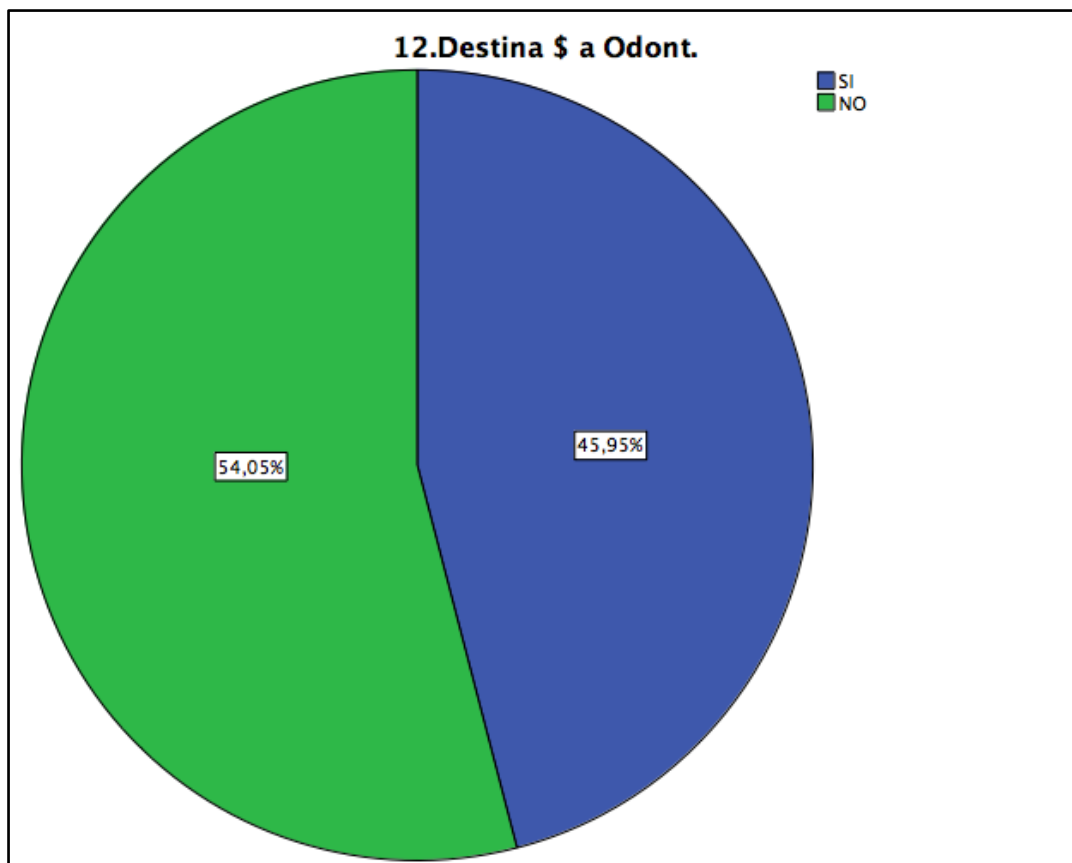


Figura 23. Imagen gráfica de la frecuencia de presupuesto destinado a odontología.

En la gráfica podemos observar que un 54,05% no destina presupuesto para odontología, y un 45,95% si destina presupuesto para odontología.

Tabla 18. Frecuencia de presupuesto destinado a tecnología.

	Frecuencia	%
<b>Si</b>	<b>15</b>	<b>40,54%</b>
<b>No</b>	<b>22</b>	<b>59,46%</b>
<b>Total General</b>	<b>37</b>	<b>100,00%</b>

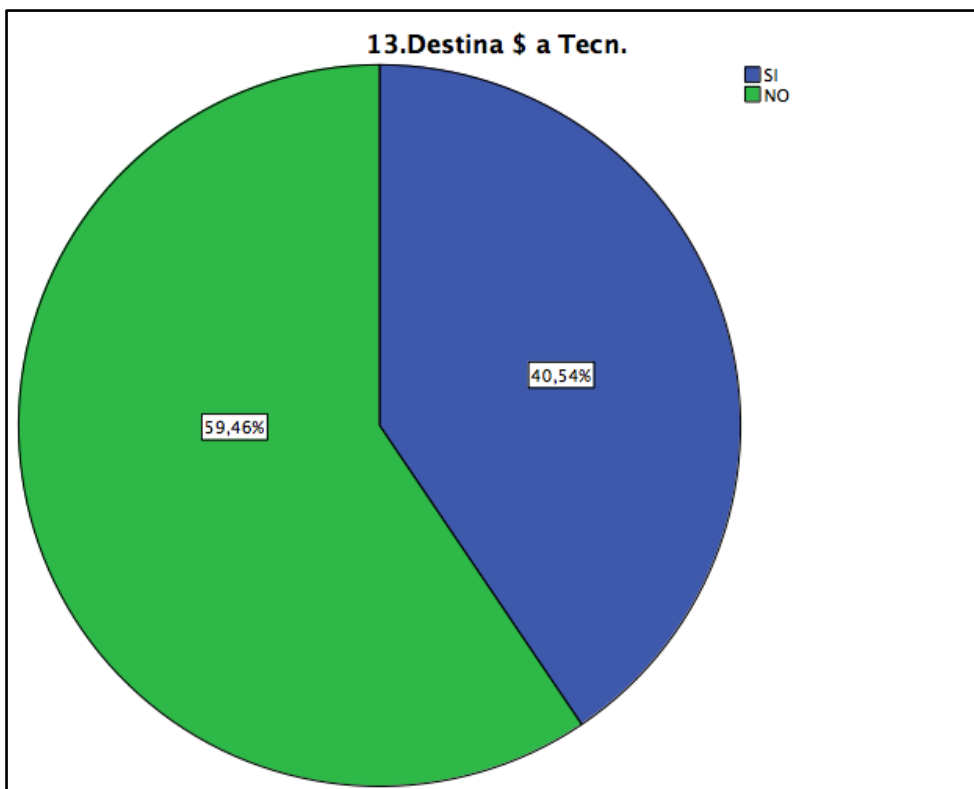


Figura 24. Imagen gráfica de la frecuencia de presupuesto destinado a tecnología.

En la gráfica podemos observar que un 59,46% no destina presupuesto para tecnología y un 40,54% si destina presupuesto para tecnología.

Tabla 19. Frecuencia de importancia destinada a publicidad de tecnología.

	Frecuencia	%
<b>Muy de acuerdo</b>	<b>4</b>	<b>10,81%</b>
<b>Algo de acuerdo</b>	<b>11</b>	<b>29,73%</b>
<b>Ni acuerdo ni desacuerdo</b>	<b>8</b>	<b>21,62%</b>
<b>Algo en desacuerdo</b>	<b>7</b>	<b>18,92%</b>
<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>7</b>	<b>18,92%</b>
<b>Total General</b>	<b>37</b>	<b>100,00%</b>

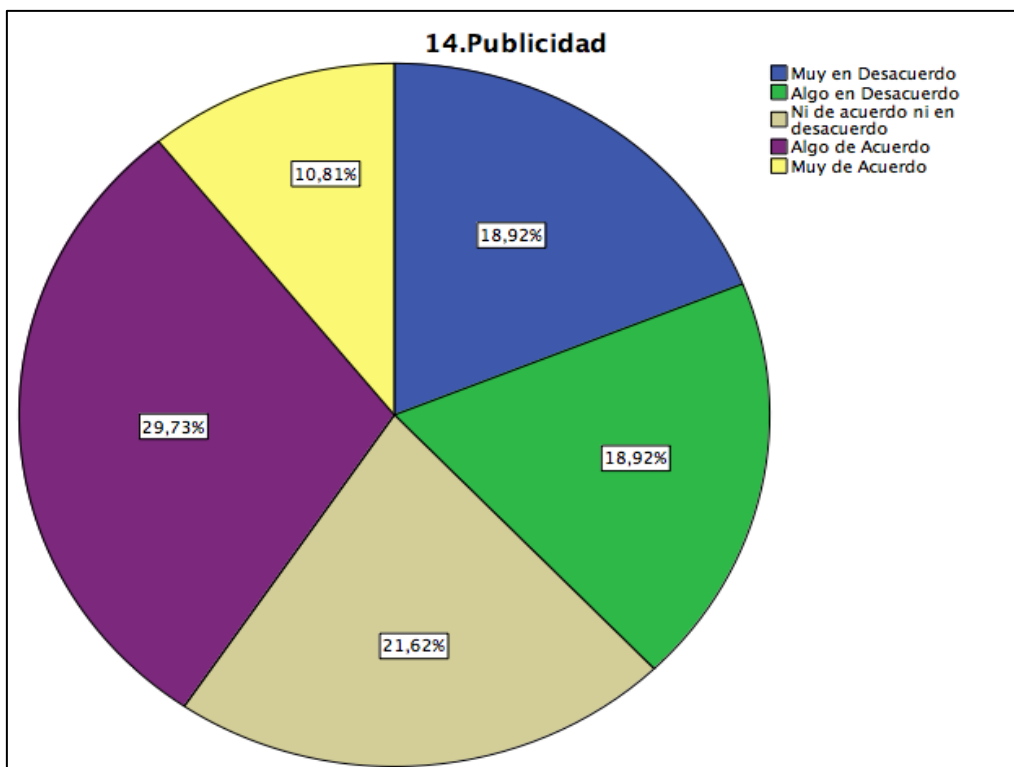


Figura 25. Imagen gráfica de la frecuencia importancia destinada a publicidad de tecnología.

En la gráfica podemos observar que un 40,54% considera algo importante que la publicidad influye sobre sus rubros mensuales, un 37,84% no considera importante que la publicidad influye sobre sus rubros mensuales y un 21,62% considera medianamente importante que la publicidad influye sobre sus rubros mensuales.

Tabla 20. Presupuesto que se destina a salud bucal.

Valor	Frecuencia	%
<b>\$5 - \$10</b>	<b>3</b>	<b>8,11%</b>
<b>\$11 - \$20</b>	<b>7</b>	<b>18,92%</b>
<b>\$21 - \$40</b>	<b>5</b>	<b>13,51%</b>
<b>\$41 - \$60</b>	<b>10</b>	<b>27,03%</b>
<b>Mas</b>	<b>12</b>	<b>32,43%</b>
<b>Total General</b>	<b>37</b>	<b>100,00%</b>



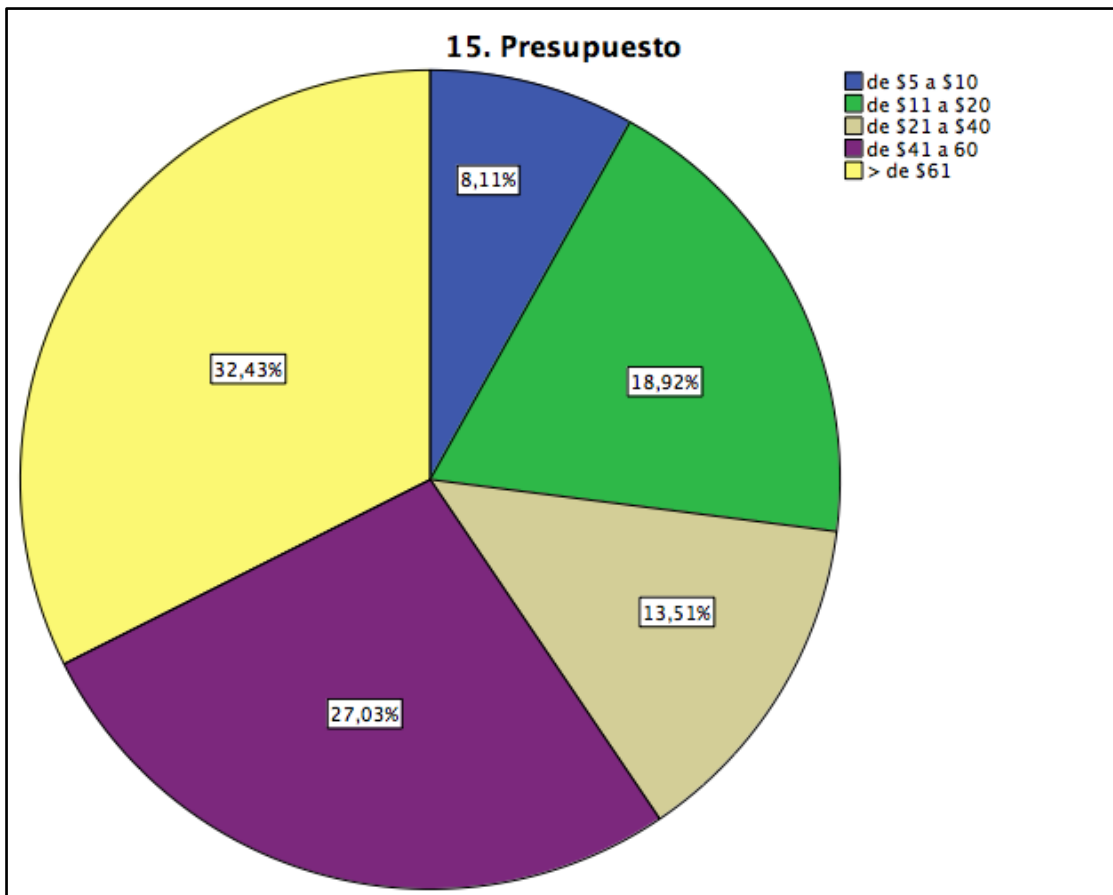


Figura 26. Imagen gráfica del presupuesto que se destina a salud bucal.

En la gráfica podemos observar que un 59,46% destina más de \$41 anuales para salud bucal, un 27,03% destina entre \$5 y \$20 anuales para salud bucal y un 13,51% destina entre \$21 y \$40 anuales en salud bucal.

### Prueba de Hipótesis.

Tabla 21. Kruskal-Wallis

	15. Presupuesto	N	Rango promedio
<b>Ingresos</b>	de \$5 a \$10	3	19,00
	de \$11 a \$20	7	19,00
	de \$21 a \$40	5	19,00
	de \$41 a 60	10	19,00
	> de \$61	12	19,00
	Total	37	
<b>Estadísticos de prueba<sup>a,b</sup></b>			
<b>Ingresos</b>			
<b>Chi-cuadrado</b>	,000		
<b>gl</b>	4		
<b>Sig. asintótica</b>	1,000		

La comprobación de la hipótesis dio a conocer que se rechaza la hipótesis nula, aceptando la hipótesis alternativa en esta investigación.

## 6. DISCUSION DE RESULTADOS

### 6.1 Discusión

Por los datos obtenidos en la presente investigación en comparación con otras encuestas realizadas que hablan sobre hábitos de salud bucal y los hábitos de consumo en tecnología, se investiga determinar si existe una falta de interés en acudir al odontólogo y asumir más gastos en el ámbito tecnológico por parte del personal del área de sistemas de la UDLA.

En la encuesta realizada por el colegio de dentistas de España, revela que las personas encuestadas son un 42% son hombres y un 58% son mujeres, en nuestro estudio el 81,08% son hombres y un 18,92% son mujeres, lo que da a conocer que en Ecuador existe una gran discrepancia de trabajo del sexo femenino con respecto a España donde ambos sexos son parte del campo laboral. (Llodra, 2010, pp. 15-38).

También según la encuesta hecha por el Colegio de dentistas de España, expone como resultado que los hábitos de higiene bucal con la compra y uso de hilo, pasta y cepillo dental son de 73,3% que asevera lavarse los dientes 1 o 2 veces al día, en relación con nuestro estudio la encuesta demostró que la compra y uso de pasta y cepillo dental es de 87,84% lo que demuestra que las personas encuestadas tienen un manejo adecuado y proporcionado de estos dos artículos de higiene, existe disminución en el hilo dental de 32,43%, lo que da conocer que la compra de este producto no tiene importancia, que puede ser por no saber el modo de uso o falta de interés en el mismo y que influye en los hábitos de higiene oral de cada persona encuestada, afectando su salud oral. (Llodra, 2010, pp. 15-38).

Por otro lado la frecuencia de visitas al odontólogo por parte de la investigación española indicó que un 26% asistió a una revisión de rutina, un 20% para limpieza dental, 12% para una restauración y 10% por dolor, en cuanto a nuestro estudio reveló que un 67,57% considera importante y acude a la revisión de rutina, un 51,35% para una limpieza dental, un 64,36% para una restauración y un 72,97% acude por dolor dental a la consulta, encontrándose

gran diferencia entre ambas encuestas, revelando que el ecuatoriano promedio de 24 y 43 años de edad, se interesa en los tratamientos que debe realizarse, también se destaca el dolor que tiene una tasa de asistencia odontológica alta en comparación con España, donde no asiste por dolor. Podemos hacer un análisis que los encuestados no tienen como prioridad la prevención siendo un aspecto muy importante en odontología, ya sea por falta de tiempo, interés o motivos económicos, pero si revisamos las estadísticas de asistencia por dolor son altísimas, dando a relucir que los encuestados tienen pánico al dentista y concurren a él, solo y únicamente cuando hay dolor, demostrando escasa preocupación en este punto analizado. (Llodra, 2010, pp. 15-38).

En un estudio realizado en Chile por Espinoza y cols, refiere que la última visita al odontólogo por parte de las personas encuestadas un 74% mientras que en nuestro estudio se revela que el 16,22% asiste una vez al mes, un 21,62% asiste cada tres meses, un 18,92% asiste cada seis meses, un 8,11% asiste cada año, dando a conocer que mayoría de los encuestados asiste periódicamente entre 1, 3 y 6 meses al odontólogo que es bueno, pero así mismo existe un pequeño porcentaje que asiste cada año notando un desinterés sobre su salud bucal, lo que conlleva a distintos problemas en la cavidad bucal; caries, gingivitis, periodontitis, pulpitis y su recidiva a la pérdida dentaria. A esto podemos sumarle si tienen complicaciones sistémicas donde los problemas son mayores y más difíciles de tratarlos, este grupo minoritario, viene a ser el más preocupante del estudio por las razones expuestas anteriormente. (Espinoza, et al, 2010, pp. 14-15).

En un estudio de Ebcenter revela que la población joven tiene un acceso de teléfono móvil en un 89%, en nuestro estudio todas las personas tiene un teléfono móvil inteligente, pero podemos hacer la comparación con este estudio debido a que las personas encuestadas son adultos jóvenes, dando a conocer que el 94,59% tiene y cambia su teléfono celular cuando tiene un daño o robo mas no lo consideran como un objeto de diversión sino de trabajo y comunicación, dando a conocer que su presupuesto dentro de tecnología no está programado, pues solo se destina cuando el caso lo amerita, esto

desencadena en una mejor salud oral, considerando que las personas encuestadas están vinculadas a un mundo tecnológico. (Ebcenter, 2004, pp. 10).

Según la República de Chile, por parte del Ministerio de Planificación y Cooperación de la Juventud el uso y compra de computadoras de escritorio o laptops es del 90,9% mientras que en Ecuador por parte de las personas encuestadas un 45,95% considera importante este artefacto. El uso y compra de teléfono celular en el estudio mencionado es de 60.4%, nuestro estudio tiene un 27,03%, entonces se deduce que la compra de estos artefactos son de uso cotidiano e importante en ambos estudios pero no interfieren en los rubros sobre salud bucal. (Instituto Nacional de la Juventud, 2002, pp. 55-56).

En el estudio realizado al personal de sistemas de la UDLA, basado en la tabla 20, con la prueba de Kruskal-Wallis que es un análisis no paramétrico, dio a conocer como resultado que si existe una relación de los ingresos totales con los gastos destinados a salud bucal del personal del área de sistemas de la UDLA, rechazando la hipótesis nula y aceptando la hipótesis alternativa, demostrando que las personas encuestadas están más conscientes de la prevención bucal y en consecuencia de su salud en general actualmente.

## 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 7.1 Conclusiones

Con la investigación realizada de relación de los ingresos totales mensuales con los gastos destinados a salud bucal, podemos concluir lo siguiente.

- Podemos deducir que las personas que más invierten en salud bucal, son las que tienen mayor número de hijos en comparación con los que no tienen o están solteros, los cuales destinan un menor porcentaje de sus ingresos a la salud oral.
- La visita al odontólogo fue importante por parte de los encuestados, dando a conocer que el interés sobre su salud bucal es superior a lo que se pensaba.
- El dolor y el daño de estructuras dentales en los encuestados es un síntoma que los obliga a acudir a la consulta odontológica, dejando de lado el aspecto más importante al que nos encaminamos que es la prevención.
- El nivel de conocimiento acerca de salud bucal fue aceptable, dando a conocer que las personas encuestadas tienen un buen concepto sobre salud de manera integral.
- También podemos deducir que los artículos de higiene oral versus el rubro utilizado por parte de los encuestados en tecnología mantiene un equilibrio económico.

### 7.2 Recomendaciones

- La salud oral debe ser integral independiente de su condición civil y familiar.
- La UDLA debería implementar planes educativos de salud y prevención, en sus funcionarios, para reducir el índice de pacientes que acudan por dolor y evitar que se convierta en un tratamiento mas complicado.

- Teniendo en cuenta que son personas jóvenes adultas económicamente activas y con trabajos estables, el estado ecuatoriano podría realizar esta encuesta a nivel nacional para valorar el estado de salud bucal de los ecuatorianos en relación con sus rubros en el aspecto de tecnología.
- Es importante anotar que la UDLA dispone de equipos odontológicos para atención directa y oportuna a los funcionarios de la misma.

## 8. PRESUPUESTO

Tabla 22. Presupuesto

<b>RUBROS</b>		<b>VALOR</b>
<b>Equipos</b>	Computadoras (Cyber)	\$10
<b>Materiales y Suministros</b>	Resma de Hojas A4, Copias blanco y negro y a color.	\$50
<b>Viajes Técnicos</b>	Buses, Taxi	\$20
<b>Subcontratos y servicios</b>	Análisis Estadístico	\$100
<b>Recursos Bibliográficos y Software</b>	Artículos pagados	\$20
<b>Entrega final de la tesis</b>	Empastados, anillados, borradores.	\$60
<b>Transferencia de resultados</b>	Impresión del trabajo final en Plotter	\$20
<b>Total</b>		\$280



## 9. CRONOGRAMA

Tabla 23. Cronograma

	Mes			
	1	2	3	4
Inscripción del tema (inicio de TIT)	x			
Planificación (revisión de texto con tutor)	x			
Prueba Piloto	x			
Recolección definitiva de la muestra		x	x	
Análisis de resultados			x	
Redacción de la discusión			x	
Redacción del texto final			x	
Presentación del borrador a los correctores			x	
Entrega del empastado				x
Segunda entrega a los profesores correctores				x

## REFERENCIA

- Akashi, H., Osanai, Y. y Akashi, R. (2015). Human resources for health development: toward realizing Universal Health Coverage in Japan. *BioScience Trends*, 9(5): 275-279. doi: 10.5582/bst.2015.01125
- Alves, F., Andrade, C. y Vettore, M. (2015). Planning oral health care using the sociodental approach and the index of family living conditions: a cross-sectional study in Brazilian adolescents. *BMC Research Notes*, 8(4): 588. doi: 10.1186/s13104-015-1564-3
- Asamblea Constituyente. (2008). Constitución de la República del Ecuador.
- Baena, V. (2011). *Fundamentos de marketing : entorno, consumidor, estrategia e investigación comercial*. Editorial UOC.
- Barrientos, M. (Fundador). (2014). Indexmundi. Recuperado del 23 de Octubre de 2016 de <http://www.indexmundi.com/g/g.aspx?v=65&c=ec&l=esç>
- Brondani, M. y He, S. (2013). Translating Oral Health-Related Quality of Life Measures: Are There Alternative Methodologies? *Social Indicators Research*, 111(1): 387–401. doi: 10.1007/s11205-012-0012-1
- Chen, H. y Jiang, W. (2014). Application of high-throughput sequencing in understanding human oral microbiome related with health and disease. *Frontiers in Microbiology*, 5(6): 508. doi: 10.3389/fmicb.2014.00508
- Crespo, M., Riesgo, Y., Laffita, Y., Torres, P. y Marquez, M. (2009). Promotion of oral and dental health in students of the primary teaching. Motivations, strategies and odonto-pediatric priorities. *Medisan*, 13(1): 20-30.
- Cuenca, E. y Baca, P. (2005). *Odontología Preventiva Y Comunitaria - Principios, métodos y aplicaciones (Tercera ed.)*. Barcelona- España: Masson.
- Cunha, M., Santos, E., Costa, A., Pereira, M., Varanda, R. y Loureiro, S. (2014). Oral Health, Literacy and Quality of Life in the Elderly – Systematic Literature Review. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(1): 121-219. doi: 10.12707/RIII12157
- Duque, V., Tamayo, J., Echeverri, P., Gutiérrez, A., Sepúlveda, D., Giraldo, O. y Agudelo, A. (2013). Oral health related quality of life in older adults

- assisting “IPS Universitaria” of Medellin and associated factors. *Revista CES Odontología*, 26(1): 10-23.
- Ebcenter. (2004). Uso y actitud de los jóvenes hacia Internet y la telefonía móvil. *e-business Center, PwC & IESE*.
- Ekos Negocios. (2012). Nueva ruta de consumo en Ecuador. Recuperado el 16 de octubre de 2016 de <http://www.ekosnegocios.com/revista/pdfTemas/386.pdf>
- Espinoza, I., Muñoz, C., Molina, M. y Uribe, J. (2010). Hábitos de higiene oral en estudiantes de odontología de la Universidad de Chile. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, 3(1): 11-18
- Flaitz, C., Casamassimo, P. y Lunstroth, R. (2013). Is Social Justice Relative When It Comes to Oral Health? The Realities of a Complex Health Issue. *Pastoral Psychology*, 62(2): 189–198. doi: 10.1007/s11089-012-0451-2.
- Grytten, J. y Lund., E. (2000). Future demand for dental care in Norway; a macro-economic perspective. *Community Dentistry & Oral Epidemiology*, 27(5): 321-30.
- Ide, R., Mizoue, T., Tsukiyama, Y., Ikeda, M. y Yoshimura, T. (2011). Evaluation of oral health promotion in the workplace: the effects on dental care costs and frequency of dental visits. *Community Dent Oral Epidemiol*, 29(3): 213–219. doi: 10.1034/j.1600-0528.2001.290307.x
- INEC. (2011). Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico. Recuperado el 15 de Junio de 2016, de [http://www.inec.gob.ec/estadisticas/?option=com\\_content&view=article&id=112&Itemid=90](http://www.inec.gob.ec/estadisticas/?option=com_content&view=article&id=112&Itemid=90)
- Jensen, K. (2010). Dental care practices and socio-economic status in Denmark. *Community Dentistry & Oral Epidemiology*, 2(6): 273-281. doi: 10.1111/1600-0528.ep12101992
- Llodra, J. (2010). Encuesta de Salud Oral en España 2010. *Revista del ilustre consejo general de colegios de odontólogos y estomatólogos de España*, 17(1): 13-46

- Macnaughton, G., Haigh, F., McGill, M., Koutsioumpas, K. y Sprague, C. (2015). The Impact of Human Rights on Universalizing Health Care in Vermont, USA. *Health and Human Rights Journal*, 17(2): 83-95
- Montenegro, G., Sarralde, A. y Lamby, C. (2013). Education as a Determinant of Oral Health. *Universitas Odontologicas*, 32(69): 115-121.
- Moya, P., Chappuzeau, E., Caro, J. y Monsalves, M. (2012). Oral health status and quality of life of older adults. *Rev. Estomatologica Herediana*, 4(6): 197-202.
- Nothridge, M. (2015). A Community-Based Oral Public Health Approach to Promote Health Equity. *American Journal of Public Health*, 105(7): 459-465. doi: 10.2105/AJPH.2015.302562
- OMS. (2016). Organización mundial de la Salud. Recuperado el 23 de octubre de 2016 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
- Onarheim KH, Iversen JH. y Bloom DE (2016) Economic Benefits of Investing in Women's Health: A Systematic Review. *PLoS ONE*, 11(3): 1-23. doi:10.1371/journal.pone.0150120
- República de Chile. Ministerio de planificación y cooperación. Instituto nacional de la juventud. (2002). Los jóvenes y el uso de computadores e internet. *Informe extenso general*. Pp. 41-58.

- Rouxel, P., Tsakos, D., Demakakos, P., Zaninotto, P., Chandola. y T, Watt, RG. (2015). Is Social Capital a Determinant of Oral Health among Older Adults? Findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Plos one*, 10(5): 10-15. doi :10.1371/journal.pone.0125557
- Ruiz, D. (2013). Cambio de paradigma en la noción de consumismo. *Revista comunicación en Ingeniería*, 8(16): 70-76.
- Saliba, C., Ispier, A., Moreira, R., Saliba, N. y Goncalves, P. (2009). Adolescents' perception of oral health. *Revista salud publica*, 11(2): 268-277.
- Sánchez, J. (2010). Del consumo de cultura a la cultura del consumo: Una mutación antropológica. *Ecuador Debate*, 1(2): 63-74.
- Sinha, B. (2015). A methodology of measuring human health. *Human Geographies – Journal of Studies and Research in Human Geography*, 9(2): 226-240. Doi: 10.5719/hgeo.2015.92.7
- Suarez, A. y Herrera, E. (2009). Collective oral health and the Colombian context: a critical analysis. *Revista gerencia y políticas de salud*, 8(16): 95-105.
- Telford, C., Murray, L., Donaldson, M. y O'Neill, C. (2012). An analysis examining socio-economic variations in the provision of NHS general dental practitioner care under a fee for service contract among adolescents: Northern Ireland Longitudinal Stud. *Community Dentistry & Oral Epidemiology*, 40(1): 70–79. doi: 0.1111/j.1600-0528.2011.00649.x
- Viral, V., Mehta, G., Rajesh, R., Ashwini, R., Shenoy, R. y Pai, M. (2015). Social determinants of health and oral health: An Indian perspective. *Indian Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 19(2): 71-75. doi: 10.4103/0019-5278.165335
- Watson, J., Logan, H. y Tomar, S. (2008). Can the concept of Health Promoting Schools help to improve students' health knowledge and practices to combat the challenge of communicable diseases: Case study in Hong Kong? *BMC Public Health*, 8(42): 200-211. Doi: 10.1186/1471-2458-8-42

## **ANEXOS**

Anexo 1



**Universidad de las Américas**  
**Facultad de Odontología**

**Encuesta para relacionar los ingresos totales con los gastos destinados a salud bucal del personal del área de sistemas de la UDLA**

Gracias por formar parte en este estudio, Ud. ayudará a establecer lo que piensa sobre salud bucal y consumo tecnológico. Los resultados serán utilizados única y solamente para fines investigativos que permitirán el desarrollo de un conocimiento mucho más profundo para la consciencia en salud bucal.

1. Edad: \_\_\_\_\_  
 2. Género: ( ) M - ( ) F  
 3. Estado Civil: S - C - D - V - UL  
 4. ¿Usted tiene hijos?  
 ( ) Si - ( ) No Cuantos \_\_\_\_\_  
 5. ¿Usted tiene seguro de salud?  
 ( ) Si - ( ) No

6. ¿Usted acude al odontólogo habitualmente? Si su respuesta fue NO pase a la pregunta 8.  
 ( ) Si - ( ) No

7. ¿Su última visita al odontólogo hace cuánto tiempo fue?  
 ( ) Un mes  
 ( ) Tres meses  
 ( ) Seis meses  
 ( ) Un año  
 ( ) Nunca

8. ¿Usted considera importante para acudir al Odontólogo? Sabiendo que (5) Muy de acuerdo, (4) Algo de Acuerdo, (3) Ni en acuerdo ni desacuerdo, (2) Algo en desacuerdo, (1) Muy en desacuerdo.

- |  |     |
|--|-----|
| Revisión (prevención)                  | ( ) |
| Limpieza                               | ( ) |
| Calza/ restauración                    | ( ) |
| Dolor de dientes/muelas                | ( ) |
| Extraer un diente/muela                | ( ) |
| Implante dental                        | ( ) |
| Problema de encías                     | ( ) |
| Fractura dental/muela/pérdida          | ( ) |
| Infección dental                       | ( ) |
| Mala posición de los dientes           | ( ) |
| Prótesis removibles                    | ( ) |
| Ajustes de prótesis fijas              | ( ) |
| Dolores/ruidos al abrir cerrar la boca | ( ) |

9. ¿Usted, en qué medida compra estos productos? Sabiendo que (3) Siempre, (2) Rara vez, (1) Nunca.

Cepillo dental ( )

- |                     |     |
|---------------------|-----|
| Enjuagues           | ( ) |
| Hilo dental (seda)  | ( ) |
| Cepillo interdental | ( ) |
| Pasta dental        | ( ) |

10. ¿Para usted, que tan importante es comprar los siguientes aparatos tecnológicos? Sabiendo que (5) Muy de acuerdo, (4) Algo de Acuerdo, (3) Ni en acuerdo ni desacuerdo, (2) Algo en desacuerdo, (1) Muy en desacuerdo.

- |                              |     |
|------------------------------|-----|
| Computadora de escritorio PC | ( ) |
| Laptop Tablet / IPAD         | ( ) |
| Smartphone                   | ( ) |
| Smart TV                     | ( ) |
| Ipod                         | ( ) |
| Reproductor mp3              | ( ) |
| Cámara fotográfica           | ( ) |
| Consola de Videojuegos       | ( ) |

11. ¿En qué medida usted cambia su celular? Sabiendo que (3) Siempre, (2) Rara vez, (1) Nunca. Detalle porque en la parte de abajo.

Celular ( )

- Motivo \_\_\_\_\_

12. ¿Entre sus rubros, usted destina un presupuesto para odontología?  
 ( ) Si - ( ) No

13. ¿Entre sus rubros, usted destina un presupuesto para tecnología?  
 ( ) Si - ( ) No

14. Si usted está frente a un medio audiovisual sea televisión o una computadora (internet), y aparece un anuncio sobre un celular de alta generación diciendo que lo compre. ¿Usted cree que la influencia de la publicidad juega un papel importante en sus rubros mensuales? Sabiendo que (5) Muy de acuerdo, (4) Algo de Acuerdo, (3) Ni en acuerdo ni desacuerdo, (2) Algo en desacuerdo, (1) Muy en desacuerdo.

Publicidad ( )

15. ¿Qué presupuesto destina usted anualmente a salud bucal?

- |             |     |
|-------------|-----|
| \$5 - \$10  | ( ) |
| \$11 - \$20 | ( ) |
| \$21- \$40  | ( ) |
| \$41 - \$60 | ( ) |
| Mas _____   | ( ) |

Muchas gracias por su amabilidad y por el tiempo dedicado a contestar esta encuesta.