



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

“RELACIÓN ENTRE EL INGRESO ECONÓMICO Y LA NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL EN ADULTOS MAYORES A 65 AÑOS, DE LA PARROQUIA CAÑARIBAMBA CUENCA-ECUADOR, AGOSTO 2017- ABRIL 2018.”

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

AUTOR: Chévez Bustos, Valeria Ibelice.

DIRECTORA: Alvear Córdova, María Cristina. Od. Esp.

Cuenca

2018

DECLARACIÓN:

Yo, VALERIA IBELICE CHÉVEZ BUSTOS 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 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: VALERIA IBELICE CHÉVEZ BUSTOS

C.I.: 0704493253

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de titulación denominado **“RELACIÓN ENTRE EL INGRESO ECONÓMICO Y LA NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL EN ADULTOS MAYORES A 65 AÑOS, DE LA PARROQUIA CAÑARIBAMBA CUENCA-ECUADOR, AGOSTO 2017- ABRIL 2018.”**, realizado por VALERIA IBELICE CHÉVEZ BUSTOS, 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, Julio del 2018

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó

Coordinador Departamento de Investigación

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Dra. Liliana Encalada Verdugo

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN – CARRERA ODONTOLOGÍA

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“RELACIÓN ENTRE EL INGRESO ECONÓMICO Y LA NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL EN ADULTOS MAYORES A 65 AÑOS, DE LA PARROQUIA CAÑARIBAMBA CUENCA-ECUADOR, AGOSTO 2017- ABRIL 2018”**, realizado por VALERIA IBELICE CHÉVEZ BUSTOS, 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, Julio del 2018

.....

Od. Esp. María Cristina Alvear Córdova

DEDICATORIA

A Dios, primeramente, por guiar cada uno de mis pasos en este largo, pero hermoso camino, brindándome su bendición a diario para continuar hasta mi meta, además de su bondad e infinito amor.

A mis padres Sra. Marilú Bustos y Sr. Ramiro Araque por ser mi guía y apoyo en todo momento, su motivación constante a pesar de todas las dificultades es el motor principal que me ha permitido ser una persona de bien, y fundamentalmente su amor incondicional.

A mi hijo Diego Xavier Aldean Chévez, que es mi impulso y el porqué de mis esfuerzos diarios, aquella persona con la que recorrí este camino, pero sobre todo por la que quiero ser su gran ejemplo.

EPÍGRAFE

“Sé aquello que desearías que fuese el mundo”

M. Gandhi

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres por el apoyo y la confianza que me han brindado, a lo largo de toda mi vida; corrigiendo mis errores y celebrando cada uno de mis triunfos.

A mi hermana Daniela Araque y a mi Tía Patricia Bustos, por darme siempre su apoyo y sobretodo su amor incondicional.

A mi tutora Od. Esp. Cristina Alvear; por brindarme su apoyo, guía y sus valiosos conocimientos durante toda la elaboración de este proyecto, viéndola siempre como un excelente ejemplo de profesionalismo.

Al PhD. Ebingen Villavicencio coordinador del departamento de investigación de la Universidad Católica de Cuenca, quien ha sido el pilar fundamental y guía de esta investigación.

Y como no agradecer a la Universidad Católica de Cuenca, que se convirtió a lo largo de este tiempo en mi segundo hogar.

ÍNDICE GENERAL

DECLARACIÓN:	II
CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN	III
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR	IV
DEDICATORIA	V
EPÍGRAFE	VI
AGRADECIMIENTOS	VII
ÍNDICE GENERAL	VIII
RESUMEN	11
INTRODUCCIÓN	14
CAPÍTULO I	16
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	16
1.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	17
2.- JUSTIFICACIÓN	18
3.- OBJETIVOS	19
3.1.- OBJETIVO GENERAL	19
3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
4.- MARCO TEÓRICO	20
4.1. BASES TEÓRICAS	20
4.1.a. - NEGLIGENCIA	20
4.1.a.1.-NEGLIGENCIA DENTAL	20
4.1.a. 2-TIPOS DE NEGLIGENCIA DENTAL	20
4.1.a.2.1.- Descuido activo	20
4.1.a.2.2.-Descuido pasivo	20
4.1.a.2.3-Descuidar	20
4.1.a.2.4.-Descuido de la prevención dental	20
4.1.a.2.5.-Descuido del tratamiento dental	21
4.1 a. 3.- INDICADORES PARA IDENTIFICAR NEGLIGENCIA	21
El Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Atención ha indicado que los médicos deberían sospechar el abandono en general cuando hay observaciones repetidas de normas de higiene deficientes que afectan la salud oral ²¹	21
4.1.a.4.- IMPACTO DE NEGLIGENCIA DENTAL	21
4.1.a.5.-ESCALA DE INDIFERENCIA DENTAL	21

4.1.a.7.-DETERMINANTES SOCIALES RELACIONADOS CON LA NEGLIGENCIA DENTAL	22
4.1.b.1 INGRESO ECONÓMICO EN EL ECUADOR	23
4.1. b.2. - Clases socioeconómicas	23
4.1.c. -Barreras de acceso a servicios de Salud	24
4.1. c.1.- Barreras culturales:	24
4.1. c.2.-Barreras sociales y económicas:	24
4.1. c.3.-Barreras geográficas:	24
4.2.- ANTECEDENTES	25
5.- HIPÓTESIS	31
CAPÍTULO II	32
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	32
1.- MARCO METODOLÓGICO	33
2.- POBLACIÓN Y MUESTRA	33
2.1.- CRITERIOS DE SELECCIÓN	33
3.- OPERACIONALIZACIÓN DE 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	35
5.3.- PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS	35
5.3.a. MÉTODO DE EXAMEN UTILIZADO POR LOS EXAMINADORES	36
5.3.b. CRITERIOS DE REGISTRO DE HALLAZGOS	36
6.- PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS	36
7.- ASPECTOS BIOÉTICOS	37
CAPÍTULO III	38
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	38
1. RESULTADOS	39
2. DISCUSIÓN	43
3. CONCLUSIONES	46
Bibliografía	47

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1.- Relación entre negligencia dental y nivel de ingresos económicos40

TABLA N° 2.- Distribución de la muestra de acuerdo al sexo.....41

TABLA N° 3.- Distribución de la muestra de acuerdo al grupo de edad.....42

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO DE NEGLIGENCIA DENTAL.....	53
ANEXO 2. POBLACIÓN POR CASOS Y CONTROLES.....	54
ANEXO 3. ODDS RATIO.....	61
ANEXO 4. GRÁFICO DE NEGLIGENCIA SEGÚN EL SEXO.....	62
ANEXO 5. GRÁFICO DE NEGLIGENCIA SEGÚN LA EDAD.....	63
ANEXO 6. GRÁFICO DE CASOS Y CONTROLES	64

RESUMEN

Se define como la falta de adherencia al tratamiento dental, es decir asistir, pero no continuar. También se define como la falta de precaución para mantener la salud oral, la falta de atención dental necesaria y la negligencia física de la cavidad oral.

OBJETIVO: Relacionar el nivel de ingreso económico y la negligencia al cuidado dental en pacientes mayores a 65 años, de la parroquia Cañaribamba periodo agosto 2017- abril 2018 **MATERIALES Y MÉTODOS:** La presente investigación guarda un enfoque cuantitativo, con un diseño de casos y controles, de tipo relacional y una temporalidad transversal. Se analizó las variables nivel de ingreso económico y negligencia al cuidado dental mediante el estadístico odds rattoo. **RESULTADOS:** El sexo masculino es la más negligente con 15 casos contra 12 de las mujeres. Las edades con mayor afectación de negligencia dental son las 66-68-69-70-72- y 75 con 3 casos cada edad. Se obtuvo un odds ratio de 1 con un intervalo de confianza de (0.4493 - 2.226). **CONCLUSIONES:** El sexo masculino es el más negligente con 15 casos contra 12 de las mujeres. Las edades con mayor afectación de negligencia dental son las 66-68-69-70-72- y 75 con 3 casos cada edad. La clase económica que presenta mayor conteo de negligencia dental es la que recibe ingresos económicos inferiores a 375 dólares.

Palabras clave. – Negligencia, ingresos económicos, salud bucal.

ABSTRACT

It is defined as the lack of adherence to dental treatment, ie attending, but not continuing. It is also defined as the lack of precaution to maintain oral health, the lack of necessary dental care and the physical negligence of the oral cavity. **AIM:** To relate the level of economic income and negligence to dental care in patients over 65 years old, belonging to the Cañaribamba parish period August 2017 - April 2018 **MATERIALS AND METHODS:** This research has a quantitative approach, with a case design and controls, relational type and a transverse temporality. We analyzed the variables income level and negligence to dental care through the odds rattoo statistic. **RESULTS:** The male sex is the most negligent with 15 cases against 12 of the women. The ages with the highest incidence of dental neglect are 66-68-69-70-72- and 75 with 3 cases each age. An odds ratio of 1 was obtained with a confidence interval of (0.4493 - 2.226). **CONCLUSIONS:** The male sex is the most negligent with 15 cases against 12 of the women. The ages with the highest incidence of dental neglect are 66-68-69-70-72- and 75 with 3 cases each age. The economic class that has the highest dental negligence count is the one that receives economic income below 375 dollars.

Keywords. - Neglect, income, oral health.

INTRODUCCIÓN

El acceso a los servicios de salud, puede entenderse, como el proceso por el cual se intenta conseguir un nivel de atención para restablecer el estado de bienestar, y a su vez lograr un diagnóstico oportuno o ser parte de la promoción de programas de prevención, promoción y atención primaria ¹. Las políticas gubernamentales deben garantizar que la sociedad tenga igualdad de oportunidades en la prestación de dichos servicios ². La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la presencia de determinantes sociales y económicos que modifican el estado individual dentro de una población ³⁻⁴.

La salud oral es considerada fundamental tanto para la higiene general como el bienestar de cada persona. Tener una boca sana, permite a las personas desenvolverse cómodamente al realizar actividades diarias como: la comunicación (hablar), comer y tener un vínculo social sin experimentar incomodidad o vergüenza ⁵.

Thomson y Locker manifiestan que el término negligencia dental se puede definir como el comportamiento y las actitudes que pueden tener consecuencias perjudiciales para el individuo, es decir negligencia es conocer acerca del cuidado dental, pero incumplirlo, lo que perjudica el mantenimiento adecuado de la cavidad oral ⁶.

La primera opción antes de curar es prevenir, cada individuo debe ser muy responsable, atento y meticuloso para gozar y mantener un excelente Estado de Salud. La prevención es sin duda el hábito más efectivo, adecuado y aceptable para iniciar un camino hacia un mantenimiento bucal. La interacción multidisciplinaria entre odontólogo, paciente y medios audiovisuales brindan el apoyo y las medidas necesarias para dicha acción ⁶.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Hoy en día por primera vez en la historia, la mayoría de las personas pueden aspirar a vivir más allá de los 60 años. En los países de ingresos bajos y medianos (Ecuador, Perú Venezuela, en general países de Centroamérica), esto se debe en gran parte a la notable reducción de la mortalidad en las primeras etapas de la vida, sobre todo durante la infancia y el nacimiento, y de la mortalidad por enfermedades infecciosas. En los países de ingresos altos (Chile y Brasil), el aumento sostenido de la esperanza de vida actualmente se debe sobre todo al descenso de la mortalidad entre las personas mayores ⁷.

Puntos importantes en la población ecuatoriana son las variaciones en los ingresos económicos a medida que la edad de la persona avanza, de tal manera que se trata de

reducir al mínimo gastos y aumentar al máximo las múltiples contribuciones como ciudadano, sin embargo, los análisis económicos a nivel mundial pueden dar como resultados respuestas equívocas⁷.

El mantenimiento bucal tiene dependencia directa con las actitudes y comportamientos propios de cada ser. Es decir, el cuidado será mayor en personas con la suficiente motivación, conocimientos y recursos;⁸ en contraste con personas que posean un bajo nivel de educación en salud oral y a su vez formen parte de la clase económica baja⁹.

Uno de los objetivos propuestos por parte de la Federación Dental Internacional (F D I) hasta el año 2020 es que las poblaciones puedan acceder libremente a los servicios o programas de salud bucal desplegando recursos y estrategias que mejore la alfabetización en salud oral a nivel mundial¹⁰.

A nivel nacional de igual manera se pretende reducir las barreras que impiden el acceso a servicios de salud. Es así, que el Ministerio de Salud Pública, por medio del Plan Nacional de Salud Bucal, lleva a cabo la educación y promoción de la salud oral a lo largo de la vida de un individuo¹¹.

En Ecuador, según datos obtenidos en el censo del año 2010 por parte del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, existen aproximadamente un millón de personas mayores de 65 años; y la mitad de esta población esta económicamente activa, es decir reciben ingresos por un cargo laboral.¹² En cuanto a la clase económica de acuerdo a datos oficiales, existen 5 niveles expresados en letras A, B, C+, C- y D;¹³ que indican clase alta, media alta, media típica, media baja y baja; la mayoría de habitantes pertenece al grupo medio bajo con un valor de 49.3%¹⁴.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

La Organización Mundial de la Salud, define un declive de salud como el transcurso de fomentar y salvaguardar la capacidad fisiológica de las personas para que lleven una buena vida durante la vejez. El factor económico en la vida adulta mayor representa un gran problema para poder llevar una vida sana en sus siguientes años.

Con datos de la OMS, se demuestra, la variedad de casos de pobreza que existen dentro de los adultos mayores. Como es el caso del continente europeo, que, de cada cinco individuos, solo uno llega a tener ingresos inferiores a la línea normal de pobreza por así decirlo en la población adulta joven. Mientras que, en varios países de este mismo continente, las personas con edad avanzada cada vez tienen un mayor riesgo de llegar a la pobreza. Aunque existen países como Holanda, Polonia u República Checa donde existe leyes que protegen a este grupo expuesto de la pobreza.

Los niveles de pobreza de latinoamericana, permanecen en ascendencia en vez de ser cada vez menores. Datos del año 1980, manifestaron que el 41% de los latinoamericanos vivían en escenarios de pobreza; al pasar los años en el 2002, la proporción de pobres llegaba al 44% que equivalen a 221 millones de personas; de los cuales 97 millones vivían en extrema pobreza ¹⁵.

Estos niveles de pobreza guardan relación a las diferencias sociales que son consideradas las más desiguales el mundo, lo que significa que las minorías pertenecen a la clase económico alta y estos poseen casi la totalidad los recursos de un país, a diferencia de las clases económicas medias y baja que son la mayoría de la población y poseen muy poco. Para que disminuyan estas diferencias económicas y sociales se necesita de leyes, normas y estatuto que regulen la distribución de capitales, es decir más para los pobres y menos para los ricos. Por desgracia esto no sucede, ya que, en la región, los ricos además de poseer muchos recursos, reciben también las mejores remuneraciones. Y así, se observa aumento de la pobreza y que con el tiempo estas clases económicas sigan distanciándose.

Con esto se puede demostrar que esta situación se vería modificada a favor de este grupo vulnerable por medio de políticas a nivel nacional. ⁷.

En la República del Ecuador, la remuneración básica correspondiente al año 2018 es de 386 dólares, inferior al costo de la canasta familiar básica que equivale a 711.13 dólares. Esta desigualdad hace que en los hogares se dé prioridad a vivienda y alimento,

dejando a la salud general y dental en manos del estado, o muchas de las veces dejando en total descuido esta parte importante de las personas ¹⁶.

Con todos estos datos y en base a la línea de investigación, que en la presente investigación corresponde a factores de riesgo, nace la interrogante ¿Existe relación entre el ingreso económico y la negligencia dental en adultos mayores de 65 años, de la parroquia Cañaribamba?

2.- JUSTIFICACIÓN

El tema de la investigación tiene una alta relevancia por describir la relación entre el nivel de ingreso económico y la negligencia al cuidado dental, y a su vez aportar con conocimientos importantes para la comprensión de las barreras a los servicios de salud.

La relevancia científica de la investigación radica en la aportación de nuevos conocimientos sobre la negligencia dental modificada por el ingreso económico a nivel local, nacional e internacional ya que las barreras para acceder a servicios de salud oral representan un problema para la sociedad y para los profesionales. La relevancia humana se basa en el enfoque de la investigación para encontrar relación entre las variables y así poder mejorar la vida dentro de la población mayor a 65 años. La relevancia social tiene base en la expresión de los resultados obtenidos para así repercutir benéficamente dentro de una población en la ciudad de Cuenca.

La investigación fue viable, ya que los resultados expresados tienen gran valor dentro del mundo científico, además de la aportación de datos exactos que ayuden a la comprensión de las barreras que limitan el acceso a la salud.

Por último, la presente investigación de casos y controles, sirve como trabajo final de tesis y dentro de nuestro interés personal, la obtención del Título de Odontólogo.

3.- OBJETIVOS

3.1.- OBJETIVO GENERAL

- Relacionar el nivel de ingreso económico y la negligencia al cuidado dental en pacientes mayores a 65 años, de la parroquia Cañaribamba periodo Agosto 2017- Abril 2018.

3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Igualar la muestra, según el sexo en pacientes mayores a 65 años, pertenecientes a la parroquia Cañaribamba
- Parear la muestra según la edad en personas mayores de 65 años de la parroquia Cañaribamba.

4.- MARCO TEÓRICO

4.1. BASES TEÓRICAS

4.1.a. - NEGLIGENCIA

La palabra negligencia se deriva de principios del siglo XVI del latín “descuido”, del verbo negligere, de neg- 'no' + legere "elegir, recoger”. La negligencia es un tipo de maltrato que se refiere a el hecho de que el cuidador no brinde la atención necesaria y apropiada para su edad, aunque sea financieramente capaz de hacerlo, u ofrezca medios financieros u otros medios para hacerlo”⁵.

4.1.a.1.-NEGLIGENCIA DENTAL

Se define como la falta de adherencia al tratamiento dental, es decir asistir, pero no continuar. También se define como la falta de precaución para mantener la salud oral, la falta de atención dental necesaria y la negligencia física de la cavidad oral⁵.

También se puede conceptualizar, como el comportamiento y las actitudes que pueden tener consecuencias perjudiciales para la salud oral del individuo¹⁷. En otras palabras, negligencia dental es el incumplimiento del conocimiento para el mantenimiento adecuado de la cavidad oral¹⁸.

4.1.a. 2-TIPOS DE NEGLIGENCIA DENTAL

4.1.a.2.1.- -Descuido activo

Fallo intencional de los tutores para cumplir con sus responsabilidades de cuidado¹⁹.

4.1.a.2.2.-Descuido pasivo

Incumplimiento involuntario de los tutores para cumplir con sus responsabilidades de cuidado debido a conocimiento, enfermedad, enfermedad, finanzas o falta de conocimiento de los recursos / soporte de la comunidad disponibles¹⁹.

4.1.a.2.3-Descuidar

La incapacidad de una persona para satisfacer sus propias necesidades debido a una discapacidad física, mental o de desarrollo o cualquier combinación de éstas¹⁹.

También puede clasificarse según el tipo de atención

4.1.a.2.4.-Descuido de la prevención dental

Definido como la falta de atención o descuido propiamente dicho de la prevención de la enfermedad oral²⁰.

4.1.a.2.5.-Descuido del tratamiento dental

Definido como la falta de atención y responsabilidad al tratamiento dental necesario que resulta en la experiencia de caries no tratadas en la mayoría de los casos acompañadas con dolor dental ²⁰.

4.1 a. 3.- INDICADORES PARA IDENTIFICAR NEGLIGENCIA

El Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Atención ha indicado que los médicos deberían sospechar el abandono en general cuando hay observaciones repetidas de normas de higiene deficientes que afectan la salud oral ²¹.

Los indicadores son: Inasistencia a evaluaciones de salud oral, asistencia en situaciones de emergencia frecuentes, solicitud de anestesia general, antecedentes de falta de continuidad del tratamiento al presentar patología oral, infección, sangrado o trauma ¹⁹.

Aunque la gravedad y el alcance de la enfermedad dental pueden parecer indicadores obvios de negligencia dental, estos factores no pueden considerarse aisladamente ²².

4.1.a.4.- IMPACTO DE NEGLIGENCIA DENTAL

Hay un desarrollo socioemocional anormal. Hay reducción en el peso corporal, pérdida de sueño. Mayor riesgo de problemas psiquiátricos, estilo de apego desorganizado asociado con varios problemas del desarrollo, incluyendo síntomas disociativos.

Se ha informado de ansiedad y síntomas depresivos así mismo se observa dolor severo, infección aguda y daño a los dientes permanentes subyacentes junto con una baja salud oral / y por ende un nivel bajo de auto información ²³⁻²⁴.

4.1.a.5.-ESCALA DE INDIFERENCIA DENTAL

“Nuttall (1996) informó sobre una escala de ocho ítems para medir "indiferencia dental". La escala buscó respuestas a ítems sobre las prácticas usuales de higiene bucal y servicio dental de los encuestados, el estado actual de la salud bucal , el patrón de atención dental anterior de cinco años y su comportamiento de búsqueda de atención en las siguientes tres situaciones clínicas: una pérdida de llenado en un diente posterior, encías sangrantes no dolorosas y un diente posterior muy doloroso”.

En 1996, el desarrollo y la prueba de la escala de siete elementos de negligencia dental Adelaide se desarrolló para los niños en función de las calificaciones de los padres. Más tarde fue diseñado para su uso en adultos.

La escala de negligencia dental representa un instrumento relevante para encuestas de población destinadas a identificar grupos de riesgo basados en información sobre salud oral, comportamiento y actitudes relacionadas con la salud oral. Evalúa la medida en que un individuo cuida sus dientes, recibe atención dental profesional y cree que la salud oral es importante. Esta escala puede ser un sustituto útil de los datos clínicos en las encuestas de salud oral cuando las limitaciones de recursos impiden el examen de los participantes ²⁵.

4.1.a.7.-DETERMINANTES SOCIALES RELACIONADOS CON LA NEGLIGENCIA DENTAL

Para que la población de la llamada edad de oro, goce de una adecuada calidad de vida o una vejez digna se debe tomar en cuenta y brindar mucha atención a aquellos factores sociales, que influyen en llevar a cabo el desarrollo de un óptimo estado de salud oral.

Los determinantes sociales más importantes son de carácter social, económico, políticos y de estilos de vida; mismos que influyen y determinan el nivel de salud o cuidado de la población.

La inequidad general del ingreso económico en esta etapa de vida a nivel mundial da el crecimiento de los ingresos de la región, mientras que los ingresos aumentan el espacio entre los privilegiados y los desposeídos se hace cada vez más extensa.

4.1. ECONOMÍA SEGÚN LA OMS

Se considera que un medio de la población a nivel mundial, no puede acceder correctamente a una atención de salud digna, según informes del Banco Mundial y la OMS; 800 millones de individuos ofrecen al menos un 10 % del presupuesto total familiar a distribuirlos en gastos de salud ²⁶.

La salud es considerada una preocupación a nivel mundial. También se puede tomar como una inversión importante en el progreso económico y la disminución de la pobreza a nivel mundial. Por lo que es considerado un derecho el acceso a servicios de salud y una responsabilidad de los gobiernos de cada país. Ya que de este modo se obtendrá una notable reducción a la exclusión, y a su vez resguardar a la población frente al empobrecimiento, los cuales son considerados elementos comunes de las políticas nacionales de salud ²⁷.

4.1.b.1 INGRESO ECONÓMICO EN EL ECUADOR

El Salario Básico Unificado para el grupo general de trabajadores, está en vigencia a partir del primer día del año 2018, según Acuerdo del Ministerio del Trabajo Nro. MDT-2017-0195 del 27 de diciembre de 2017; publicado en Registro Oficial Primer Suplemento Nro. 154 de fecha 05 de enero de 2018 ¹⁶.

Dentro de un hogar en Ecuador, se realiza el promedio básico es de cuatro integrantes por grupo familiar, de los cuales más de uno en su mayoría cuentan con salarios básicos es decir 375\$ mensuales. Considerando que dos miembros son trabajadores activos el ingreso llegaría a 700\$ mensuales, es lo señalado por el (INEC); con la encuesta realizada en el año 2017. Con lo que se concluye que con este nivel de ingreso es considerado suficiente para satisfacer la compra de los productos de la Canasta Básica Familiar (CFB) ¹⁶.

La remuneración básica a nivel nacional en la actualidad es de 386.00 dólares.

4.1. b.2. - Clases socioeconómicas

Con datos del (INEC) en la encuesta realizada en el año 2011 para la Estratificación del Nivel Socioeconómico, la cual permite identificar los grupos relevantes: ¹³

- (clase alta) Nivel A
 - Se ubica el 1.9% de la población
- (clase media alta) Nivel B
 - Representa el 11.2%
- (clase media típica) Nivel C+
 - Constituye el 22.8%
- (clase media baja) Nivel C-
 - La más frecuente con el 49.3%
- (clase baja) Nivel D
 - Equivale al 14.9%

La clase media en el país representa el 83.3%, estos hogares son considerados a aquellos que tiene la capacidad de acceso a servicios de educación, así mismos servicios de consumo; todos estos datos de acuerdo a lo prescrito con el Banco Mundial. Es decir que sus ingresos estén entre 354 dólares hasta 1.200 y 1.400 dólares por mes ²⁹.

Mientras que la clase baja considerada en el año 2017, son aquellas personas que reciben 85 dólares mensuales, y la pobreza extrema definida en los 49 dólares mensuales ²⁹.

4.1.c. -Barreras de acceso a servicios de Salud

Se considera al acceso a los servicios de salud uno de los puntos de mayor importancia en los países de economía con medianos y bajos ingresos es decir países subdesarrollados; y se considera como la actividad o capacidad de una persona para conseguir atención médica ³⁰.

A nivel internacional las barreras que con mayor frecuencia afectan en gran medida son: estigma social, creencias y mitos, temor o vergüenza, desconfianza en equipos y tratamientos, costo de fármacos y consultas médicas ¹⁵.

Estas barreras causan mayor consecuencia en personas que posean un menor nivel socioeconómico ³¹.

En nuestro país, existen barreras culturales, sociales, económicas y geográficas que ralentizan o impiden el acceso de poblaciones a servicios de salud por parte del estado ³².

4.1. c.1.- Barreras culturales:

- Miedo
- Diversidad gramatical y cultural (profesional-paciente).
- Creencia en la medicina natural.
- Apreciación de ineficacia en los programas de salud ³².

4.1. c.2.-Barreras sociales y económicas:

- Elevado precio de salud.
- Escasa disponibilidad de horarios.
- Variedades sociales ³².

4.1. c.3.-Barreras geográficas:

- Difícil paso.
- Grandes trayectos.
- Escasez de transporte ³².

4.2.- ANTECEDENTES

En una tesis de grado titulada, Barreras de acceso a los servicios de Salud en el régimen subsidiado del municipio de San Gil – Santander. Realizado por: Adriana Del Carmen Agudelo Estupiñan, Paulo César Gómez Amaya, Jackeline Montes Gonzalez, Gilma Bertha Pelayo. Este estudio permitió caracterizar las principales barreras de acceso a los servicios de salud de la población afiliada al régimen subsidiado de San Gil, analizarlas desde la estratificación por edad, procedencia, escolaridad y EPSS; describir características sociodemográficas, establecer prevalencia de barreras según su origen y evaluar la accesibilidad, oportunidad y atención humanizada. Se realizó un estudio analítico de corte transversal, la población de estudio fueron personas afiliadas al régimen subsidiado. Se incluyeron los afiliados al régimen subsidiado que solicitaron el servicio al menos una vez durante el último año. Se excluyeron personas con alteraciones mentales, alteraciones crónicas o graves que no le permitían responder la entrevista estructurada y con limitaciones de comunicación sin intérprete. Los resultados tuvieron mayor prevalencia en los siguientes aspectos: Oportunidad en atención de medicina general y odontología mayor a tres días, mientras que para medicina especializada fue superior a quince días. Mala atención de funcionarios, inoportunidad al entregar medicamentos, inoportunidad al prestar el servicio y falta de equipos por parte de la IPS. Del lado de la EPSS la barrera asociada fue la tramitología, por demora y negación de autorizaciones. Así mismo no se pudo demostrar que la principal barrera, tuvo su origen en inconsistencias de registro de la afiliación en la base de datos, pero se logró identificar barreras como la inoportunidad en la asignación de la cita y la tramitología en autorizaciones, con mayor prevalencia y significancia ³³.

En un artículo de investigación titulado como; Barreras de acceso a los Servicios de Salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia; realizado por: Guillermo Sánchez; Celmira Laza; Carolina Estupiñán; Laura Estupiñán. Esta investigación tuvo como fin; explorar la existencia de barreras de acceso a los servicios de salud en las historias de mujeres con cáncer de mama, que han recibido apoyo de seis ong colombianas. Siendo un estudio de carácter descriptivo, llevado a cabo en cinco ciudades colombianas: Bogotá, Medellín, Cali, Valledupar y Santa Marta, incluyendo 44 mujeres apoyadas por seis ong. Se realizaron grupos focales y entrevistas en profundidad. En que se obtuvieron los siguientes resultados, divididos en cuatro categorías: barreras ligadas a los determinantes estructurales, barreras originadas en los determinantes intermedios, herramientas para enfrentar las barreras y una categoría que hace referencia a la oportunidad de obtener un diagnóstico y un tratamiento de

cáncer de mama. A partir de estas categorías, se propone un modelo de barreras de acceso en cáncer de mama, desde la perspectiva de los determinantes sociales. Siendo este tema aun en la actualidad principal discusión; a pesar de los esfuerzos del país por mejorar la oportunidad en prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer incluyendo la promulgación de la ley 1384 de 2010 (Ley Sandra Ceballos), las mujeres con cáncer de mama enfrentan barreras de acceso a los servicios de salud, que están determinadas socialmente, y frente a las cuales el sistema muestra cierto nivel de incapacidad.³⁴

En otra investigación nombrada como; Impacto de la escala de negligencia dental en el estado de Salud Oral entre diferentes profesionales en la ciudad de Indore: un estudio transversal, desarrollada por: Pubali Sarkar, Pralhad Dasar, Sandesh Nagarajappa, Prashant Mishra, Sandeep Kumar, Swati Balsaraf, Afsheen Lalan, y Astha Chauhan. El objetivo de esta investigación fue evaluar la negligencia dental y el estado de salud oral utilizando el cuestionario de la escala Dental Neglect entre diferentes profesionales de la ciudad de Indore. El tamaño muestral fue elegida por conveniencia y conformada por 400 estudiantes de 18-25 años de edad de 4 colegios profesionales diferentes del Grupo de Institutos Sri Aurobindo del mismo campus. Se utilizó un cuestionario validado previamente para evaluar el abandono dental y las prácticas de cuidado dental domiciliario. Así mismo se realizó un examen de salud oral para evaluar la caries dental y el estado de higiene oral mediante el uso de DMFT y OHIS, respectivamente. Los datos recolectados se analizaron usando el software SPSS (versión 20). Dando como resultados, que en la mayoría de los encuestados (57.7%) mostraron una higiene oral justa para el puntaje de DNS <15, mientras que la mayoría de los profesionales (63.7%) mostraron una higiene oral deficiente para el puntaje DNS>. La puntuación de la escala de negligencia dental (DNS, Dental Neglect Scale) se encontró estadísticamente significativa con OHIS y la experiencia de caries al intervalo de confianza del 95%. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación del DNS y la frecuencia de dientes cariados, perdidos y llenos DMFT. Concluyendo que La Escala de negligencia dental parece ser un método sensato para objetivar la negligencia dental. Tiene muchas de las características de un índice de salud satisfactorio. Sin embargo, se requiere una mayor validación con otros grupos de edad, culturas, lugares y una población más grande para justificar la utilidad de la escala de negligencia dental en diferentes situaciones³⁵.

En un trabajo de titulación de cuarto nivel titulado como: Adherencia al tratamiento de los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica de Especialidades, Managua, durante el período Agosto 2005 –Marzo 2012; llevado a cabo por: Patricia Auxiliadora Avilés Baca; se realizó en un servicio privado, que atiende diferentes sectores de

población demandante de atención odontológica. Para así determinar la Adherencia al tratamiento odontológico recomendado a los pacientes que asistieron a la Clínica odontológica de Especialidades, durante el período agosto 2005 a marzo 2015. Siendo una investigación de tipo Transversal y Descriptivo; y con una muestra del 75% del universo, utilizando como unidad de observación las fichas clínicas de los pacientes que acudieron a la clínica. Dentro de las características socio demográficas e los pacientes en estudio predominaron las edades contenidas de forma similar en tres intervalos, desde los 26 hasta los 60 años, y el sexo femenino con un 58%. Concluyendo con que la Adherencia predominó independientemente del motivo de consulta, tratamiento encomendado o enfermedad crónica referida³⁶.

En otra investigación titulada como: Conocimientos de Salud Bucodental en relación con el nivel socioeconómico en adultos de la ciudad de Corrientes, Argentina; llevada a cabo por: María Silvina Dho. El fin de esta investigación es analizar los conocimientos de salud bucodental y su relación con el nivel socioeconómico en individuos adultos, mediante una encuesta domiciliaria se recolectó información referente a las variables de estudio. Se determinó el tamaño de la muestra estableciéndose un nivel de confianza del 95% (381 individuos) para la generalización de los resultados. Se aplicó un diseño muestral aleatorio simple para la selección de las viviendas a encuestar, que se complementó con un muestreo no probabilístico por cuotas para la selección de los individuos a entrevistar. Dando como resultados que los individuos adultos de la Ciudad de Corrientes presentan en general un nivel de conocimientos de salud bucodental aceptable, pues en una escala de 0 a 28 puntos utilizada para valorar los conocimientos, se registró un mínimo de 15 puntos. Los individuos de NSE bajo presentan un nivel de conocimientos de salud bucodental similar a los individuos de NSE medio-alto/alto. Las personas de NSE medio-bajo presentaron un nivel significativamente menor de conocimientos de salud bucodental. Estos resultados deberían contemplarse en el diseño estrategias de intervención que incidan en los determinantes socioculturales del proceso salud-enfermedad³⁷.

En una investigación denominada: Indicadores de posición socioeconómica del curso de vida y pérdida de dientes en adultos coreanos; llevado a cabo por: dong-hun han, young-ho khan. Cuyo fin fue evaluar la asociación entre los indicadores de posición socioeconómica del ciclo de vida (SEP) y la pérdida de dientes en una gran muestra representativa de la población adulta coreana. Se analizaron los datos de la Cuarta y Quinta Encuesta Nacional de Salud y Examen Nutricional de Corea en 17.549 adultos coreanos de 50 años o más. El diseño del estudio fue transversal. La pérdida de dientes se definió como edentulismo (0 dientes) o pérdida severa de dientes (<20 dientes). La

educación de los padres, la educación propia y los ingresos se utilizaron como indicadores de SEP para la primera infancia, SEP para adolescentes y SEP para adultos, respectivamente. La asociación entre los SEP de vida y la pérdida de dientes se estimó con tres modelos diferentes de vida: el modelo de impacto independiente para tres diferentes SEP de vida, el modelo de impacto acumulativo usando la suma de los tres puntajes de SEP y el modelo de movilidad social usando la información de ruta de los tres SEP. Las covariables fueron factores demográficos y comportamientos de salud. Las razones de prevalencia (PR), el índice de pendiente de la desigualdad (SII) y el índice relativo de desigualdad (RII) para la pérdida de dientes se estimaron con análisis de regresión log-binomial. Dando resultados acerca del modelo de impacto independiente, asociaciones significativas de cada SEP con edentulismo (SII = 3.61%, 4.76%, 2.17% y RII = 1.67, 1.52, 1.41 para educación de los padres, educación propia e ingresos, respectivamente) y pérdida severa de dientes (SII = 8.03%, 17.73%, 12.73% y RII = 1.26, 1.72, 1.42 para educación de los padres, educación propia e ingresos, respectivamente) después del ajuste para todas las covariables. Para el modelo de impacto acumulativo, se encontraron patrones paso a paso de PR de acuerdo con los puntajes SEP sumados. Además, en el modelo de movilidad social, el PR de la pérdida de dientes fue mayor en el grupo SEP persistentemente bajo a lo largo de la vida (PR = 2.10 para el edentulismo y 2.33 para la pérdida severa de los dientes). Los otros grupos móviles en los SEP de vida también presentaron mayores RP de pérdida de dientes que el grupo SEP persistentemente alto. Concluyendo que la educación de los padres se asoció de forma independiente con el edentulismo en la vida posterior, y la educación propia mostró las asociaciones más fuertes con la pérdida de dientes. Los modelos acumulativos y de movilidad social para los impactos sociales del curso de la vida sobre la salud oral deben considerarse en los estudios epidemiológicos orales³⁸.

En una investigación titulada como: La relación de la alfabetización en salud bucal y la autoeficacia con el estado de salud oral y el descuido dental; perteneciente a: Jessica Y. Lee, Kimon Divaris, William F. Vann, Jr. El fin de realizar este estudio es determinar las asociaciones de alfabetización de salud oral (OHL) con el estado de salud oral (OHS) y negligencia dental (DN), y exploramos si la autoeficacia mediaba o modificaba estas asociaciones. Usando datos de entrevistas recopilados de 1280 clientas del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños del 2007 al 2009 como parte del Proyecto de Alfabetización de Salud Oral de Carolina. Medimos OHL con una prueba validada de reconocimiento de palabras (REALD-30), y medimos la salud y la seguridad ocupacional con el ítem de la encuesta nacional de salud y nutrición. Los análisis utilizaron métodos descriptivos, bivariados y multivariados. Dando

como resultados que en menos de un tercio de los participantes calificaron su OHS como muy bueno o excelente. Un OHL más alto se asoció con un mejor OHS (para un aumento REALD de 10 unidades: razón de prevalencia multivariado = 1.29, intervalo de confianza del 95% = 1.08, 1.54). OHL no se correlacionó con DN, pero la autoeficacia mostró una fuerte correlación negativa con DN. La autoeficacia se mantuvo significativamente asociada con DN en un modelo completamente ajustado que incluía OHL. Así mismo concluyendo que el aumento de OHL se asoció con un mejor OHS pero no con DN. La autoeficacia fue un fuerte correlato de DN y puede mediar los efectos de la alfabetización en OHS⁴⁰.

En un trabajo de investigación titulado como: Las escalas de negligencia dental e indiferencia comparadas, llevada a cabo por: Lisa M. Jamieson, W. Murray Thomson. Cuyo objetivo fue determinar si la negligencia dental y las escalas de Indiferencia Dental miden construcciones similares y tienen similares asociaciones en la misma muestra de población. Con una muestra aleatoria de 600 residentes del Electorado de Dunedin South recibieron un cuestionario de autoevaluación que contiene la escala de negligencia dental y la escala de indiferencia dental. Sociodemográfico y los datos de uso del servicio dental también fueron recolectados. Resultados: en total, 478 personas (78.2%) devolvieron el cuestionario. El puntaje promedio de negligencia dental fue 12.4 (SD4.4). La puntuación media de la escala de Indiferencia Dental fue de 3.1 (SD1.9). La asociación entre los puntajes de las escalas fue moderada ($r=0.58$; $P, 0.01$), y fue solo un grado moderado de concordancia entre los dos. Las dos escalas tenían asociaciones en gran parte similares con atención sociodemográfica, oral y autocuidado, y características de impacto de salud oral, aunque se encontraron un poco más de asociaciones en gran parte similares con características sociodemográficas, cuidado bucal y autocuidado e impacto en la salud oral, aunque se encontraron asociaciones ligeramente más con la escala de Indiferencia Dental. Se descubrió que la escala Dental Neglect es más fácil de usar que la escala de Indiferencia Dental porque no requiere un complejo algoritmo para calcular puntajes de escala²⁵.

En un artículo de revisión bibliográfica titulado como; Negligencia Dental. Una Revisión; realizada por: Amit Kumar, Manjunath. Puranik, Sowmya KR. Aunque generalmente se considera que la negligencia es menos "dramática" que otras formas de abuso, el efecto puede ser igual de severo. La negligencia, en general, y la negligencia dental, en particular, son los tipos de abuso menos conocidos y detectados, a pesar de que son los más frecuentes. Además de la mala salud oral, la negligencia dental se asocia con mayores limitaciones funcionales orales y discapacidades sociales y físicas. Las herramientas utilizadas para la medición de la negligencia dental son la escala de

negligencia dental y la escala de indiferencia dental. El concepto de negligencia dental puede permitir una mejor comprensión de la relación compleja entre el comportamiento individual, los factores ambientales y las enfermedades dentales. Los esfuerzos de colaboración entre diferentes disciplinas dentales pueden desentrañar el verdadero escenario dental y ayudar a desarrollar políticas y programas apropiados. El abandono dental debe considerarse una prioridad para la investigación futura. Esta revisión explora los diversos aspectos de la negligencia dental y brinda recomendaciones. El propósito del presente estudio fue investigar la relación entre la negligencia dental y las variables sociodemográficas y evaluar si la evaluación de la negligencia dental se considera una auditoría conductual de la salud oral utilizando un enfoque de revisión sistemática.

Materiales y métodos: se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando Pubmed (Medline), Google Scholar para los estudios publicados hasta diciembre de 2014, utilizando estrategias de búsqueda de términos de texto libre y MESH. Se incluyeron los estudios que confirmaban la negligencia dental identificados utilizando un índice válido y confiable (DNS) y se excluyeron aquellos estudios en los que se sospechaba o se indicaba negligencia dental, sin evidencia de respaldo. La búsqueda inicial identificó 385 artículos potencialmente relevantes. Después del examen de los títulos y el resumen, se revelaron 19 publicaciones relevantes para su posterior revisión. Ocho artículos centrados en la negligencia dental en relación con las variables sociodemográficas y la auditoría del comportamiento fueron adecuados para esta revisión y se consideraron para el análisis cualitativo. Once artículos no cumplían los criterios de calidad previamente determinados.

Resultados: de los 385 artículos obtenidos por búsqueda electrónica, solo ocho estudios fueron elegibles para una revisión sistemática de la literatura. La negligencia dental varió según la edad y el sexo. Bajo nivel educativo, junto con bajos ingresos y clase social se asoció con una gran negligencia dental. Las personas con actitud negligente y comportamiento negativo hacia la salud oral obtuvieron un puntaje alto en la escala de negligencia dental. Por lo que se determina que existe una relación entre variables sociodemográficas y negligencia dental. Los estudios son indicativos de negligencia dental como una auditoría de comportamiento de la salud oral ³⁹.

Por lo que, con todos estos antecedentes, se relaciona directamente las variables sociodemográficas con la negligencia al cuidado dental según estudios realizados a pacientes mayores a 65 años, tanto revisiones bibliográficas como estudios de caso control realizados en otros países; es decir la condición de jubilados dentro de este grupo etario puede ser o no un determinante para que el adulto mayor sea negligente al cuidado de la salud oral.

5.- HIPÓTESIS

El ingreso económico bajo, es un factor de riesgo para la presencia de negligencia al cuidado dental en las personas mayores de 65 años, dentro de la parroquia Cañaribamba.

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1.- MARCO METODOLÓGICO.

Enfoque: Cuantitativo ⁴¹.

Diseño de Investigación: Caso control ⁴².

Nivel de Investigación: Relacional.

Tipo de Investigación:

- **Por el ámbito:** De Campo.
- **Por la técnica:** Comunicacional.
- **Por la temporalidad:** Retrospectivo.

2.- POBLACIÓN Y MUESTRA.

La parroquia Cañaribamba tiene 11.867 habitantes, dentro del grupo etario de personas mayores a 65 años hay 1.104 personas. Tomando la población por conveniencia debido al tipo de estudio, es decir con 27 casos y 27 controles emparejados por sexo y edad ⁴³.

2.1.- CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Para la formalización de la población se consideró los siguientes criterios de selección:

2.1.a. Criterios de Inclusión: Se incluyen en el presente estudio las personas de la Parroquia Cañaribamba, mayores de 65 años, que acepten ser parte de la presente investigación y que estén en condiciones para responder al cuestionario.

2.1.b. Criterios de Exclusión: Se excluirán del estudio las personas que posean título de Médico y Odontólogo.

3.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO	ESCALA	DATOS
NEGLIGENCIA DENTAL	Falta de precaución para mantener la salud oral, la falta de atención dental necesaria y la negligencia física de la cavidad bucal.	Nivel de desinterés de las personas encuestadas sobre su salud bucal y sus respectivos cuidados, medido mediante la encuesta desarrollada por W. Murray Thomson.	Cualitativa Nominal	Nominal	Si/No
INGRESO ECONOMICO	Cantidad de dinero que una familia puede gastar en un periodo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos netos	Cociente del ingreso total familiar entre el número de personas que dependen del mismo.	Cualitativa Nominal	Nominal	Alto 376 o más Bajo de 0 a 375
SEXO	Características genotípicas de la persona	Características externas que diferencian al masculino del femenino	Cualitativa nominal	Nominal	Femenino Masculino
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Cantidad de años cumplidos	Cualitativa Ordinal	Ordinal	De 66-70 71-78 81-85

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

4.1 INSTRUMENTOS DOCUMENTALES:

Se utilizó la encuesta de negligencia dental desarrollada por W. Murray Thomson, traducido por Matute y cols ⁴⁵; y se adoptó para ser una encuesta dirigida (ANEXO 1)

4.2 INSTRUMENTOS MECÁNICOS:

Computador portátil, procesador i5.

4.3 MATERIALES:

Materiales de escritorio.

4.4 RECURSOS:

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

5.- PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS

5.1.- UBICACIÓN ESPACIAL

La Parroquia CAÑARIBAMABA, se encuentra delimitada de la siguiente manera: del cruce de la vereda oriental de la Avda. Guapondélig y la vereda de la Avda. González Suárez, en dirección oriental sigue hasta la intersección con la vereda oriental de Avda. Max Uhle; en dirección sur por la vereda occidental de esta avenida hasta el Río Cuenca; sigue aguas arriba por el margen norte de este Río hasta la unión de los Ríos Tomebamba y Yanuncay y continúa aguas arriba por la margen norte del Río Tomebamaba hasta la Avda. Huayna-Cápac; sigue por dirección norte por la vereda oriental de la Avda. Huayna-Cápac hasta la intersección sur de la Carrera Cacique-Duma sigue con dirección oriental por esta Carrera hasta la Avenida Guapondélig; parte con dirección nor-oriental por la vereda sur de la Avda. González Suárez.

5.2.- UBICACIÓN TEMPORAL

La investigación se realizó entre los meses marzo y abril del 2018, recolectando datos de encuestas para expresar en resultados los niveles de negligencia al cuidado oral, y la relación entre negligencia dental y el ingreso económico.

5.3.- PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS

Para el registro de datos, se tomó en cuenta las encuestas aplicadas en la parroquia Cañaribamba, considerando los límites, el número de manzanas y de casas designadas a cada encuestador. Se trabajó en parejas para mayor efectividad y seguridad. Con ciertas indicaciones por parte del tutor como que no se debía ingresar a los hogares de las personas encuestadas ni salir a realizar estas tareas solos. Al

iniciar la lectura del cuestionario los encuestadores nos encargamos de realizar las preguntas personales de importancia, es decir: nombres completos, número de cedula, edad, nivel de instrucción y el ingreso económico que es una variable opcional de responder; mientras que con el resto del cuestionario le daban lectura los encuestados para que fuese respondido con veracidad. Posteriormente las encuestas aplicadas fueron ingresadas a una base de datos del programa Epi-Info, lo cual facilitó la tabulación de los resultados de la relación entre negligencia dental y el ingreso económico. Dicho programa exporta la base de datos a un archivo de Excel en el cual se aplica los puntos de corte para obtener los datos específicos de la presente investigación.

5.3.a. MÉTODO DE EXAMEN UTILIZADO POR LOS EXAMINADORES

Se inició con los datos de identificación de la persona encuestada, estos incluyen, nombre, sexo, edad, número cédula, nivel de instrucción, ocupación, ingreso mensual; se procede con la firma del consentimiento informado y finalmente con la realización del cuestionario.

5.3.b. CRITERIOS DE REGISTRO DE HALLAZGOS

Los datos obtenidos mediante la encuesta se registran en el programa Epi Info™ Versión 7.2.2.2

6.- PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

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

Para analizar los datos de la escala DNS de Thomson se invirtió los valores de las respuestas en las preguntas 1, 2, 4 y 5 en el programa Microsoft Excel 2010; En donde se convirtió en el valor 5 en 9, el valor 4 en 8, el valor 3 se mantuvo, el valor 2 en 4, el valor de 1 en 5, el valor 8 en 2 y por último el valor 9 en 1. Si el resultado fue un valor menor a 11 la persona encuestada no presentaba negligencia al cuidado dental, caso contrario, si el valor es 11 o mayor a 11, la persona encuestada, presentaba negligencia al cuidado dental. Para determinar los datos de la variable ingreso económico, se clasificó al nivel de ingreso en dos grupos: Expuestos, conformada por las personas que tengan un nivel de ingreso menor a un salario básico (375\$) y no expuestos a las personas que posean un ingreso mensual mayor a un salario básico (375\$).

Para determinar la relación entre el nivel de ingreso económico y la negligencia al cuidado dental se calculó mediante Odds Ratio (medida estadística que permite la comparación entre grupos humanos que presentan condiciones de vida similares, con la diferencia de que unos se encuentran expuestos a un factor de riesgo, mientras que el otro carece de esta característica) en personas mayores de 65 años pertenecientes a la parroquia Cañaribamba.

	CASOS	CONTROLES
Expuestos	A	B
No expuestos	C	D

OR: $(A \cdot D) / (B \cdot C)$

7.- ASPECTOS BIOÉTICOS

El presente estudio no implicó conflictos bioéticos. Se les indicó que hay un compromiso de confidencialidad de sus datos por parte del investigador principal y se les solicitó que firmen el Consentimiento Informado.

CAPÍTULO III
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. RESULTADOS

El siguiente estudio fue realizado con los datos de la encuesta de salud bucal a los adultos mayores de 65 años de edad en la parroquia Cañaribamba, Cuenca-Ecuador, que constan en el registro del departamento de investigación de la carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca, mostrando los siguientes resultados:

TABLA N° 1.- RELACIÓN ENTRE NEGLIGENCIA DENTAL Y NIVEL DE INGRESOS ECONÓMICOS

INGRESOS ECONÓMICOS	CASO		CONTROL		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
EXPUESTOS	15	28%	12	22%	27	50%
NO EXPUESTOS	12	22%	15	28%	27	50%
TOTAL	27	50%	27	50%	54	100%

OR: 1.5631. IC (0.5341-4.571)

Interpretación. – El intervalo de confianza del odds ratio incluye la unidad con valores de 0.5341-4.571, por consiguiente, no hay asociación entre el ingreso económico y la negligencia al cuidado dental en pacientes mayores a 65 años dentro de la parroquia Cañaribamba.

TABLA N° 2.- DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DE ACUERDO AL SEXO.

SEXO	CASO		CONTROL		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
FEMENINO	12	45%	12	45%	24	45%
MASCULINO	15	55%	15	55%	30	55%
TOTAL	27	50%	27	50%	54	100%

Interpretación. - Se evidencia que la muestra esta emparejada de acuerdo a sexo. Teniendo igual cantidad de mujeres en el grupo de casos comparado con el grupo de controles.

TABLA No 3.- DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DE ACUERDO AL GRUPO DE EDAD

EDAD	CASOS		CONTROLES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
66-70	12	22%	12	22%	24	44%
71-75	9	17%	9	17%	18	33%
76-80	2	4%	2	4%	4	7%
81-85	4	7%	4	7%	8	15%
Total	27	50%	27	50%	54	100%

Interpretación. - Se evidencia que la muestra está emparejada de acuerdo a la variable edad, teniendo en cuenta que existen la misma cantidad de casos comparados con la cantidad de controles; donde el grupo de edad que presentan mayor negligencia al cuidado dental son las personas entre 66 y 70 años de edad.

2. DISCUSIÓN

El presente estudio se ejecutó con el objetivo de relacionar el nivel de ingreso económico y la negligencia al cuidado dental en pacientes mayores a 65 años, pertenecientes a la parroquia Cañaribamba periodo agosto 2017- abril 2018, abarcando un tamaño muestral de 54 personas, distribuidas en 27 casos y 27 controles.

La metodología aplicó un enfoque cuantitativo, con un diseño de casos y controles, de tipo relacional y una temporalidad transversal. Se analizaron las variables nivel de ingreso económico y negligencia al cuidado dental mediante el estadígrafo odds rattoo.

Joya Rodriguez.⁴⁴ en el año 2015, en base a un estudio realizado en Colombia, en 368 adultos mayores de 65 años de edad, determinó en cuanto a la relación entre el ingreso socioeconómico y la negligencia dental, que la clase social medio-baja presentaba mayor prevalencia de negligencia al cuidado dental; dicha investigación presenta resultados equitativos e igualitarios con el estudio llevado a cabo en la ciudad de Cuenca, en donde la distribución de la relación entre ingreso socioeconómico y negligencia dental es la misma; pese a que el tamaño muestral es francamente inferior. Una posible coincidencia de este resultado estaría asociada a factores como la ubicación social y económica de ambos países. Es decir, Colombia y la República del Ecuador poseen la misma estratificación de niveles socioeconómicos.

Avilés Baca PA.³⁶ en el año 2015 en un estudio realizado en Managua en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, contempló una población de 542 personas de las cuales el 58% perteneció al sexo femenino, esta distribución difiere con la investigación realizada donde el mayor porcentaje de la muestra lo ocupó el sexo masculino, considerando que existen 30 varones pareados en la distribución caso control, que indican un 56% de la población total; mientras que Avilés Baca posee 224 personas de sexo masculino que se interpreta con el 41% de la muestra total de estudio; es por lo que existe la diferencia en la expresión de resultados. Aditi Mathur³⁹ indica en su artículo acerca de negligencia al tratamiento dental realizado en la India y aplicado a 800 personas

que la negligencia es más prevalente en el sexo femenino, criterio contrario a lo obtenido en el estudio realizado en la ciudad de Cuenca, en el cual el sexo masculino es más prevalente a la negligencia al cuidado dental. La variedad cultural, social, económica e intercontinental existente, obliga a que las personas tengan comportamientos y patrones culturales diferentes en cuanto al cuidado de su salud general y dental. Adicionalmente las políticas del gobierno para promoción, prevención y atención primaria influyen en la prevalencia de las enfermedades orales en cada país; otros factores influyentes en la desigualdad de los resultados diferencia del tamaño de estudio y de distribución de géneros.

Pretendiendo realizar una discusión en base a los resultados obtenidos a nivel nacional, es imperante citar a Matute Rio frio C ⁴⁵, quien el año 2017 en la parroquia Bellavista de la ciudad de Cuenca, desarrolló un diseño de investigación relacional, en el que se obtuvo 84 casos y 84 controles, donde la negligencia al cuidado dental fue más prevalente en el sexo masculino. Estos datos guardan similitud con los resultados de nuestra investigación, ya de igual manera el sexo masculino tiene un número mayor de casos que las mujeres. La ubicación territorial entre las parroquias de Bellavista y Canaribamba es estrecha lo que puede ser un factor para que estos datos sean similares. En cuanto a la relación de negligencia y edad en los estudios de Matute el rango de edad para la investigación fue de 18 a 44 años, por lo que no se puede discutir con esta parte específica.

Otro colaborador del proyecto de barreras para el servicio de salud oral es Arias Ramos, el cual desarrollo su estudio en la parroquia Hermano Miguel en personas mayores de 65 años. En sus datos se observa una prevalencia del sexo femenino en negligencia al cuidado dental. Lo que difiere con los resultados obtenidos, donde el sexo masculino presentó mayor prevalencia de negligencia. El rango etario con mayor afectación, en los estudios de Arias, en 3 casos estudiados fueron las edades de 72 y 80 años. En esta investigación, las edades más afectadas igual con 3 casos son las 66-68-69-70-72 y 75; existiendo cercanía entre los resultados se puede establecer cierto grado de similitud en cuando a edad refiere.

La presente investigación puede ser utilizada para futuras investigaciones, ya que aportó con información relevante sobre temática nueva desarrollada a nivel local y nacional. Además, podrá ayudar a la población a comprender los problemas de salud oral generados en relación a las barreras para salud oral.

3. CONCLUSIONES

- No existe relación entre el ingreso económico y la negligencia al cuidado dental en adultos mayores a 65 años de edad pertenecientes a la parroquia Cañaribamba; Cuenca-Ecuador.
- La muestra fue emparejada de acuerdo al sexo.
- La muestra fue emparejada de acuerdo a la edad.

Bibliografía

1. Quintana, Stella. El acceso a la salud en Colombia. Médicos sin fronteras. España, 2002. 8(3) :337-343, 2014
2. Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. Soc. Si Med 2001; 53(9): 1149-1162.
3. Navarro V. What we mean by social determinants of health. International Journal of Health Services 2009; 39(3): 423-441.
4. World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report. Geneva: WHO; 2008.
5. Amit Kumar, Manjunath. P. Negligencia Dental Una Revisión. RRJDS | Volumen 3 | Problema 1 | Mayo de 2015. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/290989212_DENTAL_NEGLECT-A_REVIEW
6. Pubali Sarkar, Pralhad Dasar. Impacto de la Escala de negligencia dental en el estado de salud oral entre diferentes profesionales en la ciudad de Indore: un estudio transversal. J Clin Diagn Res . 2015 Oct; 9 (10): ZC67-ZC70.Publicado en línea el 1 de octubre de 2015. Disponible en: 10.7860 / JCDR / 2015 / 14321.6674
7. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015. Disponible en http://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789240694873_spa.pdf
8. Durward CS, Wright FA. Conocimientos dentales, actitudes y comportamientos de adolescentes indochinos y australianos. Community Dent Oral Epidemiol. 1989 Feb; 17 (1): 14-8.
9. Airen B, P Dasar, Nagarajappa S, Kumar S, Jain D, Warhekar S. Estado de la dentición y necesidad de tratamiento en los habitantes de barrios marginales urbanos en la ciudad de Indore, India Central. J Indian Assoc Public Health Dent. 2014; 12 : 163-66.
10. Michael Glick OM. Visión 2020 de la FDI. [Online].; 2012 [cited 2017 Dic 27. Available from: http://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/resources/vision_2020_spanish.pdf.
11. Ayala Eugenia PG. Plan Nacional de SALud Bucal. [Online].; 2009 [cited 2017 Dic 29. Available from:

- <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDireccion/es/dnn/archivos/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20BUCAL.pdf>
12. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Mujeres y hombres del Ecuador en cifras III. 2009. Disponible en http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres_y_Hombres_del_Ecuador_en_Cifras_III.pdf
 13. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta de Estratificación del nivel socioeconómico NSE 2011. Disponible en http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Encuesta_Estratificacion_Nivel_Socioeconomico/11220_NSE_Presentacion.pdf
 14. Diario el Telégrafo. En cinco ciudades la clase media se ubica en el 83%. 22 de diciembre de 2011. Disponible en <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/informacion/1/en-cinco-ciudades-la-clase-media-se-ubica-en-el-83>
 15. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Panorama Social de América Latina*. Washington: ECLAC; 2004.
 16. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Canastas Analíticas. Canasta familiar básica. Marzo 2018. Disponible en http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Inflacion/canastas/Canastas_2018/Marzo-2018/1.%20Informe_Ejecutivo_Canastas_Analiticas_mar_2018.pdf
 17. Thomson WM, Locker D. Descuido dental y salud dental entre personas de 26 años en el Estudio Multidisciplinario de Salud y Desarrollo de Dunedin. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2000 Dic; 28 (6): 414-8.
 18. Thomson WM, Spencer AJ. Prueba de una escala de negligencia dental infantil en Australia del Sur. *Gaughwin A Community Dent Oral Epidemiol*. 1996 Oct; 24 (5): 351-6.
 19. Bradbury-Jones C, Innes N, Evans D, Ballantyne F, Taylor J. Dental neglect as a marker of broader neglect: a qualitative investigation of public health nurses' assessments of oral health in preschool children. *BMC Public Health*. 2013; 13:370
 20. Sarri G, Evans P, Stansfeld S, Marcenes W. A school-based epidemiological study of dental neglect among adolescents in a deprived area of the UK. *Br Dent J*. 2012;213(10): E17.

21. Bhatia SK, Maguire SA, Chadwick BL, Hunter ML, Harris JC, Tempest V et al. Characteristics of child dental neglect: a systematic review. *J Dent.* 2014;42 (3):229-39
22. Raphael S. Bottle caries and dental neglect [Internet]. Available from: http://www.publish.csiro.au/?act=view_file&file_id=NB99013.pdf
23. Skaret E, Astrøm AN, Haugejorden O, Klock KS, Trovik TA. Evaluación de la fiabilidad y validez de la Escala de negligencia dental en adultos noruegos. *Community Dent Health.* 2007 Dic; 24 (4): 247-52.
24. McGrath C, Sham AS, Ho DK, Wong JH. The impact of dental neglect on oral health: a population based study in Hong Kong. *Int Dent J.* 2007; 57
25. Jamieson LM, Thomson WM. The Dental Neglect and Dental Indifference scales compared. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002; 30 (3): 168-7
26. Banco Mundial y OMS: la mitad del mundo carece de acceso a servicios de salud esenciales y los gastos en salud abocan aún hoy a la pobreza extrema a 100 millones de personas. Organización Mundial de la Salud. Disponible en <http://www.who.int/es/news-room/detail/13-12-2017-world-bank-and-who-half-the-world-lacks-access-to-essential-health-services-100-million-still-pushed-into-extreme-poverty-because-of-health-expenses>
27. Organización Mundial de la Salud. Impacto de la crisis financiera y económica mundial en la salud. 1 de abril de 2009. Disponible en http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/financial_crisis_20090401/es/
28. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Canastas Analíticas. Canasta familiar básica. Marzo 2018. Disponible en http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web_inec/Inflacion/canastas/Canastas_2018/Marzo-2018/1.%20Informe_Ejecutivo_Canastas_Analiticas_mar_2018.pdf
29. Jamieson LM, Thomson WM. The Dental Neglect and Dental Indifference scales compared. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002; 30 (3): 168-7
30. Frenk J. El concepto y medición de la accesibilidad. *Salud Públ Méx.* 1985; (27): 438-53
31. Hirmas Adauy M, Poffald Angulo L, Jasmén Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Health Care Access Barriers and Facilitators: A Qualitative Systematic Review. *Rev Panam Salud Pública.* 2013 mar; 33(3): 223-9.

32. Ministerio de Salud Pública. SlidePlayer. [Online].; 2006 [cited 2017 Dic 29]. Available from: <http://slideplayer.es/slide/11937855/>.
33. Gomez Amaya, Paulo Cesar. Montes Gonzalez, Jackeline. Barreras de acceso a los servicios de salud en el régimen subsidiado del Municipio de San Gil – Santander. Trabajo de grado. 2013. Disponible en http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1841/2/BARRERA_S_ACCESO_SERVICIOS_SALUD_SAN_GIL.pdf
34. Sánchez V Guillermo, Laza V Celmira, Estupiñán G Carolina, Estupiñán G Laura. Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2014 Dec [cited 2018 July 12] ; 32(3): 305-313. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2014000300005&lng=en.
35. Sarkar P , Dasar P, Nagarajappa S. Impacto de la Escala de negligencia dental en el estado de salud oral entre diferentes profesionales en la ciudad de Indore: un estudio transversal. J Clin Diagn Res. 2015 Oct; 9 (10): ZC67-70. Disponible en doi: 10.7860 / JCDR / 2015 / 14321.6674
36. Avilés Baca, Patricia Auxiliadora (2016) Adherencia al tratamiento de los pacientes que acudieron a la clínica odontológica de especialidades, Managua, durante el período agosto 2005-marzo 2015. Maestría thesis, CIES UNAN-Managua. Disponible en <http://repositorio.unan.edu.ni/7795/>
37. María Silvina Dho. Conocimientos de salud bucodental en relación con el nivel socioeconómico en adultos de la ciudad de Corrientes, Argentina. Rev. Fac. Nac. Salud Pública Vol. 33 N.º 3 septiembre-diciembre 2015. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v33n3/v33n3a05.pdf>
38. Han DH, Khang YH. Indicadores de posición socioeconómica del curso de vida y pérdida de dientes en adultos coreanos. Community Dent Oral Epidemiol. 10 de octubre de 2016 Disponible en doi: 10.1111 / cdoe.12262
39. Amit Kumar. Manjunath. P. Dental Neglect- A Review. RRJDS | Volume 3 | Issue 1 | May, 2015. Disponible en <http://www.rroj.com/open-access/dental-neglect-a-review.pdf>
40. Lee JY, Divaris K. La relación entre la alfabetización en salud oral y la autoeficacia con el estado de salud oral y el descuido dental. Am J Public Health. 2012 de mayo; 102 (5): 923-9. Disponible en doi: 10.2105 / AJPH.2011.300291

41. 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>.
42. Villavicencio-Caparó E., Alvear-Córdova M., Cuenca-León K., Calderón-Curipoma M., Palacios-Vivar D., Alvarado-Cordero A. Diseños de estudios clínicos en odontología. Revista OACTIVA UC Cuenca. Vol. 1, No. 2, 2016. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php?journal=OACTIVAUCACUE&page=article&op=view&path%5B%5D=37&path%5B%5D=46>
43. 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.
44. Joya LD, Quintero LE. Caracterización de la salud bucal de las personas mayores de 65 años de la ciudad de Manizales, 2008. Hacia promoción . salud. 2015; 20(1): 140-152. DOI: 10.17151/hpsal.2015.20.1.10
45. Matute C. Barzallo JG. Villavicencio E. Negligencia al cuidado dental. Revisión de la literatura. Revista OACTIVA UC Cuenca Vol. 3, N° 3, 2018. En prensa.

ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO DE NEGLIGENCIA DENTAL.

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

ANEXO 2. POBLACIÓN POR CASOS Y CONTROLES

Edad	SEXO	Ingreso corte	Corte negligencia
95	Femenino	Bajo	Caso
94	Femenino	Bajo	Caso
91	Masculino	Alto	Caso
91	Femenino	Alto	caso
89	Masculino	Bajo	Caso
89	Masculino	Alto	Caso
88	Masculino	Alto	Caso
87	Femenino	Alto	Caso
86	Femenino	Alto	Caso
86	Femenino	Alto	Caso
85	Femenino	Bajo	Control
85	Femenino	Alto	Caso
85	Masculino	Alto	Caso
85	Femenino	Alto	Caso
85	Masculino	Alto	Caso
84	Masculino	bajo	Control
84	Masculino	alto	Control
84	Femenino	alto	Control
83	Masculino	bajo	Control
83	Masculino	alto	Caso
83	Femenino	alto	Caso
83	Masculino	alto	Caso
82	Femenino	alto	Control
82	Femenino	bajo	Caso
82	Masculino	bajo	Caso
82	Femenino	bajo	Caso
82	Masculino	bajo	Caso
82	Masculino	bajo	Caso
82	Masculino	alto	Caso
81	Femenino	bajo	Control
81	Femenino	alto	Caso
81	Masculino	bajo	Caso
80	Femenino	alto	Caso
80	Masculino	alto	Caso
80	Femenino	alto	Caso
80	Masculino	alto	Caso
80	Femenino	alto	Caso
80	Femenino	alto	Caso
80	Femenino	alto	Caso
80	Femenino	alto	Caso
79	Femenino	alto	Caso
79	Femenino	bajo	Caso

78	Masculino	alto	Control
78	Femenino	alto	Control
78	Masculino	bajo	Caso
78	Femenino	bajo	Caso
78	Femenino	alto	Caso
78	Femenino	alto	Caso
78	Masculino	bajo	Caso
77	Femenino	alto	Caso
77	Femenino	alto	Control
76	Masculino	alto	Caso
76	Masculino	alto	Caso
76	Masculino	alto	Caso
76	Femenino	bajo	Caso
75	Masculino	alto	Control
75	Masculino	alto	Control
75	Femenino	bajo	Control
75	Femenino	alto	Caso
75	Masculino	bajo	Caso
75	Masculino	bajo	Caso
75	Femenino	bajo	Caso
75	Masculino	bajo	Caso
75	Femenino	alto	Caso
75	Femenino	alto	Caso
75	Masculino	alto	Caso
75	Masculino	alto	Caso
74	Masculino	alto	Control
74	Masculino	bajo	Caso
74	Femenino	bajo	Caso
74	Femenino	alto	Caso
74	Femenino	alto	Caso
74	Femenino	alto	Caso
74	Masculino	alto	Caso
74	Masculino	bajo	Caso
74	Masculino	bajo	Caso
73	Femenino	alto	Control
73	Femenino	bajo	Caso
73	Masculino	bajo	Caso
73	Masculino	alto	Caso
73	Masculino	bajo	Caso
73	Femenino	alto	Caso
73	Masculino	alto	Caso
73	Femenino	alto	Caso
73	Masculino	bajo	Caso
72	Femenino	alto	Control
72	Masculino	alto	Control
72	Masculino	bajo	Control

70	Masculino	bajo	Caso
70	Masculino	bajo	Caso
70	Masculino	bajo	Caso
70	Masculino	bajo	Caso
70	Masculino	bajo	Caso
70	Masculino	bajo	Caso
70	Femenino	bajo	Caso
70	Femenino	alto	Caso
70	Femenino	alto	Caso
70	Femenino	alto	Caso
70	Masculino	alto	Caso
70	Femenino	alto	Caso
70	Masculino	bajo	Caso
70	Masculino	alto	Caso
70	Masculino	bajo	Caso
70	Femenino	bajo	Caso
70	Femenino	alto	Caso
70	Masculino	bajo	Caso
70	Femenino	alto	Caso
70	Masculino	alto	Caso
70	Masculino	bajo	Caso
70	Masculino	bajo	Caso
69	Masculino	bajo	Control
69	Masculino	bajo	Control
69	Femenino	alto	Control
69	Masculino	alto	Caso
69	Masculino	alto	Caso
69	Femenino	bajo	Caso
69	Masculino	alto	Caso
69	Masculino	bajo	Caso
69	Masculino	bajo	Caso
69	Masculino	bajo	Caso
69	Masculino	bajo	Caso
69	Masculino	bajo	Caso
69	Masculino	bajo	Caso
69	Masculino	alto	Caso
69	Femenino	bajo	Caso
69	Femenino	alto	Caso
69	Masculino	alto	Caso
69	Femenino	alto	Caso
69	Masculino	alto	Caso
69	Masculino	alto	Caso
69	Masculino	alto	Caso
69	Masculino	alto	Caso
69	Femenino	alto	Caso

69	Femenino	alto	Caso
69	Masculino	bajo	Caso
69	Femenino	alto	Caso
69	Femenino	alto	Caso
69	Femenino	alto	Caso
69	Masculino	bajo	Caso
69	Masculino	alto	Caso
69	Masculino	bajo	Caso
69	Masculino	bajo	Caso
69	Masculino	bajo	Caso
69	Masculino	bajo	Caso
68	Masculino	alto	Control
68	Masculino	alto	Control
68	Masculino	alto	Control
68	Masculino	bajo	Caso
68	Masculino	bajo	Caso
68	Masculino	bajo	Caso
68	Masculino	alto	Caso
68	Masculino	bajo	Caso
68	Masculino	alto	Caso
68	Masculino	bajo	Caso
68	Masculino	alto	Caso
68	Masculino	bajo	Caso
68	Masculino	bajo	Caso
68	Masculino	bajo	Caso
68	Masculino	alto	Caso
68	Masculino	alto	Caso
68	Masculino	alto	Caso
68	Femenino	alto	Caso
68	Femenino	alto	Caso
68	Femenino	alto	Caso
68	Masculino	alto	Caso
68	Masculino	alto	Caso
68	Masculino	alto	Caso
68	Femenino	alto	Caso
68	Masculino	bajo	Caso
68	Masculino	bajo	Caso
68	Masculino	alto	Caso
68	Masculino	alto	Caso
68	Masculino	bajo	Caso
68	Masculino	bajo	Caso
67	Masculino	bajo	Caso

66	Masculino	alto	Caso
66	Masculino	alto	Caso
66	Masculino	bajo	Caso
66	Masculino	bajo	Caso
66	Masculino	bajo	Caso

ANEXO 3. ODDS RATIO

- Información y ayuda
- Idioma/Opciones/Configuraciones
- Calculadora
- Datos agrupados
 - Razón de Mort. Estándar.
 - Proporción
 - Tabla 2 x 2
 - Dosis-Respuesta
 - Tabla F por C
 - Casos/Controles pareados
 - Evaluación prueba diagnóstica
- Personas-Tiempo
 - 1 tasa
 - Comparar 2 tasas
- Variables continuas
 - IC Media
 - IC Mediana/%il
 - Test t
 - ANOVA
- Tamaño de la muestra
- Potencia
- Números aleatorios
- Búsquedas
 - Google-Internet
 - PubMed--MEDLARS
 - Internet Links
 - Descargar OpenEpi
 - Desarrollo

Estimador basado en el riesgo* e Intervalos de confianza al 95%

No válido para estudios de casos-control

Cálculos de puntos		Límites de confianza	
Tipo	Valor	Inferior, Superior	Tipo
Riesgo en Expuestos	55.56%	37.3, 72.43	Series de Taylor
Riesgo en NoExpuestos	44.44%	27.57, 62.7	Series de Taylor
Riesgo Total	50%	37.12, 62.88	Series de Taylor
Razón de Riesgo	1.25	0.7284, 2.145 ¹	Series de Taylor
Diferencia de Riesgo	11.11%	-15.39, 37.62 ²	Series de Taylor
Fracción etiológica en pob (FEP)	11.11%	-15.69, 37.91	
Fracción etiológica en expuestos (FEE)	20%	-37.28, 53.38	

Cálculos basados en Odds y Límites de Confianza

Cálculos de puntos		Límites de confianza	
Tipo	Valor	Inferior, Superior	Tipo
Odds Ratio CMLE*	1.55	0.5235, 4.667 ¹	Mid-P exacto de Fisher
Odds Ratio	1.563	0.5341, 4.571 ¹	Series de Taylor
Fracción etiológica en pob (FEP)OR	20%	-23.2, 63.2	
Fracción etiológica en expuestos (FEE)OR	36%	-87.23, 78.12	

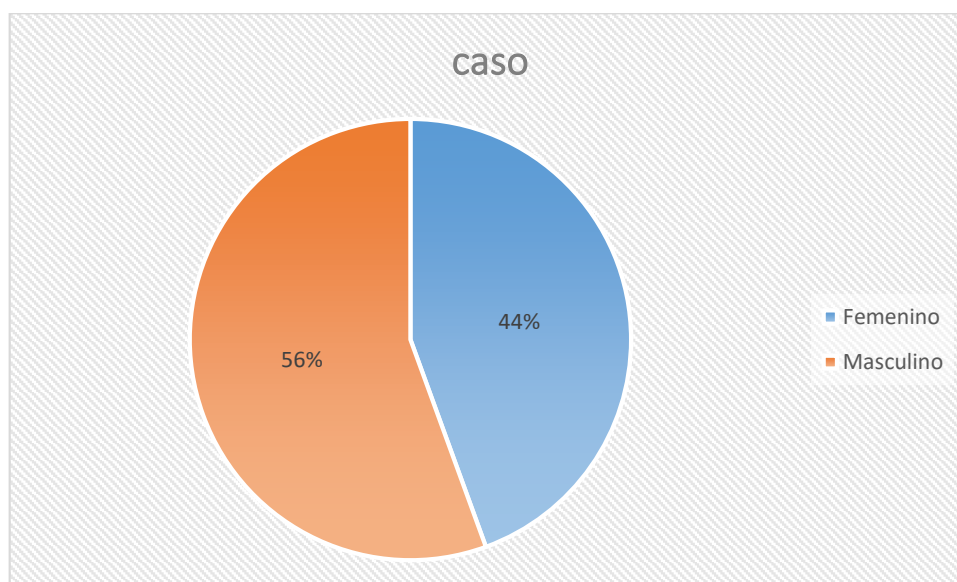
*Estimador de máxima verosimilitud de Odds Ratio

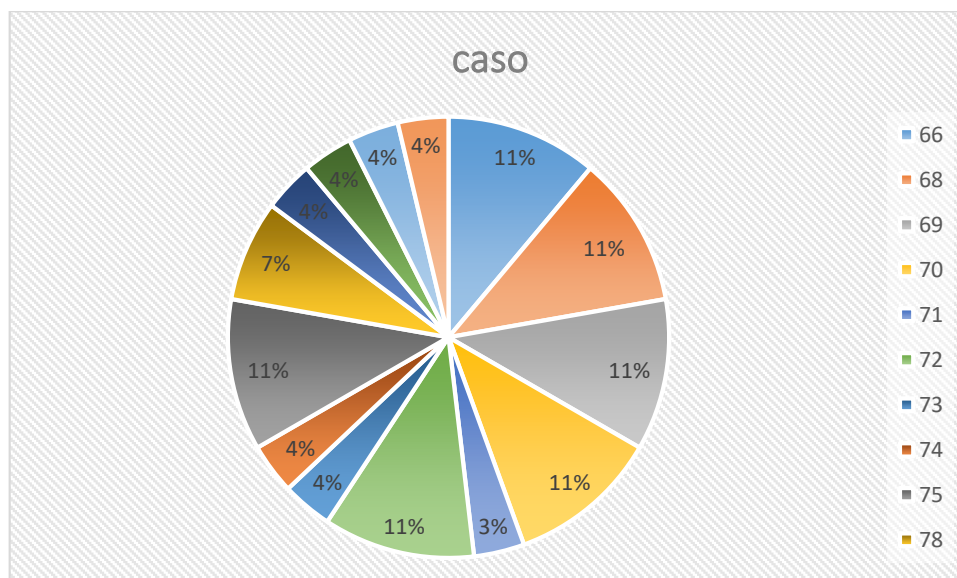
(P) indica un valor P de una-cola para la asociación positiva o negativa. De otra forma, los valores P exactos de una cola son para una asociación positiva.

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.

¹ &supl; Test de exclusión por límites de confianza al 95% de 0 a 1, como se indica

Ver los primeros ítems: examinar primero la opción de los autores.

ANEXO 4. GRÁFICO DE NEGLIGENCIA SEGÚN EL SEXO

ANEXO 5. GRÁFICO DE NEGLIGENCIA SEGÚN LA EDAD

ANEXO 6. GRÁFICO DE CASOS Y CONTROLES