



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

“Relación de la ocupación y la negligencia dental en personas mayores de 65 a 79 años, en la parroquia de Machángara de la ciudad de Cuenca-Ecuador 2017”

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO

AUTOR: Celi Costa, Hugo Hernán

DIRECTORA: González Campoverde, Lorena Alexandra, Od. Esp.

CUENCA

2018

DECLARACIÓN:

Yo, Celi Costa Hugo Hernán bajo juramento declaro que el presente trabajo aquí escrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado la totalidad de las referencias bibliográficas que se incluyen el presente trabajo; y eximo expresamente a la UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

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

.....

Autor: Celi Costa Hugo Hernán

C.I: 1103816029

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo denominado **“RELACIÓN DE LA OCUPACIÓN Y LA NEGLIGENCIA DENTAL EN PERSONAS MAYORES DE 65 A 79 AÑOS, EN LA PARROQUIA DE MACHÁNGARA DE LA CIUDAD DE CUENCA-ECUADOR 2017”**, realizado por **CELI COSTA HUGO HERNÁN**, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que está expedito para su presentación.

Cuenca, Enero 2018.

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.

Coordinador Departamento de Investigación

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Dra. Liliana Encalada Verdugo.

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN – CARRERA ODONTOLOGÍA

De mi consideración:

El presente trabajo denominado **“RELACIÓN DE LA OCUPACIÓN Y LA NEGLIGENCIA DENTAL EN PERSONAS MAYORES DE 65 A 79 AÑOS, EN LA PARROQUIA DE MACHÁNGARA DE LA CIUDAD DE CUENCA-ECUADOR 2017”**, realizando por **CELI COSTA HUGO HERNÁN**, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que está expedito para su sustentación.

Cuenca, Enero 2018.

.....

Od. Esp. González Campoverde, Lorena Alexandra.

DEDICATORIA.

Dedico este trabajo, primeramente a Dios, por todo el amor, que ha depositado en mí y en mi familia, por la salud, felicidad y tranquilidad, por estar ahí cuando más te necesitaba, escucharme, comprenderme y aconsejarme.

A mi querida familia, en especial a mis padres, por el apoyo incondicional, su amor, su confianza y entrega desmedida que siempre tuvieron, para realizarme como profesional, y sobre todo por la educación, que es el mejor obsequio, que puedo tener.

A mi abuelito, que lo considero mi ángel guardián, aunque no estés aquí para vivir este momento, quiero dedicarte este éxito a ti. Tú me enseñaste que los esfuerzos tienen su recompensa, pues todo este mérito es por ti y para ti, te extraño y te amo.

A mi linda novia por los consejos, la comprensión y el apoyo, por ser parte de gran parte de mi vida, por acompañarme en esta hermosa aventura que es la odontología, por lo que vivimos y tenemos que vivir y sobre todo por ese gran amor que nos tenemos.

EPÍGRAFE.

La simplicidad es lo más difícil de conseguir en este mundo, es el último límite de la experiencia y el último esfuerzo del genio.

George Sand

AGRADECIMIENTO:

A Dios por el regalo de la vida, por guiarme siempre en mi camino, apoyándome en mis aciertos y acompañándome en mis errores, y especialmente por bendecirme con la hermosa familia que tengo.

A mis Padres por el amor, la felicidad, el apoyo, la confianza que han depositado en mí, por el sacrificio que siempre tuvieron para darme una buena educación para formarme con valores, por los consejos de oro, y por muchas cosas más, pero sobre todo gracias por ser los mejores, los amo con todo mi corazón.

A la Universidad Católica de Cuenca, por permitirme ser un profesional, por la oportunidad de haber brindado una educación de calidad, y especialmente por la experiencia que me permitió adquirir, tanto en lo profesional como en la vida cotidiana.

Particularmente agradezco, a mi directora de tesis, por el apoyo, la experiencia, su conocimiento y su paciencia, por ser parte y ayudarme a conseguir uno de mis objetivos de vida.

A mis profesores de la Universidad que con sus conocimientos y enseñanzas, me guiaron, para apasionarme de la hermosa carrera que es la odontología.

LISTA DE ABREVIATURAS.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

DNS: Dental Neglect Scale

ENEMDU: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo

UCACUE: Universidad Católica de Cuenca

ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	15
1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
2.- JUSTIFICACIÓN.....	16
3.-OBJETIVOS	17
3.1.- Objetivo General:.....	17
3.2.- Objetivos Específicos:	17
4.- MARCO TEÓRICO.	18
4.1.- LA SALUD	18
4.1.a.- Descuido De La Salud	18
4.1.1.- SALUD ORAL.....	19
4.1.1.a.- Cambios Fisiológicos.....	19
4.1.2.- ENFERMEDADES BUCODENTALES	20
4.1.2.a.- Cambios en los dientes	21
4.1.2.b.- Cambios en la mucosa bucal y el periodonto	21
4.1.2.c.- Cambios óseos	21
4.1.2.d.- Cambios relacionados con las glándulas salivales	22
4.1.1.1.- NEGLIGENCIA EN EL CUIDADO DENTAL	22
4.1.1.1.a.- Clasificación de la negligencia	23
4.1.1.1.b.- Escala para medir la negligencia (DNS).....	24
4.1.1.1.1.- LA OCUPACIÓN.....	24
4.1.1.1.1.a.- Clasificación de la ocupación según el INEC	25
4.1.1.1.1.- La Ocupación y la Salud en los adultos mayores	27
4.2.- ANTECEDENTES	28
5.- HIPÓTESIS	33
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	14
1.- MARCO METODOLÓGICO	35
2.- POBLACIÓN Y MUESTRA.....	35
3.- OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	36

4.- INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS	38
4.1.- Instrumentos Documentales:.....	38
4.2.- Instrumentos Mecánicos:.....	38
4.3.- Materiales	38
4.4.- Recursos	38
5.- PROCEDIMIENTO PARA TOMA DE DATOS	38
5.2.- Ubicación Temporal.	38
5.3.- Procedimiento de la toma de datos	39
6.- PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS	40
CAPÍTULO III: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	38
RESULTADOS:	43
DISCUSIÓN	47
CONCLUSIONES	49
BIBLIOGRAFÍA	50
ANEXOS.	55

INDICE DE TABLAS.

Tabla N°1.....	44
Tabla N°2.....	45
Tabla N°3.....	46

RESUMEN.

OBJETIVO: El objetivo de esta investigación fue determinar la “Relación de la ocupación y la negligencia dental en personas mayores de 65 a 79 años, en la parroquia de Machángara de la ciudad de Cuenca-Ecuador 2017”. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio de campo, comunicacional y transversal. La población estuvo conformada por personas adultas mayores de 65 a 79 años pertenecientes a la parroquia Machángara de la ciudad de Cuenca-Ecuador. Se calculó el tamaño de muestra por conveniencia, se encuestó a 262 personas, encontrando 25 casos y 25 controles. Se aplicó la encuesta “Barreras para el acceso al servicio Odontológico” exclusivamente el cuestionario de negligencia al cuidado dental de Thomson, misma que se realizó puerta a puerta, y cara a cara a cada persona, donde se tomaron datos personales (Nombres, Apellidos, Edad, Nivel de Instrucción, Ocupación, Nivel de Ingreso Económico) y los parámetros de negligencia al cuidado dental. **RESULTADOS:** El resultado obtenido, con la medida estadística de Odds Ratio, fue de 0.068 **CONCLUSIÓN:** La ocupación representó ser un factor de protección a la negligencia al cuidado dental.

PALABRAS CLAVE: Relación, Ocupación, Negligencia al cuidado dental, Adultos Mayores, DNS,

ABSTRACT.

AIM: The objective of this research was to determinate the "Relationship of occupation and dental negligence in people older than 65 to 79 years, in the parish of Machángara of the city of Cuenca-Ecuador 2017". **MATERIALS AND METHODS:** Field, communication and cross-sectional study. The population was conformed by adults older than 65 to 79 years belonging to the Machángara parish of the city of Cuenca-Ecuador. The sample size was calculated for convenience, 262 people were surveyed, finding 25 cases and 25 controls. The survey "Barriers to Access to the Dental Service" was applied exclusively to the Thomson dental care negligence questionnaire, which was carried out door to door, and face to face to each person, where personal data were taken (Names, Surnames, Age, Level of Instruction, Occupation, Level of Economic Income) and the parameters of negligence to dental care. **RESULTS:** The result obtained, with the statistical measure of Odds Ratio, was 0.068 **CONCLUSION:** The occupation represented a factor of protection to the neglect of dental care.

KEY WORDS: Relationship, Occupation, Dental Neglect, Older Adults, DNS

INTRODUCCIÓN.

El proceso de envejecimiento de la cavidad oral de los adultos mayores, en la mayoría de las veces, está acompañado con malestares y patologías, aun así existen un cierto número que solicitan autonomía en su salud oral, deseando tener estética, buena estabilidad social, funcionalidad, y sobre todo la posibilidad de aumento de vida de sus dientes, evitando estados de depresión social y psicológica, y la fastidiable dependencia de alguna otra persona u objeto.^{1,10} Por lo tanto los profesionales en salud oral, debemos tomar la importante responsabilidad, del cuidado y atención bucodental de estos pacientes, y enfocarnos no solo en los tratamientos conservadores y rehabilitadores, sino a encaminar las acciones y decisiones del adulto mayor, reflexionando en su confort físico, funcional y psicosocial.^{2,11}

Según estudios mundiales existe un promedio de 600 millones de personas mayores de 60 años, por lo que se calcula que la población a nivel mundial avanza su envejecimiento en el 2% anualmente. Actualmente 1 de cada 10 personas representa a un adulto mayor, y para el año 2050 la ONU, estima, que la proporción será de 1 por cada 5.³

Pese a la gran capacidad de conocimiento e investigación que existe en la actualidad, para aclarar y evitar diagnósticos erróneos en relación al envejecimiento y la salud dental, los adultos mayores siguen teniendo un riesgo alto de sufrir enfermedades bucodentales.^{4,11}

Las actitudes personales y las acciones determinan el progreso y desarrollo del auto cuidado en la salud, estas conductas se basan en costumbres culturales y de tradición, por lo que la persona le otorga significado a su enfermedad.^{5, 18}

Muchas personas en la actualidad se esfuerzan en conseguir, la nueva cultura de la longevidad, que se basa en, vivir más y en las mejores condiciones físicas, mentales y sociales, buscando envejecer en una dirección en la que la persona se encuentre en un estado productivo y útil, aumentando su calidad de vida y por ende su salud general.^{6, 12}

La negligencia dental se puede definir como el conjunto de comportamientos y actitudes que traen como resultado consecuencias perjudiciales para la salud bucal del individuo". En otras palabras la negligencia dental es la falta de ejecutar un adecuado cuidado de la salud oral para lograr el mantenimiento apropiado de la cavidad oral ^{7, 27,}

La ocupación en los adultos mayores es difícil de mantener, debido a que, mientras las personas envejecen, estas, encuentran labores informales y muchas de éstas son con salarios bajos. En la actualidad envejecer significa una restricción para desarrollar actividades económicas de una forma normal, dando como resultados la incapacidad de mantenerse laborando en el sector formal, por lo que las mismas, tiene que buscar la forma de conseguir ingresos económicos, inculcando independientemente.^{8, 36}

Este estudio tubo el propósito de conocer la relación entre la ocupación y la negligencia al cuidado dental que existe en las personas mayores de 65 a 79 años de edad, pertenecientes a la parroquia Machángara de la ciudad de Cuenca, realizando una investigación mediante encuestas de entrevista personal.

**CAPÍTULO I:
PLANTEAMIENTO TEÓRICO.**

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Muchos son los factores que determinan una actitud negligente ante el cuidado dental en las personas, entre ellos se menciona, la edad, el sexo, la ocupación, entre otros. El irreversible fenómeno del envejecimiento poblacional y los avances de la geriatría, han llevado a la creación de un enfoque anticipatorio y preventivo, basado en la mantención de la funcionalidad del organismo.⁹

El problema de investigación que se plantea en este trabajo de titulación está dirigido a responder la pregunta ¿Cuál es la relación entre la ocupación y la negligencia al cuidado dental en adultos mayores de 65 años en la parroquia Machángara Cuenca-Ecuador, 2017.

2.- JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se enfocará en analizar la relación que existe entre la negligencia en el cuidado dental y la ocupación en los adultos mayores de 65 años de la parroquia de Machángara de la ciudad de Cuenca-Ecuador 2017, este es un tópico el cual no ha sido estudiado ampliamente a nivel mundial, razón por la que existe escasa información, siendo este estudio uno de los primeros en realizarse en Latinoamérica específicamente en la Ciudad de Cuenca, se profundizará los conocimientos teóricos sobre los procesos, consecuencias y adaptación de la negligencia dental que existe sobre la población adulta mayor, específicamente enfocado en rango de edad de 65 a 79 años.

El propósito de esta investigación es buscar describir la naturaleza de la negligencia, ofrecerle al adulto mayor una mirada integral sobre el daño producido por este, ayudando a la concientización de la población local, aportando un conocimiento para una mejor educación oral, y va a aportar información que va a ser aplicable principalmente en el Ecuador, permitiendo que los servicios de salud puedan optimizar o renovar sus programas de atención con el fin de mejorar la vida de los adultos mayores y sobre todo fomentar una cultura de salud oral en los mismos para disminuir negligencia en el cuidado dental.

Además del interés social y científico de este trabajo se realizara, para la futura obtención del título de Odontólogo, en la Universidad Católica de Cuenca.

3.-OBJETIVOS

3.1.- Objetivo General:

Determinar la relación entre la ocupación y la negligencia en el cuidado dental en los adultos mayores de 65 a 79 años de la parroquia de Machángara de la ciudad de Cuenca-Ecuador 2017.

3.2.- Objetivos Específicos:

Analizar la distribución de la muestra de los adultos mayores de 65 a 79 años de la parroquia de Machángara de la ciudad de Cuenca-Ecuador 2017, según el sexo.

Analizar la distribución de la muestra según la edad de los adultos mayores de 65 a 79 años de la parroquia de Machángara de la ciudad de Cuenca-Ecuador 2017, según el sexo.

4.- MARCO TEÓRICO.

4.1.- LA SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como, el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad.¹⁰

El mantenerse saludable es esencial para efectuar las actividades diarias, nuestro cuerpo se desempeña y funciona de acuerdo a su estado de salud, es por eso que el descuido, a corto, mediano o largo plazo en nada lo beneficia^{10, 36, 37}

La salud de los adultos mayores, establecen varios retos, debido a la necesidad de atención y el alto costo significativo que representa, con el avance de la edad, existe un aumento de las enfermedades físicas y mentales, a esto se agrega, los cambios biológicos, fisiológicos y sociales que crean algún deterioro en la salud del mismo.¹¹

El envejecimiento es un fenómeno irreversible poblacional y los avances en la geriatría, han llevado a la elaboración de tratamientos preventivos, los cuales consisten, en evitar que se o instale un daño, controlando la funcionalidad de sus órganos.^{12, 32}

4.1.a.- Descuido de la Salud

Las personas omiten su cuidado a la su salud, porque de acuerdo a su juicio y convencimiento creen que lo que hacen, está bien, confrontando sus creencias en contra a los parámetros que existen de salud. Alguien tal vez, puede saber que lo que hace no es lo correcto, pero no se detiene, ni cambia los malos hábitos.^{13, 24}

Si se tomaran en cuenta factores de riesgo, como el bajo índice de masa corporal al nacer de los niños, hipertensión, sexo sin protección, alcoholismo y falta de agua potable, la gente podría alargar su periodo de vida a un aproximado de cinco años más.⁵

El descuido de la salud se puede dar por: malos hábitos alimenticios, nula o poca actividad física, el sedentarismo, cualquier tipo exceso (trabajo, ejercicio, televisión, etc. El uso de drogas, tabaco y alcohol^{13, 17, 24}

La salud con el paso de los años, requiere de otros cuidados y de otros intereses, hay un número de personas que niegan el avance de sus años, y el deterioro de su salud,

estos están comprometidos a no atender sus padecimientos, sin tomar en cuenta las consecuencias físicas que se pueden acarrear.^{14, 33}

Los riesgos que pueden ocurrir en un adulto mayor que haya descuidado de su salud y no lleve un tratamiento indicado, pueden progresar en problemas graves, provocando deshidratación y desnutrición y a su vez afectar emocionalmente a la persona dando como resultado un posible estado de depresión.^{15, 24}

4.1.1.- SALUD ORAL

Un cuerpo saludable y una boca sana, se complementan. Una inadecuada salud bucodental puede ser desfavorable en el bienestar psicosocial y físico, desarrollándose patologías a nivel de la cavidad oral, que muchas de las veces se presentan en formas ocultas, siendo invisibles para la vista humana.^{10, 16, 23}

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS),” la salud bucodental se puede explicar como la falta de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal.”^{10, 17}

4.1.1.a.- Cambios Fisiológicos

El envejecimiento bucodental tiene un proceso de evolución lento y, en muchas ocasiones, actúa de manera desapercibida y difícil de observar. Con el proceso y avance de la edad es natural, observar cambios fisiológicos en la cavidad oral como el desgaste y oscurecimiento de las piezas dentales.^{18, 23}

En un paciente de edad avanzada se debe tomar en cuenta cinco aspectos fundamentales como son: salud mental, salud física, nivel socioeconómico, estado funcional y circunstancia del ambiente. En el proceso de envejecimiento las células del cuerpo sufren modificaciones y se menoscaban, provocando anomalías de la estructura y fisiología de los aparatos, órganos y sistema del cuerpo humano.^{17, 18, 23}

Factores de riesgo como algunas enfermedades, el consumo de medicamentos, estados socioculturales y económicos representan y conllevan a defectos y anomalías para la salud oral.¹⁸

Entre los cambios más característicos en las personas de edad avanza se puede señalar:

1. Atrofia debido a una modificación de la mucosa oral.
2. Atrofia en las glándulas salivares, debido a la poca o nula producción y secreción de las glándulas salivales
3. Cambios anatómicos en referencia a la forma, el tamaño y el color de la estructura de las piezas dentales, producidos por la ingesta y consumo de sustancias que contienen químicos y colorantes.
4. Falta de adherencia a nivel de los tejidos gingivales
5. En los tejidos de soporte, podemos encontrar, anquilosis del ligamento periodontal, así como, movilidad de las piezas dentales derivada de una enfermedad periodontal.
6. A nivel articular, se puede observar, una atrofia asociada a problemas masticatorios, debido a anormalidades degenerativas en los músculos periarticulares.
7. Otros cambios fisiológicos que se encuentran acompañando al proceso del envejecimiento son: el prognatismo, retracción mandibular, disminución de la dimensión vertical, labios hendidos, y macroglosia.¹⁹

4.1.2.- ENFERMEDADES BUCODENTALES

En las personas de edad avanzada el cuidado y atención oral, son muy usuales, debido a la alta incidencia y prevalencia de patologías y enfermedades bucodentales.²⁰ Aun con los conocimientos necesarios y actualizados sobre el proceso de envejecimiento, son los mismos adultos mayores y la sociedad en general, los que continúan aceptando el deterioro bucal y del aparato masticatorio como un proceso inevitable del envejecimiento.^{20, 21}

La interrelación entre la salud oral y la general, es particularmente estrecha en el adulto mayor, sin embargo, las barreras para obtener una buena salud bucal son considerables.^{21, 23}

4.1.2.a.- Cambios en los Dientes

El proceso de envejecimiento de la cavidad oral está acompañado de alteraciones en el color, la forma, y especialmente existen modificaciones en sus estructuras dentarias, como la atrición, abrasión, erosión y desgaste, dando como consecuencia, un adelgazamiento de las capas del esmalte, exponiendo la dentina y aparentando un aspecto amarillento del diente.^{22, 24}

4.1.2.b.- Cambios en la Mucosa bucal y el Periodonto

Aunque no se ha certificado alteraciones morfológicas en las células epiteliales relacionados con el proceso del envejecimiento de la cavidad oral, en la mayoría de los casos, la mucosa se vuelve seca y más delgada, histológicamente retribuye con el ajuste de las estructuras epiteliales y la reducción en la queratinización.^{19, 23}

Con la edad, es posible que se reduzca la homeostasis del desarrollo de las células epiteliales y que ocurra una mayor variación en la calidad de los tejidos. La recesión gingival tiende a aumentar y aunque se invocan factores predisponentes como los traumatismos del cepillado, su mecanismo de producción no está claro.²⁴

4.1.2.c.- Cambios Óseos

La evaluación ósea de las persona en edades comprendidas entre los 35 y 70 años sin predisposición en el sexo, ha demostrado que se vuelven más frágiles. Microscópicamente existen cambios en la matriz ósea y en la composición química las cuales afectan la vitalidad y resistencia del hueso, provocando un incremento en la pérdida de piezas dentarias y la reabsorción del reborde alveolar.²⁴

El envejecimiento del hueso alveolar, por lo general se presenta como, una atrofia ósea generalizada, la cual va a depender mucho de la pérdida del diente, y más aún si se trata de varios dientes, pues este hecho va a producir que se presente una disminución ósea más generalizada y a mayor velocidad.²⁴

4.1.2.d.- Cambios relacionados con las Glándulas Salivales

Científicamente se ha podido comprobar que en las personas mayores de edad existe un descenso en la elaboración del producto salivar, a su vez, modificaciones en proteínas antimicrobianas.^{23, 25}

Una de las principales proteínas salivales como son las histatinas, cumplen con la acción antifúngica, pero en el proceso de envejecimiento, estas se encuentran deprimidas.²⁵ En cuanto a las glándulas submandibulares, están reducidas en un 40%, sus células pancreáticas; las glándulas parótidas y labiales sufren de cambios morfológicos.^{24, 26}

Es frecuente en los adultos mayores la presencia de xerostomía, lo que provoca la pérdida del gusto y provoca dificultades al tragar, aunque estos problemas no deben considerarse sólo como una dificultad del envejecimiento, debido a que existen otros factores, como el exceso de medicaciones, que pueden provocar una disminución del flujo salival.²⁶

El flujo salival efectivo y la deglución resultan mecanismos protectores importantes contra los patógenos de la cavidad bucal y en el paciente anciano pueden existir dificultades.^{25, 26}

4.1.1.1.- NEGLIGENCIA EN EL CUIDADO DENTAL

Las alteraciones y patologías bucodentales provocan trastornos no solo a nivel de la cavidad oral, sino a su vez, dejan su huella en las diferentes zonas del organismo, por debe existir el interés y la calidad en la eliminación de bacterias y gérmenes, con adecuado y preciso cuidado oral.²⁷ El apropiado cuidado bucal puede prevenir, enfermedades y problemas en la salud de las personas además, de poder destacar una saludable y hermosa sonrisa.^{28, 30, 37-40}

El conocimiento y la toma de conciencia de la asociación entre salud bucodental y salud general son factores importantes para un enfoque holístico de cuidados así como la colaboración entre profesionales de la salud y profesionales del campo bucodental.^{29,30}

La negligencia dental se puede definir como las consecuencias nocivas que pueden afectar a la salud oral debido al comportamiento y actitudes de la persona, a su vez, se

la puede definir como el fracaso para satisfacer el interés odontológico para el sustento de la salud oral.^{30, 38-49}

La inadecuada salud bucal, está relacionada con una actitud negligente por parte de la persona, provocando alteraciones negativas en su estética y funcionamiento en general del sistema estomatognático. La negligencia dental tiene un origen étnico, cultural, religioso y educativo y es más frecuente en personas con analfabetismo y las pertenecientes a la clase socioeconómica baja.^{30, 38}

Una actitud negligente en el cuidado dental trae consigo la presencia y evolución de caries dental, trastornos periodontales y más patologías e irregularidades orales, que si no son tratadas, puede acarrear dolor, desarrollar infecciones y la pérdida de funciones, afectando drásticamente en la educación, alimentación, la comunicación y demás actividades y funciones necesarias para el desarrollo normal del individuo.^{26, 30}

La atención oral debe centrarse en el alivio del dolor y de sus otros signos y síntomas, seguidos por la rehabilitación adecuada de la fisiología y estética dental. Las siguientes recomendaciones se mencionan para evitar la negligencia en el cuidado dental: plantear y resolver inquietudes de los padres o cuidadores, explicar los cambios que deben efectuarse, proponer ayuda, llevar registros, mantener comunicación e inspeccionar el progreso.^{30, 47}

Para evitar la negligencia dental es necesario inculcar la educación sobre salud oral, en el pensum estudiantil, explicando a los jóvenes, sobre las enfermedades bucodentales que se pueden desarrollar, si no se toman las precauciones debidas, desde la infancia.³⁰

4.1.1.1.a.- Clasificación de la negligencia

Negligencia activa: Incumplimiento intencional de los padres o tutores para cumplir con sus responsabilidades de cuidado.³⁰

Negligencia pasiva: Incumplimiento involuntario de los padres o tutores para cumplir con su responsabilidad, conocimiento, enfermedad, debilidad, finanzas o la falta de conocimiento del apoyo comunitario disponible.³⁰

Negligencia al autocuidado dental: Incapacidad de la persona para saciar sus necesidades dentales debido a una discapacidad física, mental o de desarrollo o cualquier combinación de éstas.³⁰

4.1.1.1.b.- Escala para medir la negligencia (DNS)

El método utilizado es una escala para medir la negligencia, la cual evalúa la salud oral, la calidad de vida del paciente relacionada con la cavidad bucal.^{26, 30, 47}

Uno de los instrumentos que se utiliza para medir, la negligencia a nivel dental es la encuesta denominada "La Escala Dental de Negligencia (DNS)", que evalúa la preocupación y atención de la persona por cuidar sus dientes.³⁰

El cuestionario DNS, contiene las siguientes preguntas:

1. ¿Mantengo mi cuidado dental en el hogar?
2. ¿Recibo el cuidado dental que debo?
3. ¿Necesito el cuidado dental, pero lo pospongo?
4. ¿Me cepillo los dientes tan bien como debería?
5. ¿Me controlo de comer entre comidas?
6. ¿Considero mi salud dental importante?

Se evaluará la negligencia dental en base a las respuestas personales obtenidas del cuestionario DSN, y se calificarán mediante la escala de Likert que va desde uno ("definitivamente no") a cinco ("definitivamente sí").³⁰

4.1.1.1.1.- LA OCUPACIÓN

La ocupación es una entidad en la vida de las personas en donde se necesita y utiliza, un conocimiento especulativo junto a un saber elaborar.^{8, 31,}

El puro saber y el puro hacer no establecen el puro conocimiento. Para el conocimiento es necesario la complementación del hacer y del saber. El conocimiento formal es aquel que dominan y aplican "los profesionales". La sociedad define a este grupo de personas como los poseedores del conocimiento formal obtenido en universidades y este conocimiento se encuentra en permanente renovación dada por la investigación.^{31, 32}

La actividad laboral y el envejecimiento se encuentran relacionadas y esto se evidencia durante el último siglo donde la probabilidad del aumento de vida ha llevado a la población a extender la edad para trabajar, dando como resultado un aumento de los porcentajes y llevando a tener una relación directamente proporcional entre las variables antes mencionadas, este fenómeno se logra ver a mayor proporción cuando los sistemas de protección social no aseguran la subsistencia de los asegurados.^{9, 32}

Esta realidad lleva a la necesidad de profundizar el conocimiento que conlleva a este fenómeno, para lograr determinar aquellos aspectos que lleva a los adultos mayores a mantenerse en la vida laboral, al igual que identificar la clase social en la que se encuentra la población de estudio.^{32, 36}

Según estudios realizados, únicamente el 13,6% de las personas adultas mayores cuentan con una ocupación adecuada según su edad y sexo (Encuesta ENEMDU).³³

Según el Ministerio de inclusión económica y social el 82,9 %de los adultos mayores es decir de 65 años en adelante emplean su tiempo en realizar tareas manuales, esto debido a que el nivel educacional de los mismos es bajo y el 6,7 % restante ocupan cargos como funcionarios públicos, personal administrativo, profesionales o técnicos.³³

Según el instituto Nacional de estadísticas y censos en Ecuador existió un aumento de la ocupación laboral en las zonas urbanas del 49,9% en 2011 y con respecto al año anterior este indicador creció en 45,6. En los centros urbanos hay 4,4 millones de personas en el rango de edad para considerarlas económicamente activas, de los cuales unos 2,2 millones de ecuatorianos tienen una ocupación plena o, lo que es igual, un trabajo fijo.^{33, 34} **(Anexo 1, Anexo 2)**

4.1.1.1.1.a.- Clasificación de la Ocupación según el INEC

- GRUPO 1: DIRECTORES Y GERENTES

Este grupo forman parte los políticos, cuyas funciones se basan en definir y formular las leyes y reglamentos del gobierno nacional.³⁵

- GRUPO 2: PROFESIONALES CIENTÍFICOS E INTELECTUALES

En este grupo, se encuentran las ocupaciones, cuyas funciones necesitan para su cargo, los conocimientos necesarios de alto nivel y experiencia en materia de ciencias físicas y biológicas o ciencias sociales, de informática y humanas.³⁵

- GRUPO 3: TÉCNICOS Y PROFESIONALES DE NIVEL MEDIO

Este grupo forman parte aquellas ocupaciones, que, para su cargo necesiten conocimientos técnicos y pericia de algunas especialidades de las ciencias físicas y biológicas o de las ciencias sociales y las humanas.³⁵

- GRUPO 4: PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO

En este grupo, encontramos las ocupaciones que requieren para su cargo los conocimientos y la experiencia necesarios para ordenar, almacenar y encontrar información.³⁵

- GRUPO 5: TRABAJADORES DE LOS SERVICIOS Y VENDEDORES DE COMERCIOS Y MERCADOS

Este grupo forman parte las ocupaciones cuyas funciones para su cargo, necesitan los conocimientos y la experiencia necesarios para la venta de mercancías en un comercio o en mercados.³⁵

- GRUPO 6: AGRICULTORES Y TRABAJADORES CALIFICADOS AGROPECUARIOS, FORESTALES Y PESQUEROS

En este grupo encontramos las ocupaciones, cuyas tareas necesitan, conocimientos y experiencia, para la obtención de productos agrícolas, silvicultura y la pesca.³⁵

- GRUPO 7: OFICIALES, OPERARIOS Y ARTESANOS DE ARTES MECÁNICAS Y DE OTROS OFICIOS

En este grupo están las ocupaciones, cuyas tareas principales requieren conocimientos y experiencia para realizar oficios de artesanía y artes mecánicas, además, exige la capacidad y adiestramiento para utilizar máquinas y herramientas y

un conocimiento de cada una de las etapas de la producción, de la naturaleza y las aplicaciones de los productos fabricados.³⁵

- GRUPO 8: OPERADORES DE INSTALACIONES Y MÁQUINAS Y ENSAMBLADORES

Este grupo forman parte las ocupaciones, que para su ejecución requieren conocimientos y experiencia necesarios para atender y vigilar el funcionamiento de máquinas e instalaciones industriales de gran tamaño y a menudo automatizadas.³⁵

- GRUPO 9: OCUPACIONES ELEMENTALES

Este gran grupo comprende las ocupaciones para cuyo desempeño se requieren los conocimientos y la experiencia necesarios para cumplir funciones generalmente sencillas y rutinarias realizadas con la ayuda de herramientas manuales, y para las cuales se requiere a veces un esfuerzo físico considerable y salvo raras excepciones, escasa iniciativa o capacidad de juicio.³⁵

- GRUPO 0: OCUPACIONES MILITARES

Las integran los miembros permanentes del ejército, la marina, la aeronáutica u otras ramas o servicios así como las personas reclutadas por conscripción.³⁵ **(Anexo 3)**

4.1.1.1.1.- La Ocupación y la Salud en los adultos mayores

Se ha evidenciado en varios estudios que la ocupación, tiene una relevancia importante en el tema de la salud, tanto física, como mental de los adultos mayores. Además de ofrecer bienestar en la salud, la ocupación ha demostrado ser un factor, en el cual, las personas adultas mayores que se encuentran laborando producen menor gasto en motivos de salud en comparación a las personas no ocupadas, creando un bienestar económico a la vez.³⁶

Se puede decir que en la ocupación existen dos antecedentes: el procedimiento y el contenido. El procedimiento de la ocupación, busca el confort mental y físico del individuo, mientras que el contenido, son las funciones y actividades que entretienen al adulto mayor.³⁶

La ocupación provee al adulto mayor una mejor estructura en su estilo de vida, ya que, las actividades que ejerce, las realiza para ocasión definida, con un deseo determinado, dando como resultado la relación del ser humano con su entorno.³⁷

A la persona mayor se le debe explicar la importancia que tiene la ocupación para conseguir y mantener una vida estable y saludable. Y es que el vigor de mantenerse ocupado más la actividad diaria transforma la idea de vida. Gracias a esta idea, las personas mayores, tendrán un cambio positivo, con un ciclo de vida valorado y lleno de esperanza, desistiendo de esa negativa imagen del envejecimiento. Además, la ocupación para el adulto mayor permite capacidad del autocuidado y auto-mantenimiento, y algo muy importante, permiten que el individuo conforme de la participación social.³⁶

Desde un punto de vista médico, la ocupación puede ser empleada como tratamiento terapéutico para las personas adultas mayores, ya que, promueve el restablecimiento y desarrollo de las habilidades, destrezas y talentos, además de que produce efectos somáticos y mentales en el individuo.³⁶

4.2.- ANTECEDENTES

Obra: El impacto de la negligencia dental en la salud oral: un estudio poblacional en Hong Kong³⁸

Autor: McGrath C, See-King A, King D and Hok J

Resultados: Se investigó a 800 adultos en Hong Kong, Entrevista telefónica que incorpora la escala de negligencia dental, evaluación de la salud oral reportada por usted, incluyendo una medida de calidad de vida relacionada con la salud bucal. La negligencia dental está muy extendida en Hong Kong, en particular el abandono del cuidado dental profesional. Las disparidades sociodemográficas en el abandono dental eran evidentes.

Obra: Un estudio epidemiológico basado en la escuela sobre el abandono dental entre adolescentes en una zona desfavorecida del Reino Unido.³⁹

Autor: Sarri G, Evans P, Stansfeld S y Marcenés W

Resultados: La negligencia dental se evaluó en relación con la DPN (medida por referencia a la experiencia de condiciones dentales y / o dolor dental) y DTN (medido

por referencia a la experiencia de al menos una condición dental no tratada y / o dolor dental). Las condiciones dentales incluyeron caries dental y lesiones dentales traumáticas. La proporción de adolescentes con negligencia dental (DPN o DTN) fue significativa. Los adolescentes refugiados y cuidan de los niños pueden estar más expuestos al riesgo de negligencia dental.

Obra: Evaluación del papel del comportamiento dental en las desigualdades en salud bucal.⁴⁰

Autor: Sanders A, Spencer A, Slade G

Resultados:, El objetivo de este estudio fue describir las diferencias en la asistencia dental y el comportamiento de autocuidado dental entre grupos socioeconómicos e investigar en qué medida el gradiente socioeconómico en la salud bucal se explicó por estos comportamientos, Se utilizaron datos de una muestra representativa de adultos en Australia, encuestados por entrevista telefónica y por cuestionario autocompletado. La opinión comúnmente sostenida que la mala salud oral de la gente pobre se explica por negligencia personal no fue apoyada en este estudio

Obra: Valoración de la credibilidad y validez de la escala de negligencia dental en adultos en Noruega.⁴¹

Autor: Skaret E, Astrom, A, Haugejorden O, Klock K, Trovik T

Resultados: Se analizó un cuestionario con datos socio-demográficos, variables de actitud de salud oral, uso de servicio auto-reportado y una versión traducida del DNS original en dos muestras: 1) una muestra de conveniencia de los empleados de la Universidad (n = 263) y 2) una muestra aleatoria proporcional (n = 2000), Los análisis indicaron validez de constructo para la Escala de Negación Dental pero baja confiabilidad para algunos de sus ítems. Una quinta parte de esta muestra representativa de adultos noruegos reportó un alto nivel de negligencia dental

Obra: Estado de salud oral y necesidades de tratamiento oral de los dependientes.⁴²

Autor: Carter G

Resultados: Objetivo Describir la salud general, el estado de salud bucal y las necesidades de tratamiento de adultos dependientes que viven en casas de reposo en Christchurch, se realizó el estudio en 210 residentes de grado 3 de siete

establecimientos de cuidado seleccionados al azar, fueron examinados para ver el estado dental de la dentadura postiza, caries, enfermedad periodontal, y limpieza oral. La edad varió de 65 a 103 con una edad promedio de 84,6 años. Concluyendo que los ancianos están reteniendo sus dientes naturales, pero la salud de los dientes no ha mejorado y la mayoría de las personas mayores no reciben evaluaciones o cuidados dentales.

Obra: Negligencia y salud bucal.⁴³

Autor: Barbosa Caroline

Resultados: Fue un estudio cuantitativo realizado en dos momentos diferentes. En primer lugar, los niños fueron sometidos a exámenes orales y la inspección física. Luego, se realizó una entrevista semi estructurada con padres de niños con baja tasa de caries.

Existiendo relación entre la experiencia de la caries y la percepción de la salud oral de los niños por parte de los cuidadores, Así como entre la experiencia de la caries y el acceso de los niños al cuidado dental. Existe una tendencia hacia la asociación entre la experiencia de caries y los factores de riesgo sugestivos de abandono.

Obra: Negligencia Dental y Escalas de Indiferencia Dental comparadas.²⁷

Autor: Jamieson LM, Thomson WM

Resultados: Una muestra aleatoria de 600 se envió a los residentes en el Sur de Dunedin un cuestionario de auto-reporte que contiene la escala Dental Neglect y la escala Dental Indifference. Y se recolectaron datos de uso de servicios dentales. El grado de concordancia entre las escalas de negligencia dental y indiferencia dental no era tan alta como W.M. Thomson, sugiere que las escalas pueden medir diferentes constructos. Sin embargo, las asociaciones en gran medida son similares con importantes problemas de salud bucal y fisiopatológicos.

Obra: Negligencia dental que afecta el estado de salud bucal en la India.⁴⁴

Autor: Mathur A, Mathur A, Aggarwal V

Resultado: Se investigó en 800 niños la asociación entre estatus de caries dental y negligencia dental con el análisis DMFS, La escala de negligencia dental puede tener utilidad en la predicción y la comprensión de la variación en la salud dental, y para proporcionar educación para promover la salud dental.

Obra: La negligencia dental entre los niños en Chennai.⁴⁵

Autor: Gurunathan D, Shanmugaavel AK

Resultados: Se observó una puntuación significativamente mayor en el abandono dental entre los padres que residen en el área suburbana ($P < 0,001$), cuya calificación educativa fue secundaria ($P < 0,001$) y que no ha recurrido a ningún servicio dental por más de 3 años ($p = 0,001$). En el grupo de mayor abandono dental se observó una puntuación más alta de la DMFT ($P = 0,003$), deficiente ($P = 0 < 0,001$), pufa ($P = 0,011$) y índice de desecho ($P = 0,002$).habían pagado por su propio cuidado dental, aunque más de los jóvenes y los del grupo ocupacional más bajo habían recibido asistencia estatal.

Obra: Agenda de igualdad para adultos mayores 2012-2013.³³

Autor: Ministerio de inclusión Económica y Social

Resultados: El envejecimiento es un proceso que no sólo afecta a las personas, sino que también ocurre en las poblaciones, y es lo que se llama el envejecimiento demográfico. Se produce por el aumento en la importancia relativa del grupo de adultos mayores y la disminución en la importancia porcentual de los menores, como consecuencia de la caída de la natalidad. Este proceso de cambio en el balance entre generaciones está ocurriendo en América Latina y en Ecuador de una manera mucho más rápida que la ocurrida en países desarrollados. Latinoamérica debe enfrentar los retos de este proceso con menos recursos y más premura de la que tuvieron los países ricos

Obra: Mujeres y hombres del Ecuador en cifras III.³⁴

Autor: Ferreira Cynthia; García Karina; Macías Leandra; Pérez Alba; Tomsich Carlos

Resultados: La Constitución de la República del Ecuador en el Artículo 11 reconoce el Principio de Igualdad y no Discriminación el cual establece que "Todas las personas

son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades”; por lo tanto el Estado adoptará medidas de acción afirmativa que promuevan la igualdad real en favor de los titulares de derechos que se encuentren en situación de desigualdad.

Obra: La Negligencia dental como una auditoria conductual de la salud bucal, una revisión sistemática de la literatura.⁴⁶

Autor: Kumar Amit, Manjunath Puranik, Sowmya KR

Resultados: La salud oral está determinada en gran medida por los factores socio conductuales. El propósito de El presente estudio fue para investigar la relación entre negligencia dental y socio-demográfica variables y para evaluar si la evaluación de negligencia dental se debe considerar como una auditoría conductual salud utilizando un enfoque de revisión sistemática

Obra: Salud dental, negligencia dental y uso de servicios en una muestra de población adulta en Dunedin⁴⁷

Autor: Jamieson LM, Thomson WM

Resultados: Se han producido cambios sociales y económicos considerables desde la última encuesta nacional de salud oral de Nueva Zelanda hace más de 13 años. Los efectos de esos cambios en la salud oral de los adultos y el uso de los servicios dentales siguen siendo en gran parte desconocidos. Los objetivos de este estudio fueron examinar la salud oral autorreportada y el uso de servicios dentales en una muestra de población de Dunedin en adultos, y examinar sus asociaciones con la negligencia dental utilizando una escala establecida. Una encuesta descriptiva de una muestra aleatoria de 600 residentes en el Electorado Dunedin Sur dio como resultado una tasa de respuesta del 78.2 por ciento (14 cuestionarios fueron devueltos "dirección desconocida").

Obra: Negligencia dental y salud dental entre los jóvenes de 26 años en Dunedin.⁴⁸

Autor: Thomson WM, David Locker.

Resultados: Plantea el objetivo de Probar una modificación de un artículo de seis ítems previamente reportado Dental y examinar su asociación con la salud dental y el

uso del servicio entre los adultos jóvenes, De los 980 participantes de 26 años en el Dunedin, Estudio Multidisciplinario de Salud y Desarrollo, 973 completaron la escala y 930 se sometieron a un examen dental. El análisis factorial mostró Que cinco de los seis elementos originales cargados en la escala, y las respuestas a esos Los ítems se sumaron para dar una puntuación de escala de negligencia dental para cada participante.

Obra: Descuido dental entre adolescentes universitarios en Virajpet, India⁴⁹

Autor: Sunil Lingaraj Ajagannavar, Peter Simon Sequeira, Jithesh Jain,

Resultados: Seiscientos adolescentes completaron satisfactoriamente el cuestionario DN. De estos, más de la mitad de los participantes del estudio (58.5%) eran mujeres. Su edad promedio fue 16.33 (desviación estándar = 0.63 rango = 15-18). Más de tres cuartos (76%) del ingreso familiar del participante (por año) fue de 1-2 lakhs. Más de la mitad (56.8%) de los adolescentes se habían sometido a un chequeo dental en los últimos 3 años y muchos de ellos (67.5%) no visitaron al dentista durante el tiempo de estudio.

5.- HIPÓTESIS

La ocupación influye directamente en la negligencia en el cuidado dental en las personas de 65 a 79 años en la parroquia Machángara de la ciudad de Cuenca-Ecuador 2017.

CAPÍTULO II:
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1.- MARCO METODOLÓGICO

Enfoque: Cuantitativo⁵⁰

Diseño de la Investigación: Caso Control⁵¹

Nivel de Investigación: Relacional⁵¹

Tipo de Investigación:

- **Por ámbito:** de Campo
- **Por la Técnica:** Comunicacional
- **Por la temporalidad:** Retrospectivo⁵¹

2.- POBLACIÓN Y MUESTRA

En la parroquia Machángara de la ciudad de Cuenca- Ecuador según estadísticas del INEC en el año 2010, se obtuvo una población de 848 personas dentro del rango de 65 a 79 años que representa el 25% del total de la población adulta en esta parroquia. Para el muestreo de este estudio, se determinó por conveniencia 25 casos y 25 controles encontrados en 262 fichas encuestadas⁵² a este grupo etario. (**Anexo 4**)

2.1.- Criterios de Selección: Para la formalización de la población se tuvo en cuenta los siguientes criterios de selección

2.1.a. Criterios de Inclusión: Se incluyeron en el presente estudio, las fichas completas y sin errores del cuestionario Barreras para el acceso al servicio Odontológico, específicamente el cuestionario de negligencia dental de Thomson, aplicado a las personas adultas mayores, dispuestas a realizar la encuesta de la parroquia Machángara en el rango de edad de 65 a 79 años,

2.1.b. Criterios de Exclusión: Se excluyeron del estudio personas con ocupación de médicos y odontólogos, además personas con discapacidades especiales.

Tamaño de la muestra: El muestreo se calculó por medio de conveniencia, y se obtuvo 25 casos y 25 controles de 262 fichas encuestadas⁵² a personas mayores de 65 a 79 años en la parroquia Machángara de la ciudad de Cuenca-Ecuador.

3.- OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA
Negligencia	Consecuencias nocivas que pueden afectar a la salud oral así, como el fracaso para satisfacer el interés odontológico para el sustento de la salud oral.	Cuestionario DNS	Con Negligencia Sin Negligencia	Cualitativa Ordinal	Nominal
Ocupación	Entidad que sintetiza un saber especulativo vinculado a los hechos del mundo a través de un saber hacer	Cuestionario Barreras para el acceso al servicio odontológico	0: Ocupaciones Militares 1: Directores y Gerentes 2: Profesionales Científicos e Intelectuales 3: Técnicos y Profesionales del Medio 4: Personal de Apoyo Administrativo 5: Trabajadores de los servicios y vendedores de Comercios 6: Agricultores y Trabajadores calificados Agropecuarios, Forestales y Pesqueros 7: Oficiales, Operarios, y artesanos de Artes Mecánicas y de otros Oficios 8: Operadores de instalaciones y Máquinas y Ensambladores 9: Ocupaciones Elementales	Cualitativa Nominal	Nominal

Edad	Tiempo transcurrido de un individuo, desde el momento del nacimiento.	Cuestionario Barreras para el acceso al servicio odontológico	Adultos mayores en el rango de edad de: 65-79 años	Cuantitativa	Escala de Razón
Sexo	Características genotípicas de la persona	Cuestionario Barreras para el acceso al servicio odontológico	Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal

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

4.1.- Instrumentos Documentales: Se utilizó el cuestionario, Barreras para el acceso al servicio Odontológico (**Anexo 5**), específicamente el cuestionario de Escala de negligencia dental (DNS) de Thomson, (**Anexo 6**), que consta de tres partes: la primera datos generales del paciente (nombre-edad-sexo), la segunda datos de la escala numeral de negligencia al cuidado dental, y por último el consentimiento informado, además para registrar los datos de las fichas, se utilizó el programa de libre acceso EPI INFO ver 7.2.

4.2.- Instrumentos Mecánicos: Para la toma de datos se utilizó un tablero de plástico, y una computadora de escritorio, procesador Corei5.

4.3.- Materiales

Se utilizaron materiales de escritorio: papel, esferos, etc.

4.4.- Recursos

Para llevar a cabo el estudio se necesitaron recursos institucionales (UCACUE), recursos humanos (Examinadores y Tutores) y recursos financieros (autofinanciados)

5.- PROCEDIMIENTO PARA TOMA DE DATOS

5.1.- Ubicación espacial. Se realizaron las encuestas en la parroquia Machángara de la ciudad de Cuenca-Ecuador ubicada: partiendo del Río Machángara con el Límite Urbano, continúa en dirección sur-este, hasta la unión de los Ríos Cuenca y Machángara; en dirección sur-oeste hasta el cruce la Quebrada de Milchichig; desde este punto, aguas arriba por la Quebrada de Milchichig, hasta el cruce con la carretera Panamericana Norte.

5.2.- Ubicación Temporal. La toma de datos se realizó en el mes de junio del año 2017 en la parroquia Machángara de la ciudad de Cuenca-Ecuador, recolectando

datos de los cuestionarios que reflejan la situación de negligencia al cuidado dental en personas adultas mayores de 65 a 79 años de edad.

5.3.- Procedimiento de la toma de datos

Para el registro de los datos, se tomó en cuenta las encuestas realizadas (Barreras para el acceso al servicio Odontológico, específicamente la encuesta DNS de Thomson), las cuales fueron ingresadas a una base de datos en el programa de libre acceso EPI INFO ver 7.2. , las cuales reflejan información esencial que fue registrada con las siguientes características:

El estudio buscó describir cualitativamente la relación existente entre la ocupación y la negligencia al cuidado dental, de personas mayores entre las edades de 65 a 79 años pertenecientes a la parroquia Machángara de la ciudad de Cuenca-Ecuador.

Primero se localizó la parroquia Machángara de la ciudad de Cuenca en la aplicación de Google Maps, después de coordinar las fechas para la toma de datos, se realizó la encuesta puerta a puerta a cada persona entre las edades de 65 a 79 años de edad, en el horario de 14h00 a 17h00, esta encuesta puede ser auto asistido o de manera personal, explicándole cada una de las preguntas, el número de personas a encuestadas fueron 262 personas, las encuestas iniciaron con un saludo cordial, y la solicitud para la obtención de datos personales (Nombres, Apellidos, Edad, Nivel de Instrucción, Ocupación, Nivel de Ingreso Económico) a su vez la aprobación de la realización de la encuesta, firmando el consentimiento informado ubicado en la parte inferior de la encuesta.

5.3.a. Método de examen utilizado por los examinadores

Las 262 fichas originales del Cuestionario de Barreras para el acceso Odontológico, de la parroquia Machángara de la ciudad de Cuenca-Ecuador 2017, reposan en los archivos del departamento de investigación de la UCACUE.

La encuesta constó de 6 preguntas, cuyas respuestas fueron valoradas en una escala numeral en la cual se mantenían números del 1 al 5 y de acuerdo al resultado se determinó si la persona era o no negligente. Si el valor final de todas las respuestas arrojaba un valor menor a 11, la persona no era negligente, caso contrario, si valor era 11 o mayor a este la persona presentaba negligencia en su cuidado dental.

6.- PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

Se ejecutó el análisis de la muestra mediante la determinación de frecuencias y porcentajes en relación a la edad, sexo y la negligencia al cuidado dental

Para analizar los datos de la escala DNS de Thomson se invirtió los valores de las respuestas en las preguntas 1, 2, 4 y 5 en el programa Microsoft Excel 2010; En donde se convirtió en el valor 5 en 9, el valor 4 en 8, el valor 3 se mantuvo, el valor 2 en 4, el valor de 1 en 5, el valor 8 en 2 y por último el valor 9 en 1. Si el resultado fue un valor menor a 11 la persona encuestada no presentaba negligencia al cuidado dental, caso contrario, si el valor es 11 o mayor a 11, la persona encuestada, presentaba negligencia al cuidado dental.

Para determinar los datos de la variable ocupación, se clasificó a las ocupaciones en 2 grupos los cuales fueron: Expuestos, conformada por las ocupaciones 5, 7 y 9, las cuales son profesiones en las que las personas no llegaron a un nivel de educación superior y representan un factor de exposición, y el grupo de No Expuestos conformadas por las ocupaciones 0, 1, 2, 3, 4, 6, 7,8

Para determinar la relación entre la ocupación y la negligencia al cuidado dental se calculó mediante Odds Ratio (medida estadística que permite la comparación entre grupos humanos que presentan condiciones de vida similares, con la diferencia de que unos se encuentran expuestos a un factor de riesgo, mientras que el otro carece de esta característica) en personas mayores de 65 a 79 años de edad en la parroquia Machángara de la ciudad de Cuenca-Ecuador

FÓRMULA:

	Casos	Controles
Expuestos	a	b
No expuestos	c	d

Entonces: $(a*d)/(b*c)$

7.- ASPECTOS BIOÉTICOS

Al final de la encuesta se encuentra un pequeño consentimiento informado, en donde la persona encuestada, al firmar, confirma el haber realizado dicha encuesta sin ninguna obligación y con toda la voluntad posible, siempre respetando su autonomía.

La investigación por tratarse de una encuesta no es invasiva, no vulnera los derechos de los encuestados, y por ultimo sus datos personales solo serán utilizados para esta investigación.

CAPÍTULO III:
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

RESULTADOS:

El presente estudio fue realizado con los datos epidemiológicos de las encuestas de la Parroquia Machángara, que constan en el archivo del departamento de investigación de la carrera de Odontología de la UCACUE, mostrando los siguientes resultados:

Tabla N°1. Distribución de la muestra de acuerdo a sexo

	CON NEGLIGENCIA	SIN NEGLIGENCIA
Femenino	13	13
Masculino	12	12
TOTAL	25	25

Interpretación: La tabla evidencia la distribución de la muestra de acuerdo al sexo de las personas mayores de 65 años, en donde, las mujeres representan una ligera variante con respecto al sexo masculino.

Tabla N°2. Demostración de la muestra de acuerdo a edad

	CON NEGLIGENCIA	SIN NEGLIGENCIA
65	3	3
66	1	1
67	5	5
68	1	1
72	1	1
73	2	2
75	5	5
76	1	1
77	1	1
79	5	5
TOTAL	25	25

Interpretación: Se puede evidenciar en la tabla la distribución de la muestra según la edad, debido al tipo de estudio, caso-control existe un valor similar entre personas que presentan la enfermedad y las que no, además, se evidencia un mayor número de casos y controles en las edades 67, 75 y 79.

Tabla N°3. Relación Entre Ocupación y Negligencia al cuidado dental

	Con Negligencia	Sin Negligencia
Si se exponen	11	23
No se exponen	14	2
TOTAL	25	25

OR: 0.068 IC 95%(0.01-0.35)

Interpretación: La relación persistente entre ocupación y negligencia al cuidado dental, tuvo un valor de Odds Ratio de 0.068, que determinó que la ocupación es un factor de protección a la enfermedad. (En el grupo de las ocupaciones que se exponen están las ocupaciones de Comerciantes, Artesanos y Ocupaciones Elementales, mientras que las que no se exponen, encontramos las demás ocupaciones descritas anteriormente. **(Anexo 3)**)

1. DISCUSIÓN

El total de la población encuestada fue de 262 personas, sin embargo, al ser un estudio tipo caso-control se determinó una muestra total de 50 personas, distribuidas en 25 casos y 25 controles, esto difiere de los diferentes estudios reportados los cuales son de tipo descriptivo razón por la cual los tamaños muestrales difieren ampliamente, esto se puede observar en lo citado por Jamieson L y Thomson W²⁷ quienes analizaron una muestra total de 478 persona, Skaret.⁴¹ E en Noruega, realizó dos tipos de muestreo, el primero por conveniencia, 263 personas, y el segundo muestreo estratificado aleatorio de 2000 personas, dentro de las edades de 16 a 79 años de edad, en otro de los trabajos de Jamieson L, junto a la colaboración de Thomson W,⁴⁷ en Nueva Zelanda utilizaron un muestreo aleatorio de un estudio descriptivo consiguiendo 600 personas, de las cuales 458 personas respondieron la encuesta, El trabajo realizado por McGrath³⁷ y Cols en el año de 2007 consiguieron un muestreo de 800 personas adultas en un estudio descriptivo transversal.

Existen pocos estudios que mencionan la relación entre la ocupación y la negligencia al cuidado dental. Los resultados de estudio con relación a ocupación demostraron, el 32% de adultos mayores con ocupación alta (sin exposición), en relación al 68% que representan las personas con una ocupación menor (con exposición), resultados que se pueden comparar con el estudio de Skaret. E⁴¹, quien dividió a la ocupación en 2 grupos, empleados representados por el 92.2%, y un grupo de desempleados con un 3.8%, mientras, Jamieson L, junto con Thomson W⁴⁷ quienes realizaron su estudio en Nueva Zelanda en el año 2002, tomaron a la ocupación como una variable sociodemográfica y la dividieron en 3 categorías que son alta media y baja.

Se realizó el análisis de las diferentes variables que podrían representar un factor de riesgo para la negligencia al cuidado dental, de acuerdo al sexo, las mujeres presentaba una ligera mayoría, en cuanto al sexo masculino, datos que divergen con los estudios de Skaret E⁴¹, Ajagannanavar SL⁴⁹ y Thomson WM⁴⁸, que manifiestan que el sexo masculino son más negligentes que el sexo femenino, ya que las mujeres generalmente están más preocupadas por su cuerpo. De acuerdo a la variable de la edad, este estudio determinó que las personas mayores de 65 años presentan negligencia en su cuidado dental, datos que se asemejan al trabajo de Mcgrath³⁷, que menciona que la edad es un factor que se puede relacionar para la negligencia al

cuidado dental, ya que grupos de personas de edades avanzadas (24 a 65 años), tenían puntajes más altos de negligencia que otros grupos de edad.

La relación entre la ocupación y negligencia al cuidado dental, determino que el grupo que presentaron empleo tipo bajo (expuestos) se consideraba como un factor de protección para la negligencia al cuidado dental, en adultos mayores de 65 años, este dato no es comparable con otros estudios, dado por el tipo de estudio, sin embargo, Skaret E⁴¹ y Jamieson L⁴⁷, en sus trabajos manifiestan a la ocupación como una característica sociodemográfica que influye sobre la negligencia al cuidado dental.

Este trabajo realizado con un estudio de tipo correlacional presenta un muestreo de menor cantidad que puede presentar un trabajo de tipo descriptivo, además existió la dificultad para conseguir una población mucho mayor y así aumentar el tamaño de muestra, debido a que gran cantidad de las personas mayores de 65 años de edad en el área Urbana, se negaban a colaborar con este estudio y presentaban dificultades para la realización de la encuesta.

2. CONCLUSIONES

La ocupación es un factor de protección (OR= 0.068) para el desarrollo de negligencia al cuidado dental.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mariño R. La Salud Bucodental de los Ancianos: realidad, mitos y posibilidades. Bol Oficina Sanit Panam. 1994;116(5):1-6.
2. Carvalho C, Manso A, Escoval A, Salvado F, Nunes C. Self-perception of oral health in older adults from an urban population in Lisbon, Portugal. Revista de Saúde Pública. 2016;50(0).
3. OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. Ginebra: John Beard; 2015.
4. Haya Fernández M, Blasco Garrido I, Cabo Pastor M. La atención odontológica del paciente geriátrico con deterioro cognitivo. Avances en Odontoestomatología. 2015;31(3):117-127.
5. Berenguer M. La salud bucodental en la tercera edad. MEDISAN. 1999; 3 (4): 53–56.
6. Aponte Daza V. Calidad de vida en la tercera edad. Scielo. 2015;13(2):152-182.
7. Acharya S, Pentapati K, Bhat P. Dental neglect and adverse birth outcomes: a validation and observational study. International Journal of Dental Hygiene. 2012;11(2):91-98.
8. Montoya Arce B, Montes de Oca Vargas H. Situación laboral de la población adulta mayor en el Estado de México. Scielo. 2009;15(59).
9. Roqué M, Fassio A. Políticas Públicas sobre Envejecimiento en los Países del Cono Sur. 1st ed. Chile: FLACSO, Ministerio De Desarrollo Social, Senama,; 2015.
10. Alvarado García Alejandra María, Salazar Maya Ángela María. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos. 2014 Jun; 25(2): 57-62.
11. Cardona Arango, D, Segura Cardona, A, Garzón Duque, M, Segura Cardona, A, Cano Sierra, SM. Estado de salud del adulto mayor de Antioquia, Colombia. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2016;19(1):71-86.
12. Perez D. Envejecimiento y esperanza de vida. EIDON. 2013;1(12).

13. MacDonald D. Principles of Geriatric Dentistry and Their Application to the Older Adult with a Physical Disability. Clinics in Geriatric Medicine. 2006;22(2):413-434.
14. Conde Sala J. Los cuidados a personas con dependencia. 1st ed. Barcelona: IL3-Universidad de Barcelona; 2015.
15. Falque Madrid Luis, Maestre Gladys E., Zambrano Raquel, Morán de Villalobos Yoraida. Deficiencias nutricionales en los adultos y adultos mayores. An Venez Nutr. 2005; 18(1):82-89.
16. Rueda Martínez G, Albuquerque A. La salud bucal como derecho humano y bien ético. Revista Latinoamericana de Bioética. 2016;17(32-1):36-59.
17. Figueroa M, Duarte C, González T, Rufino T. Hacia la mejora de la salud bucodental del anciano: valoración y diagnóstico enfermero. 2014; 8(3).
18. Murillo Bolaños O. Envejecimiento bucodental. Anales en Gerontología. 2010;6(6).
19. Ortega Velazco D. Envejecimiento oral. En: Bollón Fernández, P, Velazco Ortega D. Odontoloestomatología geriátrica: la atención odontológica integral del paciente de edad avanzada. Madrid: Coordinación Editorial IMC; 1996. pp.159, 164-6
20. Sáez Carriera R, Carmona M, Jiménez Z, Alfaro X. Cambios bucales en el adulto mayor. Scielo. 2007;44(4).
21. Bascones A. Epidemiología de la enfermedad de la cavidad oral en el anciano. En: Tratado de Odontología. T4. 3ª Ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1999.
22. Laplace Pérez B, Legrá Matos S, Fernández Laplace J, Quiñones Márquez D, Piña Suárez L, Castellanos Alместoy L. Enfermedades bucales en el adulto mayor. CCM. 2013 Dic; 17(4): 477-488.
23. Duarte Tenorio, A, Duarte Tencio, T. Consideraciones en el manejo odontológico del paciente geriátrico. Revista Científica Odontológica. 2012; 8(1):45-54.
24. Htwe T, Mushtaq A, Robinson S, Rosher R, Khardori N. Infection in the Elderly. Infectious Disease Clinics of North America. 2007;21(3):711-743.

25. Dodds M, Johnson D, Yeh C. Health benefits of saliva: a review. *Journal of Dentistry*. 2005;33(3):223-233.
26. 18. Meyer K. Lung infections and aging. *Ageing Research Reviews*. 2004;3(1):55-67.
27. Jamieson L, Murray Thomson W. The Dental Neglect and Dental Indifference scales compared. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2002;30(3):168-175.
28. Thomson WM LD. Dental neglect and dental health among 26-year-olds in the Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2000 Febrero; 28(6).
29. Cocker J. Child neglect. A thematic review of child neglect in the city of York.; 2017.
30. Kumar, A; Dental Neglect- A Review; *Research & Reviews Journal Of Dental Scienses*; 2015 Abril; 1(1)
31. Rueda C L, Valdebenito C, Lolas S F. La ocupación: ciencia y técnica de terapia ocupacional para la intervención en psiquiatría. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 2005;43(1).
32. Allan N, Wachholtz D, Valdés A. Cambios en la Ocupación de los adultos mayores recientemente jubilados. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. 2005;5.
33. *Agenda de igualdad para adultos mayores, 2012-2013*. 2nd ed. Quito: Editorial Ecuador; 2012.
34. Ferreira Salazar C, García García K, Macías Leiva L, Pérez Avellaneda A, Tomsich C. *Mujeres y hombres del Ecuador en cifras III*. 3rd ed. Quito: Editorial Ecuador; 2013.
35. Instituto Nacional de Encuestas y Censos. *Clasificación Nacional de Ocupaciones*. INEC, editor. Quito: Editorial Ecuador; Junio 2012
36. Aguilar Parra J, Padilla Góngora D, Manzano León A. Importancia de la ocupación en el desarrollo del mayor y su influencia en su salud. *International*

- Journal of Developmental and Educational Psychology Revista INFAD de Psicología. 2016;1(1):245.
37. 25. Bello Gómez S, Feal Rodríguez P, Fernandez Lamas A, Pilleiro Pillado G, Romeu Ces T. Ocupacion y Salud. TOG. 2010;7:170-176.
 38. McGrath C, See-King A, King Lun Ho D, Hok Ling Wong J. The impact of dental neglect on oral health: a population based study in Hong Kong. International Dental Journal. 2007 Febrero; 57(3).
 39. Sarri G, Evans P, Stansfeld S, Marcenes W. A school-based epidemiological study of dental neglect among adolescents in a deprived area of the UK. British Dental Journal. 2012 Julio; 17.
 40. Sanders A, Spencer A, Slade G. Evaluating the role of dental behaviour in oral health inequalities. Community Dent Oral Epidemiol. 2006 Febrero; 34(1).
 41. Skaret E, Astrom , Haugejorden , Klock , Trovik. Assessment of the reliability and validity of the Dental Neglect. Community Dental Health. 2007 Junio; 24.
 42. Carter G, Lee M, Mckelvey V, Sourial A, Halliwell R, Livingston M. Oral health status and oral treatment needs of dependent elderly people in Christchurch. The New Zeland Medical Journal. 2004 Junio; 117(1194).
 43. Barbosa C, Viera de Lima M, Gomes A. Chil, neglet and oral health. BMC Pediatrics. 2013 Noviembre; 13.
 44. Mathur A, Mathur A, Pal Aggarwal V. Dental Neglect Affecting Oral Health Status in India. International Journal of International Journal of Pediatric Research. 2016 Marzo; 2(1).
 45. Gurunathan D, Shanmugaavel A. Dental neglect among children in Chennai. Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry. 2016 Septiembre; 34(4).
 46. Kumar A. Dental Neglect a review. Research & Reviews: Journal of Dental Sciences. 2015 Abril; 3(1).
 47. Jamieson LM, Thomson M. Dental health, dental neglect, & use of services in an adult Dunedin population sample. N Z Dent J. 2002; 98(431):4-8.

48. Thomson WM, Locker D. Dental neglect & dental health among 26-year-olds in the Dunedin Multidisciplinary Health & Development Study. *Community Dent Oral.*
49. Ajagannanavar SL, Sequeira PS, Jain J, Battur H. Dental neglect among college going adolescents in Virajpet, India. *J Indian Assoc Public Health Dent* 2014;12:215-8
50. Villavicencio Caparó E, et al. Pasos para la planificación de una investigación clínica. *Odontología Activa.* 2016;1(1):75-78.
51. Villavicencio Caparó E, et al. Diseños de estudios clínicos en odontología. *Odontología Activa.* 2017;1(2):83-86.
52. Villavicencio Caparó E, et al. ¿Cuántas personas debo encuestar?. *Odontología Activa.* 2017;2(1):59-62.

ANEXOS.

ANEXO 1. POBLACIÓN OCUPADA EN EL ECUADOR, SEGÚN GRUPOS DE EDAD

Grupos de edad	Mujeres		Hombres		% de mujeres en relación a los grupos de edad
	Número	%	Número	%	
Nacional					
10 a 17 años	77.417	3,0%	136.541	3,5%	36,2%
18 a 29 años	579.667	22,6%	962.435	24,5%	37,6%
30 a 39 años	574.873	22,4%	786.897	20,0%	42,2%
40 a 49 años	546.246	21,3%	744.775	18,9%	42,3%
50 a 64 años	586.762	22,9%	903.264	23,0%	39,4%
65 años y más	201.495	7,9%	398.457	10,1%	33,6%
Total	2.566.461	100,0%	3.932.369	100,0%	39,5%
Area urbana					
10 a 17 años	23.916	1,3%	44.389	1,8%	35,0%
18 a 29 años	430.997	24,0%	654.018	26,1%	39,7%
30 a 39 años	426.776	23,7%	558.507	22,3%	43,3%
40 a 49 años	400.730	22,3%	481.311	19,2%	45,4%
50 a 64 años	415.641	23,1%	587.652	23,5%	41,4%
65 años y más	99.271	5,5%	175.416	7,0%	36,1%
Total	1.797.332	100,0%	2.501.292	100,0%	41,8%
Area rural					
10 a 17 años	53.500	7,0%	92.152	6,4%	36,7%
18 a 29 años	148.670	19,3%	308.417	21,6%	32,5%
30 a 39 años	148.097	19,3%	228.390	16,0%	39,3%
40 a 49 años	145.516	18,9%	263.464	18,4%	35,6%
50 a 64 años	171.122	22,2%	315.613	22,1%	35,2%
65 años y más	102.224	13,3%	223.041	15,6%	31,4%
Total	769.129	100,0%	1.431.077	100,0%	35,0%

Fuente: INEC - Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo - ENEMDU - Diciembre 2012

ANEXO 2. POBLACIÓN OCUPADA, SEGÚN GRUPO OCUPACIONAL

Grupo de ocupación	Mujeres		Hombres		% de mujeres con relación a la categoría de ocupación
	Número	%	Número	%	
Nacional					
Fuerzas Armadas	112	0,0%	19.757	0,5%	0,6%
Personal direct./admin. pública y empresas	31.186	1,2%	47.371	1,2%	39,7%
Profesionales científicos e intelectuales	280.641	10,9%	241.158	6,1%	53,8%
Técnicos/as y profesionales de nivel medio	162.462	6,3%	178.395	4,5%	47,7%
Empleados/as de oficina	194.252	7,6%	178.730	4,5%	52,1%
Trabajadores/as de los servicios y comerciantes	744.348	29,0%	527.831	13,4%	58,5%
Trabajadores/as calificados agropecuarios y pesqueros	267.069	10,4%	656.721	16,7%	28,9%
Oficiales operarios y artesanos	167.760	6,5%	660.923	16,8%	20,2%
Operadores/as de instalaciones de máquinas y montaje	44.267	1,7%	419.210	10,7%	9,6%
Trabajadores/as no calificados	674.363	26,3%	1.002.273	25,5%	40,2%
Total	2.566.461	100,0%	3.932.369	100,0%	39,5%
Área urbana					
Fuerzas Armadas	112	0,0%	18.823	0,8%	0,6%
Personal direct./admin. pública y empresas	29.177	1,6%	42.577	1,7%	40,7%
Profesionales científicos e intelectuales	259.678	14,4%	222.143	8,9%	53,9%
Técnicos/as y profesionales de nivel medio	145.386	8,1%	162.180	6,5%	47,3%
Empleados/as de oficina	178.674	9,9%	166.733	6,7%	51,7%
Trabajadores/as de los servicios y comerciantes	630.406	35,1%	469.485	18,8%	57,3%
Trabajadores/as calificados agropecuarios y pesqueros	29.013	1,6%	111.353	4,5%	20,7%
Oficiales operarios y artesanos	128.428	7,1%	518.260	20,7%	19,9%
Operadores/as de instalación de máquinas y montaje	32.652	1,8%	338.638	13,5%	8,8%
Trabajadores/as no calificados	363.806	20,2%	451.101	18,0%	44,6%
Total	1.797.332	100,0%	2.501.292	100,0%	41,8%
Área rural					
Fuerzas Armadas	-	0,0%	935	0,1%	0,0%
Personal direct./admin. pública y empresas	2.009	0,3%	4.794	0,3%	29,5%
Profesionales científicos e intelectuales	20.963	2,7%	19.015	1,3%	52,4%
Técnicos/as y profesionales de nivel medio	17.076	2,2%	16.215	1,1%	51,3%
Empleados/as de oficina	15.578	2,0%	11.997	0,8%	56,5%
Trabajadores/as de los servicios y comerciantes	113.942	14,8%	58.347	4,1%	66,1%
Trabajadores/as calificados agropecuarios y pesqueros	238.056	31,0%	545.368	38,1%	30,4%
Oficiales operarios y artesanos	39.333	5,1%	142.663	10,0%	21,6%
Operadores/as de instalación de máquinas y montaje	11.615	1,5%	80.572	5,6%	12,6%
Trabajadores/as no calificados	310.558	40,4%	551.171	38,5%	36,0%
Total	769.129	100,0%	1.431.077	100,0%	35,0%

Fuente: INEC - Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo - ENEMDU - Diciembre 2012

ANEXO 3. CLASIFICACIÓN DE LAS OCUPACIONES, SEGÚN EL INEC

- 1 DIRECTORES Y GERENTES
- 2 PROFESIONALES CIENTÍFICOS E INTELLECTUALES
- 3 TÉCNICOS Y PROFESIONALES DEL NIVEL MEDIO
- 4 PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO
- 5 TRABAJADORES DE LOS SERVICIOS Y VENDEDORES DE COMERCIOS Y MERCADOS
- 6 AGRICULTORES Y TRABAJADORES CALIFICADOS AGROPECUARIOS, FORESTALES Y PESQUEROS
- 7 OFICIALES, OPERARIOS Y ARTESANOS DE ARTES MECÁNICAS Y DE OTROS OFICIOS
- 8 OPERADORES DE INSTALACIONES Y MÁQUINAS Y ENSAMBLADORES
- 9 OCUPACIONES ELEMENTALES
- 0 OCUPACIONES MILITARES

ANEXO 4. POBLACIÓN TOTAL ADULTOS MAYORES DE 65 A 79 AÑOS DE LA PARROQUIA MACHÁNGARA DE LA CIUDAD DE CUENCA 2017

	Edad	SEXO	Ocupación	EXPOSICION	NEGLIGENCIA
1	65	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
2	71	Masculino	2	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
3	66	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
4	68	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
5	79	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
6	72	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
7	71	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
8	66	Masculino	2	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
9	66	Femenino	4	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
10	72	Femenino	9	SI SE EXPONEN	SIN NEGLIGENCIA
11	79	Masculino	9	SI SE EXPONEN	SIN NEGLIGENCIA
12	79	Masculino	9	SI SE EXPONEN	SIN NEGLIGENCIA
13	78	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
14	71	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
15	65	Femenino	2	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
16	68	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
17	75	Femenino	9	SI SE EXPONEN	SIN NEGLIGENCIA
18	65	Masculino	9	SI SE EXPONEN	SIN NEGLIGENCIA
19	72	Masculino	6	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
20	66	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
21	79	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
22	65	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
23	69	Masculino	6	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
24	70	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
25	69	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
26	68	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
27	76	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
28	74	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
29	69	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
30	77	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
31	66	Masculino	5	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
32	66	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
33	65	Masculino	4	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
34	65	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA

35	70	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
36	67	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
37	65	Masculino	2	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
38	65	Femenino	2	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
39	78	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
40	65	Masculino	2	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
41	70	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
42	65	Masculino	5	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
43	79	Masculino	5	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
44	67	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
45	68	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
46	65	Femenino	5	SI SE EXPONEN	SIN NEGLIGENCIA
47	75	Femenino	6	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
48	67	Femenino	5	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
49	73	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
50	72	Femenino	6	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
51	69	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
52	65	Masculino	2	NO SE EXPONEN	SIN NEGLIGENCIA
53	65	Femenino	5	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
54	71	Masculino	5	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
55	65	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
56	77	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
57	66	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
58	77	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
59	69	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
60	67	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
61	67	Masculino	9	SI SE EXPONEN	SIN NEGLIGENCIA
62	69	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
63	75	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
64	67	Masculino	5	SI SE EXPONEN	SIN NEGLIGENCIA
65	79	Femenino	9	SI SE EXPONEN	SIN NEGLIGENCIA
66	73	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
67	77	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
68	69	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
69	79	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
70	79	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
71	73	Femenino	9	SI SE EXPONEN	SIN NEGLIGENCIA
72	67	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
73	66	Masculino	2	NO SE EXPONEN	SIN NEGLIGENCIA
74	74	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
75	68	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
76	65	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
77	68	Masculino	7	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA

78	72	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
79	79	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
80	69	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
81	75	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
82	79	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
83	66	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
84	69	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
85	70	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
86	73	Masculino	6	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
87	66	Masculino	6	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
88	72	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
89	77	Masculino	7	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
90	70	Femenino	7	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
91	71	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
92	75	Masculino	7	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
93	72	Masculino	2	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
94	66	Masculino	6	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
95	68	Femenino	7	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
96	68	Femenino	7	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
97	66	Masculino	4	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
98	74	Femenino	7	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
99	72	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
100	70	Masculino	7	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
101	79	Masculino	6	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
102	76	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
103	65	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
104	70	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
105	70	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
106	67	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
107	76	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
108	72	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
109	65	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
110	65	Masculino	6	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
111	72	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
112	79	Femenino	6	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
113	75	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
114	76	Masculino	6	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
115	79	Masculino	6	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
116	76	Femenino	5	SI SE EXPONEN	SIN NEGLIGENCIA
117	75	Masculino	9	SI SE EXPONEN	SIN NEGLIGENCIA
118	75	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
119	75	Masculino	5	SI SE EXPONEN	SIN NEGLIGENCIA
120	75	Masculino	5	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA

121	76	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
122	75	Femenino	5	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
123	75	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
124	67	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
125	65	Femenino	6	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
126	67	Masculino	6	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
127	65	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
128	65	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
129	79	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
130	66	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
131	68	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
132	66	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
133	74	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
134	65	Femenino	2	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
135	77	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
136	68	Masculino	0	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
137	65	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
138	69	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
139	76	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
140	73	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
141	75	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
142	65	Masculino	0	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
143	75	Femenino	9	SI SE EXPONEN	SIN NEGLIGENCIA
144	73	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
145	67	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
146	72	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
147	68	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
148	71	Masculino	5	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
149	67	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
150	66	Masculino	6	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
151	69	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
152	66	Masculino	3	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
153	79	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
154	69	Masculino	4	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
155	78	Masculino	4	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
156	78	Masculino	4	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
157	68	Masculino	4	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
158	76	Femenino	2	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
159	78	Masculino	4	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
160	74	Femenino	3	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
161	66	Femenino	3	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
162	78	Femenino	4	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
163	75	Femenino	3	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA

164	73	Femenino	4	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
165	67	Femenino	4	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
166	68	Femenino	3	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
167	70	Masculino	3	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
168	69	Masculino	3	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
169	66	Femenino	3	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
170	66	Masculino	3	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
171	69	Masculino	6	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
172	68	Masculino	6	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
173	66	Femenino	3	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
174	79	Femenino	3	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
175	71	Masculino	5	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
176	74	Femenino	4	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
177	74	Masculino	3	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
178	73	Femenino	8	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
179	68	Femenino	7	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
180	76	Femenino	3	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
181	71	Femenino	3	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
182	71	Masculino	8	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
183	73	Masculino	7	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
184	74	Masculino	7	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
185	71	Masculino	6	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
186	65	Femenino	7	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
187	70	Masculino	5	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
188	67	Masculino	7	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
189	66	Masculino	7	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
190	65	Masculino	7	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
191	65	Masculino	4	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
192	65	Masculino	6	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
193	67	Masculino	6	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
194	68	Femenino	4	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
195	68	Femenino	3	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
196	67	Femenino	5	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
197	67	Masculino	4	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
198	66	Femenino	3	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
199	72	Masculino	3	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
200	75	Masculino	8	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
201	67	Masculino	5	SI SE EXPONEN	SIN NEGLIGENCIA
202	68	Masculino	5	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
203	66	Masculino	8	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
204	76	Masculino	3	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
205	69	Femenino	7	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
206	67	Masculino	3	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA

207	75	Femenino	8	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
208	73	Femenino	5	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
209	77	Masculino	4	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
210	67	Femenino	6	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
211	77	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
212	67	Femenino	9	SI SE EXPONEN	SIN NEGLIGENCIA
213	65	Masculino	2	NO SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
214	66	Femenino	5	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
215	68	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
216	79	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
217	72	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
218	74	Masculino	7	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
219	72	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
220	76	Femenino	7	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
221	67	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
222	78	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
223	78	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
224	79	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
225	66	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
226	73	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
227	78	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
228	78	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
229	66	Masculino	5	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
230	75	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
231	72	Masculino	5	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
232	72	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
233	77	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
234	73	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
235	67	Femenino	9	SI SE EXPONEN	SIN NEGLIGENCIA
236	68	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
237	73	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
238	73	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
239	70	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
240	66	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
241	73	Femenino	9	SI SE EXPONEN	SIN NEGLIGENCIA
242	70	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
243	71	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
244	79	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
245	79	Femenino	9	SI SE EXPONEN	SIN NEGLIGENCIA
246	79	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
247	77	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
248	71	Masculino	5	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
249	69	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA

250	79	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
251	68	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
252	75	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
253	71	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
254	74	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
255	75	Masculino	9	SI SE EXPONEN	SIN NEGLIGENCIA
256	69	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
257	74	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
258	70	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
259	77	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON NEGLIGENCIA
260	79	Masculino	9	SI SE EXPONEN	SIN NEGLIGENCIA
261	77	Femenino	9	SI SE EXPONEN	SIN NEGLIGENCIA
262	68	Femenino	9	SI SE EXPONEN	SIN NEGLIGENCIA

ANEXO 5. ENCUESTA BARRERAS PARA EL ACCESO AL SERVICIO ODONTOLÓGICO

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

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

Edad: _____ AÑOS Ocupación: _____ PARROQUIA: _____

OPCIONAL

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

Ingreso mensual familiar aproximado: _____

¿Cuántas personas dependen de este ingreso?: _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO 6. ENCUESTA DNS DE THOMSON

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

ANEXO 7. TAMAÑO DE LA MUESTRA PARA ESTUDIOS DE CASOS-CONTROLES NO PAREADOS

Para:

Nivel de confianza de dos lados (1-alpha)	95
Potencia (% de probabilidad de detección)	80
Razón de controles por caso	1
Proporción hipotética de controles con exposición	69
Proporción hipotética de casos con exposición:	92
Odds Ratios menos extremas a ser detectadas	5.17

	Kelsey	Fleiss	Fleiss con CC
Tamaño de la muestra - Casos	47	46	54
Tamaño de la muestra - Controles	47	46	54
Tamaño total de la muestra	94	92	108

Referencias

Kelsey y otros, Métodos en Epidemiología Observacional 2da Edición, Tabla 12-15
 Fleiss, Métodos Estadísticos para Relaciones y Proporciones, fórmulas 3.18&, 3.19

CC= corrección de continuidad

Los resultados se redondean por el entero más cercano

Imprima desde el menú del navegador o seleccione copiar y pegar a otros programas.

ANEXO 8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE ODDS RATIO

Cálculos de puntos		Límites de confianza	
Tipo	Valor	Inferior, Superior	Tipo
Odds Ratio CMLE*	0.0725	0.009692, 0.3396 ¹ 0.00685, 0.3973 ¹	Mid-P exacto de Fisher Series de Taylor
Odds Ratio	0.06832	0.01317, 0.3545 ¹	
Fracción prevenible pob.(ORFPp)	85.71%	'undefined', 91.39	
Fracción prevenible en expuestos (ORFPe)	93.17%	64.55, 98.68	

ANEXO 9. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN OCUPACIÓN

	2	3	4	5	6	7	8	9	TOTAL
65	3	0	1	1	0	0	0	1	6
66	1	0	0	1	0	0	0	0	2
67	0	0	0	3	2	1	0	4	10
68	0	0	1	0	0	0	0	1	2
72	0	0	0	0	1	0	0	1	2
73	0	0	1	0	0	0	0	3	4
75	0	0	0	2	1	1	1	5	10
76	0	0	0	1	0	0	0	1	2
77	0	0	0	0	0	0	0	2	2
79	0	1	0	1	3	0	0	5	10
TOTAL	4	1	3	9	7	2	1	23	50

ANEXO 10. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN OCUPACIÓN, SEXO Y NEGLIGENCIA

	Femenino		Masculino		TOTAL GENERAL
	CON NEGLIGENCIA	SIN NEGLIGENCIA	CON NEGLIGENCIA	SIN NEGLIGENCIA	
NO SE EXPONEN					
2	1	0	1	2	4
3	1	0	0	0	1
4	2	0	1	0	3
6	4	0	3	0	7
8	1	0	0	0	1
TOTAL	9	0	5	2	16
SI SE EXPONEN					
5	1	2	3	3	9
7	0	0	2	0	2
9	3	11	2	7	23
TOTAL	4	13	7	10	34