



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Relación entre el ingreso económico y la indiferencia al tratamiento dental en adultos de 18 a 44 años, de la parroquia Sucre de la Ciudad de Cuenca, 2017.

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

AUTOR/A: Tapia Calderón, María Tatiana

TUTOR/A: Vásquez Palacios, Ana Cristina, Od. Esp.

CUENCA

2018

DECLARACION:

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

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

.....

Autor/a: Apellidos, Nombres

C.I.:

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“Relación entre el ingreso económico y la indiferencia al tratamiento dental en adultos de 18 a 44 años, de la parroquia Sucre de la Ciudad de Cuenca, 2017.”**, realizado por **TAPIA CALDERÓN MARIA TATIANA**, 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, Marzo 2018

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó

Coordinador del Departamento de Investigación Odontología

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Od. Liliana Encalada Verdugo

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN DE ODONTOLOGÍA.

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado “Relación entre el ingreso económico y la indiferencia al tratamiento dental en adultos de 18 a 44 años, de la parroquia Sucre de la Ciudad de Cuenca, 2017.”, realizado por TAPIA CALDERÓN MARIA TATIANA , 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, Marzo 2018

.....

Tutora: Vásquez Palacios, Ana Cristina Od. Esp.

DEDICATORIA

Doy gracias primeramente a dios por haberme dado una segunda oportunidad para vivir y poder culminar con mi carrera ,a mi ángel mi madre que desde el cielo a guiado mi camino siempre y especialmente a mi segundo ángel que hace poco partió que es mi abuelo por ser un pilar fundamental en esta etapa de mi vida, por su apoyo incondicional y por todo su amor , a mi hermano Boris por quererme y haber estado siempre para mí a pesar de las circunstancias de la vida y por ultimo a todos mis tíos y padre que han hecho que este sueño se haga realidad .

EPÍGRAFE

Nuestra recompensa se encuentra
en el esfuerzo y no en el resultado.
Un esfuerzo total es una victoria
completa.

-Mahatma Gandhi-

AGRADECIMIENTOS

A los pacientes que colaboraron para la realización de este estudio, a mis profesores quienes me han guiado durante todo este proceso de formación académica, a la Dra. Liliana Encalada, por su iniciativa y motivación, a la Od. Esp. Ana Cristina Vásquez Palacios por su asesoría, guía y paciencia en la elaboración de esta tesis.

INDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	11
ABSTRACT	12
INTRODUCCIÓN.....	13
CAPÍTULO I.....	14
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	14
1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
2.-JUSTIFICACIÓN.....	15
3.- OBJETIVOS.....	16
3.1.- OBJETIVO GENERAL	16
3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
4.- MARCO TEORICO.....	17
4.1. Ingreso Económico.....	17
4.1. 1.- Concepto de ingreso económico.....	17
4.1.1.a INEC: El ingreso de la familia típica en Ecuador es USD 700 mensuales, en promedio.....	17
4.1.2.- La Indiferencia al tratamiento dental.....	18
Definición	18
4.1.3.- Relación del sexo con la indiferencia al tratamiento dental.....	19
4.1.4.- Relación de la edad con la indiferencia al tratamiento dental	20
4.1.4.a.- Indiferencia al tratamiento dental en niños de acuerdo a factores emocionales	20
4.1.4.b.Indiferencia al tratamiento dental en adultos por factores emocionales ...	21
4.1.5.- La relación odontólogo / paciente es un factor que influye para que el paciente no tenga indiferencia al tratamiento dental.....	21
4.1.6.-Como influye el trasfondo social en la indiferencia al tratamiento dental	23
4.1.7. Como influye aspecto Económico en la indiferencia al tratamiento dental	23
4.1.8.-Como influye la ansiedad en la indiferencia al tratamiento dental.....	25
4.2.-ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	26
5.- HIPÓTESIS:.....	31
CAPÍTULO II.....	32
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	32
1.- MARCO METOLOGICO	33
2.- POBLACION Y MUESTRA	33
3.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	34
4.- INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECUERSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	35

4.3.- Materiales	35
4.4.- Recursos.....	35
5.- PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS	35
5.3.- Procedimientos de la toma de datos.	36
5.3.a.- Método de examen utilizado por los examinadores	36
6.- PROCEDIMIENTO PARA DE ANÁLISIS DE DATOS	37
7.- ASPECTOS BIOÉTICOS.	38
CAPÍTULO III	39
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	39
3.RESULTADOS.....	40
2.- DISCUSIÓN.....	44
3.- CONCLUSIONES.....	46
Bibliografía	47
ANEXOS	50
Anexo 1. Encuesta modificada por la UCACUE	51
Anexo 2. Tamaño total de la muestra de la parroquia Sucre dividida en casos y controles.	54
Anexo 3. Cálculo de la muestra mediante OPEN EPI.....	64

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Distribución de la muestra de acuerdo al sexo.....	41
Tabla N° 2. Distribución de la muestra según la edad.	42
Tabla N° 3. Relación entre la exposición y la enfermedad.	43

LISTA DE ABREVIATURAS

OR: Odds ratio; medida estadística utilizada en estudios epidemiológicos de casos y controles.

ID: Indiferencia dental.

RESUMEN

OBJETIVO: Relacionar el ingreso económico y la indiferencia al tratamiento dental en adultos jóvenes de 18 a 44 años, de la parroquia Sucre Cuenca-Ecuador, 2017.

MATERIALES Y MÉTODOS: La metodología aplicada fue de tipo cuantitativo, el diseño fue caso control, de técnica comunicacional. La muestra estuvo constituida por 234 pacientes divididas en 117 casos y 117 controles con sus respectivas encuestas; de adultos jóvenes de 18 a 44 años de edad. Los datos se obtuvieron de la base de datos del Departamento de Investigación de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca, a través del programa Epi Info, las cuales fueron analizadas por operadores quienes recibieron una previa calibración.

RESULTADOS: Los resultados de indiferencia al cuidado dental de acuerdo al sexo; se obtuvo un porcentaje del 52% en el sexo femenino y un porcentaje del 47% en el sexo masculino, y según la edad los grupos etarios que mayor indiferencia presentaron fueron los de 25 y 26 años de edad, con un porcentaje del 9% y 10% respectivamente para cada rango de estas edades.

CONCLUSIONES: Se pudo concluir que no existe relación entre el ingreso económico y la indiferencia al cuidado dental por parte de los adultos jóvenes expuestos de 18 a 44 años de edad en la parroquia Sucre, por lo que se considera importante motivar al paciente a métodos preventivos para evitar el desarrollo de esta actitud y el agravamiento de las enfermedades, mejorando la calidad de vida, en los adultos jóvenes.

PALABRAS CLAVE: encuesta, indiferencia dental, ingreso económico.

ABSTRACT

AIM: To relate the economic income and the indifference to dental care in young adults from 18 to 44 years of age, from the Sucre Cuenca-Ecuador parish, 2017.

MATERIALS AND METHODS: The methodology applied was quantitative, the design was control case, communicational technique. The sample consisted of 234 patients divided into 117 cases and 117 controls with their respective surveys; of young adults from 18 to 44 years of age. The data was obtained from the database of the Catholic University of Cuenca, through the Epi Info program, which were analyzed by operators who received a previous calibration.

RESULTS: The results of indifference to dental care according to sex; a 52% percentage was obtained in the female sex and a 47% in the male sex and according to the age the age groups that showed the greatest indifference were those of 25 and 26 years of age, with 9%,10% for each range of these ages.

CONCLUSIONS: It was concluded that there is no relationship between economic income and indifference to dental care by exposed young adults 18 to 44 years of age in the Sucre parish, so it is considered important to motivate the patient to methods preventive measures to prevent the development and progress of this attitude and the worsening of diseases, improving the quality of life, in young adults.

KEY WORDS: survey, dental indifference, economic income

INTRODUCCIÓN

La Indiferencia viene del latín *indifferentia*, es la actitud de una persona donde su posición o sentimiento hacia otro sujeto o asunto determinado se caracteriza por ser positiva o negativa, pudiendo presentarse en el ámbito odontológico. La indiferencia dental se define como: una actitud o desestimación de los dientes produciendo una falta de interés que puede deberse a diversos factores ⁽¹⁾.

La Organización Mundial de la Salud Indica que los servicios de atención de salud dental se diferencia en varios países de acuerdo a la organización, accesibilidad y costo. Los servicios de odontología están fácilmente al alcance en varios países a través de sistemas privados o públicos, mientras que en otros países los servicios dentales están limitadas para el alivio del dolor y la atención odontológica de urgencia.

El 90% de la población Mundial padece de problemas de Salud Bucodental como: caries, gingivitis, etc. La caries dental es una enfermedad frecuente en Latinoamérica, afecta del 60% al 90% de la población mundial afectando en las edades escolares y a la gran mayoría de adultos, se considera que el tratamiento representa entre el 5% y el 10% del gasto sanitario de los países industrializados, y está por encima de los recursos de muchos países en desarrollo como lo es el Ecuador ⁽²⁾.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador en condiciones generales a determinado que la salud bucal sigue siendo un aspecto fundamental por la importancia que tiene como parte de la carga global de acuerdo a sus costos relacionados con su tratamiento para poder aplicar medidas eficientes de prevención. En el Ecuador el 38% de los ecuatorianos (4,9 millones de habitantes, de los 13 millones) vive en situación de pobreza, de los cuales el 12% (1,56 millones) sufre extrema pobreza, a esto se le suma el hecho que los distintos grupos sociales buscan consolidar sus posiciones ⁽²⁾.

La indiferencia al tratamiento dental ha sido destacada como una razón para la inasistencia dental entre la población en general, porque los niveles de indiferencia están relacionados con la situación económica en la que viven las personas, es por eso que algunas personas pueden tener más importancia en otras cosas en que preocuparse que sus dientes ^{(3) (2)}.

Esta investigación tiene como propósito determinar la relación entre el ingreso económico y la indiferencia al tratamiento dental en adultos de 18 a 44 años en la parroquia Sucre de la ciudad de Cuenca, 2017.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Este tema de investigación surgió a partir del macro estudio de las “Barreras para acceder a los servicios odontológicos” en la ciudad de Cuenca, planteado por el Departamento de Investigación de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca.

La línea de estudio de esta investigación fue caso - control, por lo tanto la pregunta de investigación fue: ¿El ingreso económico es factor de riesgo para la indiferencia al tratamiento dental en adultos de 18 a 44 años, de la parroquia Sucre de la ciudad de Cuenca, 2017?

2.-JUSTIFICACIÓN

El presente tema de investigación está enfocado en la: Relación entre el ingreso económico y la indiferencia al tratamiento dental en adultos de 18 a 44 años en la parroquia Sucre de la ciudad de Cuenca, 2017. Teniendo una relevancia humana específica para este grupo etario porque se ha podido relacionar el aspecto económico y el nivel de indiferencia ante el tratamiento dental en adultos jóvenes .

La relevancia científica de este proyecto de investigación se evidenciará al poder saber cuál es la indiferencia ante el tratamiento dental, además se podrá tener en cuenta las variables como ingreso económico que pueden aumentar el nivel de indiferencia en las personas ante el tratamiento dental por parte de la población adulta, con la finalidad de posteriores intervenciones que permitan prevenir la indiferencia en la odontología.

Este estudio tiene una relevancia social y va dirigido a la comunidad de la ciudad de Cuenca para conocer el grado de relación entre el ingreso económico y la indiferencia al tratamiento dental que posee la población y así servir de referencia bibliográfica para futuras investigaciones sobre el tema. El interés personal es realizar un trabajo de titulación en el que pueda dar a conocer la indiferencia ante el tratamiento dental como un problema frecuente que impide un buen desempeño profesional, que puede llegar a generar problemas futuros si no es tratada a tiempo. La presente investigación tiene un nivel de originalidad nacional, debido a que no se cuenta con estudios recientes (en el país) acerca de la indiferencia ante el tratamiento odontológico de la población adulta de 18 a 44 años. Para garantizar la viabilidad del estudio se han realizado coordinaciones con las autoridades institucionales de la Unidad Académica de Salud y Bienestar, con la Dirección de la Carrera de Odontología y con el Departamento de Investigación de la misma.

3.- OBJETIVOS

3.1.- OBJETIVO GENERAL

Relación entre el ingreso económico y la indiferencia al tratamiento dental en adultos de 18 a 44, de la parroquia Sucre de la Ciudad de Cuenca, 2017.

3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar la muestra según la edad en los adultos de 18 a 44 años, de la parroquia Sucre de la ciudad de Cuenca, 2017.
- Analizar la muestra según al sexo en los adultos de 18 a 44 años, de la parroquia Sucre de la ciudad de Cuenca, 2017.

4.- MARCO TEORICO

4.1. Ingreso Económico

4.1. 1.- Concepto de ingreso económico

Este concepto se usa en el contexto de la economía y las finanzas públicas. Es la cantidad de dinero que una familia puede gastar en un periodo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos netos que son fuentes de ingresos económicos como: sueldos, salarios, Ingresos por intereses, pagos de transferencia, alquileres y demás⁽⁴⁾.

4.1.1.a INEC: El ingreso de la familia típica en Ecuador es USD 700 mensuales, en promedio

Un hogar típico en Ecuador tiene cuatro miembros y más de uno gana el salario básico, el cual está en USD 375 mensuales para este año. Si se consideran los dos sobresueldos que reciben los trabajadores en el país, los ingresos de esa familia llegan a USD 700 mensuales, señaló el Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censos (INEC) en su reporte sobre la inflación de enero pasado y que fue publicado este 6 de febrero del 2017. Con ese nivel de ingresos, el hogar tipo de Ecuador puede comprar prácticamente todos los productos y servicios de la Canasta Familiar Básica (CFB), los cuales son considerados como imprescindibles para satisfacer sus necesidades básicas⁽⁴⁾.

En junio de 2017 la línea de pobreza se ubicó en US\$ 85,58 mensuales por persona, mientras que la línea de pobreza extrema en US\$ 48,23 mensuales por persona. Con este umbral, a nivel nacional la incidencia de la pobreza fue del 23,1% y la extrema pobreza del 8,4%. A nivel urbano la incidencia de la pobreza es del 14,6% y la extrema pobreza del 3,9%, mientras que en el área rural la pobreza es del 41,0% y la pobreza extrema del 17,8%⁽⁴⁾.

Cinco ciudades fueron auto-representadas donde se avaluó pobreza en el periodo de 2017, sin embargo, ninguna es estadísticamente significativa. La ciudad que registró la mayor incidencia de pobreza en junio de 2017 fue Machala (14,4%) y el menor nivel de pobreza fue Quito (7,8%). Respecto a la pobreza extrema por ciudades auto representadas, existen variaciones en el periodo de referencia, no obstante, los cambios no son estadísticamente significativos. La ciudad que registró la mayor incidencia de pobreza extrema en junio de 2017 fue Ambato (4,0%) y el menor nivel de pobreza extrema está en Cuenca (1,7%)⁽⁴⁾.

4.1.2.- La Indiferencia al tratamiento dental (ID)

Definición

La Indiferencia es una actitud mediante la cual una persona no siente simpatía ni rechazo hacia otro sujeto o asunto determinado. La Escala para medir esta actitud se llama Indiferencia Dental de Nuttall (DIS) y fue desarrollada en Escocia. El creador de DIS específicamente excluyó del estudio a los sujetos que son dentales ansiosos, el índice podría ser útil para medir otros factores relacionados con citas canceladas (5).

Nuttall (1996) ha demostrado que esta actitud consiste en la minimización considerable de los dientes y la falta de preocupación de la salud bucodental que es más frecuente entre los jóvenes varones que en mujeres (3).

Tanto la fiabilidad como la validez de la escala pueden estar influenciadas por diferencias culturales en actitudes, creencias y prioridades. Entre adultos esta falta de asistencia dental se ha asociado con sentimientos de culpa o vergüenza estableciéndose un círculo vicioso de factores concomitantes asociados con la evitación o no asistencia a la atención dental (6).

En algunos países como Estados Unidos ofrecen gratis cuidado dental para niños y adolescentes hasta cierto edad pero debido a las creencias culturales en los diferentes grupos étnicos sumando la ansiedad de padres hay varias razones para la evitación al tratamiento dental por la que algunos adolescentes no asisten a sus citas dentales importantes descuidando los esfuerzos para permitir una buena salud oral y continuar con una atención regular dental en la edad adulta presentándose esta barrera en la población general. Entre los adultos los principales factores son los temor al odontólogo y problemas de costo del tratamiento, falta de tiempo, pasan demasiado ocupados, asumen no tener problemas con los dientes han sido reportados como razones para no asistir al dentista ⁽⁶⁾ (7).

4.1.3.- Relación del sexo con la indiferencia al tratamiento dental

La boca y los dientes desempeñan un conjunto esencial de funciones, desde las más básicas, comer y hablar, hasta funciones sociales más sutiles relacionadas con la apariencia y la comunicación no verbal. Dentro de esta barrera que es la indiferencia al tratamiento dental hay varios estudios que han abordado el uso al cuidado dental y los diferentes motivos de no asistencia y evitación a la consulta odontológica especialmente en varones.

Un estudio realizado en Escocia ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾ ha indicado que esta actitud de indiferencia al tratamiento dental parecía ser una importante barrera para buscar atención dental entre los adolescentes. Un reciente estudio realizado en Noruega ⁽⁵⁾ ha demostrado que los jóvenes de 18 años de edad, cancelan o dejan de asistir a un 16% de sus citas dentales programadas. La prevalencia de esta barrera de indiferencia al tratamiento dental tiene un aumento casi lineal desde la edad de 12 a 18 años de citas dentales perdidas que son significativamente más frecuente entre los varones que entre las mujeres ⁽⁶⁾.

En otro estudio de la misma población de Noruega denominado, "Did no molestar" fue una de las razones para que se den cancelaciones y citas perdidas significativamente más frecuentemente que el miedo dental estos hallazgos podrían indicar una posible relación entre la indiferencia y las citas dentales canceladas entre los adolescentes noruegos varones ya que los índices al tratamiento dental son más bajos entre los hombres que entre las mujeres de acuerdo con la Asociación Dental ⁽⁶⁾.

En el 2009, el 94% de las poblaciones combinadas de Inglaterra, Gales e Irlanda del Norte eran dentadas debido a que se manejaba un buen estilo de vida para el cuidado y el mantenimientos de los dientes acudiendo regularmente al dentista, dentro de estos índices había predominio del sexo femenino, ya que cuantos más dientes se retienen mejor es la salud oral y la función masticatoria ⁽⁸⁾.

Según los estudios descritos de Noruega y Escocia ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾ el sexo femenino presenta más prioridad al tratamiento dental que el sexo masculino por diversos factores, presentan un mal estilo de vida con sentimientos de apatía o desinterés al tratamiento dental dando una subvaloración de la al cuidado de los dientes.

4.1.4.- Relación de la edad con la indiferencia al tratamiento dental

Las vivencias pasadas y antecedentes psico-emocionales del paciente son unas barreras para asistir a un consultorio reduciendo su capacidad para visitar el odontólogo. En el paciente adulto las barreras incluyen ansiedad, costo financiero y percepción de la necesidad de tratamiento; en los más jóvenes está afectada por la actitud y ansiedad de los padres y su cumplimiento depende del desarrollo psicológico de los mismos, por lo tanto la mala salud oral se verá reflejada tanto en niños como adultos por estos diferentes motivos y falta de interés al tratamiento dental ⁽⁸⁾.

4.1.4.a.- Indiferencia al tratamiento dental en niños de acuerdo a factores emocionales

Los infantes mediante la boca obtienen sus primeras sensaciones de seguridad, placer, satisfacción y éxito, convirtiéndose esta actividad oral en las primeras percepciones de sí mismo. Los niños refieren más sensación de evitación al odontólogo ya que la boca fue su primer contacto con el mundo ⁽¹⁵⁾. Díaz Pisan ⁽⁸⁾ considera que el temor y la ansiedad frente al tratamiento odontológico son problemas frecuentes en niños y adolescentes ⁽⁸⁾.

Los niños experimentan más miedo debido a factores tales como inmadurez en función del estado de desarrollo cognoscitivo, ansiedad de separación de la madre, ansiedad delante de extraños, etc, que son característicos en los primeros años del niño ⁽¹⁰⁾ ⁽¹¹⁾. Por lo tanto todas estas barreras hacen que el niño no quiera acudir al odontólogo como cualquier otro miedo infantil por factores no específicos que tienden a disminuir con el aumento de la edad y de la madurez. Así, tanto el grado de madurez del niño como los trazos básicos de su personalidad y el estado de ansiedad depende de esas características, contribuyen a determinar el tipo de comportamiento (cooperativo o no) en el consultorio ⁽¹¹⁾.

Los hogares disfuncionales pueden influir de manera negativa en el desarrollo de la personalidad llevando al niño o adolescente a tener sentimientos de inferioridad, apatía y depresión. Así, niños que provienen de familias en que ocurren constantes discusiones entre los padres, hijos de padres separados o de padres muy ocupados por problemas de trabajo o de vanidad personal, normalmente demuestran indiferencia al tratamiento dental por falta de estructuración familiar. Aspectos importantes que debemos tener en cuenta a la hora de recoger datos del niño ya que dependen de una serie de factores, que pueden afectar el comportamiento del niño en el consultorio ⁽¹²⁾.

4.1.4. b. indiferencia al tratamiento dental en adultos por factores emocionales

Más de la mitad de los profesionales odontólogos han indicado en diferentes estudios que los adultos entre los 40 y 50 años muestran más temor e indiferencia al tratamiento dental y a medida que va aumentando la edad los pacientes se vuelven más temerosos ya que pueden haber vivenciado muchas malas experiencias al tratamiento odontológico ⁽¹³⁾.

Las enfermedades bucodentales en adultos están relacionadas con comportamientos de un mal estilo de vida (dieta poco saludable, tabaquismo, alcohol etc). Los métodos de educación al paciente que se han utilizado no han sido eficaces para lograr cambios en su comportamiento ya que una persona adulta es mucho más difícil cambiar porque toda su vida se ha mantenido con ese estilo de vida ⁽¹⁴⁾.

Todo estos factores psicosociales y emocionales conllevan a que el adulto presente indiferencia al seguimiento del tratamiento odontológico, empeorando así su salud bucodental desencadenando en complicaciones al no continuar con el tratamiento.

4.1.5.- La relación odontólogo / paciente es un factor que influye para que el paciente no tenga indiferencia al tratamiento dental.

Hoy en día esta relación profesional/paciente es diferente a los tiempos de Hipócrates. En primer lugar los pacientes ya no son tan “pacientes”, manejan un bagaje de información que antes era de dominio único y exclusivamente técnico. La gran confianza de antaño, se ha transformado a menudo en confianza con cierto recelo y a veces en desconfianza.

Si bien esta relación más democrática tiene muchas ventajas al estar tratando con un paciente adulto, en numerosas ocasiones el manejo de esta información sin una buena explicación por parte del profesional ha contribuido a malos entendidos, ocasionando disputas y evitación al tratamiento dental. La visita al odontólogo es una de las situaciones que más indiferencia genera en las personas, llegando a veces a tal grado que el paciente deja de acudir a la consulta odontológica abandonando los tratamientos ⁽¹⁵⁾.

No es desconocido que Freud asignó a la boca como el primer órgano por el cual él bebe obtiene su primer contacto con el mundo y su experiencia así mismo, que será el núcleo de la estructura de su personalidad futura. Esta fase oral se caracteriza por

el chupeteo de objetos como modo de conocer el mundo externo y dura hasta el año y medio de edad⁽⁸⁾.

Por lo mismo es comprensible la dificultad de exponer esta zona del cuerpo tan íntima a otra persona como lo es el odontólogo. La interacción paciente-profesional, a partir del “significado psicológico de la boca” el odontólogo es considerado un desconocido y que va a realizar intervenciones que tanto objetiva como subjetivamente implican alguna forma de agresión, volviéndose una amenaza a la integridad psicológica, o la percepción de sí mismo^{(9) (7)}.

Es por eso que en la primera consulta en donde se presentan consentimientos del paciente respecto al tratamiento odontológico y al odontólogo, es la oportunidad para que el profesional interviene y crea un ambiente idóneo para generar confianza, que permita eliminar temores y malas experiencias haciendo que el paciente confíe en él y demostrándole seguridad explicándole los procedimientos que se le van a realizar a futuro y los beneficios que obtendrá al seguir el tratamiento regularmente⁽¹⁶⁾.

Se debe buscar un acuerdo en el tratamiento, es decir paciente y dentista se deben plantear un objetivo común, en este sentido la indiferencia dental es una barrera para tal alianza; sin embargo el odontólogo junto al paciente deben abordar estas barreras que, más que una interferencia sea una guía para la planificación del tratamiento a seguir, fortaleciendo así la alianza terapéutica, en vez de debilitarse a causa de estas barreras para el tratamiento del paciente⁽¹¹⁾.

Un estudio realizado por Peñaranda⁽¹⁰⁾ determinó, mediante una encuesta hecha a odontólogos, las aplicaciones en la odontología de conocimientos de psicología y determino que todos los profesionales de la salud tienen que tener cierto conocimiento básicos en lo que respecta a psicología para poder tratar a todo tipo de paciente y sus diferentes personalidades.

De una diversidad de temáticas resultó que el manejo de niños con problemas conductuales, los pacientes ansiosos, el costo y los individuos con problemas de personalidad, áreas donde el conocimiento de técnicas psicológicas resultó de gran utilidad para un mejor manejo de dichas situaciones; sin embargo, el autor reconoce que en casi todas las acciones odontológicas son necesarios conocimientos y destrezas del ámbito de la psicología, pues en definitiva el éxito del tratamiento en

gran parte depende de la actitud, motivación, y conducta del paciente como la del profesional ya que la falta de asistencia de los pacientes es un problema importante y una área de preocupación para la salud⁽¹⁶⁾.

4.1.6.-Como influye el trasfondo social en la indiferencia al tratamiento dental.

Se sabe que las afecciones orales afectan diversos aspectos de la calidad de vida. Del mismo modo, la consecuencia social de la calidad de vida en el día a día también es igualmente importante. Esta definición nos permite entender la noción de contexto social, la cual abarca todos los factores culturales, económicos, históricos, etc que forman parte de la identidad y realidad de una persona⁽¹⁶⁾.

El ser humano es un ente de características sociales, cuyo desarrollo depende de los vínculos que entabla con su entorno. Esto quiere decir que las personas son las que construyen el contexto social pero, a la vez, este contexto incide en su realidad tomando como ejemplos algunos estudios. En los Estados Unidos⁽¹⁰⁾, los adolescentes no blancos y adolescentes nacidos fuera de los Estados Unidos eran más propensos a no haber visitado el dentista en los últimos dos años o nunca haber tenido un examen dental. En China⁽¹⁰⁾, caucásicos y otros los grupos étnicos tenían más probabilidades de tener enfermedades bucodentales en comparación con los adolescentes chinos. En Uganda, los musulmanes recibieron más atención de salud oral que los católicos y protestantes de 13 a 19 años de edad durante los dos últimos años⁽¹⁰⁾.

Otro estudio realizado en India con 250 participantes, la mayoría de los participantes pertenecían al grupo de edad de entre 36 y 50 años (40%) y las mujeres eran la mayoría (64%). El estado clínico de los participantes fue pobre en la mayoría, mientras que su impacto percibido en su día a día se encontró relativamente satisfecho⁽¹⁶⁾.

4.1.7. Como influye el ingreso económico en la indiferencia al tratamiento dental

Los servicios de atención de la salud dental difieren entre países en términos de organización, accesibilidad, disponibilidad y costos. En algunos países, los servicios de salud dental completa están fácilmente disponibles a través de sistemas privados o públicos, mientras que en otros países los servicios dentales están limitadas para el alivio del dolor y la atención médica de urgencia algunos países ofrecen atención

dental gratuita para niños y adolescentes hasta una edad determinada, mientras que otros ofrecen seguros específicos para tratamientos dentales⁽¹⁸⁾, como por ejemplo en algunos países como Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia⁽¹²⁾ que son los países nórdicos, los niños y los adolescentes tienen acceso a la atención dental gratuita independientemente de factores socioeconómicos o estatus de seguro a pesar de ello, perdidas y cancelaciones de citas odontológicas entre niños y adolescentes ocurren con frecuencia tanto en el ámbito público y en forma especializada como la odontopediatría, las citas perdidas han sido con más frecuencia entre niños de más edad, las citas dentales perdidas han sido frecuentemente asociado con una peor salud oral o atención de emergencia entre los niños y adultos⁽¹⁵⁾.

La ciudad de Cuenca es considerada la más cara del país, según datos del INEC. La canasta básica familiar alcanzó en mayo un costo de 700,01 dólares⁽⁴⁾, sin embargo, expertos señalan que esto no debe ser tomado como algo negativo, porque Cuenca es un caso especial en la economía nacional. Según Rodrigo Mendieta, miembro del Departamento de Investigación de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Cuenca, hay diversos factores que hacen que los costos en servicios sean en promedio mayor que en otros lados, pero también aquí se observa que hay mejor distribución de riqueza y como consecuencia la desigualdad social no es tan marcada comparada con otros sectores del país como Guayaquil y Quito en donde la pobreza es extrema⁽⁴⁾, pero el cuidado de la salud buco dental entre los adultos y niños, los problemas de cancelación dental están asociados con el factor económico, ya que muchos de estos tratamientos como endodoncia, periodoncia, rehabilitación, ortodoncia, odontopediatría: son especialidades que se realizan en consulta privada ya que estos tratamientos no se realizan en una sola cita y se necesita seguir un proceso para completar dichos tratamientos, es por eso que la gente de bajos recursos no todos pueden acceder a estos servicios por su costo y para acceder al servicio público y obtener un turno dura varios meses por lo tanto las personas se muestran indiferentes.

En el Ecuador se está tratando de llegar a todas las zonas de escasos recursos es por eso que el ministerio de salud pública trata de llegar a estas zonas con brigadas de atención capacitando a los miembros de los diferentes subcentros de salud del país para realizar tratamientos, promoción y prevención tanto médicos como dentales.

Los factores asociados con la cancelación de citas dentales emanó sólo de siete estudios realizados en Suecia y Noruega⁽⁴⁾. Accesibilidad y disponibilidad de servicios de atención dental también se relacionaron a la evasión dental o la no

asistencia, en Noruega los que habían sido tratados por más de cinco dentistas diferentes eran más propensos a mostrar la evitación al tratamiento dental y en Suecia no hay plan para futuras consultas dentales regulares en los adolescentes de las zonas urbanas⁽¹¹⁾.

De acuerdo a los estudios expuestos de Suecia y Noruega se llega a una conclusión en donde el factor económico si es un factor de riesgo para que las personas no acudan al odontólogo o lo hagan solo cuando presentan problemas serios y sienten mucha molestia ya que no todos cuentan con el presupuesto para solventar el costo de los tratamientos de especialidad ya que la mayoría de estos no se realizan en el sector publico si no en el sector privado es por eso que las personas de bajos recursos económicos muchas de las veces deciden extraerse las piezas dentales por falta de dinero.

4.1.8.-Como la ansiedad influye en la indiferencia al tratamiento dental

La ansiedad dental es sólo una de las varias razones para no asistir o evitar los chequeos dentales. La ansiedad se define como la aprehensión del peligro y el temor, acompañada de inquietud, tensión, taquicardia y disnea unidas a un estímulo claro no identificable. Poco se entiende de la historia natural de la ansiedad dental. Weiner y Sheehahan⁽⁹⁾ sugirió que las personas con ansiedad dental podrían clasificarse en dos grupos, exógenos y endógenos, con respecto a la fuente de su ansiedad. En el primero, la ansiedad dental es el resultado del condicionamiento a través de experiencias dentales traumáticas o aprendizaje vicario, mientras que en el segundo tiene sus orígenes en una vulnerabilidad constitucional a los trastornos de ansiedad, como lo demuestran los estados de ansiedad general, miedos múltiples severos y trastornos de la salud y estado anímico⁽⁹⁾.

La ansiedad dental a menudo se informa como una causa de asistencia dental irregular, retraso en la búsqueda de atención dental o incluso la evitación de la atención dental. Mehrstedt y Crofts-Barnes han informado que aquellos que experimentan altos niveles de ansiedad dental se encuentran entre aquellos con la peor calidad de vida relacionada con la salud oral⁽¹¹⁾. La ansiedad dental varía en intensidad de paciente a paciente. Varios investigadores han estimado la prevalencia y los determinantes de la ansiedad dental, pero la mayoría de los estudios se han limitado principalmente a poblaciones de países industrializados. Existe evidencia de que la prevalencia y las características de la ansiedad dental están influenciadas por la cultura⁽¹¹⁾.

4.2.-ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Obra: Reliability and validity of the Dental Indifference Scale in a population of 18-year-olds in Norway (5).

Autor: Skaret E, Raadal M, Kvale G, Berg E

Resultados: Se envió un total de 992 cuestionarios (tasa de respuesta del 88,7%). Después de la exclusión de los pacientes con cuestionarios incompletos, la muestra comprendía 968 (86,5%) sujetos. No se encontraron diecinueve registros dentales. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas relacionadas con la demografía (género, condado y educación de los padres) entre los encuestados y los no encuestados. Los no encuestados en la muestra de reteste (15 sujetos) tuvieron significativamente mayor frecuencia media de citas perdidas que los encuestados, 17,6 vs. 7,9 ($F(1, 89) = 8,4$, $P = 0,01$), pero la diferencia en la puntuación DIS (3,4 frente a 3,0) no fue estadísticamente significativa. Prevalencia Setenta y nueve sujetos (8.2%) marcaron el ítem porque me siento ansioso o preocupado por ir, y fueron excluidos. Un total de 868 sujetos recibieron una puntuación de SIN (sin preguntas faltantes). La puntuación media de DIS fue 3,0 (rango 0-8), 3,2 para los hombres y 2,8 para las mujeres ($F(1, 866) = 21,8$, $P = 0,001$). Un total de 134 sujetos (15,4%) tuvieron un alto puntaje DIS (5-8), con casi el doble de machos (88) que de mujeres (46) ($\chi^2(1) = 13,6$, $P = 0,001$).

Obra: Failed Attendances at Hospital Dental Clinics Among Young Patients With Cleft Lip and Palate (19).

Autor: Helen D. Rodd, B.D.S., F.D.S. (Paed), Ph.D., Emma L. Clark, B.D.S

Resultado: Tasas generales de asistencia en las clínicas Clef. Los datos generales de asistencia revelaron que el 22,4% (45 de 201) de todas las consultas de odontología pediátrica emitidas a niños con fisura se perdieron durante el período de estudio de 12 meses. Sin embargo, se encontró que los niños con fisura faltaron sólo el 8,8% (17 de 193) de sus citas ortodóncicas y el 9,2% (22 de 240) de citas clínicas multidisciplinarias programadas. Pacientes de Odontología Pediátrica y Asistencia Clínica. La muestra del estudio de odontología pediátrica comprendió 45 niños con hendidura y 45 con edad media de 8,8 años ($DE = 3,05$, rango = 3 a 15). En cada grupo, el 60% de los sujetos eran mujeres y el 40% eran varones. La gran mayoría de

los niños (95,6%, n = 86) eran blancos del norte de Europa. La distancia media recorrida al hospital fue de 7,3 millas (DE = 5,47, rango = 0,9 a 20,5). Significativamente más niños con fisura (51%, n = 23) que los niños no fecundos (20%, n = 9) tuvieron una historia médica notable ($p = .01$, prueba de chi-cuadrado). Sin embargo, no hubo diferencias significativas en el estado de salud de los niños según el tipo de fisura. La edad, la distancia recorrida a la clínica y la presencia de antecedentes médicos significativos no predijeron la asistencia, aunque el efecto para el sexo se aproximó a la significación ($t = 1.85$, $p = .07$) debido a la tendencia de las niñas a perder más citas que los varones.

Obra: Understanding avoidance and non-attendance among adolescents in dental care - an integrative review (6).

Autor: A. Fägerstad^{1,2}, J. Windahl² and K. Arnrup^{1,2}

Resultados: Las extracciones de datos y las evaluaciones de calidad / relevancia para los 21 artículos se resumen en la Tabla 2. Sólo se incluyen en esta revisión los datos sobre los 13-19 años. El proceso de análisis temático resultó en tres temas principales, comunes para ambos resultados: factores ambientales que consisten en cuatro categorías (estado sociodemográfico, situación socioeconómica, antecedentes culturales y factores sociales); Factores individuales que abarcan cinco categorías (factores psicosociales, características personales, actitudes y factores de estilo de vida). **Factores situacionales.** Formados por experiencias odontológicas y médicas y antecedentes de asistencia. La siguiente presentación de los resultados se estructurará principalmente sobre la base de temas y factores y secundariamente sobre los resultados. Por lo tanto, dentro de cada categoría de tema o factor, la presentación de informes comienza con factores asociados con la evitación dental seguida por la falta de asistencia dental. **Factores ambientales.** Categoría sociodemográfica El hecho de ser un niño se asoció repetidamente con la evitación dental (Östberg et al., 2010, Skaret et al., 1998, 2000, 2007), así como la falta de asistencia (Honkala et al., 1997; López y Baelum, 2007; Mak y Day, 2011, Okullo et al., 2004, Yu et al., 2001) (Tablas 2 y 3). Estudios de Noruega y Suecia informaron que los niños habían perdido o cancelado más citas dentales que las niñas (Östberg et al., 2010, Skaret et al., 1998, 2000, 2007), y estudios de los Estados Unidos, Finlandia, Chile, China y Uganda Concluyeron que los niños tenían menos probabilidades que las niñas de realizar visitas dentales anuales (Honkala et al., 1997, López y Baelum, 2007, Mak y Day, 2011, Okullo y otros, 2004, Yu et al., 2001). Por el contrario, cuatro

estudios, de los Estados Unidos, Noruega, Canadá y Brasil (Davoglio et al., 2013, Skaret et al., 1999, Vingilis et al., 2007, Zimmer-Gembeck et al., 1997), no encontraron asociación Entre el género y la falta de asistencia dental. En Canadá, por el contrario, los adolescentes de familias monoparentales eran más propensos a usar servicios dentales que los que vivían con ambos padres (Vingilis et al., 2007). Vivir con padres no casados en un estudio en los Estados Unidos (Yu et al., 2001) y tener hermanos en un estudio de China (Mak y Day, 2011) se han asociado con la falta de asistencia dental. **Status socioeconómico.** El estado socioeconómico bajo (SES) fue, entre los de Suecia, referido a Odontología Pediátrica Especializada por DBMPs, asociado con la evitación dental (Gustafsson et al., 2010) y entre adolescentes en Brasil (Davoglio et al., 2013) y los EE.UU. (Zimmer-Gembeck et al., 1997) asociadas con visitas dentales menos frecuentes. El nivel educativo bajo del padre se asoció con "no planificar futuras visitas dentales regulares" entre adolescentes en Suecia (Östberg et al., 2010). Entre los adolescentes de Chile, China, Uganda, Estados Unidos y Brasil, las visitas dentales menos frecuentes también se asociaron con baja educación de los padres (Freire et al., 2001; López y Baelum, 2007; , 2004, Yu et al., 2001

Obra: Validation of dental impact on daily living questionnaire among tribal population of India

Autor: C. V. Deepan Kumar, Shamaz Mohamed, Chandrashekar Janakiram, and Joe Joseph

Resultados: En la población estudiada de 250 participantes, la mayoría de los participantes eran del grupo de edad entre 36 y 50 años (40%) y las mujeres eran en su mayoría (64%). El estado clínico de los participantes fue pobre en la mayoría mientras que su impacto percibido en su vida diaria se encontró relativamente satisfecho. Los resultados del estudio muestran que la herramienta DIDL tenía una validez débil en relación con el estado clínico con relevancia para el estatus social de la población tribal india.

Obra: Un estudio de las razones de asistencia dental irregular en un colegio dental privada en una configuración rural. (20).

Autor: George AC 1 , Hoshing A , Joshi NV

Resultados: De 288 pacientes, 94 no pudieron asistir a las citas de revisión. En estos 94 pacientes, varias razones para no asistir a retiro se evaluaron y se encontró que la falta de tiempo para ser la razón más común para la no asistencia. se encontró relación entre la edad y las razones para no informar a ser significativa ($P < 0,01$). encuesta de satisfacción de los pacientes mostró que 51,54% de los pacientes estaban satisfechos con el tratamiento dental prestado. El presente estudio también mostró que los hombres son más pronta en asistir a citas de revisión en comparación con las mujeres. Una correlación positiva y significativa entre la alfabetización y el estado de la presentación de informes paciente se encontró ($P < 0,01$).

Obra: Prevalence and socio-demographic correlates of dental anxiety among a group of adult patients attending a dental institution in Vadodara city, Gujarat, India (12)

Autor: Ekta A Malvania¹, CG Ajithkrishnan

Resultados: La prevalencia de ansiedad dental entre la población estudiada fue del 46%. Basándose en la gravedad de la ansiedad dental, el 16% resultó ser moderadamente ansioso, el 17,33% se informó como muy ansioso y el 12,67% se encontró que era extremadamente ansioso. Se encontró que la escala MDAS era internamente fiable con un alfa de Cronbach de 0,78 para la aplicación de la escala en la población india. Las relaciones bivariadas entre la ansiedad dental y algunas variables sociodemográficas seleccionadas se muestran en [Tabla 2]. Las mujeres, las personas que residen en aldeas y los que tienen experiencia dental negativa anterior mostraron una relación significativa con la ansiedad dental, mientras que la edad, el nivel de educación, el empleo y la visita dental anterior no se asociaron significativamente con la ansiedad dental. El modelo de regresión logística que explica la ansiedad dental se muestra en [Tabla 3]. Sólo tres de las siete variables independientes que se asociaron significativamente con la ansiedad dental en el análisis bivariado se mantuvieron en el modelo. De las tres variables, las mujeres y los que tenían experiencia dental negativa anterior se asociaron significativamente con el desarrollo de la ansiedad dental.

Obra: Indiferencia al Tratamiento Dental (21).

Autor: Heredia- Veloz D.1*, Villavicencio- Caparó E.2, Jaramillo J3

Resultados: Al considerarse la indiferencia como respuesta de la no adherencia al tratamiento, resulta interesante plantear el tratamiento o la superación de esta barrera conductual, analizando las razones por la que se presenta: Razones asociadas al paciente: Edad, entorno cultural y social, nivel de educación, personalidad, pueden condicionar el tratamiento, además la desconfianza de que las indicaciones, dadas por el profesional de salud, no sean las adecuadas, que el medicamento no sea efectivo, o que las explicaciones sobre la enfermedad y el tratamiento hayan sido insuficientes o difíciles de entender. Otras veces se puede asociar como causa los olvidos, limitaciones debido a problemas afectivos y cognitivos. Razones asociadas al tratamiento: Cuando se usa medicamentos, se consideran los efectos secundarios adversos que producen, el tiempo en el que se ven los resultados beneficios, los pacientes esperan resultados a corto plazo, la complejidad del régimen terapéutico dada por las prescripciones o las etapas del tratamiento, los costos en Odontología que pueden ser altos, si el problema que se presenta es agudo o crónico elevando el tiempo y el precio del tratamiento.

Obra: Validation of dental impact on daily living questionnaire among tribal population of India (17).

Autor: C. V. Deepan Kumar, Shamaz Mohamed, Chandrashekar Janakiram, Joe Joseph

Resultados: La Tabla 1 describe la característica de estudio del estudio población en la que se contactó a 280 personas, fuera de 250 que aceptaron participar, con la tasa de respuesta de 89% de 250 participantes en la mayoría de los participantes del grupo de edad entre 36 y 50 años (40%) y las mujeres eran en su mayoría (64%) que los hombres. El jefe ocupación de los participantes del estudio fueron tan agrícolas trabajadores manuales (88%). La Tabla 2 describe el estado clínico y su impacto en su día para vivir el día. El estado clínico de la población de estudio fue pobre para la mayoría de los participantes, casi el 80% de los participantes tuvo una higiene oral relativamente pobre y donde casi el 74% de las personas tenían el problema periodontal y más de la mitad (60.8%) de la población de estudio tenía un valor de DMF mayor de siete Sin embargo, casi todos informaron que son relativamente satisfecho (94.8%) con su estado dental. La Tabla 3 describe la característica de la respuesta informada a preguntás específicas. La Tabla 4 describe la proporción de satisfacción de DIDL respuesta. Excepto restricción alimenticia (2.4%), para la cual estaban muy satisfechos, otros dominios eran relativamente satisfecho (78%) en

promedio. La Tabla 5 describe la correlación entre el DIDL cuestionario y el estado clínico de la población de estudio. La correlación de Spearman entre el perfil de impacto y el diferente estado de salud oral clínica muestra que dental la caries ($P = 0.052$) tuvo el mayor impacto en su vida diaria vivo. DMF tuvo una correlación significativa y negativa con apariencia ($P = 0.018$) y restricciones alimenticias ($P = 0.001$), mientras que el dolor ($P = 0.004$) y el rendimiento ($P = 0.001$) tuvieron correlación positiva. El estado de higiene oral tuvo un efecto insignificante correlación con el DIDL a excepción de la comodidad ($P = 0.044$) que tenía una correlación negativa.

Obra: Pobreza y desigualdades sociales: Un debate obligatorio en salud oral (22).

Autor: César Ernesto Abadía Barrero*

Resultados: La recomendación de la OMS frente a las pastas dentífricas con flúor es mucho más sospechosa cuando en sus reportes se expresa, en forma elocuente, que dos factores principales son los responsables de la presencia de caries en la población: la falta de flúor y el alto consumo de azúcares refinados. Para el consumo de estos últimos, sin embargo, la OMS no tiene recomendaciones en salud pública similares a aquellas de los cosméticos, es decir, aumentar las medidas arancelarias y de impuestos a las bebidas con azúcares refinados. Por el contrario, la OMS propone que se implementen consejerías nutricionales para que las personas disminuyan su consumo de azúcares. El sesgo en la balanza es claro. Recordemos que organismos financieros y grupos económicos han penetrado diferentes organismos de las Naciones Unidas, incluyendo a la OMS, y que las últimas políticas, análisis y recomendaciones de este organismo han sido criticados fuertemente por mostrar un viraje peligroso desde velar por la salud como derecho humano universal e integral a favorecer intereses particulares de compañías farmacéuticas, biotecnológicas y de seguros(11). Algo parecido ha sucedido en la odontología, por mucho tiempo, y estamos en la hora de comenzar a discutirlo y hacer algo al respecto.

5.- HIPÓTESIS: No tiene hipótesis porque es un estudio cualitativo

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.

1.- MARCO METOLOGICO

Enfoque: el enfoque de este estudio es de carácter cuantitativo.

Diseño de investigación: casos – controles. ⁽²⁹⁾

Nivel de investigación: Descriptivo. ⁽²²⁾

Tipo de investigación:

Por el ámbito: De campo

Por la técnica: Comunicacional

Por la temporalidad: Retrospectiva. ⁽²⁹⁾

2.- POBLACION Y MUESTRA

El estudio de la muestra fue en adultos de 18 a 44 años, de la parroquia Sucre, con una muestra total de 425 encuestas en la que se ejecutó un estudio de tipo caso control, con 234 fichas validas de las cuales se separó en 117 casos y 117 controles asociados a la indiferencia al tratamiento dental

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

2.1.a.- Criterios de inclusión:

- Todas las personas pertenecientes a la parroquia Sucre, con edades entre 18 a 44 años que firmaron el consentimiento informado.

2.1.b.- Criterios de exclusión:

- Personas profesionales que sean médicos u odontólogos.
- Fichas que tenían incoherencia entre las distintas preguntas y que no se entiendan los datos.
- Personas con incapacidad física, intelectual.

Tamaño de la muestra: El muestreo se aplicó por medio de conveniencia y se obtuvo 117 casos y 117 controles de 425 fichas encuestadas a personas de 18 a 44 años de edad en la Parroquia Sucre en la ciudad de Cuenca- Ecuador. **(Ver Anexo 2)**

3.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA	DATOS
Indiferencia Dental	Falta de cuidado de la salud oral, que puede llevar a consecuencias nocivas, por actitudes inadecuadas y mal comportamientos de las personas.	Cuestionario de Nutall	Cuantitativo	ordinal	Con indiferencia Sin indiferencia
Sexo	El sexo es un conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer	Hombre o mujer	Cualitativo	Nominal	Hombre Mujer
Ingreso Económico	Entidad que sintetiza un saber especulativo vinculado a los hechos del mundo a través de un saber hacer	ALTO(NO EXEPUESTO) 375 A MAS BAJO (EXEPUESTO) MENOR A 374	Cuantitativo	Ordinal	Bajo Alto
Edad	Tiempo que ha transcurrido desde su nacimiento.	18-44 años	Cuantitativo discreta	Razón	Adultos de 18-44 años .

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

4.1.- Instrumentos documentales. Se utilizó el cuestionario que contiene la escala de Indiferencia Dental, elaborada por Nutall, que sugiere que esta es una actitud debido a la subvaloración que se dan las personas a sus dientes pudiendo ser valioso para entender los malos resultados de la salud oral y que al ser estudiados se puede asociar al abandono dental y otros problemas de salud oral. **(Ver anexo 1)**

También se utilizó la ficha de recolección de información digital, en el programa de libre acceso EPI INFO para registrar los datos que constan en las encuestas de la Universidad Católica de Cuenca, que constan de 5 partes, la primera de datos generales del paciente y la encuesta de indiferencia, la segunda de negligencia dental, la tercera de automedicación, la cuarta de ansiedad dental, la quinta de autopercepción y la sexta de la relación profesional-paciente. **(Ver anexo 1)**

4.2.- Instrumentos mecánicos. Para la toma de datos, fue necesario un tablero de plástico y computadora de escritorio.

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 LA TOMA DE DATOS

5.1.- Ubicación espacial. La parroquia Sucre se delimita de la siguiente manera: se inicia en la intersección de la vereda oriental de la Av. Unidad Nacional y el margen sur del río Tomebamba y continúa por dicho margen, en sentido oriental hasta encontrar el cruce con la prolongación de la vereda occidental de la Av. Fray Vicente Solano, siguiendo por esta vereda en dirección sur se tiene la intersección con el margen del río Yanuncay, aguas arriba por este río en sentido occidental se llega al cruce con la vereda oriental de la Av. Loja; desde aquí y en dirección al norte, se empata con la

vereda oriental de la Av. Unidad Nacional y siguiendo esta misma dirección, hasta el lugar de origen.

5.2.- Ubicación temporal : La investigación se realizó entre los meses de Junio a Agosto 2017, recolectando datos de encuestas que reflejan el nivel de indiferencia en adultos de 18 a 44 años en la parroquia de Sucre del año en curso, dichas fichas fueron tomadas entre los meses antes mencionados.

5.3.- Procedimientos 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 DIS de Nutall), 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:

- Nivel de indiferencia de los pacientes hacia el tratamiento dental.
- Influencia del estado económico de las personas en su cuidado dental.

Primero se localizó la parroquia Sucre 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 18 a 44 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 encuestadas fueron 425 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 425 fichas originales del Cuestionario de Barreras para el acceso Odontológico, de la parroquia Sucre de la ciudad de Cuenca - Ecuador 2017, reposan en los archivos del Departamento de Investigación de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca. La encuesta constó de 8 preguntas, cuyas respuestas fueron valoradas en una escala numeral en la cual se mantenían números del 1 al 8 y de acuerdo al resultado se determinó si la persona era o no indiferente. Si el valor final de todas las respuestas arrojaba un valor menor a 2, la persona no era indiferente, caso

contrario, si valor era 3 o mayor a este la persona presentaba indiferencia en su cuidado dental.

6.- PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

6. a La variable 1 de enfermedad, la indiferencia dental fue dividida en relación al puntaje de acuerdo a la escala de Nuthall.

VARIABLE 1 “Enfermedad”	CON/ SIN INDIFERENCIA	VALORES
Indiferencia dental	Con Indiferencia	3 puntos y mayor a 3 puntos
	Sin Indiferencia	2 puntos y menor a 2 puntos

6. b La variable 2 de exposición, el nivel de ingreso económico fue catalogada de acuerdo a la clasificación al ingreso económico de la INEC .

VARIABLE 2 “EXPOSICIÓN”	EXP/NO EXP	VALORES	NIVEL DE INGRESO ECONOMICO
Ingreso Económico	EXPUESTOS	Menos 374	Nivel bajo de ingreso económico
	NO EXPUESTOS	Más de 375	Nivel alto de ingreso económico

6. c Relacionando la variable 1 de enfermedad (indiferencia al cuidado dental) con la variable 2 de exposición (ingreso económico)

Variable 2 Ingreso Económico	Variable 1	
	Con Indiferencia	Sin Indiferencia
Nivel bajo de ingreso económico	Expuestos (menos 374)	Expuestos (menos 374)
Nivel alto de ingreso económico	No expuestos (mayor 375)	No expuestos (mayor 375)

6. d La relación el ingreso económico y la indiferencia al tratamiento dental se calculó mediante la fórmula de Odds ratio.

	casos	controles
Expuestos	a	b
No expuestos	c	d

$$OR=(a*d)/(b*c)$$

7.- ASPECTOS BIOÉTICOS.

El presente estudio no implicó conflictos bioéticos; ya que se respetara la autonomía, en el cual todos los encuestados fueron informados sobre los objetivos y la metodología del estudio. Hubo total confidencialidad con sus respuestas y se les solicitó a las personas encuestadas que coloquen su firma en la parte final el consentimiento informado.

CAPÍTULO III
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

RESULTADOS:

El presente estudio fue realizado con los datos epidemiológicos de los adultos de 18 a 44 años de edad de la Parroquia Sucre, que constan en el archivo del departamento de Investigación de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca , mostrando los siguientes resultados.

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

	CASOS		CONTROLES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Femenino	62	52%	62	52%	124	52%
Masculino	55	47%	55	47%	110	47%
TOTAL	117	100%	117	100%	234	100%

Interpretación: En la tabla se puede evidenciar que existen 62 casos - controles para el sexo femenino y 55 casos - controles para el sexo masculino.

Demostrando que existe más nivel de indiferencia al tratamiento dental en el sexo femenino con un porcentaje del 52% a diferencia del sexo masculino con un porcentaje del 47%.

Tabla N° 2. Distribución de la muestra según la edad.

EDAD	CASOS		CONTROLES		TOTAL	
	n	%	N	%	n	%
18	1	0%	1	0%	2	0%
19	6	5%	6	5%	12	5%
20	7	6%	7	6%	14	6%
21	3	2%	3	2%	6	2%
22	8	7%	8	7%	16	7%
23	6	5%	6	5%	12	5%
24	5	4%	5	4%	10	4%
25	10	9%	10	9%	20	9%
26	11	10%	11	10%	22	10%
27	4	3%	4	3%	8	3%
28	9	8%	9	8%	18	8%
29	9	8%	9	8%	19	8%
30	4	3%	4	3%	8	3%
31	5	4%	5	4%	10	4%
32	2	1%	2	1%	4	1%
33	5	4%	5	4%	10	4%
34	1	0%	1	0%	2	0%
35	4	3%	4	3%	8	3%
36	2	1%	2	1%	4	1%
37	1	0%	1	0%	2	0%
38	3	2%	3	2%	6	2%
39	1	0%	1	0%	2	0%
41	2	1%	2	1%	4	1%
42	2	1%	2	1%	4	1%
43	5	4%	5	4%	10	4%
44	1	0%	1	0%	2	0%
TOTAL	117	100%	117	100%	234	100%

Interpretación: La tabla muestra que las edades de 25 y 26, presentaron 10 y 11 casos – controles; demostrando que en estas edades, existe mayor nivel de indiferencia al tratamiento dental con porcentajes de 9%,10% respectivamente.

Tabla N° 3. Relación entre el ingreso económico y la indiferencia al tratamiento dental en la parroquia Sucre de la Ciudad de Cuenca año, 2017.

INGRESO ECONOMICO	CASOS INDIFERENCIA	CONTROLES INDIFERENCIA
SI SE EXPONE	35	51
NO SE EXPONE	82	66
TOTAL	117	117

*OR=0.55 IC 95% (0.43 – 0.48)

Interpretación: En esta tabla se puede evidenciar que el valor obtenido del OR= 0.55 nos indica que no existe relación entre la variable independiente (nivel de ingreso económico) y la variable dependiente (indiferencia al tratamiento dental).

* **El estadístico que emplea es el Odds Rattio O.R.:** es un valor que va entre cero e infinito. Se interpreta teniendo al número uno como punto de corte, donde los valores inferiores a uno, se interpretan como que existe una asociación inversa, el factor a evaluar resultó ser un factor de protección. Cuando el valor es uno, significa que no hay ningún tipo de asociación y cuando el valor resulta mayor a uno, se interpreta como que el factor estudiado es un factor de riesgo.

2.- DISCUSIÓN

Se realizó un estudio tipo caso control en el cual la muestra final estuvo compuesta por 425, fichas epidemiológicas de las cuales se hizo un emparejamiento obteniendo 234 fichas de las cuales el 52% correspondieron al sexo femenino y un 47% al sexo masculino; las fichas analizadas se obtuvieron de la base de datos del Departamento de Investigación de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca, se analizaron las ocho preguntas realizadas a los adultos de 18 a 44 años de edad de la parroquia Sucre de la ciudad de Cuenca para calcular el nivel de indiferencia al tratamiento dental.

Se debe tener presente que hasta la fecha no se han reportado estudios en los que se hayan tomado como muestra adultos de 18 a 44 años, por lo que este estudio resulta innovador para lograr que los encuestados logren una temprana auto percepción, para evitar este tipo de barrera ante el tratamiento odontológico .

En este estudio se evaluó a los adultos de 18 a 44 años y se obtuvo que en las edades de 25,26 años existe un mayor nivel de indiferencia al tratamiento dental con un porcentaje de (9%,10%) respectivamente concordando con el estudio de Quiñonez 2005 ⁽¹⁾ ,en el cual no se obtuvieron porcentajes pero en el análisis sociodemográfico por la edad y el sexo en los países nórdicos, los niños y los adolescentes tienen acceso a la atención dental tanto privada como pública encontrándose de todas maneras perdidas y cancelaciones citas odontológicas y además entre los adultos con gran miedo dental, la evitación a la atención dental ha sido asociada con sentimientos de culpa y vergüenza que a su vez se establece un círculo vicioso que concuerda con el estudio de Nuttall 1996 ⁽⁵⁾ , que ha demostrado que esta es una actitud que consistente en una significativa subvaloración de los dientes y la falta de preocupación acerca de la salud bucal siendo frecuente tanto en jóvenes como adultos ⁽⁵⁾.

Otro estudio realizado en Noruega ⁽¹³⁾ , ha demostrado que las citas dentales pérdidas son significativamente más frecuente entre los varones que entre las mujeres demostrado que cancelan o dejan de asistir a un 16% de sus citas dentales programadas ⁽¹³⁾.Estudio que no concuerda con este ya que como se pudo observar la indiferencia al tratamiento dental en cuanto al sexo hubo mayor predominio del sexo femenino con un porcentaje 52% al sexo masculino con 47%.

En cuanto al ingreso económico podemos definir que las poblaciones pobres tienen prioridades a diferir de los ricos por los altos costos del tratamiento y la demora en la búsqueda de atención. Habiendo necesidades más urgentes en la vida ya que los servicios dentales en los países en desarrollo son financiados principalmente a través de gastos de bolsillo, conduciendo a las personas a buscar atención dental sólo cuando hay un problema agudo. Los individuos pueden llegar a una práctica dental con enfermedades más graves, cuando la extracción del diente puede ser la única vía de atención ya que esto es relativo a la condición de su boca y dientes según su condición económica ⁽²⁴⁾.

En el presente estudio la muestra fue baja puesto que se ejecutó en una sola parroquia urbana de la ciudad de Cuenca, en la cual el ingreso económico no resultó ser un factor de riesgo para la indiferencia al tratamiento dental tanto hombres como mujeres de 18 a 44 años de edad, pudiendo ser causada por otros factores como el miedo, la ansiedad, falta de conocimiento acerca de la salud dental y la importancia que las personas tengan con el cuidado de sus dientes ya que las personas no expuestas presentaron un porcentaje más alto que las expuestas es por eso que Nuttall menciona que este cuestionario de indiferencia dental podría ser la herramienta más útil, para los profesionales de la salud, en levantamientos epidemiológicos.

El mayor limitante de la presente investigación fue el encontrar estudios recientes de auto percepción en Latino América con poblaciones de edades similares a las de este estudio por lo que es necesario efectuar futuros estudios en poblaciones con rangos similares a los empleados en esta investigación (nivel socio económico, nivel instrucción, acceso a los servicios de salud) y con porcentajes de muestras iguales, o lo más cercanas posibles para cada sexo para estimar con mayor exactitud el nivel de indiferencia dental para estudios epidemiológicos; y de igual manera rangos similares de edad.

3.- CONCLUSIONES

- Se evaluó la relación entre el ingreso económico y la indiferencia al tratamiento dental en adultos de 18 a 44 años de edad de la parroquia Sucre del cantón Cuenca, 2017, y se determinó según la medida estadística OR el ingreso económico no es un factor de riesgo para la enfermedad de indiferencia al tratamiento dental.

- Se evaluó la indiferencia al tratamiento dental según el sexo y se determinó que existe mayor nivel de indiferencia en el sexo femenino con un porcentaje del 52% en casos como en controles.

- Se evaluó la indiferencia al tratamiento dental según la edad y se determinó que existe mayor nivel de indiferencia en las edades de 25 y 26 años con un porcentaje de 9% y 10 % en casos como en controles.

Bibliografía

1. A. Fägerstad¹ 2J. WaKA. Understanding avoidance and non-attendance among adolescents in dental care - an integrative review. ResearchGate. 2016 January .Disponible en : <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-13-381?site=bmchealthservres.biomedcentral.com>
2. Galès-Camus DPEPDCL. La OMS publica un nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. salud bucodental. Ginebra : La OMS , Centro de prensa ; 2004.Disponible en : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>
3. PUBLICA LMDS. TIPOLOGIA PARA HOMOLOGAR ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVELES. salud. Quito : Ministerios de Salud Publica , Acuerdo ministerial ; 2015.Disponible en:<http://instituciones.msp.gob.ec/cz6/images/lotaip/Enero2015/Acuerdo%20Ministerial%205212.pdf>
4. Serrano M. Reporte de pobreza y desigualdad – Junio 2017. INEC. 2017 Junio.Disponible en:<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/POBREZA/2017/Junio/Informe%20pobreza%20y%20desigualdad%20-%20jun%202017%2014072017.pdf>
5. Skaret E RMKGBE. Reability and validity of the Dental Indifference Scale in a population of 18 -years-olds in Norway. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2000 January ;(28).Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2627830/>
6. Adriana Betin Portacio AGSKIFADC. Satisfacción de los pacientes respecto a calidad de la atención odontológica en una institución pública universitaria de la ciudad de Cartagena. Revista Internacional de la Ciencia y la Salud .2009 ;(2) . Disponible :<http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/674>
7. Andrea DT. Consideraciones en el Manejo Odontológico del Paciente Geriátrico. Revista Científica Colegio de Cirujanos de Costa Rica 2012; (1). Disponible: <https://revistaodontologica.colegiodontistas.org/index.php/revista/article/view/451/672> .
8. AlSadhan SA. Frequency of missed and cancelled appointments in King Saud University orthodontic clinic. King Saud University. 2013April; (4).Disponible: https://www.researchgate.net/publication/259170548_Frequency_of_missed_and_cancelled_appointments_in_King_Saud_University_orthodontic_clinic
- 9 . Fremouw WJ. Dental Values as a Factor Affecting Attendance among Patients with High Dental Fear. ResearchGate. 2014 Junio;(1). Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11106018>
10. Quesada DCÁ. La relación entre el odontólogo y los distintos tipos de pacientes. Revista Gaceta Dental. 2012 Enero.Disponible: <https://www.gacetadental.com/2012/01/la-relacion-entre-el-odontologo-y-los-distintos-tipos-de-pacientes-24897/>
11. Ekta A Malvania¹ CA. Prevalence and socio-demographic correlates of dental anxiety among a group of adult patients attending a dental institution in Vadodara city, Gujarat,

- India. Indian Journal of Dental Research. 2011 Abril ;(1).Disponible :<http://www.ijdr.in/article.asp?issn=0970-9290;year=2011;volume=22;issue=1;epage=179;epage=180;aulast=Malvania>
12. Jamieson LM TW. The Dental Neglect and Dental Indifference Scales Compared. Community Dent Oral Epidemiol. 2002 June; (30).Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12000339>
 13. George Tsakos CJH. Behavioral aspects of oral health,disease and interventions. European Association of Dental Public Health. 2014 Junio. Disponible: http://www.eadph.org/downloads/2014_abstracts.pdf
 14. Bonilla DJG. Manejo Odontológico del Paciente Adulto Mayor (PAM). clinicadentalgazel. 2006.Disponible: <http://www.clinicadentalgazel.com/articulos/prevencion-en-odontogeriatría/>
 15. Rojas Alcayaga G* MLC. La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca. Av. Odontoestomatol. 2003 abril. Disponible: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v20n4/original2.pdf>
 16. C. V. Deepan Kumar SMCJJ. Validation of dental impact on daily living questionnaire among tribal. Department of Public Health Dentistry, Amrita School of Dentistry,AIMS, Ponekkara P. O., Kochi, Kerala, India. 2017 junio .<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4632228/>
 17. Deangelillo* CA. IMPORTANCIA DE LAS HUMANIDADES EN ODONTOESTOMATOLOGÍA. Coordinadora del Área de Bioética del Círculo Argentino de Odontología. Argentin. 2006 diciembre .Disponible: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000100008
 18. Helen D. Rodd BDS,FDS(PD,ELCBDS. Failed Attendances at Hospital Dental Clinics Among Young Patients With Cleft Lip and Palate. Claremont Crescent, Sheffield. 2006 May.Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17214535>
 19. George AC 1 HA,JN. Un estudio de las razones de asistencia dental irregular en un colegio dental privada en una configuración rural. Pubmed.gov. 2007 Junio;(18).
 20. Heredia- Veloz D.1* VCE2JJ. DENTAL INDIFFERENCE. Revista OACTIVA UC Cuenca. 2017 Enero; 2.Disponible: <file:///D:/Mis%20Documentos/Downloads/120-454-1-PB.pdf>
 21. Barrero* CEA. POBREZA Y DESIGUALDADES SOCIALES: UN DEBATE OBLIGATORIO EN SALUD ORAL. Oral Health Department. United States. 2006 diciembre .Disponible: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000100002
 - 22 Ebingen Villavicencio-Caparó KdlÁCLMEVLJPSHAECD. PASOS PARA LA PLANIFICACIÓN DE UNA INVESTIGACIÓN CLÍNICA. Odontología Oactiva. 2016; Vol 1(No 1).Disponible: [file:///D:/Mis%20Documentos/Downloads/20-59-2-PB%20\(1\).pdf](file:///D:/Mis%20Documentos/Downloads/20-59-2-PB%20(1).pdf)
 23. Social inequalities in adult oral health in 40 low- and middle-income countries. SCIENTIFIC RESEARCH REPORT. 2016 Junio .Disponible: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/>

idj.12243/full

24. N. SAVANHEIMO M. M. VEKALAHTI AP,MN. Reasons for and parental satisfaction with children's dental care under general anesthesia International Journal of Paediatric Dentistry. 2005;(15).Disponible: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-263X.2005.00681.x/abstract>
25. Trilby Coolidge1* MHEKJPW. The Dental Neglect Scale in Adolescents. Dental Public Health Sciences, University of Washington, Seattle WA, USA. 2005 Febrero;(2).Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19123953>
26. ALSadhan SA. Frequency of missed and cancelled appointments in King Saud University orthodontic clinic. King Saud University Journal of Dental Sciences. 2013 Abril.Disponible: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210815713000139>
27. Villavicencio-Caparó2 RQGE. Rehabilitación oral, el servicio odontológico más. Revista científica digital INSPILIP. 2017 Julio.Disponible: <http://www.inspilip.gob.ec/wp-content/uploads/2017/09/10-OFERTA-DE-SERVICIOS-ODONTOLOGICOS-TESIS-2-3-11.pdf>
28. Barrero CEA. POBREZA Y DESIGUALDADES SOCIALES: UN DEBATE OBLIGATORIO EN SALUD ORAL. Oral Health Department. 2006 Diciembre; 1.Disponible: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000100002
29. Ebingen Villavicencio-Caparó MCAC,MCCDPVAAC. DISEÑOS DE ESTUDIOS CLÍNICOS EN ODONTOLOGÍA. Odontologia Oactiva. 2016; Vol 1(No 2).
30. E. *VCE*LK*. PASOS PARA LA PLANIFICACIÓN DE UNA INVESTIGACIÓN CLÍNICA. ODONTOLOGÍA activa UCACUE. 2016 Enero; 1(1).

ANEXOS

Anexo 1. Encuesta modificada por la UCACUE

Pregunta	Marcar uno a más respuestas	Puntuación						
<table border="1"> <tr> <td>c) Primaria completa</td> <td>h) Superior universitario incompleta</td> </tr> <tr> <td>d) Secundaria incompleta</td> <td>i) Superior universitario completa</td> </tr> <tr> <td>e) Secundaria completa</td> <td></td> </tr> </table>			c) Primaria completa	h) Superior universitario incompleta	d) Secundaria incompleta	i) Superior universitario completa	e) Secundaria completa	
c) Primaria completa	h) Superior universitario incompleta							
d) Secundaria incompleta	i) Superior universitario completa							
e) Secundaria completa								
1. Usualmente usa Ud.:								
	<ul style="list-style-type: none"> a. Un cepillo de dientes para limpiar sus dientes b. La seda o un cepillo especial para limpiar sus dientes c. Tabletas reveladoras para comprobar que sus dientes están limpios 	Valor: 1 si ninguno o si solo el literal a está marcado						
2. En la actualidad:								
	<ul style="list-style-type: none"> a. Cree que hay algo mal con sus dientes, pero no es lo suficientemente malo como para ir a un dentista b. Cree que hay algo mal con sus dientes y tiene la intención de ver a un dentista pronto c. Va a realizarse un chequeo en el próximo año d. No cree que necesite ningún tratamiento por lo que no está 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 b o c están marcados						
4. Por lo general, hace una cita para visitar a un dentista:								
	<ul style="list-style-type: none"> a. Cuando el dentista le recuerda b. Al final de la última cita c. Cuando piensa que es tiempo de ir a otro chequeo d. Únicamente cuando piensa que esta algo malo en sus dientes 	Valor: 1 si el literal d está marcado						
5. Si sus encías sangran pero esta 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 d están marcados						
7. Si tuviera un diente muy doloroso:								
	<ul style="list-style-type: none"> a. Preferiría que le saquen b. Preferiría dejarlo sin tratamiento c. Preferiría realizar una restauración 	Valor: 1 si los literales a o b están marcados						
8. Ud diría que la razón principal para no ir a un dentista sería:								
	<ul style="list-style-type: none"> a. Porque piensa que el tratamiento es doloroso b. Porque toma demasiado tiempo ir al dentista c. Porque siente preocupación o ansiedad cuando va al dentista d. Porque su dentista le hace sentir culpable acerca del estado de sus dientes e. Porque cuesta mucho f. Porque no tiene tiempo para ir al dentista g. Pospone las citas, asiste al dentista regularmente 	Valor: 1 si los literales b, d o f están marcados Si el literal c está marcado no es un puntaje de indiferencia dental						
Yo..... con mi firma doy mi consentimiento informado para la realización de esta encuesta.								

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

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

ANSIEDAD
24. Comienzé a ponerme nervioso/a cuando el Odontólogo le invita a sentarme en la silla Si () NO ()
25. Comienza a ponerme 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 ()

Anexo 2. Tamaño total de la muestra de la parroquia Sucre dividida en casos y controles.

Ingresos Económico	Prevalencia Indiferencia	Edad	Sexo
BAJO	CON	23	Masculino
ALTO	CON	40	Masculino
ALTO	CON	24	Masculino
BAJO	CON	33	Masculino
ALTO	CON	22	Masculino
ALTO	CON	31	Femenino
BAJO	CON	29	Masculino
BAJO	CON	19	Masculino
BAJO	CON	38	Femenino
BAJO	CON	27	Masculino
ALTO	CON	37	Masculino
BAJO	CON	27	Femenino
BAJO	CON	34	Femenino
ALTO	CON	29	Masculino
ALTO	CON	30	Femenino
ALTO	CON	31	Femenino
ALTO	CON	22	Masculino
BAJO	CON	28	Masculino
BAJO	CON	28	Masculino
ALTO	CON	26	Femenino
ALTO	CON	30	Femenino
BAJO	CON	32	Femenino
ALTO	CON	23	Femenino
BAJO	CON	19	Femenino
BAJO	CON	29	Femenino
BAJO	CON	31	Femenino
ALTO	CON	29	Masculino
BAJO	CON	39	Masculino
BAJO	CON	37	Femenino
BAJO	CON	29	Masculino
BAJO	CON	44	Femenino
BAJO	CON	22	Masculino

ALTO	CON	41	Masculino
BAJO	CON	22	Masculino
ALTO	CON	42	Masculino
ALTO	CON	23	Femenino
ALTO	CON	39	Masculino
BAJO	CON	32	Femenino
BAJO	CON	26	Masculino
ALTO	CON	43	Femenino
BAJO	CON	43	Masculino
ALTO	CON	43	Masculino
BAJO	CON	25	Masculino
BAJO	CON	35	Femenino
BAJO	CON	44	Masculino
BAJO	CON	44	Masculino
ALTO	CON	43	Femenino
ALTO	CON	19	Masculino
ALTO	CON	20	Masculino
ALTO	CON	20	Masculino
BAJO	CON	19	Masculino
ALTO	CON	36	Masculino
ALTO	CON	23	Femenino
BAJO	CON	43	Femenino
ALTO	CON	22	Masculino
BAJO	CON	24	Masculino
ALTO	CON	19	Masculino
BAJO	CON	18	Masculino
ALTO	CON	25	Femenino
ALTO	CON	24	Masculino
BAJO	CON	19	Femenino
ALTO	CON	35	Masculino
ALTO	CON	23	Femenino
BAJO	CON	19	Masculino
ALTO	CON	30	Masculino
ALTO	CON	31	Masculino
ALTO	CON	35	Masculino
BAJO	CON	22	Femenino
BAJO	CON	33	Femenino
ALTO	CON	42	Femenino
BAJO	CON	23	Masculino
BAJO	CON	32	Masculino
BAJO	CON	25	Masculino

BAJO	CON	30	Masculino
ALTO	CON	29	Femenino
BAJO	CON	42	Masculino
BAJO	CON	41	Masculino
BAJO	CON	35	Masculino
BAJO	CON	37	Masculino
BAJO	CON	19	Masculino
BAJO	CON	39	Masculino
BAJO	CON	25	Masculino
BAJO	CON	22	Masculino
ALTO	CON	27	Femenino
BAJO	CON	24	Masculino
BAJO	CON	40	Femenino
BAJO	CON	30	Femenino
ALTO	CON	29	Masculino
ALTO	CON	26	Masculino
BAJO	CON	27	Masculino
BAJO	CON	36	Masculino
ALTO	CON	32	Masculino
BAJO	CON	19	Masculino
BAJO	CON	24	Masculino
BAJO	CON	37	Femenino
BAJO	CON	25	Femenino
ALTO	CON	40	Masculino
BAJO	CON	40	Masculino
BAJO	CON	32	Masculino
ALTO	CON	24	Femenino
BAJO	CON	23	Femenino
ALTO	CON	37	Femenino
ALTO	CON	26	Masculino
BAJO	CON	28	Masculino
ALTO	CON	26	Femenino
BAJO	CON	23	Femenino
BAJO	CON	25	Femenino
ALTO	CON	41	Masculino
BAJO	CON	20	Femenino
BAJO	CON	21	Masculino
BAJO	CON	23	Masculino
BAJO	CON	20	Masculino
BAJO	CON	26	Femenino
BAJO	CON	20	Masculino

BAJO	CON	44	Femenino
BAJO	CON	38	Masculino
BAJO	CON	25	Femenino
BAJO	CON	19	Masculino
ALTO	CON	37	Femenino
BAJO	CON	27	Masculino
BAJO	CON	39	Femenino
BAJO	CON	38	Masculino
BAJO	CON	29	Masculino
BAJO	CON	35	Femenino
BAJO	CON	43	Femenino
BAJO	CON	35	Femenino
BAJO	CON	20	Femenino
BAJO	CON	30	Femenino
ALTO	CON	26	Femenino
BAJO	CON	34	Masculino
BAJO	CON	42	Masculino
BAJO	CON	42	Masculino
ALTO	CON	30	Masculino
ALTO	CON	27	Femenino
BAJO	CON	22	Masculino
ALTO	CON	29	Masculino
ALTO	CON	34	Masculino
ALTO	CON	26	Femenino
ALTO	CON	29	Femenino
ALTO	CON	27	Masculino
BAJO	CON	28	Masculino
ALTO	CON	29	Masculino
BAJO	CON	19	Masculino
ALTO	CON	20	Masculino
ALTO	CON	21	Femenino
BAJO	CON	25	Femenino
ALTO	CON	34	Masculino
BAJO	CON	30	Femenino
ALTO	CON	21	Masculino
ALTO	CON	22	Femenino
ALTO	CON	26	Femenino
ALTO	CON	25	Masculino
ALTO	CON	25	Masculino
BAJO	CON	24	Masculino
BAJO	CON	22	Masculino

BAJO	CON	21	Masculino
BAJO	CON	21	Femenino
ALTO	CON	41	Masculino
ALTO	CON	41	Masculino
ALTO	CON	35	Masculino
ALTO	CON	38	Masculino
BAJO	CON	25	Femenino
BAJO	CON	25	Femenino
ALTO	CON	27	Masculino
ALTO	CON	37	Masculino
ALTO	CON	36	Femenino
ALTO	CON	26	Femenino
BAJO	CON	21	Masculino
BAJO	CON	22	Masculino
BAJO	CON	24	Masculino
BAJO	CON	19	Masculino
BAJO	CON	33	Masculino
BAJO	CON	19	Femenino
BAJO	CON	43	Masculino
BAJO	CON	34	Femenino
BAJO	CON	39	Femenino
ALTO	CON	31	Femenino
ALTO	CON	36	Masculino
BAJO	CON	19	Masculino
ALTO	CON	18	Masculino
ALTO	CON	42	Femenino
ALTO	CON	30	Masculino
BAJO	CON	35	Femenino
BAJO	CON	23	Masculino
BAJO	CON	24	Femenino
BAJO	CON	28	Femenino
BAJO	CON	20	Femenino
BAJO	CON	32	Masculino
BAJO	CON	24	Femenino
BAJO	CON	19	Masculino
BAJO	CON	33	Masculino
BAJO	CON	24	Masculino
BAJO	CON	30	Femenino
ALTO	CON	31	Femenino
ALTO	CON	26	Femenino
BAJO	CON	32	Masculino

BAJO	CON	20	Masculino
ALTO	CON	34	Femenino
BAJO	CON	22	Femenino
BAJO	CON	31	Femenino
BAJO	CON	23	Masculino
ALTO	CON	22	Masculino
BAJO	CON	43	Femenino
BAJO	CON	24	Masculino
BAJO	CON	42	Femenino
ALTO	CON	18	Masculino
BAJO	CON	41	Femenino
ALTO	CON	25	Femenino
ALTO	CON	33	Masculino
BAJO	CON	19	Masculino
BAJO	CON	18	Masculino
ALTO	CON	38	Masculino
BAJO	CON	21	Masculino
BAJO	CON	38	Femenino
ALTO	CON	39	Masculino
BAJO	CON	29	Masculino
BAJO	CON	27	Femenino
ALTO	CON	42	Masculino
BAJO	CON	26	Masculino
ALTO	CON	32	Masculino
ALTO	CON	40	Masculino
ALTO	CON	32	Masculino
ALTO	CON	39	Masculino
ALTO	CON	33	Masculino
BAJO	CON	33	Femenino
BAJO	CON	35	Masculino
BAJO	CON	23	Masculino
BAJO	CON	29	Femenino
BAJO	CON	32	Femenino
ALTO	CON	24	Masculino
ALTO	CON	25	Masculino
BAJO	CON	23	Femenino
ALTO	CON	37	Masculino
BAJO	CON	20	Masculino
BAJO	CON	21	Masculino
BAJO	CON	29	Femenino
BAJO	CON	23	Femenino

BAJO	CON	29	Femenino
BAJO	CON	30	Masculino
BAJO	CON	24	Masculino
BAJO	CON	22	Masculino
BAJO	CON	33	Femenino
BAJO	CON	37	Femenino
BAJO	CON	20	Femenino
BAJO	CON	43	Femenino
ALTO	CON	27	Femenino
BAJO	CON	25	Masculino
BAJO	CON	24	Masculino
BAJO	CON	29	Masculino
BAJO	CON	22	Masculino
BAJO	CON	24	Masculino
BAJO	CON	24	Masculino
BAJO	CON	30	Masculino
ALTO	CON	33	Masculino
BAJO	CON	28	Masculino
BAJO	CON	28	Masculino
BAJO	CON	27	Femenino
BAJO	CON	20	Femenino
ALTO	CON	24	Masculino
BAJO	CON	29	Masculino
BAJO	CON	29	Masculino
BAJO	CON	21	Femenino
BAJO	CON	21	Femenino
BAJO	CON	28	Masculino
BAJO	CON	30	Masculino
ALTO	CON	31	Masculino
BAJO	CON	26	Femenino
BAJO	CON	26	Femenino
BAJO	CON	34	Masculino
BAJO	CON	25	Femenino
BAJO	CON	35	Masculino
BAJO	CON	27	Femenino
BAJO	CON	28	Femenino
BAJO	CON	19	Masculino
BAJO	CON	19	Masculino
BAJO	CON	28	Femenino
BAJO	CON	20	Femenino
BAJO	CON	33	Masculino

BAJO	CON	19	Femenino
BAJO	CON	24	Masculino
BAJO	CON	25	Masculino
BAJO	CON	22	Masculino
BAJO	CON	43	Masculino
BAJO	CON	25	Femenino
BAJO	CON	20	Masculino
BAJO	CON	31	Masculino
BAJO	CON	22	Femenino
ALTO	CON	27	Masculino
BAJO	CON	35	Femenino
BAJO	CON	43	Femenino
BAJO	CON	24	Femenino
BAJO	CON	23	Masculino
BAJO	CON	36	Masculino
ALTO	CON	27	Femenino
BAJO	CON	26	Masculino
BAJO	CON	28	Femenino
BAJO	CON	26	Masculino
ALTO	CON	26	Femenino
BAJO	SIN	30	Masculino
ALTO	SIN	30	Masculino
ALTO	SIN	22	Masculino
ALTO	SIN	29	Femenino
ALTO	SIN	29	Masculino
BAJO	SIN	40	Femenino
BAJO	SIN	20	Masculino
BAJO	SIN	28	Masculino
BAJO	SIN	20	Masculino
BAJO	SIN	35	Femenino
BAJO	SIN	19	Femenino
ALTO	SIN	35	Femenino
ALTO	SIN	38	Femenino
ALTO	SIN	25	Masculino
ALTO	SIN	26	Femenino
BAJO	SIN	28	Femenino
ALTO	SIN	28	Femenino
ALTO	SIN	21	Masculino
ALTO	SIN	19	Femenino
BAJO	SIN	28	Masculino
BAJO	SIN	29	Masculino

ALTO	SIN	25	Masculino
BAJO	SIN	43	Femenino
ALTO	SIN	24	Femenino
ALTO	SIN	27	Femenino
BAJO	SIN	33	Masculino
ALTO	SIN	25	Femenino
BAJO	SIN	18	Masculino
BAJO	SIN	33	Masculino
ALTO	SIN	28	Femenino
BAJO	SIN	26	Femenino
BAJO	SIN	43	Masculino
BAJO	SIN	20	Masculino
BAJO	SIN	28	Masculino
BAJO	SIN	25	Femenino
BAJO	SIN	23	Masculino
BAJO	SIN	43	Femenino
BAJO	SIN	29	Femenino
ALTO	SIN	25	Masculino
BAJO	SIN	25	Masculino
BAJO	SIN	22	Masculino
BAJO	SIN	19	Masculino
BAJO	SIN	18	Femenino
BAJO	SIN	24	Masculino
ALTO	SIN	29	Masculino
BAJO	SIN	40	Femenino
BAJO	SIN	36	Femenino
BAJO	SIN	28	Masculino
ALTO	SIN	38	Masculino
ALTO	SIN	31	Masculino
ALTO	SIN	26	Femenino
BAJO	SIN	22	Femenino
BAJO	SIN	25	Femenino
BAJO	SIN	19	Masculino
ALTO	SIN	43	Masculino
BAJO	SIN	22	Masculino
ALTO	SIN	19	Masculino
ALTO	SIN	29	Femenino
ALTO	SIN	27	Femenino
BAJO	SIN	26	Femenino
BAJO	SIN	19	Masculino
BAJO	SIN	27	Femenino

BAJO	SIN	21	Masculino
ALTO	SIN	26	Masculino
ALTO	SIN	26	Masculino
ALTO	SIN	26	Masculino
ALTO	SIN	24	Femenino
BAJO	SIN	40	Femenino
ALTO	SIN	31	Masculino
ALTO	SIN	31	Femenino
ALTO	SIN	42	Femenino
ALTO	SIN	22	Masculino
BAJO	SIN	18	Femenino
BAJO	SIN	22	Masculino
ALTO	SIN	32	Femenino
ALTO	SIN	34	Masculino
ALTO	SIN	31	Femenino
BAJO	SIN	31	Femenino
ALTO	SIN	25	Femenino
ALTO	SIN	33	Masculino
ALTO	SIN	30	Femenino
ALTO	SIN	33	Femenino
BAJO	SIN	20	Femenino
ALTO	SIN	29	Femenino
ALTO	SIN	29	Femenino
ALTO	SIN	20	Femenino
BAJO	SIN	26	Femenino
BAJO	SIN	20	Masculino
ALTO	SIN	28	Femenino
BAJO	SIN	36	Femenino
BAJO	SIN	23	Masculino
BAJO	SIN	38	Femenino
ALTO	SIN	44	Femenino
ALTO	SIN	26	Masculino
ALTO	SIN	27	Masculino
BAJO	SIN	42	Femenino
BAJO	SIN	22	Masculino
BAJO	SIN	28	Masculino
BAJO	SIN	40	Masculino
BAJO	SIN	33	Femenino
ALTO	SIN	26	Masculino
BAJO	SIN	39	Femenino
ALTO	SIN	32	Masculino

BAJO	SIN	25	Femenino
BAJO	SIN	30	Femenino
ALTO	SIN	23	Masculino
BAJO	SIN	41	Femenino
BAJO	SIN	35	Femenino
BAJO	SIN	26	Masculino
BAJO	SIN	23	Femenino
BAJO	SIN	18	Femenino
BAJO	SIN	37	Femenino
ALTO	SIN	40	Femenino
BAJO	SIN	38	Femenino
BAJO	SIN	25	Masculino
BAJO	SIN	36	Masculino
BAJO	SIN	22	Femenino
BAJO	SIN	21	Femenino
BAJO	SIN	23	Femenino
BAJO	SIN	20	Masculino
BAJO	SIN	35	Femenino
BAJO	SIN	24	Femenino
BAJO	SIN	23	Femenino
BAJO	SIN	29	Femenino
BAJO	SIN	24	Femenino
ALTO	SIN	26	Femenino
BAJO	SIN	43	Femenino

Anexo 3.- Cálculo de la muestra mediante OPEN EPI

www.openepi.com/MatchCC/MatchCC.htm

Análisis de tabla simple

Controles	
(+) 35	(-) 51 86
Casos	
(+) 82	(-) 66 148
117	117234

Medidas de Asociación

Prueba	Valor	g.L.	1-Cola	Valores P	2-Colas
McNemar	7.226	1			0.007187
McNemar con corrección de continuidad	6.767	1			0.009286
Exacto de Fisher			0.004515 (P)		0.009030
Mid-p exacto			0.003589 (P)		0.007178

There are 133 discordant pairs.
Because this number is ≥ 20 , the McNemar test can be used.

Cálculos basados en Odds

Parámetro	Estimador Puntual	Intervalos de confianza al 95% Inferior, Superior	Tipo
Odds Ratio apareado	0.622	0.4385, 0.8822 ¹	Series de Taylor
Odds Ratio CMLE*	0.622	0.4362, 0.8804 ¹	Mid-P exacto
		0.4296, 0.8929 ¹	Exacto de Fisher

*Estimador de máxima verosimilitud de Odds Ratio
(P) indica un valor P de una-cola para la asociación positiva o negativa. De otra forma, los valores P exactos de una cola son para una asociación positiva.
Martin D. Austin H (1991) Un programa eficaz para calcular el estimador de máxima verosimilitud y los límites de confianza exactos para una odds ratio común. Epidemiología 2, 359-362.

Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abierto MatchCC
Imprimir desde el navegador con ctrl-P
o seleccione el texto a copiar y pegar en otro programa

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

Escritorio 914 19/02/2018