



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

INDIFERENCIA AL CUIDADO DENTAL EN ADULTOS MAYORES A 65 AÑOS
DE LA PARROQUIA BAÑOS, CUENCA - ECUADOR, 2017.

TRABAJO DE TITULACIÓN
PREVIO A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO
DE ODONTÓLOGA

AUTORA: Villacís Zosoranga, Michelle Madelín

DIRECTORA: Lic. Cabrera Cabrera, Gladys Eulalia, Mgs.

CUENCA

2018

DECLARACIÓN

Yo, Villacís Zosoranga Michelle Madelín 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.

.....

Autora: Villacís Zosoranga Michelle Madelín

C.I. 1900864388

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de titulación denominado **Indiferencia al Cuidado Dental en Adultos Mayores a 65 años de la parroquia Baños, Cuenca-Ecuador, 2017**, realizado por Villacís Zosoranga, Michelle Madelín, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que esta expedido para su presentación.

Cuenca, Julio 2018

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.

Coordinador Departamento de Investigación

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Dra. Liliana Encala Verdugo.

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN- CARRERA ODONTOLOGÍA.

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **Indiferencia al Cuidado Dental en Adultos Mayores a 65 años de la parroquia Baños, Cuenca-Ecuador, 2017**, realizado por Villacís Zosoranga, Michelle Madelín, ha sido revisado y orientado durante su ejecución por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que esta expedido para su sustentación

Cuenca, Julio 2018

.....

Lic. Cabrera Cabrera, Gladys Eulalia, Mgs.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a Dios y a mis Padres. A Dios porque ha estado conmigo en cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza de continuar con mis metas. A mis padres, Sonia Zosoranga y Edgar Villacís, quienes a lo largo de mi vida ha velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento.

EPÍGRAFE

“No se teme ni se daña lo que se conoce”

“El conocimiento genera respeto sobre las estructuras y la posibilidad de un tratamiento seguro y fiable en beneficio del paciente”

Juan José Soleri Cocco

AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas a las que me gustaría agradecer por su amistad, apoyo, ánimo y compañía en las diferentes etapas de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en el corazón. Quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones

Al Dr. Ebingen Villavicencio Caparó, director de este trabajo de investigación por su abnegación y dedicación. A mi tutora Lic. Cabrera Cabrera, Gladys Eulalia, Mgs, por haberme brindado su ayuda y su conocimiento para elaborar mi proyecto correctamente. A mis profesores sobre todo a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza. A mis pacientes ya que sin su colaboración y confianza no hubiera sido posible concluir mis años académicos y finalmente un eterno agradecimiento a esta prestigiosa Universidad la cual abre sus puertas a jóvenes como yo, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien.

LISTAS DE ABREVIATURAS

OMS: Organización mundial de Salud

DIS: Escala de Indiferencia dental

INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

OHQoL: Calidad de vida relacionada al estado de salud bucal, por sus siglas en ingles

MPS: Ministerio de Salud Pública.

INEC: Instituto Nacional de Estadística y censos.

ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO I.....	16
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	16
1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
2. JUSTIFICACIÓN.....	17
3. OBJETIVOS	18
3.1 Objetivo General.	18
3.2 Objetivos Específicos.	18
4. MARCO TEÓRICO	19
4.1 BASES TEÓRICAS	19
4.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	26
5.HIPÓTESIS.....	30
CAPÍTULO II.....	31
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	31
1. Marco Metodológico	32
2. Población y Muestra.....	32
2.1 Tipo de muestreo.....	32
2.1.1 Tamaño de la muestra	32
2.1.2 Criterios de selección.....	33
2.1.2.a Criterios de inclusión.....	33
2.1.2.b Criterios de exclusión.....	33
3. Operacionalización de las Variables.....	34
4. Instrumentos, Materiales y Recursos para la Recolección de Datos	35
4.1 Instrumentos documentales.	35
4.2 Instrumentos mecánicos.	35
4.3 Materiales.	35
4.4 Recursos.....	35
5. Procedimiento para la Toma de Datos	35
5.1 Ubicación espacial.	35
5.2 Ubicación temporal.	36
5.3 Procedimientos de la toma de datos.	36
6. Procedimientos para el Análisis de Datos	36
7. Aspectos Bioéticos.....	37
CAPÍTULO III.....	39
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	39
1. RESULTADOS.....	40

2. DISCUSIÓN:	46
3. CONCLUSIONES:	49
BIBLIOGRAFÍA.....	50
ANEXOS:.....	55

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1. Distribución de la muestra según sexo y edad en adultos mayores a 65 años de la parroquia Baños, Cuenca-Ecuador,2017	40
Tabla N°2. Frecuencia de indiferencia según el sexo en adultos mayores a 65 años de la parroquia Baños, Cuenca-Ecuador, 2017.....	43
Tabla N°3. Frecuencia de la Indiferencia según el nivel ocupacional en adultos mayores a 65 años de la parroquia Baños, Cuenca-Ecuador, 2017.....	44
Tabla N°4. Frecuencia de la Indiferencia según el nivel de instrucción en adultos mayores a 65 años de la parroquia Baños, Cuenca-Ecuador, 2017.....	45

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1. Frecuencia de indiferencia en adultos mayores a 65 años de la parroquia Baños, Cuenca-Ecuador, 2017.....	41
Gráfico N°2. Frecuencia de la indiferencia según la edad en adultos mayores a 65 años de la parroquia Baños, Cuenca-Ecuador, 2017.....	42

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la frecuencia de Indiferencia al cuidado dental en adultos mayores a 65 años de la parroquia Baños, Cuenca, 2017. **MATERIALES Y MÉTODOS:** La metodología fue con un enfoque cuantitativo, descriptivo estuvo constituida de 289 individuos mayores a 65 años de ambos sexos, mediante la recolección de datos en el programa Epi info (La escala de Nuttall en 1996 en Escocia) en el cual se desarrolló un cuestionario, cuyo fin fue identificar y medir las actitudes de indiferencia al cuidado dental. **RESULTADOS:** Mediante la escala de Nuttall (DIS) se determinó que un 95% de los encuestados tienen indiferencia al cuidado dental, predominando el sexo femenino con un 97%. Por otra parte, con respecto a la edad las personas con rango etario de 66 a 70 años obtuvieron un 92% en el nivel ocupacional tanto expuestos y no expuestos un 95% y en el nivel de instrucción un 96% de personas indiferentes que pertenecen al grupo catalogado como bajo en cuanto al nivel de instrucción (analfabeto/primario/secundaria). **CONCLUSIÓN:** Al analizar los resultados se obtuvo un 95% de Indiferencia al cuidado dental en el adulto mayor. Se recomienda que los profesionales de la salud bucal realicen campañas para concientizar a la ciudadanía sobre la importancia del cuidado dental, desarrollando una cultura de prevención de enfermedades bucales, mediante tratamientos oportunos y eficaces.

PALABRAS CLAVES: Indiferencia, sexo, edad, nivel ocupacional, nivel de instrucción.

ABSTRACT

AIM: To determine the frequency of Indifference to dental care in adults older than 65 years of the parish of Baños, Cuenca, 2017. **MATERIAL AND METHODS:** The methodology was with a quantitative, descriptive approach was constituted of 289 individuals older than 65 years of both sexes, by collecting data in the Epi info program (The Nuttall scale in 1996 in Scotland) in which a questionnaire was developed, whose purpose was to identify and measure attitudes of indifference to dental care. **RESULTS:** Using the Nutall scale (DIS), it was determined that 95% of respondents have indifference to dental care, with female sex predominating with 97%. On the other hand, with respect to age, people with a range of 66 to 70 years of age obtained 92% of the occupational level, both exposed and unexposed, 95% and in the level of instruction 96% of indifferent persons belonging to the group cataloged as low in terms of the level of instruction (illiterate / primary / secondary). **CONCLUSION:** When analyzing the results, 95% of Indifference to dental care was obtained in the elderly. It is recommended that oral health professionals conduct campaigns to raise awareness among the public about the importance of dental care, developing a culture of prevention of oral diseases, through timely and effective treatments.

KEY WORDS: Indifference, sex, age, occupational level, level of instruction.

INTRODUCCIÓN

La “*Organización mundial de la Salud (OMS)*” define a la salud bucodental como la ausencia de enfermedades y trastornos que afectan boca, cavidad bucal y dientes. Este concepto hace referencia al estado de normalidad y funcionalidad de los dientes al no tener dolor en la cavidad bucal, poder alimentarse, no tener lesiones en los tejidos, incentivar el valor de autoestima que proporcione confianza en las relaciones con el medio social y por lo tanto tiene un efecto favorable en la calidad de vida ⁽¹⁾.

De acuerdo a la OMS estableció las enfermedades bucodentales, como la caries, gingivitis y la tendencia a tener enfermedad periodontal, son un problema que afecta cada vez con mayor frecuencia a los países en vías desarrollo, en especial entre las comunidades más pobres, según un informe publicado por la “*Organización Mundial de la Salud (OMS)*” estima que unos 5.000 millones de personas en el planeta han sufrido caries dental ⁽²⁾.

En todo el mundo se considera que la pérdida de dientes es consecuencia natural del envejecimiento, pero, en realidad, puede prevenirse ⁽²⁾.

La Indiferencia es el desinterés y el incumplimiento a los tratamientos dentales y están relacionados a factores económicos, socioculturales y ambientales por lo que es necesario, que, los profesionales pueden inducir a que los pacientes muestren motivación en sus tratamientos, con el propósito de reducir patologías asociadas a la falta de asistencias a las consultas odontológicas, surgiendo la necesidad de concientizar sobre los efectos negativos que trae consigo la falta de interés a instrucciones preventivas ⁽³⁾.

El objetivo del presente trabajo fue determinar la frecuencia de Indiferencia al cuidado dental en adultos mayores a 65 años de la parroquia Baños, Cuenca, 2017.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Este tema de investigación estuvo enfocado en adultos mayores a 65 años de edad, habitantes de la parroquia Baños, Cuenca-Ecuador con el fin de determinar la frecuencia de Indiferencia al cuidado dental.

La parroquia Baños según el censo nacional realizado en el año 2010, cuenta con una población, especialmente campesina de 16.851 habitantes dedicados a la agricultura, ganadería, silvicultura y pesca.

La interrogante principal de esta investigación fue: ¿Qué porcentaje de pacientes presenta frecuencia de Indiferencia al cuidado dental en adultos mayores a 65 años de la parroquia Baños, Cuenca,2017?

2. JUSTIFICACIÓN

Relevancia humana está enfocado este tema de investigación está enfocado determinar la frecuencia en los adultos mayores a 65 años y mediante este proyecto de investigación se podrá saber el porcentaje de la Indiferencia al cuidado dental.

Relevancia social está dirigida a la comunidad a la que va dirigido este estudio es la parroquia Baños, de la ciudad de Cuenca. Es de interés también para otras comunidades del Ecuador debido a la similitud de sus características epidemiológicas.

Tiene un nivel de originalidad nacional y local, debido a que no existe información sobre estudios recientes, acerca de indiferencia dental y esta investigación surgió de la continua búsqueda de información de línea basal para poder realizar otros estudios ya sean de factores asociados o de intervención comunitaria.

Para garantizar la viabilidad del estudio se han realizado coordinaciones, con las autoridades institucionales de la Universidad Católica de Cuenca, con la dirección de la carrera de Odontología, y con la cátedra de investigación de la misma.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General.

Determinar la frecuencia de Indiferencia al cuidado dental en adultos mayores a 65 años de la parroquia Baños, Cuenca,2017.

3.2 Objetivos Específicos.

- Analizar la indiferencia al cuidado dental según el sexo.
- Analizar la indiferencia al cuidado dental según la edad.
- Analizar la indiferencia al cuidado dental según el nivel académico.
- Analizar la indiferencia al cuidado dental según el nivel ocupacional.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 BASES TEÓRICAS

4.1.1 SALUD

“Es un estado de completo bienestar mental, físico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades”. Organización mundial de la Salud (OMS,1948) ⁽⁴⁾.

4.1.1.1 SALUD BUCAL

La “*Organización mundial de la Salud (OMS)*” define a la salud bucodental como la ausencia de enfermedades y trastornos que afectan boca, cavidad bucal y dientes. Este concepto hace referencia al estado de normalidad y funcionalidad de los dientes al no tener dolor en la cavidad bucal, poder alimentarse, no tener lesiones en los tejidos, incentivar el valor de autoestima que proporcione confianza en las relaciones con el medio social y por lo tanto tiene un efecto favorable en la calidad de vida ⁽¹⁾.

Cabezas y cols.⁵, manifiestan que la salud bucodental se ha determinado como un factor de gran importancia en cuanto al ámbito de bienestar biopsicosocial de las personas, ya que este actúa en su estado de salud y la calidad de vida de las personas ⁽⁵⁾.

4.1.1.1.a SALUD BUCAL EN EL ECUADOR

En la actualidad el Ministerio de Salud Pública (MPS), presidido por el gobierno nacional ha planteado que la atención debe ser de manera prioritaria, y los servicios públicos de salud deben ser brindados de manera universal y gratuita ⁽⁶⁾.

Estudios epidemiológicos han evidenciado el aumento de patologías en nuestro país, considerado implementar un plan nacional de salud bucal siendo enfocado en la promoción y prevención, con el propósito de disminuir el porcentaje de las mismas, estas normas buscan garantizar a la población ecuatoriana, mejorar su salud bucal y calidad de vida, mediante la educación logrando un cambio de actitud y hábitos en su vida cotidiana ⁽⁵⁾.

4.1.1.2. PATOLOGÍAS BUCODENTALES.

Según la Organización mundial de la Salud (OMS) las patologías bucodentales más frecuentes son la caries dental (60 a 90 %), la periodontitis (15 a 20 %) que impacta con mayor frecuencia a los países en desarrollo ⁽²⁾.

En Ecuador, se realizó un estudio epidemiológico en la ciudad de Quito, logrando evidenciar un 77% de caries dental y 30% enfermedad periodontal ⁽⁶⁾.

a. Caries dental.

La Organización Mundial de la Salud, define la caries dental que, “es un proceso multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hasta la formación de una cavidad” y la bacteria que causa la caries *Streptococcus mutans* ⁽⁷⁾.

El desarrollo de la caries dental:

- La flora bacteriana de la boca tiene mayores bacterias cariogénicas.
- Exista una fuente de alimentación para producir la caries dental.
- Existe un PH adecuado para que ocurra la replicación bacteriana sobre el sustrato ⁽⁸⁾.

En el Adulto mayor existen causas de riesgo que condicionan el aumento en la prevalencia de la caries ⁽⁸⁾.

- La ausencia de cuidados profesionales rutinarios.
- Inadecuada higiene bucal.
- La disminución del flujo salival.
- El suministro de agua no fluorada.
- El nivel socioeconómico ⁽⁸⁾

b. Gingivitis

Es una enfermedad que afecta a la mayoría de la población mundial y es un proceso inflamatorio reversible que se localiza a nivel de la encía de color rojizo, indoloro sangrado al sondaje puede ser localizada y generalizada ⁽⁹⁾.

c. Enfermedad periodontal.

Es un proceso infeccioso de la encía y producen una destrucción del hueso de soporte, causado por microorganismo que se encuentran en supra y subgingival ⁽¹⁰⁾.

Los factores de riesgo que contribuyen para estas enfermedades están el estrés, el consumo de alcohol excesivo, el tabaco, la dieta no saludable, factores genéticos ⁽¹⁰⁾.

Las enfermedades periodontales están asociadas a enfermedades sistémicas como: enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares, diabetes, etc ⁽¹⁰⁾.

El 30% en la edad de 65 a 74 años han perdido sus dientes debido a la enfermedad periodontal ⁽¹⁰⁾.

d. Cáncer de Boca.

Es una enfermedad multifactorial se caracteriza por un crecimiento de células cancerosas los que comprimen, invaden y destruyen tejidos normales ⁽¹⁰⁾.

Existen factores de riesgo (tabaco, alcohol, prótesis dental, virus, hongos) y unos factores predisponentes entre los que se incluyen las lesiones y los estados precancerosos ⁽¹¹⁾.

Tiene una mayor incidencia en la población adulta de edad avanzada. Un 95% de las lesiones malignas orales se presentan en personas mayores de 40 años, siendo el promedio de edad en el momento de establecer el diagnóstico de 60 años. El que su incidencia desarrolle con mayor frecuencia en el adulto mayor ⁽¹²⁾.

e. VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana).

Es una enfermedad del sistema inmunológico, se caracteriza por la disminución de los linfocitos TCD4 + y causa una deficiencia inmunitaria ⁽¹³⁾.

Las personas que padecen de VIH poseen los siguientes síntomas tales como: infecciones fúngicas, bacterianas o virales, periodontitis severa, leucoplasia vellosa, boca seca, sarcoma de Kaposi y linfomas. Todas ellas causan dolor y molestias, todo esto conlleva a que el paciente presente serios problemas para masticar, ingerir alimentos volviendo complicada y difícil la vida cotidiana del individuo. En Brasil se señala que de 1999 a 2010 hubo 6.120.670 muertes y la mayoría ocurrió en pacientes de 60-69 años de edad ⁽¹⁴⁾.

f. Xerostomía.

La xerostomía, o síndrome de boca seca, se define como la disminución del flujo salival. Afectando principalmente pacientes ancianos, llegando estos a alcanzar hasta un 20 % ⁽¹⁵⁾.

4.1.3. INDIFERENCIA

El incumplimiento o falta de adherencia al tratamiento puede adoptar diversas formas: inconvenientes para iniciarlo, interrupción o abandono, no cumplir con las indicaciones adecuadas, el que puede manifestarse con el tiempo, la pérdida de las citas, la ausencia de modificación de hábitos ⁽¹⁶⁾.

Este problema trae consecuencias a nivel clínico, económica y psicosocial, influyendo en la calidad de vida ⁽¹⁶⁾.

4.1.3.1 INDIFERENCIA AL NIVEL DENTAL

Marshman y cols., la Indiferencia al cuidado dental “es una actitud definida como una subestimación de los dientes o falta de interés en la salud oral ⁽¹⁷⁾.

Nutall y cols., define “*Indiferencia dental al incumplimiento de instrucciones preventivas y tienen escaso interés en la salud bucal*”; por lo tanto, los individuos eligen por una extracción en lugar de un tratamiento dental conservador o a su vez preventivo e implica la ausencia al asistir al odontólogo, por causas diferentes al tener ansiedad o miedo ⁽³⁾.

4.1.3.a FACTORES RELACIONADOS CON LA INDIFERENCIA DENTAL

Entre los factores más relevantes encontramos:

1. **Factor socioeconómico de la persona**, esto influye de manera drástica en sus ingresos económicos que limitan a que el paciente reciba atención medica bucodental, de esta manera se ve afectando su salud al no asistir de manera regular a las consultas para sus respectivos controles preventivos bucales o realizar tratamientos oportunos de acuerdo a cada patología ⁽³⁾.
2. **Factor a nivel de educación** debido al escaso conocimiento que posee los adultos mayores evita mejorar los hábitos de higiene bucodental de esta manera agravan su cuadro clínico desencadenando la perdida de sus piezas dentales³.
3. **Factor psicológico** es la falta de calidad de vida y al poseer bajos recursos económicos conlleven a que este tipo de pacientes lleguen a ser avergonzados se pongan irritables con los demás y sentir que la vida es menos satisfactoria con una autoestima deficiente ⁽¹⁸⁾.
4. **Factor ambiental:** El paciente que vive solo, al no tener una ayuda; hace que su salud bucodental se deteriore con mayor facilidad y con frecuencia es indiferente al tratamiento ⁽¹⁶⁾.

4.1.3.b CONSECUENCIAS DE LA INDIFERENCIA DENTAL EN LA CALIDAD DE VIDA

1. Consecuencias Físicas

Es la falta de respuesta al tratamiento, y a su vez son propensos a tener caries dental, gingivitis, enfermedad periodontal, edentulismo manifestándose en el descuido y escaso cumplimiento de las recomendaciones para el cuidado bucal ⁽¹⁹⁾.

2. Consecuencias psicosociales

El descuido al tratamiento del individuo genera deterioro en la vida personal, presentándose complicaciones estéticas y funcionales que pueden alterar su bienestar trayendo consigo sufrimiento físico y emocional, afectando su calidad de vida, que por supuesto se podría evitar con el cumplimiento y constancia de la persona ⁽¹⁹⁾.

3. Consecuencias económicas

Para el paciente, la Indiferencia al cuidado dental, implica disminución en su ingreso económico, por la pérdida de horas laborables a causa de su enfermedad emergente, el cual implica servicios dentales más complejos y por supuesto aún más costosos, pudiéndose erradicar si sus citas fueran de manera constante sin esperar que la enfermedad progrese ⁽²⁰⁾.

Caso contrario, en una persona de bajos recursos económicos a no disponer con ingreso estable no puede adquirir los implementos de higiene bucal trayendo consigo aumento de patologías dentales por falta de cepillado e higienización completa ⁽²⁰⁾.

4.1.3.c TÉCNICAS PARA MEJORAR LA INDIFERENCIA DENTAL.

1. Información efectiva

Los profesionales de la salud deberán estar capacitados para otorgar tratamientos acordes con el nivel sociocultural que presentan los pacientes ⁽¹⁶⁾.

2. Comunicación asertiva.

Tanto el odontólogo como el paciente deben ser capaces de transmitirse conceptos acerca de los tratamientos. No cabe duda que, si los individuos no se relacionan en los procesos de tomar decisiones, es muy probable que no se cumplan las instrucciones impartidas para mejorar las condiciones de los individuos ⁽¹⁶⁾.

3. Educación consistente.

Las consideraciones por parte de los profesionales de la salud manifiestan que se debe considerar la educación del paciente como un proceso tardío, que presenta consecuencias pobres y poco cuantificables; por otra parte, si se agrega como un proceso a la relación e interacción entre el Profesional y paciente en cada cita, se logra mejorar la conducta en el cumplimiento de los tratamientos ⁽¹⁶⁾.

Se debe tener en consideración que los procedimientos que se apliquen a los pacientes deben cumplir con las necesidades de cada persona, tomando en cuenta que cada individuo puede presentar alguna particularidad en específico, para lo cual el profesional

de la salud debe analizar y reconocer este tipo de necesidades, para consecuentemente otorgar medidas estratégicas para tener como resultado una mejoría de la indiferencia dental, del mismo modo se debe tomar en cuenta algunos aspectos de desarrollo de las personas como son: el medio ambiente, aspecto económico y biopsicosocial, tomando en cuenta que la educación que imparte el profesional se torna en la herramienta más importante para obtener la adherencia al tratamiento dental, acompañado de un seguimiento personal hacia el paciente para que de tal forma se pueda sentir seguro de los profesionales de la salud ⁽¹⁶⁾.

4.1.3.2 MEDICIÓN DE LA INDIFERENCIA DENTAL (ESCALA DIS)

En 1996, Nuttall en Escocia desarrolló un cuestionario, cuyo fin fue identificar y medir las actitudes de indiferencia al cuidado dental. Este cuestionario se caracteriza por ser rápido y corto debido a la actitud que evalúa; esta prueba también es empleada para identificar grupos que requieren promoción en salud oral. Es un medio fiable para identificar comportamientos que se asocian con una actitud de indiferencia hacia el tratamiento odontológico como la falta de cumplimiento con las instrucciones de atención oral y la inasistencia a citas dentales ⁽³⁾.

Cuadro 1. Escala de Indiferencia Dental (DIS)

PREGUNTA/OPCIONES DE RESPUESTA	PUNTUACIÓN
1.Usualmente usa Ud.: a. Un cepillo de dientes para limpiar sus dientes. b. La seda o un cepillo especial para cumplir sus dientes. c. Tabletas reveladores para comprobar que sus dientes están limpios.	Valor: 1 si ninguno o si solo el literal a esta marcado
2.En la actualidad 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 malo 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: 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: 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: a. No es un problema, no vería a un dentista por este problema. b. Iría inmediatamente a una cita con el dentista.	Valor: 1 si los a o c están marcados

c. Esperaría a ver si se presenta dolor o algún síntoma para ir al dentista.	
6. Acerca de todas sus citas dentales en los últimos 5 años marque la más cercana: 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: 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 una dentista sería: 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 esta m marcado no es un puntaje Indiferencia dental

Fuente: Nutall NM.

4.1.2.3 ADULTO MAYOR

Adulto mayor se considera a las personas de más de 65 años de edad o consideradas personas de la tercera edad, alcanzando ciertos rasgos diferenciales como cambios biológicos, sociales y psicológicos, por lo que se les considera como uno de los grupos más vulnerables y complicados en la demanda de salud en general, ya que requieren que se les ofrezcan cuidados específicos que puedan garantizar una buena calidad de vida ⁽²¹⁾.

4.1.2.3.a SALUD BUCAL EN EL ADULTO MAYOR

En los últimos años los adultos mayores conservan su dentadura más tiempo, la prevalencia de la morbilidad dental de las enfermedades dentales sigue siendo alta. La presencia de caries radicular, enfermedad periodontal y xerostomía son enfermedades orales que se encuentran afectando principalmente a la población de mayor edad. A pesar de que estas afecciones afectan a los ancianos pueden tratarse o prevenirse, muchos de los ancianos no hacen uso del tratamiento necesario. Esto puede deberse a que, la mayoría de los adultos mayores de 60 años no fueron introducidos al concepto de odontología preventiva a una edad temprana y, por lo tanto, no están inclinados a ello. Muchos aún mantienen la opinión de que la pérdida de dientes es una parte normal del proceso de envejecimiento y no se puede prevenir. Otros se han adaptado a un estado de salud oral comprometido y buscan tratamiento solo cuando surge una emergencia ⁽²²⁾.

4.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Renz A y cols en el año 2007, realizaron un artículo **“Psychological interventions to improve adherence to oral hygiene instructions in adults with periodontal diseases”** en su investigación determinar en cuatro estudios (incluidos 344 participantes) en los que se había utilizado explícitamente un modelo o teoría psicológica como base para el diseño de la intervención. La calidad general de los ensayos fue baja. Debido a la heterogeneidad entre los estudios, tanto en términos de medidas de resultado como de modelos psicológicos adoptados, no fue posible realizar un metanálisis. Los cuatro estudios adoptaron cuatro marcos teóricos diferentes, aunque hubo cierta superposición en que tres de los estudios incorporaron elementos de condicionamiento operante y clásico. Las intervenciones psicológicas dieron como resultado puntajes de placa mejorados en comparación con ningún grupo de intervención, y en un estudio en comparación con un grupo de control de atención. Un estudio encontró una hemorragia gingival disminuida en el grupo de intervención activa, pero no hubo cambios en la profundidad de la cavidad o la pérdida de inserción después de 4 meses. Las intervenciones psicológicas se asociaron con un mejor cepillado y uso del hilo dental en ambos estudios que evaluaron estos comportamientos. Solo un estudio exploró el impacto de las intervenciones psicológicas sobre creencias y actitudes, la intervención psicológica, en comparación con los controles educativos y sin intervención, mostró mejores creencias de autoeficacia en relación con el uso del hilo dental, pero no tuvo efecto sobre el conocimiento dental o las creencias de autoeficacia en relación con cepillo de dientes ⁽²³⁾.

Marshman Z y cols, en el año 2014, realizaron un artículo **“Does dental indifference influence the oral health-related quality of life of prisoners?”**, se realizó un estudio de 700 hombres abordados, 659 completaron la entrevista y el examen clínico. Peor aún, OHQoL se asoció con una menor indiferencia dental (es decir, un mayor interés en la salud oral), el uso regular previo de servicios dentales, la necesidad percibida de tratamiento y el uso de servicios dentales en la prisión. La cantidad de dientes cariados y los factores predisponentes, como las calificaciones y el empleo, no predijeron OHQoL¹⁷.

Jamieson L y cols, en el año 2002, relizaron un artículo **“The Dental Neglect and Dental Indifference scales compared”** en un estudio de 478 personas (78.2%) devolvieron el cuestionario. El puntaje promedio de negligencia dental fue 12.4 (SD 4.4). La puntuación

media de la escala de Indiferencia Dental fue de 3.1 (SD 1.9). La asociación entre los puntajes de las escalas fue moderada ($r = 0,58$; $P < 0,01$) y solo hubo un grado moderado de concordancia entre los dos. Las dos escalas tenían asociaciones en gran parte similares con las características sociodemográficas, de cuidado bucal y de autocuidado, y con la salud oral, aunque se encontraron algunas asociaciones con la escala de Indiferencia dental. Se descubrió que la escala de negligencia dental era más fácil de usar que la escala de indiferencia dental porque no requería un algoritmo complejo para calcular los puntajes de escala ⁽²⁴⁾.

Camner L y cols, en el año 1994, realizaron un artículo **“The role of patient involvement in oral hygiene compliance”** en un estudio de Ochenta y dos pacientes dentales fueron entrevistados al comienzo del tratamiento con el fin de evaluar una serie de variables psicosociales relevantes para la predicción del cumplimiento de las recomendaciones de tratamiento. El tratamiento consistió en limpieza, depuración y motivación. Los pacientes fueron seguidos después de seis meses midiendo el desarrollo de placa, cálculo y gingivitis. En apoyo de nuestra hipótesis, se encontró que las variables relacionadas con la participación del paciente contribuyeron fuertemente a la predicción de las variables de salud oral. Los hábitos de visita del paciente y las actitudes iniciales tenían un valor pronóstico particular. Los resultados con un conjunto de variables conceptualmente no relacionadas con la participación del paciente fueron mixtas y generalmente no tan positivas. La asistencia al seguimiento fue predicha igualmente por ambos tipos de variables, pero generalmente no por las mismas variables que las que predijeron la salud oral ⁽²⁵⁾.

Camner y cols, en el año 2010, realizaron un artículo **“Patient involvement in oral hygiene cooperation: a factor analytic study”** en este estudio previo, se encontró que el concepto "participación del paciente" era muy predictivo del resultado de la terapia. Sobre la base de un cuestionario sobre los antecedentes y la motivación de los pacientes, 82 pacientes fueron entrevistados antes del tratamiento. Para cubrir el concepto "participación del paciente" se consideraron 16 variables como medidas relevantes. En un análisis factorial, cuatro factores representaron el 90% de la varianza común. Los factores se interpretaron en términos de: actitudes iniciales, asistencia, confianza en uno mismo y mentalidad de los dientes ⁽²⁶⁾.

Gemma L y cols, en el año 2009, realizaron un artículo **“Caracterización del estado de salud bucal y nivel de conocimientos en pacientes geriátricos Caricuaio.**

Venezuela", en este estudio se realizó en 45 pacientes geriátricos pertenecientes al consultorio 19 de marzo de la Parroquia Caricuao, Caracas, Venezuela. Se detectó la presencia de caries y necesidad de prótesis dental mediante la observación y examen clínico, factores de riesgo según la planilla de factores de riesgo y comportamiento de la enfermedad periodontal a través del Índice Periodontal Revisado de Russell, además se aplicó una encuesta para determinar el nivel de conocimientos sobre salud bucal. Un elevado por ciento de los pacientes examinados presentó afectaciones por caries y gran avance de la enfermedad periodontal. Dentro de los factores de riesgo estudiados, prevaleció el antecedente de caries. Se encontró que un porcentaje importante de los gerontes requiere de tratamiento protésico rehabilitador y que el nivel de conocimiento de los abuelos sobre salud bucodental fue muy bajo para ambos sexos, de ahí que se haga necesario la elaboración de una estrategia intervenida para mejorar el estado de salud bucal de la población geriátrica venezolana y su nivel de conocimientos sobre salud bucal ⁽²⁷⁾.

Duque D y cols, en el año 2010, realizaron un artículo "**CES Odontología**", un estudio transversal en 100 ancianos que ayudan a los servicios de salud en el IPS (2012), mediante encuestas con información sociodemográfica, general y oral. El OHIP-14 (perfil de impacto de salud oral) se llevó a cabo. Se realizó un análisis descriptivo del OHIP-14 para diferentes variables y se midieron los coeficientes de prevalencia mediante modelos multivariados. Resultados: Se encontraron tasas de respuesta más altas (hasta 70%) en las dimensiones "nunca" y "casi nunca" en OHIP-14. Los peores indicadores de prevalencia de impacto del OHIP-14 se encontraron en mujeres, población > 75 años, con bajo nivel educativo y socioeconómico y en solteros. Un poco más de la tercera parte de los participantes informó 1 o más impactos en las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud oral (0,86; IC del 95%: 0,53 a 1,19) y una puntuación de gravedad de 7,61 (IC del 95%: 5,98 a 9,24). Conclusiones: aunque en la mayoría de los encuestados, sus condiciones orales no tuvieron una influencia negativa en la calidad de vida. El análisis en profundidad ha mostrado gradientes de desigualdades según factores sociodemográficos ⁽²⁸⁾.

Flavia V y cols el año 2012, realizaron un artículo "**Bienestar psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adulto mayores**", se examinó las relaciones entre el bienestar psicológico, el apoyo social percibido y la percepción de salud en adultos mayores. La muestra estuvo constituida por 250 personas, 146 mujeres y 104 hombres, con edades entre 60 y 87 años (promedio de 70,8 años) de la ciudad de

Concepción (Chile). Los resultados mostraron que el bienestar psicológico presentaba mayores relaciones con el apoyo social percibido que con la percepción de salud, que los hombres informaron mayor bienestar psicológico y mejor percepción de salud que las mujeres y que las personas casadas o con pareja estable informaron mayor bienestar psicológico y mayor apoyo social percibido que aquellas sin pareja estable. Se proponen diversos factores explicativos para los resultados obtenidos ⁽²⁹⁾.

Skaret E, en el año 2000, en su estudio "**Reliability and validity of the Dental Indifference Scale in a population of 18-year-olds in Norway**", en el presente artículo de la escala DIS se envió por correo a una muestra de 1119 personas de 18 años en dos condados noruegos. Casi el 87% completó el cuestionario y accedió a la recopilación de datos de sus registros dentales. Se solicitó al diez por ciento de la muestra, extraída al azar, que completara el cuestionario por segunda vez, después de un retraso de 15 semanas (tasa de respuesta del 83%). La estimación de la confiabilidad de los puntajes de suma de DIS se basó en la correlación de Pearson entre las puntuaciones de prueba-repetición y la consistencia interna (alfa de Cronbach). La frecuencia de citas perdidas a partir de los 12 años, registradas en los registros de tratamiento dental, se utilizó como el criterio de validación. La validez se analizó mediante la correlación de Pearson y la regresión múltiple por pasos. El coeficiente de correlación (Pearson) para la comparación test fue de 0,43. El coeficiente de correlación entre los puntajes DIS y las frecuencias de citas dentales perdidas fue 0.24. El coeficiente Alfa de Cronbach para las ocho preguntas DIS fue 0.35 (n = 868). Solo dos de las ocho preguntas DIS ingresaron al modelo de regresión por pasos y explicaron el 15% de la varianza de la frecuencia de las citas perdidas. Se encontró que la Escala de Indiferencia Dental (DIS) tenía una baja confiabilidad y validez en esta población de estudio, y se recomienda que no se use sin más investigación. Puede ser necesario diseñar un instrumento alternativo si se desea trabajar más en el rasgo hipotético de la indiferencia dental ⁽³⁰⁾.

Skaret E et al, 28 en el año 2007 en noruega, realizaron un artículo de **Assessment Of The Reliability And Validity Of The Dental Neglect Scale In Norwegian Adults**, en su investigación acerca de la evaluación de la negligencia dental en adultos noruegos, en el cual determinaron que las puntuaciones en dicha población existía un alto índice de prevalencia de negligencia dental fue del 20%, el mismo que estuvo relacionado con una opinión negativa acerca de salud dental como tal, la última cita dental a la cual asistió debido a dolor u otros problemas, presencia de menos de 20

dientes en cavidad bucal, bebida de refrescos con azúcar todos los días, el uso irregular del servicio dental y el uso de hilo dental ⁽³¹⁾.

5. HIPÓTESIS

No precisa de hipótesis por ser un estudio descriptivo.

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Marco Metodológico

Enfoque: Cuantitativo ⁽³²⁾.

Diseño de Investigación: Descriptivo ⁽³³⁾.

Nivel de investigación: Descriptivo.

Tipo de Investigación:

- **Ámbito:** De campo.
- **Técnica:** Comunicacional (encuesta).
- **Temporalidad:** Transversal- Actual

1. Población y Muestra

Baños es una parroquia en el cantón Cuenca, provincia del Azuay, Ecuador. La parroquia tiene una superficie de 327,3 km² y según el censo del Ecuador del INEC de 2010 tenía una población de 1062 habitantes mayores a 65 años ⁽³⁴⁾.

La muestra de la población que se tomó en cuenta para la realización de este estudio estuvo constituida de 289 individuos que se encuentra en los rangos preestablecidos.

1.1 Tipo de muestreo.

Se realizó un muestreo probabilístico, estratificado y proporcional.

2.1.1 Tamaño de la muestra

Se calculó mediante la fórmula de muestreo para proporciones, con un nivel de confiabilidad del 95% y un error de 5% ^{(35).(36)}.

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{z^2 \cdot p \cdot q^2 + E^2(N - 1)}$$

N = Total de la población 1062

Z² = 1.96 al cuadrado (si la confiabilidad es del 95%)

p = proporción esperada (si el error es 5%= 0.05)

q = 1-p (en este caso 1- 0.05= 0.95)

d = precisión 5%

E² = Error 0.005

$$n = \frac{1.96^2 * 0.05 * 0.95 * 1062}{1.96^2 * 0.05 * 0.95^2 + 0.005^2(1062 - 1)}$$

$$n = 289$$

El tamaño de la muestra para el estudio es de 289 personas mayores a 65 años.

2.1.2 Criterios de selección.

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

2.1.2.a Criterios de inclusión.

Se incluyó en el presente estudio, a las personas mayores a 65 años de la parroquia Baños, de la ciudad de Cuenca, en el año 2017, hombres y mujeres con autonomía cognitiva, colaboración en la entrevista y en el consentimiento informado.

2.1.2.b Criterios de exclusión.

Se excluyeron del estudio a las personas que no cumplen el rango de edad, odontólogos, médicos y sujetos que no colaboren con la realización de la encuesta.

2. Operacionalización de las Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA	DATOS
Indiferencia dental	Falta de interés por parte del individuo al cuidado dental.	Escala de indiferencia dental DIS desarrollada por Nuttall	Cualitativo	Nominal	Sin Indiferencia 0,1,2 Con Indiferencia 3,4,5,6,7,8
Grupo de Edad	Es el tiempo que ha vivido una persona al día de realizar el estudio.	Años cumplidos	Cualitativo	Ordinal	66-70 años ;71-75 años; 76 80 años ;81- 90 años
Sexo	Características genotípicas de la persona.	Mayores a 65 años	Cualitativo	Nominal	Masculino Femenino
Nivel de Instrucción	Grados de estudio culminados o en proceso	Grado de estudio registrado en la encuesta durante la recolección de datos	Cualitativo	Nominal	Nivel bajo: Sin estudios Primaria Secundaria Nivel alto: Superior técnica Superior universitaria
Nivel ocupacional	Nivel del trabajador de acuerdo con la jerarquía de la organización (directivos, empleados, obreros especializados, obreros generales).	Identificación del nivel ocupacional en la recolección de datos	Cualitativo	Nominal	Expuestos: 5. Trabajadores , 7. oficiales operarios 9. ocupaciones elementales No expuestos: 0. Ocupaciones militares, 1. Directores, 2 Profesionales, 3 Técnicos, 4. P de apoyo , 6. Agricultores, 8. Operadores

3. Instrumentos, Materiales y Recursos para la Recolección de Datos

3.1 Instrumentos documentales.

Se utilizó la ficha de recolección de información, en el programa de acceso libre EPI INFO; para registrar los datos que constan en la encuesta de Salud Bucal de la Universidad de Cuenca la misma que contiene 80 interrogantes, consta de 5 partes, la primera de datos generales del paciente, número de cédula del encuestador, la segunda Indiferencia al tratamiento dental, la tercera Negligencia al cuidado dental, la cuarta Ansiedad, la quinta Automedicación y la sexta Alfabetización.

La escala de Nuttall en 1996 en Escocia se planteó un cuestionario con la finalidad de determinar el comportamiento ante la indiferencia al cuidado dental. En el cuestionario se eliminó a los individuos que tenían miedo y ansiedad en la consulta odontológica y se utilizó para identificar grupos que necesiten prevención y promoción en la salud bucal.

3.2 Instrumentos mecánicos.

Se utilizó la computadora de escritorio, portátil y procesador core5.

3.3 Materiales.

Se utilizaron materiales de escritorio: esferos, hojas de papel bond, tablero, copias, etc.

3.4 Recursos.

Para llevar a cabo el estudio se necesitaron recursos institucionales (Universidad Católica de Cuenca), recursos humanos (Alumna: Michelle Villacís Zosoranga/Tutora: Mgs.Gladys Cabrera Cabrera) y los recursos financieros fueron autofinanciados.

4. Procedimiento para la Toma de Datos

4.1 Ubicación espacial.

Baños es una parroquia rural situada en la parte suroccidental del cantón Cuenca, provincia del Azuay; a una distancia de 8 km. de la ciudad de Cuenca. Esta parroquia tiene una extensión de 327,34 km², tiene una altura media de 2694 m.s.n.m., con alturas que van desde los 2.580 hasta los 4.200 m.s.n.m.

La parroquia de Baños es una unidad de organización política administrativa dentro de la ciudad Santa Ana de los Cuatro Ríos de Cuenca, que está ubicada en el centro austral de la República del Ecuador, es la capital de la provincia del Azuay, cuenta con 270 mil habitantes, su temperatura va de 7 a 15 grados centígrado en invierno y de 12 a 25 grados centígrados en verano. La superficie de área urbana es de 72 kilómetros

cuadrados aproximadamente, tiene una alta cobertura de servicios básicos, es la tercera ciudad más importante de la República del Ecuador. Se caracteriza por su riqueza cultural y su gran variedad de museos. Está a 2500 metros sobre el nivel del mar ⁽³⁶⁾.

4.2 Ubicación temporal.

La investigación se realizó entre los meses de octubre a diciembre del año 2017, recolectando información mediante una encuesta de acuerdo a la ESCALA DE IDIFERENCIA DENTAL (DIS) a partir de las nueve de la mañana hasta las tres de la tarde los fines de semana.

4.3 Procedimientos de la toma de datos.

Para el registro de los datos, se tomó en cuenta las encuestas aplicadas a las personas en la parroquia Baños, las cuales fueron ingresadas a una base de datos en el programa EPI INFO versión 7.2, las cuales reflejan información acerca de Indiferencia al cuidado dental en adultos mayores a 65 años de edad en la parroquia Baños, de la ciudad de Cuenca, en el año 2017 y luego se realizó el control de calidad interno y externo.

5.3.a Método de aplicación de encuesta.

Para el llenado de las encuestas se realizó en parejas posteriormente se inició con la respectiva entrevista puerta a puerta. Con mucho respeto y delicadeza se saludó y se hizo la presentación de quienes somos y en qué consistía el trabajo. Una vez que la persona firmo el consentimiento informado, se procedió a la formulación de las respectivas preguntas de Indiferencia dental consta de 8 preguntas en las que se puede seleccionar una o varias respuestas, que se detalla en el cuadro 1 y 2. Con un correcto uso de la comunicación y lenguaje se llenaba cada uno de los campos requeridos en la encuesta, marcando con un visto bueno en los casilleros de las distintas opciones que la encuesta presentaba acorde con la información que el encuestado nos proporcionaba. Para culminar se agradecía al encuestado por su colaboración y la encuesta era archivada para su posterior ingreso al banco de datos del programa EPI INFO versión 7.2.

5. Procedimientos para el Análisis de Datos

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

Se dividió la población en 4 grupos para facilitar la obtención de resultados:

- De 66 a 70 años de edad

- De 71 a 75 años de edad
- De 76 a 80 años de edad
- De 81 a 90 años de edad

Para culminar se precedió a realizar las tablas dinámicas respectivas en comparación con los diferentes tipos de variables y se aplica la prueba estadística de Chi cuadrado, siendo útiles para proporcionarnos la existencia de asociación entre las variables establecidas, proporcionándonos los resultados necesarios para valorar esta condición

6. Aspectos Bioéticos

La presente investigación no implicó conflictos bioéticos, debido que las personas fueron informadas sobre el estudio. A su vez se les indicó que existe un compromiso de confidencialidad de sus datos por parte del investigador y se solicitó que firmen el Consentimiento Informado.

CAPÍTULO III

RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. RESULTADOS

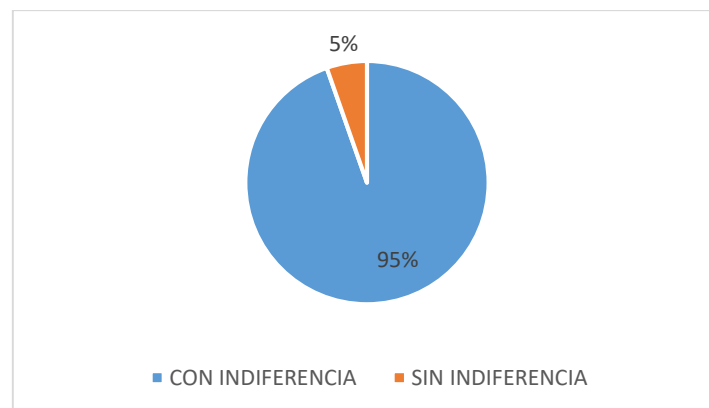
Este estudio fue realizado en la parroquia Baños para calcular la frecuencia de la indiferencia al cuidado dental en adultos mayores a 65 años con un número de 298 encuestados, mediante la escala de Nutall(DIS) y la base de datos obtenida del programa EPI-INFO, que constituyen en el registro del departamento de investigación de la carrera de Odontología de la UCACUE, manifestando los siguientes resultados:

Tabla N°1. Distribución de la muestra según sexo y edad en adultos mayores a 65 años de la parroquia Baños, Cuenca-Ecuador,2017.

EDAD / SEXO	Femenino		Masculino		TOTAL	
	n	%	n	%	N	%
DE 66 A 70	74	46%	66	48%	140	47%
DE 71 A 75	39	24%	36	26%	75	25%
DE 76 A 80	25	16%	16	12%	41	14%
DE 81 A 90	22	14%	20	14%	42	14%
Total	160	100%	138	100%	298	100%

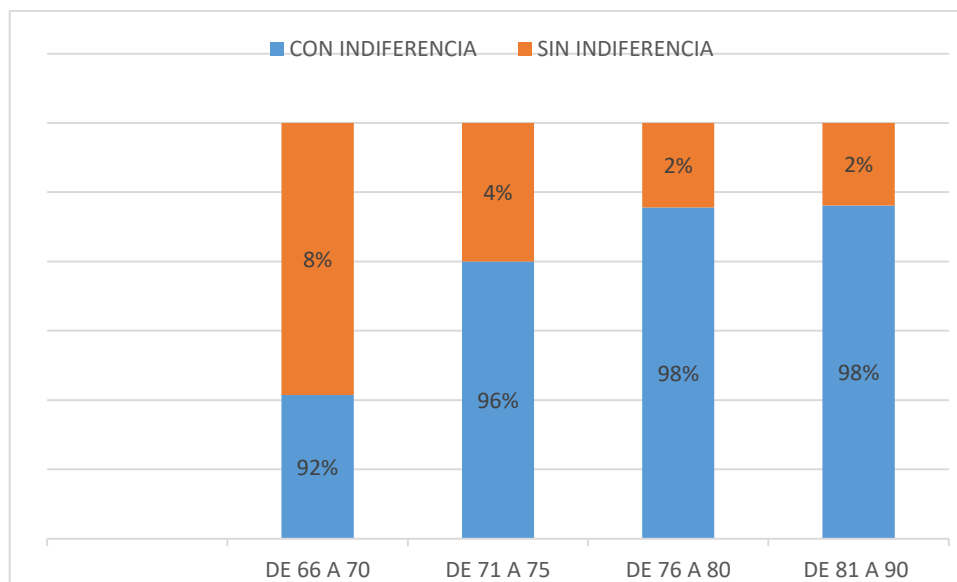
Interpretación. - En la tabla N° 1 Se observa que la indiferencia al cuidado dental predomina el sexo femenino, por otra parte, las edades con mayor predominio se encuentran entre 66 a 70 años de edad.

Gráfico N°1. Frecuencia de indiferencia en adultos mayores a 65 años de la parroquia Baños, Cuenca-Ecuador, 2017.



Interpretación: En el gráfico N° 1 Se observa con mayor frecuencia de indiferencia al cuidado dental.

Gráfico N°2. Frecuencia de la indiferencia según la edad en adultos mayores a 65 años de la parroquia Baños, Cuenca-Ecuador, 2017.



Chi cuadrado = 0,3321812

Interpretación: En el gráfico N° 2 Se observa con mayor frecuencia de Indiferencia al cuidado dental en las edades de 76 a 80 años y 81 a 90 años, y en el Chi² muestra que no existe relación estadística significativa ($p=0.33$) entre la edad y la Indiferencia al cuidado dental.

Tabla N°2. Frecuencia de indiferencia según el sexo en adultos mayores a 65 años de la parroquia Baños, Cuenca-Ecuador, 2017.

SEXO	CON INDIFERENCIA		SIN INDIFERENCIA		Total general	
	n	%	N	%	n	%
Femenino	155	97%	5	3%	160	54%
Masculino	127	92%	11	8%	138	46%
Total general	282	95%	16	5%	298	100%

Chi cuadrado = 0,06423002

Interpretación: En esta tabla N° 2 podemos observar en el sexo femenino una mayor frecuencia de indiferencia al cuidado dental. Respecto al χ^2 no existe relación estadística significativa ($p=0.064$) entre las variables indiferencia al cuidado dental y sexo.

Tabla N°3. Frecuencia de la Indiferencia según el nivel ocupacional en adultos mayores a 65 años de la parroquia Baños, Cuenca-Ecuador, 2017.

OCUPACIÓN	CON INDIFERENCIA		SIN INDIFERENCIA		Total general	
	n	%	n	%	n	%
EXPUESTOS (5,7,9)	210	95%	12	5%	222	74%
NO EXPUESTOS (Otros grupos)	72	95%	4	5%	76	26%
Total general	282	95%	16	5%	298	100%

Chi cuadrado = 0,9621271

Interpretación: La tabla N° 3 se observa que las personas con mayor Indiferencia se encuentran en los dos grupos laborales, expuestos (5: trabajadores de los servicios vendedores de comercios y mercados ,7: oficiales, operarios y artesanos,9: ocupaciones elementales) y no expuestos (0: ocupaciones militares,1: directores y gerentes 2: profesionales científicos,3: técnicos y profesionales, 4: personal de apoyo 6: agricultores 8: operadores de instalaciones). El resultado del Chi² es de 0,96 lo que quiere decir que no existe significancia entre las variables.

Tabla N°4. Frecuencia de la Indiferencia según el nivel de instrucción en adultos mayores a 65 años de la parroquia Baños, Cuenca-Ecuador, 2017.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	CON INDIFERENCIA		SIN INDIFERENCIA		Total general	
	n	%	n	%	n	%
ALTO	37	88%	5	12%	42	14%
BAJO	245	96%	11	4%	256	86%
Total general	282	95%	16	5%	298	100%

Chi cuadrado = 0,04262495

Interpretación: En esta tabla N° 4 se refleja con mayor frecuencia de Indiferencia al cuidado dental en el grupo relacionado como bajo en cuanto al nivel de instrucción (analfabeto, primario, secundaria). El Chi² manifestó que si existe asociación significativa entre el nivel de instrucción.

2. DISCUSIÓN

Para este estudio se consideró a los habitantes de la parroquia Baños en la ciudad de Cuenca provincia del Azuay, que se encuentran en la edad de 65 años o más. La falta de interés al tratamiento dental por parte de los habitantes es una de las causas que, llevó a realizar esta investigación, de tal manera se conoció la realidad sobre la salud bucodental en este sector.

El estudio fue de tipo cuantitativo de diseño descriptivo transversal, la muestra analizada fue de 298 entrevistados, los datos fueron el resultado de las entrevistas realizadas puerta a puerta de manera aleatoria, el instrumento que se utilizó fue la encuesta de Salud Bucal de la Universidad Católica de Cuenca, para el análisis estadístico de la frecuencia de Indiferencia al cuidado dental se utilizó la escala de DIS la cual consta de 8 preguntas con la que se pudo determinar el índice de indiferencia que presenta los moradores del sector, teniendo en cuenta que 1 es el resultado de menor grado y 8 el de mayor grado de indiferencia y se obtuvo la base de datos del programa EPI-INFO.

En el estudio de Factores demográficos, de salud y de estilo de vida asociados con la asistencia del servicio dental por Slack Smith²⁹, en Noruega un 41% habían visitado a un profesional dental y por lo tanto, se sugirió que se fomente la política de salud oral y las actividades de promoción, de igual manera en el año 2014 en un estudio realizado por la Doctora Marshman Zoe²³, en los presos de la cárcel del norte de Inglaterra en la ciudad de Sheffield, donde el índice de indiferencia al cuidado dental se obtiene como resultado que el estilo de vida de la persona no es motivo para la falta de interés hacia la obtención dental, 659 reos tenían un mayor interés en la salud oral, de tal manera que con los resultados obtenidos se puede constatar que la indiferencia al cuidado dental no solo afecta a la parroquia Baños, sino también a diferentes puntos geográficos.

Según Jamieson LM. et al²³, menciona que en la distribución de sexo en la indiferencia al cuidado dental es mayor en masculino que en femenino, en un estudio realizado por la Dra. Gemma García²⁶, en 45 pacientes geriátricos pertenecientes al consultorio 19 de marzo de la Parroquia Caricuao, Caracas, Venezuela tiene mayor frecuencia de Indiferencia en ambos sexos existiendo desacuerdo con nuestro resultado con mayor indiferencia en el sexo femenino ya que la Tabla N°2 se observa que las mujeres predominan con un 97% de Indiferencia al cuidado dental y los varones un 92 % de

Indiferentes , pudiendo aseverar la presencia de desinterés o descuido al cuidado dental en el sexo femenino en los habitantes de la parroquia Baños.

Según el autor Jamieson LM²³, et al ,se observa que la Indiferencia al cuidado dental se encuentra en los grupos etarios mayores a 65 años, es así que en las personas entrevistadas se demuestra en las edades entre 66 a 70 años encontramos un 72% de Indiferencia y en el grafico N° 2 se encuentra una cifra elevada del 98% que pertenece al grupo etario de entre 81 a 90 años.

Según el autor Jamieson LM²³, et al, en su estudio se observó que el bajo nivel de instrucción muestra un 81% de Indiferencia al cuidado dental y en nuestro estudio ese observo en la tabla N° 4 un 97% de personas que pertenecen al grupo catalogado como bajo en cuanto al nivel de instrucción (analfabeto, primario, secundaria).

Según Jamieson L. TM , et al²³, en su estudio sobre el bajo grupo ocupacional se relaciona con los son factores que predisponen a la falta de higiene bucal , la OMS¹ mencionan que las comunidades más pobres son más vulnerables a sufrir enfermedades bucales, la parroquia de baños presenta relación evidenciando en la Tabla N°3 en un 95% de la población, aquellas que se encuentran tanto del grupo expuesto (agricultores, comerciantes, amas de casa) y grupo no expuesto(0: ocupaciones militares,1: directores y gerentes 2: profesionales científicos,3: técnicos y profesionales, 4: personal de apoyo 6: agricultores 8: operadores de instalaciones)

La Indiferencia al cuidado dental es la falta de interés al tratamiento dental y por lo tanto los individuos eligen por una extracción en lugar de un tratamiento dental conservador o a su vez preventivo e implica la ausencia al asistir al odontólogo, por causas diferentes al tener ansiedad o miedo.³

Los adultos mayores se conservan una vida activa en la que adoptan nuevas actividades, las que a menudo desarrollan con gran entusiasmo. Gran parte de ellos demuestra especial interés ante medidas para el mantenimiento de la salud, ya que ven en ellos mismos o en su entorno el problema de su deterioro. Por tal razón, también están a menudo dispuestos a invertir su dinero en tratamientos restauradores o en prevención. Sin embargo, también existe un creciente aumento de ancianos de bajos recursos, limitando sus posibilidades de invertir en costosos tratamientos dentales.¹⁰

En mi estudio que se realizó en adultos mayores a 65 años de edad en la parroquia Baños, Cuenca- Ecuador,2017 ahí mayor frecuencia de Indiferencia al cuidado dental,

por eso se recomienda que los profesionales de la salud bucal, en unión con las autoridades locales, realizar campañas para concientizar a la ciudadanía sobre la importancia del cuidado dental, desarrollando una cultura de prevención de enfermedades bucales, mediante tratamientos adecuados , también se recomienda a los profesionales de la salud brinden toda la información necesaria antes durante y después de cada tratamiento para erradicar la indiferencia al cuidado dental.

3. CONCLUSIONES

- La frecuencia de indiferencia al cuidado dental tiene un mayor porcentaje en las edades comprendidas mayores a 65 años de la parroquia Baños de las Cuidad de cuenca
- En el sexo con mayor frecuencia de Indiferencia al cuidado dental se encontró en el sexo femenino.
- Los rangos de edad con mayor frecuencia de Indiferencia al cuidado dental son de 76 a 80 años y 81 a 90 años.
- El nivel ocupacional presentó una mayor frecuencia de Indiferencia al cuidado dental en los grupos tanto expuestos y no expuestos.
- El nivel académico bajo (analfabeto, primaria y secundaria) es un factor de riesgo para la Indiferencia al cuidado dental en las personas mayores a 65 años en la parroquia Baños

BIBLIOGRAFÍA

[1]. Organización Mundial De La Salud Bucodental. OMS. 2012 [citado 2017 diciembre 2017]. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>.

[2]. Organización mundial de la salud La OMS publica un nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales.OMS.2004 [citado 26 Jun 2018]. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>

[3]. Nutall NM. Initial development of a scale to measure dental indifference. Pubmed.1996 [citado 26 Jun 2018]. 24(2). Disponible en:

<http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/215>

[4]. Alcántara G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Sapiens.2008[citado 26 Jun 2018].9(1). Disponible en:

<http://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>

[5]. Cabezas G. El Estado De Salud Oral En El Ecuador. Odontología Activa.2016 [citado 26 Jun 2018].1(3). Disponible en:

<http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/215>

[6]. Flores Jhonatan. Causas más frecuentes en la perdida dental basada en percepciones de pacientes mayoresde 30 años y criterios clínicos de profesionales odontólogos en la ciudad de Quito.2016 [citado 26 Junio 2018].Disponible en:

<http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/6455/1/UDLA-EC-TOD-2016-98.pdf>

[7]. Vance Caries. Guías de Práctica Clínica (GPC).2015 [citado 26 Junio 2018]. Disponible en:

<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/CARIES.pdf>

[8]. Pérez B. Enfermedades bucales en el adulto mayor. Scielo.2013 [citado 26 Junio 2018].17(4). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000400008

[9]. Pérez M. Enfermedades Gingivales: una revisión de la literatura. Scielo.2008 [citado 26 Junio 2018]. 20(1). Disponible en:

<http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v20n1/original1.pdf>

[10]. CASTAÑO E. Revisión de la periodontitis crónica: Evolución y su aplicación clínica. Scielo.2017 [citado 26 Junio 2018]. 20, 1 (27-37). Disponible en:

<http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v20n1/original2.pdf>

[11]. Lao W. Estudio descriptivo de Cáncer Bucal. Revista Científica Odontológica.2010 [citado 26 Junio 2018].6(2). Disponible en:

<http://www.redalyc.org/pdf/3242/324227912002.pdf>

- [12]. Carrión A. Cáncer oral en el paciente anciano. Revista Española de Geriátria y Gerontología.2010 [citado o 26 Junio 2018]. 33(91). Disponible : <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-precancer-oral-el-paciente-anciano-13006036>.
- [13]. Agudelo S. Infecciones oportunistas en pacientes con VIH en el hospital universitario de Neiva, Colombia. 2007-2012.Scielo.2015.[citado 26 Junio 2018].19(2). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v19n2/v19n2a02.pdf>
- [14]. Fong Percepción de riesgo de sida en adultos mayores de un área de salud.Scielo.2015 [citado 26 Junio 2018].19(9).Disponible en : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000900007
- [15]. Troya E. Consideraciones actuales sobre la xerostomía o síndrome de boca seca. Scielo. 2014 [citado 26 junio 2018]. 36(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000500006
- [16]. Silva G. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. Acta Médica Colombiana.2005[citado 26 Junio 2018].30(4). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163113820004>
- [17].Marshman Z. Does dental in- difference influence the oral health-related quality of life of prisoners?. Community Dent Oral Epidemiol.2014 [citado 26 Junio 2018].42(5).Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24450539>
- [18] Ortiz M. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. Scielo. 2007 [citado 29 Junio 2018].135(5). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000500014
- [19] Martín AL. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Rev. Cubana salud pública.2006[citado 29 Junio 2018].32(3).Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_3_06/spu13306.htm
- [20] Dilla T. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. El Sevier España. 2009 [citado 29 Junio 2018].41(6).Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/82363508.pdf>
- [21]. Moreno MO. La Proyección del envejecimiento y calidad de vida en el adulto mayor. Congreso Internacional de Investigación Académica Journals.2015 [citado 26 Junio 2018]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/286259464>
- [22]. P Abdul.Geriatric Oral Health: A Review Article. J Int Oral Health.2014[citado 01 Julio 2018].6(6). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4295446/>
- [23]. Renz A. Psychological interventions to improve adherence to oral hygiene instructions in adults with periodontal diseases.Pubmed.2007[citado 26 Junio 2018].18(2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17443571>.

- [24]. Jamieson LM. The Dental Neglect and Dental Indifference scales compared. Pubmed.2002.[citado 26 Junio 2018]. 30 (3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12000339>.
- [25].Camner LG. The role of patient involvement in oral hygiene compliance. Pubmed.1994. [citado 26 Junio 2018].33(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7994224>.
- [26] Camner L. Patient involvement in oral hygiene cooperation: a factor analytic study. Pubmed.1986 [citado 26 Junio 2018].14(1).Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3456870>.
- [27]. Garcia G. Caracterización del estado de salud bucal y nivel de conocimientos en pacientes geriátricos Caricuao. Venezuela. Scielo. 2009 [citado 26 Junio 2018]. 8(4). Disponible en : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400020
- [28]. Duque D. Calidad De Vida Relacionada Con La Salud Bucal En Adultos Mayores.CES Odontología. 2013 [citado 26 junio 2018]. 26 (1).Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/2688>
- [29] Vivaldi F. Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. Sociedad Chilena de Psicología Clínica.2012 [citado 26 Junio 2018].30(2).Disponible en : <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78523006002>
- [30] Demographic, health and lifestyle factors associated with dental service attendance by young adults. Australian Dental Journal.2007[citado 29 Junio 2018].52(3). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1834-7819.2007.tb00490.x>
- [31]. Reliability and validity of the Dental Indifference Scale in a population of 18-year-olds in Norway.Pubmed.2000 [citado 29 Junio 2018]. 28 (5).Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11014509>
- [32]. Villavicencio E. Auditoría de la Investigación Científica Biomédica. 1º Ed. s/e; Mayo 2016.ISBN 978-612-00-2273-3.
- [33]. Vallejo M. El diseño de investigación: una breve revisión metodológica. Arch Cardiol Mex. 2002. [citado 03 Julio 2018]; 72: 8-12. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402002000100002
- [34]. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Base de datos - Censo Población y Vivienda 2010. [Internet]. [citado 03 Julio 2018]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/base-de-datos-censo-de-poblacion-y-vivienda-2010/>

[35]. Villavicencio Caparó E, Alvear Córdova MC, Cuenca León K, y cols. El tamaño muestral para la tesis ¿Cuántas personas debo encuestar?. Revista OACTIVA UC Cuenca. Vol. 2. No. 1, pp 59-62. 2017. Disponible en:

<http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/175>

[36]. Villavicencio-Caparó E., Cuenca-León K., Vélez- León E., Sayago-Heredia J., CabreraDuffau A. Pasos para la planificación de una investigación clínica. Odontología activa UCACUE Vol. 1 No.1, enero 2016. Disponible en:

<http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php?journal=OACTIVAUCACUE&page=article&op=view&path%5B%5D=20&path%5B%5D=22>

[37]. Brito E. Desarrollo y Ordenamiento Territorial en Baños. [Internet]. 2010; [citado 03 Julio 2018]. Disponible en: <http://parroquiabanos.gob.ec/resena-de-banos/>

ANEXOS

ANEXO:

Anexo 1. Encuesta de Salud Bucal Universidad Católica de Cuenca

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

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

Edad: _____ AÑOS Ocupación: _____ PARROQUIA: _____

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

OPCIONAL

Ingreso mensual familiar aproximado: _____

¿Cuántas personas dependen de este ingreso?: _____

Pregunta	Marcar uno a más respuestas	Puntuación
1. Usualmente usa Ud.:	<ul style="list-style-type: none"> 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 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 sintoma 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 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 sintoma 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

Anexo 2. Consentimiento Informado

Yo..... con mi firma doy mi consentimiento informado para la realización de esta encuesta.

Firma.....

Anexo 3. Estructura de la clasificación nacional de ocupaciones

Clasificación Nacional de Ocupaciones (CIUO 08) 18

8. ESTRUCTURA ESQUEMÁTICA DE LA CLASIFICACIÓN NACIONAL DE OCUPACIONES (CIUO 08)

8.1. ESTRUCTURA ESQUEMÁTICA POR GRANDES GRUPOS (UN DÍGITO)

- 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. Distribución de muestra

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N):2223
 frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p): 50%+/-5
 Límites de confianza como % de 100(absoluto +/-%)(d): 5%
 Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF): 1

Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza

IntervaloConfianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	328
80%	154
90%	242
97%	389
99%	512
99.9%	729
99.99%	901

Ecuación

Tamaño de la muestra $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p)]$

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