



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

“Relación entre el nivel de instrucción y la indiferencia al tratamiento dental en personas mayores de 65 años de edad, de la parroquia Huayna Cápac Cuenca-Ecuador, 2017.”

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO

AUTORA: Campoverde Paute, Marcela Fernanda.

DIRECTORA: Encalada Verdugo, Liliana Soledad, Dra. Mgs.

CUENCA

2018

DECLARACIÓN:

Yo, Campoverde Paute, Marcela Fernanda 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: Campoverde Paute, Marcela Fernanda

C.I.: 0105367064

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de titulación denominado **“RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y LA INDIFERENCIA AL TRATAMIENTO DENTAL EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS DE EDAD, DE LA PARROQUIA HUAYNA CÁPAC CUENCA-ECUADOR, 2017”**, realizado por **CAMPOVERDE PAUTE, MARCELA FERNANDA**, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que está expedito para su presentación.

Cuenca, Marzo 2018.

.....
Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.
Coordinador 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 NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y LA INDIFERENCIA AL TRATAMIENTO DENTAL EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS DE EDAD, DE LA PARROQUIA HUAYNA CÁPAC CUENCA-ECUADOR, 2017”**, realizado por **CAMPOVERDE PAUTE, MARCELA FERNANDA**, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que está expedito para su sustentación.

Cuenca, Marzo 2018.

.....
Tutora: Liliana Soledad Encalada Verdugo Dra. Mgs.

DEDICATORIA.

A Dios principalmente, quien supo darme la fortaleza y sabiduría para continuar frente a la adversidad y seguir adelante.

A mi familia, por enseñarme el valor del amor, el sacrificio, la entrega y la dedicación, que con su esfuerzo y apoyo incondicional han sido un pilar fundamental en mi formación personal y académica, ya que sin ellos este logro no habría sido posible.

A mi tutora la Dra. Liliana Encalada por impartir sus conocimientos, pero sobre todo por su gran calidad humana, quien ha sido una guía esencial para permitirme realizar el presente trabajo de investigación y así lograr alcanzar una meta tan importante en mi vida.

EPÍGRAFE

“Cuando el objetivo te parezca difícil, no cambies el objetivo; busca un nuevo camino para llegar a él.”

Confucio.

AGRADECIMIENTOS:

A todo el personal docente y administrativo que conforma la Universidad Católica de Cuenca.

Al Dr. Ebingen Villavicencio por compartir su alto nivel de conocimiento y experiencia en esta investigación.

A las personas que colaboraron con este estudio.

LISTA DE ABREVIATURAS.

DIS: Escala de indiferencia dental, por sus siglas en inglés.

LOEI: Ley orgánica de educación intercultural.

LOES: Ley orgánica de educación superior.

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

OMS: Organización Mundial de la Salud.

DS: Desviación estándar

OR: Odds Ratio.

IC: Intervalo de confianza

ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO I.....	14
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	14
1.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
2.- JUSTIFICACIÓN.....	15
3.- OBJETIVOS	16
3.1- Objetivo General	16
3.2- Objetivos Específicos.....	16
4.- MARCO TEÓRICO	17
4.1.- BASES TEÓRICAS.....	17
4.2.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	27
5.- HIPÓTESIS	34
CAPÍTULO II.....	35
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	35
1.- MARCO METODOLÓGICO	36
2.- POBLACIÓN Y MUESTRA	36
2.1.- Criterios de selección:.....	36
2.1.a.- Criterios de inclusión:.....	36
2.1.b.- Criterios de exclusión:.....	36
3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	37
4. INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	38
4.1.- Instrumentos documentales:.....	38
4.2.- Instrumentos mecánicos:.....	38
4.3.- Materiales:.....	38
4.4.- Recursos:.....	38
5.- PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS	38
5.1.- Ubicación espacial:	38
5.2.- Ubicación temporal:	39
5.3.- Procedimiento de la toma de datos.	39
5.3.a.- Método de aplicación de encuesta	40
6.- PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.....	42
7.- ASPECTOS BIOÉTICOS.....	42
CAPÍTULO III.....	43
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	43
1.- RESULTADOS	44
2.- DISCUSIÓN.....	47
3.- CONCLUSIONES	50
BIBLIOGRAFÍA.....	51
ANEXOS.....	55

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	44
Tabla 2	45
Tabla 3	46

RESUMEN

OBJETIVO: Evaluar la relación entre el nivel de instrucción y la indiferencia al tratamiento dental en personas mayores de 65 años de edad, de la parroquia Huayna Cápac Cuenca-Ecuador, 2017. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se llevó a cabo un estudio de tipo caso control. Para el cálculo de la muestra se aplicó la fórmula de comparación de proporciones con un nivel de confiabilidad del 95%, un error de 5% y una potencia de 80%, obteniéndose 27 por grupo. Previo a la aplicación de la escala de indiferencia dental desarrollada por Nuttall el investigador se calibró por expertos en el tema. Posteriormente para la realización del cuestionario se obtuvo la firma del consentimiento informado y luego se procedió a la aplicación de la encuesta. Los datos recolectados fueron registrados en el programa de libre acceso EPI INFO versión 7.2. Se emparejaron los datos de acuerdo a edad y sexo, la relación entre el nivel de instrucción y la indiferencia dental fue evaluada mediante el análisis estadístico Odds Ratio (OR). **RESULTADOS:** En la relación entre la exposición y la enfermedad se obtuvo un Odds Ratio = 6,4 con un índice de confiabilidad del 95%. **CONCLUSIONES:** El nivel de instrucción bajo resultó ser un factor de riesgo para la presencia de indiferencia dental en las personas mayores de 65 años de edad de la parroquia Huayna Cápac.

PALABRAS CLAVE: apatía, dental, anciano.

ABSTRACT

AIM: To evaluate the relationship between the level of education and the indifference to dental treatment in people over 65 years of age, from the Huayna Cápac Cuenca-Ecuador parish, 2017. **MATERIALS AND METHODS:** A control case study was carried out. For the calculation of the sample, the proportions comparison formula was applied with a confidence level of 95%, an error of 5% and a power of 80%, obtaining 27 per group. Previous to the application of the scale of dental indifference developed by Nuttall the researcher was calibrated by experts in the subject. Subsequently, for the completion of the questionnaire, the signature of the informed consent was obtained and then the survey was applied. The data collected was recorded in the free access program EPI INFO version 7.2. The data were matched according to age and sex, the relationship between the level of instruction and dental indifference was evaluated by the statistical analysis Odds Ratio (OR). **RESULTS:** In the relationship between exposure and disease, an Odds Ratio = 6.4 was obtained with a reliability index of 95%. **CONCLUSIONS:** The low level of education was a risk factor for the presence of dental indifference in people over 65 years of age in the Huayna Capac parish.

KEY WORDS: Indifference, dental, aged.

INTRODUCCIÓN

En el Ecuador según datos obtenidos del censo realizado en el año 2010 se encontró un 6,8% de analfabetismo, al comparar esta cifra con la obtenida en el censo del año 2001 la cual fue de 9,0%, se observa una reducción del 2,2%. La mayor tasa de analfabetismo se encuentra en la población indígena con un 20,4%, así como también en las personas mayores de 65 años de los cuales corresponden un 31,6% a las mujeres y 22,4% a los hombres. Se considera que existe un mayor grado de instrucción a nivel urbano, mientras que un menor grado a nivel rural. En los últimos años la tasa de escolaridad se ha incrementado, de los cuales un 2,3% pertenece al nivel preescolar, un 66,1% a la educación básica, un 16,4% al bachillerato y un 15,2% a la educación superior. Se estima que el 6,3% de la población tiene un título de educación superior^{1.2}.

La indiferencia dental se considera una actitud, en la cual el individuo tiene escaso interés en el cuidado de la salud oral y subestima la importancia de sus piezas dentarias, esto se manifiesta en el incumplimiento de las recomendaciones de aseo bucal y la preferencia por tratamientos que requieran menor cantidad de tiempo, como es el caso de optar por una extracción en lugar de un tratamiento conservador o a su vez preventivo, implica también la deficiente o nula asistencia al odontólogo por razones diferentes a la ansiedad o miedo, como consecuencia todo ello ocasiona el desarrollo de patologías orales; sin embargo se debe tener en consideración que quizá esta actitud puede deberse al hecho de que los individuos tienen otras responsabilidades que cumplir en su día a día, las cuales no le permiten brindarle la atención que deberían a su boca^{3.4}.

Se estima que la indiferencia dental puede llegar a ser frecuente en todos los estratos sociales, logrando así generar un impacto en la salud oral. Es por ello que su investigación puede aportar datos que permitan una mayor comprensión del papel crucial que juega el medio en el que se desarrolla el individuo para la adquisición de esta conducta, que traerá como consecuencia la manifestación de enfermedades bucodentales. Por esta razón se planteó la posibilidad de que el grado de instrucción llegue a influir en la forma en que el sujeto percibe su salud bucal, por el hecho de desenvolverse constantemente en un ámbito social y por este motivo busque mantener una adecuada apariencia física, así como la preocupación en el cuidado oral.

El propósito del estudio es relacionar el nivel de instrucción y la indiferencia al tratamiento dental en personas mayores de 65 años de edad, de la parroquia Huayna Cápac Cuenca-Ecuador, 2017.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

En Ecuador, al comparar los datos obtenidos en el censo realizado en el año 2001 con los del año 2010 se observa una disminución de la tasa de analfabetismo de un 9,0% a 6,8%, es decir un 2,2%. De la misma manera la brecha educacional entre hombres y mujeres se ha reducido, ya que en el año 2001 se obtuvo un 7,7% en hombres y un 10,3% en mujeres, mientras que en el año 2010 se obtuvo un 5,8% en hombres y 7,7% en mujeres. Al analizar los datos del censo del año 2010 también se encontró un mayor porcentaje de nivel de instrucción en el área urbana, siendo este un 51,2%, mientras que en el área rural fue de un 49,5%.

Todo esto hace pensar que el nivel de instrucción puede llegar a influenciar en la indiferencia al tratamiento dental. Por lo que el tema que se investigó fue la relación entre el nivel de instrucción y la indiferencia al tratamiento dental en personas mayores de 65 años de edad, de la parroquia Huayna Cápac Cuenca-Ecuador, 2017 esta idea de investigación surge de la continua búsqueda de información de línea basal para poder realizar otros estudios, ya sean de factores asociados o de intervención comunitaria.

La interrogante principal de esta investigación fue: ¿Existe relación entre el nivel de instrucción y la indiferencia al tratamiento dental en personas mayores de 65 años de edad, de la parroquia Huayna Cápac Cuenca-Ecuador, 2017?

2.- JUSTIFICACIÓN

Este tema de investigación está enfocado a la población mayor de 65 años de edad, que conoce plenamente sobre cuidado dental, medidas preventivas, más sin embargo puede ser que no las esté aplicando. Mediante este proyecto de investigación se genera un conocimiento nuevo a nivel local que nos dará respuesta al porcentaje de individuos mayores de 65 años que son indiferentes al tratamiento dental.

El presente estudio tiene un nivel de originalidad nacional, debido a que no se cuenta con estudios recientes (en los últimos 5 años) acerca de la situación de salud bucal de la población. 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, así como también se ha recibido la debida calibración para la aplicación de la encuesta.

3.- OBJETIVOS

3.1- Objetivo General

- Evaluar la relación entre el nivel de instrucción y la indiferencia al tratamiento dental en personas mayores de 65 años de edad, de la parroquia Huayna Cápac Cuenca-Ecuador, 2017

3.2- Objetivos Específicos

- Analizar la muestra según edad.
- Analizar la muestra según sexo.

4.- MARCO TEÓRICO

4.1.- BASES TEÓRICAS

4.1.1 EDUCACIÓN EN EL ECUADOR

En el Ecuador la constitución en el Art. 26 manifiesta que la educación es reconocida como derecho, el cual cada individuo lo ejercerá durante toda su vida y se lo considera como un deber del estado, es una de las prioridades a nivel estatal, siendo ésta una garantía de igualdad e inclusión social. El Art. 27 establece que la educación es fundamental para el conocimiento, el adecuado ejercicio de los derechos, la formación de un país y el óptimo desarrollo del mismo⁵.

La Ley Orgánica de Educación Intercultural en el Art. 1 señala que se garantiza el derecho a la educación, orientándola hacia el Buen Vivir, interculturalidad y plurinacionalidad, de la misma manera establece las regulaciones para la estructura y niveles en cuanto al sistema de educación a nivel nacional⁵.

La Ley Orgánica de Educación Superior en el Art. 4 pone de manifiesto que la educación superior es un derecho brindado a cada persona, el cual consiste en el ejercicio de la igualdad de oportunidades, para de esa manera lograr el acceso a una formación profesional y académica de alta calidad⁶.

4.1.1.1 ESTRATIFICACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE EDUCACIÓN

En el ámbito nacional se brindan dos tipos de educación, los cuales son escolarizado y no escolarizado, siendo así el Sistema Nacional de Educación está compuesto por tres niveles: inicial, general básico y bachillerato general unificado, los mismos que a su vez presentan subniveles. Finalmente esta estructura se complementa con el Sistema Educativo Superior⁵.

4.1.1.1.a EDUCACIÓN NO ESCOLARIZADA

Permite la formación y desarrollo de los individuos a lo largo de toda su vida, tiene la particularidad de no encontrarse relacionada con currículos establecidos para cada nivel educativo⁵.

4.1.1.1.b EDUCACIÓN ESCOLARIZADA

Se caracteriza por ser de carácter progresivo y acumulativo, para de esta manera obtener finalmente un título o certificación. Está compuesto de tres niveles, los cuales son: inicial, general básico y bachillerato general unificado⁵.

Nivel inicial

Implica el desarrollo a nivel integral del niño/a, buscando potenciar sus capacidades, teniendo en consideración la parte cognitiva, afectiva, psicomotriz y social del mismo. Involucra las edades de los tres a los cinco años. Se continúa con la educación general básica⁵.

Nivel general básico

Busca el desarrollo de las destrezas y capacidades de niños/as y adolescentes a partir de los cinco años. Tiene una duración de diez años lectivos, en los cuales se afinan las habilidades y competencias del individuo⁵.

Nivel bachillerato general unificado

Se encuentra conformado por tres años, la educación es obligatoria. El propósito del mismo es la formación multidisciplinaria que brinde una orientación adecuada para la vida en sociedad, así como la formación del criterio propio. Implica la preparación para la futura vida laboral y la búsqueda del emprendimiento. Tiene a su vez dos opciones a seguir:

- **Bachillerato en ciencias:** capacita adicionalmente a nivel científico y humano⁵.
- **Bachillerato técnico:** capacita adicionalmente a nivel artesanal, deportivo o artístico⁵.

Bachilleratos adicionales: estos fortifican el aprendizaje del bachillerato general unificado. Son dos:

- **Bachillerato técnico productivo:** Duración de un año adicional. En él se persigue el desarrollo de los conocimientos brindados en el bachillerato técnico⁵.

- **Bachillerato artístico:** formación orientada a las artes, culmina con la obtención de un título, se puede continuar con estudios de tercer nivel⁵.

Nivel de educación superior

Los grados impartidos por esta categoría son:

- **Tecnológico o técnico superior:** se busca potenciar el saber hacer. Involucran los títulos a nivel profesional de tecnólogo superior o técnico⁶.
- **Tercer nivel o de grado:** es la formación básica en una disciplina para que el individuo pueda ejercer una profesión. Involucran las licenciaturas, título profesional universitario o politécnico⁶.
- **Cuarto nivel o posgrado:** comprende una adquisición de conocimientos práctico/teóricos avanzados o la especialidad en el ámbito científico y de investigación. Involucran los títulos de especialidad, maestría y PhD⁶.

4.1.1.2 DATOS OBTENIDOS DEL CENSO

En el Ecuador según datos obtenidos del censo realizado en el año 2001 en relación al analfabetismo se encontró un 9,0%, de los cuales un 7,7% corresponde al sexo masculino y un 10,3% al sexo femenino. Mientras que en el censo realizado en el año 2010 se obtuvo un 6,8%, de los cuales un 5,8% pertenece al sexo masculino y un 7,7% al sexo femenino¹.

Es decir entre el año 2001 y 2010 el porcentaje de analfabetismo a nivel nacional disminuyó un 2,2%. En cuanto a la brecha educacional entre hombres y mujeres, ésta también se redujo, en el sexo masculino un 1,9% y en el sexo femenino un 2,6%¹.

En el censo del año 2010 se reportó que una mayor tasa de analfabetismo corresponde a la población indígena con un 20,4%, y en segundo lugar se encuentran los montubios con un 12,9%. En cuanto a las provincias, Galápagos tiene el menor porcentaje de analfabetismo con un 1,3%, seguido de Pichincha con un 3,5%, mientras que Bolívar reporta la tasa más alta con un 13,9%¹.

En cuanto al área, el sector rural presentó mayor porcentaje de analfabetismo con un 38,8%, en tanto que el sector urbano reportó un 21,7%².

El grado de instrucción en el sector rural fue de un 49,5% y en sector urbano de un 51,2%. Es decir que en el sector urbano existe un mayor grado de instrucción y un menor grado de analfabetismo².

El analfabetismo en relación al grupo etario se encuentra de la siguiente manera: edad de 15 a 24 años un 1,5% mujeres y un 1,8% hombres; edad de 25 a 39 años un 3,0% mujeres y un 3,0% hombres; edad de 40 a 64 años un 10,4% mujeres y un 7,2% hombres; edad de 65 años en adelante un 31,6% mujeres y un 22,4% hombres. Esto quiere decir que las personas mayores de 65 años tienen un mayor índice de analfabetismo, mientras que aquellas pertenecientes a las edades de 15 a 24 años un menor índice².

En los últimos años la tasa de escolaridad se ha incrementado, pasando del 6,61% en el año 2001 al 9,04% en el año 2010. De la población que se encuentra cursando algún estudio, el 2,3% pertenece al nivel preescolar, 66,1% a la educación básica, 16,4% al bachillerato y 15,2% a la educación superior. Se estima que el 6,3% de la población tiene un título de educación superior¹.

4.1.2 INDIFERENCIA A NIVEL DENTAL

4.1.2.a.- CONCEPTO

Según Nuttall la indiferencia dental es una conducta, en la cual los individuos subestiman la importancia de sus piezas dentarias y tienen escaso interés en la salud a nivel oral, estas actitudes se manifiestan en descuido y carente cumplimiento con las recomendaciones de cuidado dental, así como la preferencia por tratamientos que requieran menor cantidad de tiempo, como es el caso de optar por una extracción en lugar de un tratamiento conservador o a su vez preventivo, implica también la deficiente o nula asistencia al odontólogo, por causas diferentes a sentir ansiedad o miedo³.

4.1.2.b.- ELABORACIÓN DE LA ESCALA DE INDIFERENCIA DENTAL.

Las personas que no se preocupan por su estado de salud oral, ni tienen interés en realizarse una revisión odontológica periódica, no llevan a cabo medidas preventivas (como el cepillado, uso de hilo dental, entre otros), lo cual crea la necesidad de desarrollar un cuestionario que permita medir la indiferencia a nivel bucal en los individuos, para con ello

brindar una promoción de la salud oral destinada hacia el público en general, haciendo énfasis en aquellas personas que presentan este tipo de actitud³.

Es por ello que se comenzaron a realizar estudios en los que se pretendía medir este comportamiento. En una encuesta realizada en el Reino Unido en 1978, la apatía por el cuidado dental fue una de las principales razones para evitar asistir al odontólogo. En otro estudio llevado a cabo en Escocia se encontró que la indiferencia hacia el cuidado oral fue un motivo para no acudir al dentista casi tan frecuente como el miedo, también se reportó que en los hombres la causa primordial para la inasistencia odontológica fue la indiferencia, mientras que en las mujeres fue fundamentalmente el miedo. Todo ello parece indicar que la apatía, falta de interés y el miedo son barreras sobresalientes para buscar atención dental, así como también los son los problemas en cuanto al costo del tratamiento, pero en menor escala^{7,8}.

La indiferencia es una actitud que implica un concepto subjetivo y abstracto y por lo tanto resulta muy complejo definirla y medirla de una manera concreta y objetiva, sin embargo Nuttall en Escocia logró crear una escala psicométrica para medir y detectar este comportamiento. La escala fue evaluada y probada según las pautas de la Asociación Americana de Psicología que habían sido aplicadas en la ansiedad dental^{3,9}.

Para lograr la validez de dicha escala se tuvo que cumplir con una serie de requerimientos como fueron: definir claramente lo que se pretende medir (indiferencia dental) para lo cual debe tener alguna base científica, cumplir con un nivel de confiabilidad y una validez aceptable los cuales se llegan a satisfacer siempre y cuando se lleven a cabo determinados procesos en el desarrollo de dicha escala y por último establecer puntajes para cada una de las preguntas que conformen el cuestionario¹¹⁻¹³.

- 1. Definición del concepto de indiferencia dental:** Es una actitud que implica que el individuo subestime la importancia de los dientes y tenga poco interés en la salud a nivel bucal, manifestándose en el descuido y escaso cumplimiento de las recomendaciones para el cuidado oral, así como la preferencia por acciones rápidas (como optar por una extracción antes que la restauración de la pieza) y poca o nula asistencia al odontólogo por motivos diferentes a la ansiedad o temor³.
- 2. Selección de las preguntas:** se planteó como hipótesis inicial que las personas indiferentes tendrían una mayor tendencia a interrumpir sus citas dentales. De esta manera en el año de 1992 se examinaron los registros de atención en un hospital de

Dundee. Se establecieron dos grupos: aquellos que no habían asistido a dos citas como mínimo en los últimos cinco años y aquellos que no habían faltado a ninguna cita en los últimos cinco años. Se excluyeron a los sujetos que habían cancelado solamente una cita, a quienes presentaban ansiedad y también a personas discapacitadas. Se obtuvieron ciento ochenta y cuatro pacientes que habían cancelado dos o más citas y ciento noventa y ocho que habían asistido a todas sus citas. Se les envió un cuestionario que constaba de diecisiete preguntas y en una segunda ocasión además se les notificó que serían parte de un sorteo, esto con la finalidad de conseguir una mayor motivación por parte de los participantes. Con la prueba estadística Chi cuadrado se encontraron principalmente ocho preguntas que tenían respuestas diferentes entre los dos grupos y éstas fueron las que conformaron el cuestionario³.

- 3. Confiabilidad y validez:** El cuestionario de ocho preguntas fue enviado en 1993, a novecientos diez pacientes que fueron parte de una encuesta de salud dental en el Reino Unido en 1998, los cuales permitieron que sus registros fuesen investigados por el Departamento de Investigación de la Universidad de Dundee. Se envió el cuestionario en una primera y segunda ocasión, como incentivo económico se les notificó que formarían parte de un sorteo. Para valorar la confiabilidad de la prueba-reprueba se solicitó a quinientas personas que contestaran una segunda vez el cuestionario³.

De esta manera finalmente se consiguió una muestra de cuatrocientos cincuenta y cinco sujetos, previamente excluyendo a quienes indicaron sentir ansiedad al odontólogo como una de las respuestas. Se obtuvieron las siguientes puntuaciones, las cuales se dividieron en tres niveles de indiferencia dental: nivel bajo un 23%; nivel medio un 59% y nivel alto un 18%. La consistencia interna del cuestionario evaluada con el alfa de Cronbach fue de 0,71. La confiabilidad prueba-reprueba evaluada con el coeficiente de correlación de Pearson fue de 0,79³.

- 4. Puntuación de cada pregunta:** En cada enunciado pueden seleccionarse una o más opciones, logrando una máxima calificación de uno por enunciado, de esta forma se van sumando los puntajes de cada pregunta para obtener una suma total de indiferencia dental³.

Nuttall clasificó a la indiferencia dental en tres niveles los cuales son: grado bajo (puntuación entre cero y uno), grado medio (puntuación entre dos y cuatro) y grado alto (puntuación entre cinco y ocho)³.

Finalmente Nuttall logró validar la escala al cumplir con las condiciones anteriormente mencionadas, llegando a determinar el cuestionario de la siguiente manera³:

Cuadro 1: Escala de indiferencia dental (DIS)

PREGUNTA / OPCIONES DE RESPUESTA	PUNTUACIÓN
1. Usualmente uso (marque cualquiera que aplique) a. Un cepillo de dientes para limpiar mis dientes. b. Hilo dental o un cepillo especial para limpiar entre mis dientes. c. Divulgación de las tabletas para comprobar que mis dientes estén limpios.	Marcar 1 si ni b. Ni c. Está marcado
2. En la actualidad a. Creo que hay algo mal con mis dientes, pero no es lo suficientemente malo para ir a un dentista b. Creo que hay algo mal con mis dientes y tengo la intención de ver a un dentista acerca de ello pronto c. Voy a hacerme un chequeo el próximo año d. No creo que necesite ningún tratamiento por lo que no estoy planeando ir a un dentista en este momento	Marcar 1 si a o d están marcados
3. Si perdí un relleno en un diente, pero no me dolió a. De inmediato me encargaría de ir a un dentista b. Esperaría a ver si empezó a doler o empeorado antes de ir a un dentista c. No sería un problema - yo no vería a un dentista sobre él.	Marcar 1 si b o c están marcados
4. Por lo general hago una cita para visitar a un dentista a. Cuando mi dentista me recuerda b. Al final de mi última cita c. Cuando pienso que es hora de ir a otro chequeo d. Sólo cuando pienso que hay algo mal con mis dientes	Marcar 1 si d está marcado
5. Si mis encías sangraron, pero no lastimaron a. No sería un problema: no vería a un dentista b. De inmediato me encargaría de ver a un dentista c. Yo esperaré para ver si empezó a doler o empeorado antes de ir a un dentista	Marcar 1 si a o c están marcados
6. Acerca de todas sus citas dentales en los últimos 5 años (marque cualquiera que aplique) a. No he hecho una cita dental en los últimos 5 años b. Durante los últimos 5 años me he olvidado de ir a una cita dental c. Durante los últimos 5 años sólo he perdido una cita d. Por enfermedad u otra razón ineludible e. Durante los últimos 5 años nunca he perdido una cita dental durante los últimos 5 años he cancelado una cita dental porque el problema se fue	Marcar 1 si a o b o e están marcados
7. Si tuviera un diente muy doloroso a. Preferiría que me sacaran b. Preferiría que se dejara solo c. Preferiría que me llenaran	Marcar 1 si a o b están marcados
8. Yo diría que mi razón principal para no ir al dentista para un chequeo sería a. Porque pienso que el tratamiento es doloroso b. Porque si tarda demasiado en llegar a un dentista c. Porque me siento ansioso o preocupado por ir d. Porque no puedo ver el punto de visita para un chequeo e. Porque mi dentista me hace sentir culpable por el estado de mis dientes f. Porque si cuesta demasiado g. Porque no tengo tiempo para llegar a un dentista h. Yo no quiero dejar de ir - asisto a chequeos regulares	Marcar 1 si b o d o g están marcados Si c está marcado no se considera puntaje de indiferencia dental.

Fuente: Nuttall NM.

4.1.2.c.- ESTUDIOS SOBRE INDIFERENCIA DENTAL

Se han realizado algunos estudios en donde se pretende evaluar la indiferencia dental empleando la escala diseñada por Nuttall.

Thomson y cols., realizaron un estudio en el sur de Dunedin para comparar las escalas de indiferencia y negligencia dental utilizando una encuesta descriptiva transversal. Trescientos ochenta y cinco encuestas fueron utilizadas para establecer la indiferencia dental obteniendo una puntuación promedio de 3,1 (DS= 1,9). Siendo así se llegó a determinar que ambas escalas pueden ayudar a identificar a los individuos que más necesitan de la promoción de salud oral¹⁰.

En otra investigación en Noruega, Skaret y cols., encontraron que los individuos de dieciocho años no asisten o cancelan un 16% de sus citas dentales y este comportamiento va en aumento. Así mismo en otro trabajo realizado en el mismo país se identificó que la apatía fue una razón para la inasistencia más frecuente que el miedo al odontólogo, en ambos casos se reportaron mayormente en el sexo masculino, relacionándose de esta manera la indiferencia dental con las citas perdidas. Es por ello que Skaret y cols., realizaron un estudio para conocer la fiabilidad y validez de la escala de indiferencia dental diseñada por Nuttall empleándola en una población de dieciocho años de edad en Noruega. Se envió por correo el cuestionario a una muestra de mil ciento diecinueve individuos de dieciocho años. Los criterios de validación fueron las citas perdidas desde los doce años y los registros de tratamiento dental, la validez se evaluó con la correlación de Pearson y regresión múltiple gradual¹⁴⁻¹⁶.

Con ello Skaret y cols., obtuvieron un coeficiente de correlación de Pearson para la comparación de prueba-reprueba = 0,43. El coeficiente de correlación entre las puntuaciones de la escala de indiferencia dental y la frecuencia de citas perdidas fue 0,24. El coeficiente de Alpha de Cronbach para las preguntas de la escala fue 0,35 es decir (n = 868). Esto quiere decir que la escala tiene una baja confiabilidad y validez en la población de Noruega, por lo que los autores sugieren mayores estudios antes de seguir empleándola¹⁶.

Marshman y cols., en otro análisis para establecer si la indiferencia dental estaba asociada con la calidad de vida en relación al estado de salud bucal OHQoL (por sus siglas en inglés), realizaron una investigación con prisioneros que se encontraban en tres cárceles del Reino Unido basándose en el modelo propuesto por Andersen. Para ello se estimó el

tamaño muestral según los datos de un estudio previo del Reino Unido sobre la salud oral de los presos. Finalmente la muestra estuvo compuesta por hombres con edades comprendidas entre veinte a treinta y cinco años, a los cuales se les realizaron exámenes bucales y entrevistas. Los factores que se tomaron en cuenta fueron estado socioeconómico, indiferencia dental, asistencia al odontólogo antes de ingresar a prisión, percepción de necesidad de tratamiento, satisfacción con su salud oral, cantidad de dientes cariados, si usaban o no los servicios odontológicos que se ofrecían en la cárcel y los resultados de salud. Del total de la muestra seiscientos cincuenta y nueve cumplieron con los exámenes clínicos y las entrevistas¹⁷⁻²¹.

Es así como Marshman y cols., encontraron que un 63,4% de los reos solo acudían al dentista cuando tenían algún problema con sus dientes, un 20% asistía a revisiones ocasionales y un 15,8% a exámenes regulares. El índice medio de indiferencia dental fue 3,8 (DS = 1,6), el 8,0% tenía un nivel de indiferencia bajo (cero a uno), un 57,5% un nivel moderado (dos a cuatro) y un 34,4% un nivel alto (cinco a ocho). Es decir que la calidad de vida en relación al estado de salud bucal, sí se encontraba asociada con la indiferencia dental, así como también al uso de servicios odontológicos, necesidad de tratamiento percibida y el uso de los servicios de la prisión en la que se encontraban actualmente. Esto implica que existía una importante preocupación por la salud bucal, sin embargo la cantidad de dientes cariados, el nivel de estudios y el empleo, no tuvieron relación representativa con la calidad de vida en relación al estado de salud bucal¹⁷.

Siendo así, Marshman y cols., sugirieron que las prisiones implementen métodos para tratar la indiferencia dental en la búsqueda de una mejor salud bucal, ya que investigaciones anteriores revelan que el consumo de drogas y la salud mental de los reclusos son claves para entender la calidad de vida de los mismos, la eliminación de los tatuajes para cambiar la apariencia de los reos, se emplea con la búsqueda de una mejor reintegración en la sociedad^{17, 22, 23}.

4.1.3.- ADULTO MAYOR

Las personas de la tercera edad constituyen uno de los grupos más vulnerables y complicados en la demanda de salud en general, ya que requieren que se les brinde cuidados específicos que puedan garantizar una adecuada calidad de vida^{24, 25}.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adulto mayor o anciano toda persona que supere los 65 años, de los cuales se pueden subdividir en los siguientes grupos como son:

- Tercera edad: comprende de sesenta y cinco a setenta y cuatro años.
- Cuarta edad: comprende de setenta y cinco a ochenta y nueve años.
- Longevos: comprende de noventa a noventa y nueve años.
- Centenarios: superior a los cien años²⁶.

La vejez es un proceso que implica la acumulación de experiencias a lo largo de toda la vida, considerándose como un constructo social, en el cual se ven involucrados los roles de acuerdo a la edad y la participación en actividades económicas y a nivel social, según el género y la cultura. Los individuos a lo largo de la vida experimentamos cambios a nivel fisiológico, siendo uno de los más grandes desafíos el envejecimiento, que consiste en el deterioro fisiológico a nivel general, en donde la persona llega a verse afectado por cualquier enfermedad, pudiendo ser ésta aguda o crónica, la cual llegará a generar un alto grado de discapacidad en el sujeto²⁷.

4.1.3.a.- SALUD BUCAL EN EL ADULTO MAYOR

Las enfermedades a nivel oral generan un gran impacto en la salud y calidad de vida de los individuos, recayendo sobre uno de los sectores de la población más vulnerables como son los adultos mayores, especialmente aquellos de bajos ingresos económicos²⁸.

En los últimos años se ha producido un incremento en la cantidad de ancianos, lo cual trae consigo un aumento del requerimiento de atención odontológica dirigido especialmente a este grupo etario, siendo necesario un manejo temprano y eficiente por parte del profesional, lo cual implica un conocimiento preciso de la etiología, patogenia y circunstancias características propias de la edad que favorecen la predisposición a cierto tipo de alteraciones a nivel oral^{28, 29}.

En la actualidad las personas de la tercera edad pueden llegar a gozar de una buena salud en general debido al avance de la tecnología y la ciencia, pero a pesar de ello la capacidad que tiene el cuerpo para regenerarse se ve disminuida, generándose procesos de deterioro que desencadenan en enfermedades graves. Es así que la vejez ocasiona a nivel bucal diversos cambios que se van dando paulatinamente y de manera acumulativa, resultando irreversibles, lo cual origina gran vulnerabilidad ante cualquier factor infeccioso o traumático³⁰⁻³².

4.2.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

- **Obra: Artículo de revista:** “INITIAL DEVELOPMENT OF A SCALE TO MEASURE DENTAL INDIFFERENCE”³

Autor: Nuttall NM.

Resultado: ABSTRACT - Lack of concern about dental health contributes significantly to the reluctance of people to attend for dental check-ups and to implement preventive dental measures. The aim of this study was to develop and assess a questionnaire method of detecting this attitude which was described as dental indifference. The questionnaire was tested on 910 dentate adults in Scotland. A 62% response rate was obtained. Five hundred of the respondents were then sent a second copy of the questionnaire to assess its reliability, a 61% response rate was obtained. The Pearson correlation coefficient between the first and second completion of the dental indifference questionnaire was 0.79. The internal consistency measured by Chronbach's alpha was 0.71. High scores on the dental indifference questionnaire were significantly associated with being young, male and a manual worker. High scorers had fewer teeth, on average, than the rest of the sample and more than half of them had no record of attending for dental care within 4 years. Those who did attend a dentist were more likely to have teeth filled or extracted. The dental indifference questionnaire may be useful for targeting groups who require oral health promotion activity and may prove to be a reliable means of identifying individuals who display behaviours which could be expected to be associated with a lack of interest in dental health, such as lack of compliance with oral care instructions and failing to complete courses of treatment.

- **Obra: Artículo de revista:** “A CAMPAIGN ENCOURAGING DENTAL ATTENDANCE AMONG ADOLESCENTS IN SCOTLAND: THE BARRIERS TO BEHAVIOUR CHANGE”⁸

Autor: Craven RC, Blinkhorn AS, Schou L.

Resultado: ABSTRACT: Qualitative consumer research was used to develop a health promotion campaign for school pupils aged 15-17 years to encourage them to attend a dentist for examination. The campaign used a combination of conventional health education about the benefits of dental care together with incentives for attending. The emphasis throughout was to establish an association with young style and group norms of social attractiveness. This study was part of the evaluation of the campaign. The aim was to identify the characteristics of those who responded positively to the campaign and to identify barriers to behaviour change. Those who responded were mainly female, intended to stay on at school beyond the age of 16 years and were more likely to be

frequent attenders. Apathy and a lack of felt need were the main barriers to responding. Easier access to care and targeting a younger age group might enhance the success of similar interventions.

- **Obra: Artículo de revista:** “THE DENTAL NEGLECT AND DENTAL INDIFFERENCE SCALES COMPARED”¹⁰

Autor: Jamieson LM, Thomsom WM.

Resultado: AIMS: The objective was to determine whether the Dental Neglect and Dental Indifference scales measure similar constructs and have similar associations in the same population sample. METHODS: A random sample of 600 residents in the Dunedin South Electorate was sent a self-report questionnaire containing the Dental Neglect scale and the Dental Indifference scale. Sociodemographic and dental service-use data were also collected. RESULTS: In all, 478 people (78.2%) returned the questionnaire. The mean Dental Neglect score was 12.4 (SD 4.4). The mean Dental Indifference scale score was 3.1 (SD 1.9). The association between the scales' scores was moderate ($r = 0.58$; $P < 0.01$), and there was only a moderate degree of concordance between the two. The two scales had largely similar associations with socio-demographic, oral care and self-care, and oral health impact characteristics, although slightly more associations were found with the Dental Indifference scale. The Dental Neglect scale was found to be easier to use than the Dental Indifference scale because it did not require a complex algorithm to compute scale scores. CONCLUSIONS: The degree of concordance between the Dental Neglect and Dental Indifference scales was not as high as expected, which suggests that the scales may measure different constructs. However, the largely similar associations with important oral health and socio-demographic variables of the scales suggest the opposite. Although the Dental Indifference scale was slightly more discriminative, the Dental Neglect scale was easier to use in practice.

- **Obra: Artículo de revista:** “MISSED AND CANCELLED APPOINTMENTS AMONG 12-18-YEAR-OLDS IN THE NORWEGIAN PUBLIC DENTAL SERVICE”¹⁴

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

Resultado: ABSTRACT: The aims of this study were to evaluate the prevalence and distribution of missed and cancelled dental appointments in the Norwegian Public Dental Service during the age period from 12 to 18 yr., and to explore possible relationships with demographics and individual caries experience (DMFT). A total of 968 patients (86.5% of the sample) gave their consent to collect data from their dental records. Forty-seven % of the group had missed and 26% had cancelled one or more

dental appointments. A total of 13.6% had missed more than 20% of their appointments. Missed and cancelled appointments were to a great extent related to different individuals. The frequency of individuals with missed and cancelled appointments showed an almost linear increase from age 12 to 18 yr., and the mean individual frequency increased from 1.1 to 11.8% for missed appointments and from 0.7 to 4.8% for cancelled appointments. Subjects with missed appointments had a significantly higher mean DMFT at the age of 18 compared with the rest of the group. Individuals with missed and cancelled appointments may represent a risk group for future dropout from dental care which should be further analyzed.

- **Obra: Artículo de revista:** “RELIABILITY AND VALIDITY OF THE DENTAL INDIFFERENCE SCALE IN A POPULATION OF 18-YEAR-OLDS IN NORWAY.” “CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LA ESCALA DE INDIFERENCIA DENTAL EN UNA POBLACIÓN DE 18 AÑOS EN NORUEGA”¹⁶

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

Resultado: AIMS: The aims of this study were to estimate the reliability and validity of the Dental Indifference Scale (DIS) (Nuttall, 1996) in a population of 18-yr-olds in Norway. METHODS: The DIS-scale was mailed to a sample of 1119 18-yr-olds in two Norwegian counties. Nearly 87% completed the questionnaire and consented to the collection of data from their dental records. Ten percent of the sample, drawn at random, was asked to complete the questionnaire a second time, after a time delay of 15 weeks (response rate 83%). The reliability estimation of the sum-scores of DIS was based on Pearson’s correlation between test-retest scores and internal consistency (Cronbach’s alpha). The frequency of missed appointments from age 12, recorded in the dental treatment records, was used as the validating criterion. The validity was analyzed by Pearson’s correlation, and stepwise multiple regression. RESULTS: The correlation coefficient (Pearson) for the test-retest comparison was 0.43. The correlation coefficient between the DIS-scores and the frequencies of missed dental appointments was 0.24. The Cronbach’s Alpha coefficient for the eight DIS-questions was 0.35 (n = 868). Only two of the eight DIS-questions entered the stepwise regression model and explained 15% of the variance of the frequency of missed appointments. CONCLUSIONS: The Dental Indifference Scale (DIS) was found to have a low reliability and validity in this study population, and it is recommended that it should not be used without further investigation. It may be necessary to design an alternative instrument if further work into the hypothesized trait of dental indifference is to be undertaken.

- **Obra: Artículo de revista:** “DOES DENTAL INDIFFERENCE INFLUENCE THE ORAL HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE OF PRISONERS?” “¿LA INDIFERENCIA DENTAL INFLUYE EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCODENTAL DE LOS RECLUSOS?”¹⁷

Autor: Marshman Z, Baker S, Robinson P.

Resultado: AIMS: Prisoners have worse oral health and greater unmet dental treatment needs than the general population. However, little is known about the impact of the mouth, or attitudes such as dental indifference and consequent patterns of dental service use in this disadvantaged group. The aim was to determine whether dental indifference was associated with the oral health-related quality of life (OHQoL) of prisoners using Andersen’s behavioural model of service utilization as the theoretical framework. METHODS: The sample was male prisoners aged 20–35 years attending three prisons in the north of England. Participants took part in interviews and oral examinations. The variables were selected to populate Andersen’s model including: predisposing characteristics (socioeconomic status), enabling resources (dental indifference and dental attendance patterns before prison), perceived need (perceived treatment need, satisfaction with appearance of teeth, global rating of oral health), evaluated need (number of decayed teeth), health behaviours (use of dental services while in prison) and health outcomes (OHQoL). Structural equation modelling was used to estimate direct and indirect pathways between variables. RESULTS: Of the 700 men approached, 659 completed the interview and clinical examination. Worse OHQoL was associated with less dental indifference (i.e. greater interest in oral health), previous regular use of dental services, perceived need for treatment and use of prison dental services. The number of decayed teeth and predisposing factors such as qualifications and employment did not predict OHQoL. CONCLUSIONS: Dental indifference was related to the OHQoL of prisoners in addition to previous regular use of dental services, a perceived need for treatment and use of dental services while in prison. Dental services in prisons might incorporate methods to address dental indifference in their attempts to improve oral health. The findings also have general implications for the assessment of population oral health needs.

- **Obra: Artículo de revista:** “LA PROYECCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR”²⁴

Autor: Moreno MO, Hernández JL, Maldonado AA, Peinado P.

Resultado: Es de suma importancia el enfoque de la seguridad en las personas de tercera edad, ya que las complicaciones que esto conlleva requieren de una atención más específica por lo cual se tienen que desarrollar elementos que faciliten el cuidado

de esta etapa de la vida. La pérdida de función motriz es la principal afectación en la salud de las personas mayores, por lo tanto se vuelve necesario realizar diseño de productos que sean de fácil acceso a ellos y que se ajusten a sus posibilidades, estimulando el auto cuidado para mantener la vida, la salud y la higiene mediante dispositivos prácticos, en este escrito se hace énfasis en la necesidad de mejorar en todos los aspectos desde la formación de profesionales hasta el desarrollo de nuevos productos, como la importancia de investigar a fondo los factores provocan los accidentes con el fin de poder evitarlos. También en el presente artículo los autores revisan algunas cuestiones teóricas y estudios empíricos sobre la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor.

- **Obra: Artículo de revista:** “IMPACTO DE LA SALUD BUCAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES DEMANDANTES DE ATENCIÓN DENTAL”²⁸

Autor: De la Fuente-Hernández J, Sumano-Moreno O, Sifuentes-Valenzuela MC, Zelocuatecatl-Aguilar A.

Resultado: ANTECEDENTES: Las enfermedades crónico-degenerativas y las patologías orales, como la caries y las periodontopatías, son frecuentes en los adultos mayores. Estas repercuten en su bienestar físico, psicológico y social. OBJETIVO: estimar el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores. MÉTODO: se realizó un estudio de corte transversal en 150 adultos mayores entre los 60 y 85 años de edad, quienes asistían a consulta dental en una Delegación Política de la Ciudad de México. La información se obtuvo mediante el registro de los impactos bucodentales durante los últimos seis meses, a través del Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP-14, por su sigla en inglés), y la salud bucodental, con el índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD). RESULTADOS: se identificó un impacto positivo en las preguntas relacionadas con la preocupación por problemas con los dientes y boca (87,3%), molestias al comer (64%), dolor bucal (60,7%) e interrupción de la alimentación (56%). Menor impacto tuvieron las preguntas sobre incapacidad total para realizar actividades diarias (14,7%) y dificultad para realizar actividades diarias (13,3%). El CPOD fue de 14,1; el componente cariado, 3,96; los dientes perdidos, 5,95; y los dientes obturados, 4,19. La correlación entre el índice OHIP-14 y el CPOD fue positiva aunque débil ($r=0,26$; $p=0,001$). CONCLUSIÓN: el estado bucodental influye en la calidad de vida de los adultos mayores y afecta particularmente la realización de sus actividades cotidianas.

- **Obra: Artículo de revista:** “IMPORTANCIA DE LA ODONTOLOGÍA PREVENTIVA EN EL ADULTO MAYOR: UNA APROXIMACIÓN PERSONAL”³⁰

Autor: Meller C.

Resultado: Las enfermedades orales y su impacto en la salud y en la calidad de vida han evolucionado actualmente a un estado epidemiológico polarizado en el que su incidencia está afectando en especial a los más vulnerables de la población: los ancianos, sobre todo a los de bajos recursos económicos. Por otro lado, el notorio aumento observado en la proporción de adultos mayores en países industrializados durante las últimas décadas está provocando un incremento de sus necesidades de atención estomatológica, cuya pronta y adecuada respuesta hace necesario que el odontólogo deba conocer con precisión tanto los factores etiológicos, como la patogenia y factores que determinan la especificidad de las alteraciones bucales en esta etapa de la vida. Sólo con este conocimiento los profesionales estarán capacitados para encarar a estos pacientes con una odontología moderna basada en la prevención. Por cierto, para ser eficaz en odontología preventiva, ésta debe representar el “fundamento filosófico de la consulta dental”. Sobre la base de estos elementos y la valoración de las demandas de nuestra sociedad, este trabajo pretende resaltar las necesidades primarias más importantes que presenta este creciente grupo atareado de la tercera edad.

- **Obra: Artículo de revista:** “ENFERMEDADES BUCALES EN EL ADULTO MAYOR”³¹

Autor: Laplace Pérez BN, Legrá Matos SM, Fernández Laplace J, Quiñones Márquez D, Piña Suarez L, Castellanos Almestoy L.

Resultado: El número de adultos mayores, está incrementándose notablemente a nivel mundial, en nuestro país constituye un reto para las autoridades sanitarias y los sistemas de salud pública. Se realizó una revisión bibliográfica de las principales investigaciones procesadas en la base de datos Medline, con el objetivo de actualizar los conocimientos sobre las enfermedades bucales que con mayor frecuencia afectan al adulto mayor. Los ancianos tienen un riesgo mayor de desarrollar enfermedades crónicas de la boca y que incluyen las infecciones (caries, periodontitis), pérdida dentaria, lesiones benignas de la mucosa y cáncer bucal. Otras condiciones que aparecen con mayor frecuencia son la xerostomía (generalmente secundaria a medicaciones) y la candidiasis bucal. Es función del estomatólogo ayudar a estos pacientes a mantener una buena salud bucal mediante la identificación de los factores de riesgo, el reconocimiento y diferenciación de los cambios normales propios de la edad de los patológicos y la solución de los problemas de salud bucal que les afectan para ofrecerles una mayor calidad de vida.

- **Obra: Artículo de revista:** “SALUD BUCAL, SALUD BUCAL PERCIBIDA Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES” ³²

Autor: Castellanos GL, López-Ramirez B, Nachon-Garcia MG, Hernandez Lunagomez D.

Resultado: INTRODUCCIÓN: Las enfermedades bucales en su mayoría, son irreversibles y los daños tienden a ser mayores en los ancianos. En un corto plazo los estomatólogos afrontarán el reto de brindar atención bucal a numerosos adultos mayores (AM) para conservar su cavidad bucal de manera funcional. Los problemas de salud bucal de los AM ponen en riesgo su calidad de vida, aunque este grupo etario no lo considere así. Existen factores como el temor al dentista, presentar enfermedades no transmisibles, el costo de la atención dental, entre otras, que contribuyen al deterioro evidente de la función masticatoria, la deglución, la fonación y estética facial, aspectos que repercuten en la vida del AM. OBJETIVO: Indagar la relación entre salud bucal real, la percepción de salud bucal y la calidad de vida en un grupo de AM. MATERIAL Y MÉTODO: estudio descriptivo, correlacional, transversal. En donde se incluye una muestra de 34 sujetos provenientes de dos centros diferentes, a los que se les realizó una exploración bucal, así como un interrogatorio en el que se incluían los cuestionarios de salud bucal percibida y Percepción de Calidad de Vida relacionada con Salud (PICAVIDES). RESULTADOS: Se estableció un valor de $p > 0.05$ al relacionar salud bucal real con salud bucal percibida, y $p < 0.05$ al relacionar la salud bucal y la calidad de vida. CONCLUSIONES: La salud bucal de los adultos mayores está en discordancia a la percepción que tienen sobre ella y a su calidad de vida.

5.- HIPÓTESIS

“El nivel de instrucción tiene influencia en la indiferencia al tratamiento dental en personas mayores de 65 años de edad, de la parroquia Huayna Cápac Cuenca-Ecuador, 2017.”

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1.- MARCO METODOLÓGICO

Enfoque: El enfoque de la investigación es cuantitativo³³.

Diseño de investigación: Caso control³⁴.

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 población a evaluar está dirigida a las personas que pertenezcan a la parroquia Huayna Cápac de la ciudad de Cuenca-Ecuador, en la edad comprendida de 65 años en adelante.

2.1.- Criterios de selección:

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

2.1.a.- Criterios de inclusión:

Se incluyeron en el presente estudio las fichas epidemiológicas de personas que pertenecen a la parroquia Huayna Cápac, que tengan 65 años de edad en adelante.

2.1.b.- Criterios de exclusión:

Se excluyeron del estudio a los profesionales médicos y odontólogos, así como también las personas con discapacidad audiovisual y mental, a pesar de ser mayores a 65 años de edad y pertenecer a la parroquia Huayna Cápac de la ciudad de Cuenca-Ecuador.

Tamaño de la muestra: La cantidad de fichas proviene de una población de 1494 personas mayores de 65 años de edad pertenecientes a la parroquia Huayna Cápac, para lo cual se aplicó la fórmula de comparación de proporciones con un nivel de confiabilidad del 95%, un error de 5% y una potencia de 80%, logrando un total de 27 personas³⁵.

$$n = \left(\frac{Za \sqrt{2P(1-P)} + Zb \sqrt{P_2(1-P_2) + P_1(1-P_1)}}{P_1 - P_2} \right)^2$$

Donde:

Za: 1,96 constante para el 95% de confiabilidad (error tipo I)

Zb: 0,84 constante para el 80% potencia (error tipo II)

$$P = \frac{P_1 + P_2}{2}$$

P₁: 0,38 probabilidad que se dé el evento esperado en el grupo control o placebo.

P₂: 0,76 probabilidad que se dé el evento esperado en el grupo experimental o de expuestos.

Reemplazando los datos de la fórmula tenemos:

$$n = \left(\frac{1,96 \sqrt{2(0,57)(0,43)} + 0,84 \sqrt{(0,73)(0,24) + (0,38)(0,62)}}{0,38 - 0,76} \right)^2$$

n = 27 personas por grupo.

3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADOR	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA	DATOS
Independiente Nivel de instrucción	Grado de estudios terminados o en proceso por los que curso o este cursando un individuo.	Nivel de estudios registrados en la encuesta durante la toma de datos.	Estructura del sistema educativo nacional	Cuantitativo	Nominal	Nivel bajo Sin estudios Primaria Secundaria Nivel alto Superior técnica Superior universitaria
Dependiente Indiferencia dental	Actitud que implica subvaloración de los dientes y falta de interés en la salud bucal.	Determinar el nivel de indiferencia dental.	Escala de Nuttall	Cuantitativa	Ordinal	Sin indiferencia 0, 1, 2. Con indiferencia 3, 4, 5, 6, 7, 8.
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Años de vida registrados en la encuesta durante la toma de datos		Cuantitativa	Nominal	65 años en adelante
Sexo	Características genotípicas de la persona	Características externas que diferencian al hombre de la mujer		Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino

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

4.1.- Instrumentos documentales:

Se utilizó la ficha epidemiológica barreras para el acceso a servicios de salud bucal, la cual está formada de 2 parámetros, como son: en una primera parte constan los datos básicos del encuestado como el número de cédula, sexo, edad, ocupación, parroquia a la que pertenece, ingreso mensual familiar aproximado y cuantas personas dependen de este ingreso (opcional), así como también el grado de instrucción; una segunda parte consta de la escala de indiferencia dental (DIS) por sus siglas en inglés, diseñada por Nigel M. Nuttall, mediante la cual se evaluó el nivel de indiferencia al tratamiento dental de cada persona.

4.2.- Instrumentos mecánicos:

Para la toma de datos se utilizó una computadora de escritorio, procesador Core5.

4.3.- Materiales:

Se utilizaron materiales de escritorio.

4.4.- Recursos:

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

5.- PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS

5.1.- Ubicación espacial:

La parroquia Huayna Cápac es una unidad de organización política administrativa ubicada en la ciudad de Cuenca perteneciente a la provincia del Azuay, sus límites parten desde la Av. Fray Vicente Solano hasta llegar al Río Tomebamba, desde ese punto hasta unirse con el Río Yanuncay; llega hasta la quebrada Chaguarchimbana, se encuentra con el límite urbano, luego sigue el camino a Turi hasta llegar la Av. Solano.

5.2.- Ubicación temporal:

La investigación se realizó entre los meses de septiembre y diciembre del 2017, recolectando datos de fichas epidemiológicas que reflejan la situación epidemiológica del año en curso, dichas fichas fueron tomadas entre los meses de Junio y Julio del 2017.

5.3.- Procedimiento de la toma de datos.

Se recibió la calibración pertinente para el llenado de la ficha epidemiológica barreras para el acceso a servicios de salud bucal durante un período de una semana, en la cual se dió a conocer la cantidad de preguntas que contenía, así como sus opciones de respuesta, además en este lapso se realizaron las correcciones pertinentes en cuanto a la traducción de las preguntas y respuestas de la misma. También se dieron las indicaciones pertinentes del caso como son: que al momento de tomar los datos para la encuesta, ésta debe realizarse en forma grupal, nunca solo e informar al instructor responsable de cada una de las eventualidades ocurridas, encuestar solamente hasta las cuatro de la tarde y por ningún motivo ingresar a los domicilios. Una vez finalizada la calibración se recibió una fotocopia de la ficha, de la cual se obtuvieron noventa réplicas para su posterior llenado.

Se realizó una división por sectores de la parroquia Huayna Cápac para asignar a cada grupo de estudiantes una zona específica, evitando así llegar a lugares a los que ya se habían encuestado. El grupo de estudiantes estuvo conformado por una cantidad total de doce personas. Se estableció que las encuestas se realizarían de lunes a domingo, en dos horarios, uno en la mañana de 10:00 a 12:00 y otro en la tarde de 14:00 a 16:00. Una vez determinado esto nos dirigimos puerta a puerta para realizar la respectiva entrevista.

Se inició informando a la persona que iba a ser encuestado acerca de la finalidad del estudio, la institución a la que se pertenece (Universidad Católica de Cuenca, Carrera de Odontología) así como la confidencialidad de los datos, para de esta manera solicitar la firma del consentimiento informado y poder continuar con la realización de la encuesta. Una vez obtenido la autorización se procedió al llenado de la ficha empezando con los datos básicos del individuo como número de cédula, sexo, edad, ocupación, parroquia a la que pertenece, ingreso mensual familiar aproximado y cuantas personas dependen de este ingreso (opcional) y el grado de instrucción. Posteriormente se llenó la encuesta de indiferencia dental (DIS) de Nuttall, ya descrita anteriormente. Se tuvo en consideración que la encuesta fue aplicada a personas mayores 65 años, las cuales presentaban problemas y alteraciones a nivel psicomotor propias de la edad, para lo cual se realizó un

abordaje adecuado procurando brindar una máxima comprensión, siendo así la toma de datos por cada ficha tomó alrededor de 20 minutos por persona.

Una vez obtenidos los datos en 90 encuestas, las fichas pasaron por el control de calidad. Finalmente los datos obtenidos en las encuestas fueron ingresados a una base de datos en el programa de libre acceso EPIINFO ver. 7.2., para lo cual se tomó en cuenta las fichas de la parroquia Huayna Cápac de personas mayores de 65 años de edad con lo cual se obtuvo la base de datos.

El estudio de indiferencia dental buscó describir cuantitativamente el problema en personas de 65 años de edad en adelante, utilizando una encuesta validada en el ámbito odontológico, para determinar la frecuencia de indiferencia al tratamiento dental, que se detalla a continuación:

5.3.a.- Método de aplicación de encuesta

La ficha de indiferencia dental consta de 8 preguntas, con un total de 32 ítems de respuesta, en las que se puede seleccionar una o varias respuestas, que se detallan en el cuadro 1.

Cuadro N 1

Preguntas y opciones de respuesta de la ficha de indiferencia dental

- | |
|---|
| <p>1. Usualmente usa Ud.:</p> <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 <p>2. En la actualidad:</p> <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 tratamiento por lo que no está planeando ir a un dentista ahora e. Ira pronto al dentista <p>3. Si pierde una calza en un diente posterior y no le dolió:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. De inmediato va a un dentista b. Esperaría si siente dolor o algún síntoma antes de ir a un dentista c. No sería un problema que no vería a un dentista por esta razón |
|---|

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 está algo malo en sus dientes

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
- 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

7. Si tuviera un diente muy doloroso:

- a. Preferiría que le saquen
- b. Preferiría dejarlo sin tratamiento
- c. Preferiría realizar una restauración

8. Ud. diría que la razón principal para no ir a un 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.

Cuadro N 2**Puntaje normativo de la ficha de indiferencia dental**

Pregunta	Puntuación
1	Marcar 1 si ninguno o si ni el literal b ni c están marcados.
2	Marcar 1 si el literal a o d están marcados.
3	Marcar 1 si los literales b o c están marcados.
4	Marcar 1 si el literal d está marcado.
5	Marcar 1 si los literales a o c están marcados.
6	Marcar 1 si los literales a b o d están marcados.
7	Marcar 1 si los literales a o b están marcados.
8	Marcar 1 si los literales b d o f están marcados. Si el literal c está marcado no es un puntaje de indiferencia dental

6.- PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

En el estudio caso control por fórmula se parearon los datos de acuerdo a edad y sexo. Luego se analizó la relación entre el nivel de instrucción y la indiferencia dental a través del análisis estadístico Odds Ratio (OR).

7.- ASPECTOS BIOÉTICOS

El presente estudio no implicó conflictos bioéticos, ya que todas las personas encuestadas fueron informadas acerca de los objetivos y metodología del estudio, mediante el consentimiento informado, el mismo que fue firmado por cada uno de los encuestados, así como también se les indicó la existencia del compromiso de confidencialidad de sus datos por parte del investigador principal.

CAPÍTULO III
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1.- RESULTADOS

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

	CASOS	CONTROLES
FEMENINO	14	14
MASCULINO	13	13
TOTAL	27	27

Interpretación: En esta tabla se puede evidenciar la distribución de la muestra de acuerdo a sexo, en el estudio caso control se realizó un emparejamiento de 27 casos (personas enfermas) con 27 controles (personas sanas).

Tabla N° 2 Distribución de la muestra de acuerdo a edad

	CASOS	CONTROLES
66	4	4
67	1	1
68	2	2
69	2	2
70	4	4
71	1	1
72	1	1
73	1	1
74	2	2
75	5	5
76	1	1
79	1	1
80	1	1
81	1	1
TOTAL	27	27

Interpretación: En esta tabla se puede evidenciar la distribución de la muestra de acuerdo a edad, en el estudio caso control se realizó un emparejamiento de 27 casos (personas enfermas) con 27 controles (personas sanas).

Tabla N° 3 Relación entre la exposición y la enfermedad

	CASOS	CONTROLES
EXPUESTOS	24	15
NO EXPUESTOS	3	12
TOTAL	27	27

OR= 6,4 IC 95% (1,5 - 26,4)

Interpretación: En esta tabla podemos observar la relación entre la exposición y la enfermedad. Los casos hacen referencia a las personas con indiferencia dental y los controles a los sujetos sin indiferencia dental. Los expuestos corresponden a las personas con nivel de instrucción bajo y los no expuestos a los individuos con nivel de instrucción alto. Se obtuvo un Odds Ratio = 6,4 con un índice de confiabilidad del 95%. Esto demuestra que el nivel de instrucción bajo es un factor de riesgo para la indiferencia al cuidado dental.

2.- DISCUSIÓN

En el presente trabajo se evaluó la relación entre el nivel de instrucción y la indiferencia dental obteniendo un Odds Ratio (OR) = 6,4, esto implica que el nivel de instrucción influye en la indiferencia dental.

De la muestra de 27 casos y 27 controles, es decir un total de 54 sujetos, se pudo observar que 39 de ellos presentaban un nivel de instrucción bajo y tan solo 15 de ellos un nivel alto, es decir predominaba el nivel de instrucción bajo. Así como también se evidenció que de estos 39 sujetos con nivel de instrucción baja 24 de ellos tenían indiferencia dental. Esto significa que de este estudio caso control la mayoría de los sujetos con indiferencia dental tienen un nivel de instrucción bajo, el mismo que abarca analfabetismo, nivel primario y nivel secundario.

Nuttall y cols., en 1993 realizaron un estudio para validar la escala que él se encontraba proponiendo, para lo cual envió un cuestionario de indiferencia dental a novecientos diez pacientes, de los cuales se obtuvo una muestra de cuatrocientos cincuenta y cinco, previamente excluyendo a quienes indicaron el sentir ansiedad o miedo en una de las respuestas. Según los resultados obtenidos la muestra se dividió en tres grupos para categorizar la indiferencia en donde obtuvo lo siguiente: nivel bajo (puntuación de cero a uno) con un porcentaje de 23%; nivel medio (puntuación entre dos y cuatro) con un 59%; y nivel alto (puntuación entre cinco y ocho) con un 18%³.

En los datos expuestos por Nuttall y cols., también se evidenció que una puntuación asociada con un mayor nivel de indiferencia se reportó en varones, jóvenes y trabajadores manuales, a su vez también se encontró que las personas pertenecientes a este grupo tenían menor cantidad de piezas dentarias y la gran mayoría no habían asistido a una cita odontológica en los recientes cuatro años³.

De esta manera Nuttall y cols., refieren que el cuestionario por el propuesto puede ayudar a la identificación de personas que requieran una promoción de salud bucal, así como también a reconocer individuos que muestren este tipo de actitud hacia su cuidado oral³.

En otro estudio realizado por Thomson y cols., en el que se pretendía comparar las escalas de indiferencia y negligencia dental, se empleó una encuesta descriptiva transversal, el método consistió en enviar un cuestionario a 600 personas seleccionadas de un banco de datos, en los que el número de sujetos requeridos para el estudio fue de 311. Para obtener

una selección aleatoria de los participantes, se utilizó el software SPSS. El cuestionario se envió a cada participante mediante correo postal y se les ofreció un incentivo económico. Finalmente los datos fueron analizados utilizando SPSS y los niveles de significancia estadística se establecieron en $P < 0,05$, la prueba ANOVA fue empleada para la evaluación de la significancia estadística de las diferencias en los puntajes. Trescientos ochenta y cinco encuestas fueron utilizadas para calcular la indiferencia dental obteniendo una puntuación promedio de 3,1 (DS= 1,9), se encontró que la escala de indiferencia es más discriminativa que la de negligencia, pero el ingreso digital de los datos fue más complicado que la de negligencia, porque en el cuestionario de indiferencia se pueden seleccionar más de una respuesta por pregunta y esto puede llegar a superar las ventajas que presenta. Sin embargo se estableció que estas escalas pueden servir como una forma de identificar a los individuos que pueden favorecerse de la promoción de salud oral¹⁰.

En otra investigación realizada por Skaret y cols., en donde se obtuvo una muestra de novecientos sesenta y ocho sujetos, de los cuales ochocientos sesenta y ocho personas obtuvieron un puntaje total de indiferencia. La puntuación media fue de 3,0, correspondiendo un 3,2 para los hombres y 2,8 para las mujeres. Ciento treinta y cuatro sujetos equivalente a 15,4%, tuvieron un puntaje alto, Chi cuadrado= 13,6, $P < 0,001$. El coeficiente de correlación entre las puntuaciones de prueba-reprueba fue $r = 0,74$ y el alfa de Cronbach para las ocho preguntas fue 0,35 ($n = 868$). Es así que se percibió que la escala de indiferencia dental tiene una baja fiabilidad, lo cual puede ser debido al diseño de la misma, ya que las preguntas no miden precisamente la indiferencia dental. Como es el caso de los siguientes ítems: Pregunta N° 1, en donde, si se marca como respuesta solamente un cepillo de dientes marca 1, correspondiente a puntuación de indiferencia dental, y en el caso de los jóvenes noruegos ellos usan rara vez el hilo dental, siendo así que la mayoría de los adolescentes puntuaron 1 en esta pregunta (un 69%), que puede significar que la pregunta quizá no sea válida. Pregunta N° 5, referente al sangrado gingival, no se comprende del todo esta pregunta, pudiendo generar respuestas equivocadas. Preguntas N° 2 y 4, sobre la programación de una cita para acudir al odontólogo, ya que en el caso de Noruega los niños reciben atención dental gratuita desde que nacen¹⁶.

Es por esto que Skaret y cols., indicaron que al tener en cuenta estos aspectos la suma de la escala puede estar dando como resultado un valor irreal de los hábitos y comportamientos en relación a la salud oral. A esto se le debe sumar el hecho de que las personas con indiferencia dental tienen menor predisposición a llenar este tipo de encuestas. En este estudio se logró obtener una tasa de respuesta alta (casi de un 87%) y la muestra fue más representativa al compararla con la muestra establecida en el estudio

de Nuttall en donde la tasa de respuesta fue menor (de un 62%) y la muestra no se encontraba adecuadamente representada. Los valores Kappa de las preguntas estuvieron entre 0,1 a 0,8 para las respuestas y 0,1 a 0,7 para las preguntas. Los análisis de regresión múltiple señalan que solamente dos preguntas (las número 6 y 8) explican realmente la frecuencia de las citas perdidas. Sin embargo aquí también se produce lo siguiente: En la pregunta N° 6, en la opción de respuesta b que menciona durante los últimos cinco años he olvidado ir a una cita dental, puntúa como indiferencia dental, cuando en realidad el olvidar acudir a una cita podría llegar a considerarse como algo normal¹⁶.

Según Skaret y cols., en la investigación llevada a cabo en Noruega se encontró que quienes tenían un patrón de no asistencia, en su mayoría eran hombres de dieciséis a dieciocho años. Sin embargo la escala usada tiene una baja fiabilidad y validez, y por ello no se la puede llegar a considerar como un instrumento útil actualmente. Siendo así que los autores sugieren la reestructuración de la escala de indiferencia como una opción para la mejor comprensión y adecuada medición de las preguntas, en donde se planteen interrogantes que lleguen a medir lo que implica la indiferencia dental de una forma más precisa, es por ello que recomiendan una escala tipo Likert para tratar de aumentar la dimensión de cada pregunta, para luego probar la validez del cuestionario y llegar así a cumplir una puntuación más certera¹⁶.

En la presente investigación evidencia que aquello que se pretende evaluar es un concepto subjetivo, como lo es la indiferencia dental, lo que llega a ser algo complejo. El instrumento desarrollado por Nuttall ayuda a conocer datos acerca de los hábitos de higiene oral del paciente, la frecuencia con la que asiste a citas odontológicas, así como la importancia que representa para el individuo la salud y cuidado bucal. Sin embargo tanto las preguntas como las opciones de respuesta, pudiesen ser reestructuradas de manera que permitan una mayor comprensión, teniendo en cuenta que va dirigida al público en general. Siendo así que la escala tipo Likert sugerida por Skaret y cols., puede llegar a considerarse una opción aceptable.

3.- CONCLUSIÓN

1. El nivel de instrucción bajo es un factor de riesgo para la indiferencia al cuidado dental en las personas mayores de 65 años de la parroquia Huayna Cápac.

BIBLIOGRAFÍA

[1] INEC. El censo informa: Resultados del censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador. Disponible en:

<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/home/>

[2] INEC. Mujeres y hombres del Ecuador en cifras III. Serie información estratégica. Disponible en:

<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/home/>

[3] Nuttall NM. Initial development of a scale to measure dental indifference. Desarrollo de una escala inicial para medir la indiferencia dental, Community Dent Oral Epidemiol. 1996; 24: 112-6. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8654030>

[4] Camner LG, Sndell R, Sarhed G. The role of patient involvement in oral hygiene compliance/ El papel de la participación del paciente en el cumplimiento de la higiene oral. Br J Clin Psychol 1994; 33: 379-90. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7994224>

[5] Pozo Barrezueta HE. Registro Oficial: Órgano del Gobierno del Ecuador. Administración del Sr. Ec. Rafael Correa Delgado. Presidente constitucional de la República. Segundo suplemento: Función Ejecutiva, Presidencia de la República. Ley Orgánica de Educación Intercultural (LOEI). Quito, 31 de mar. 2011. Registro oficial N° 417. Disponible en:

https://oig.cepal.org/sites/default/files/2011_leyeducacionintercultural_ecu.pdf

[6] Pozo Barrezueta HE. Registro Oficial: Órgano del Gobierno del Ecuador. Administración del Sr. Ec. Rafael Correa Delgado. Presidente constitucional de la República. Suplemento: Función Ejecutiva, Presidencia de la República. Ley Orgánica de Educación Superior (LOES). Quito, 12 de oct. 2010. Registro oficial N° 298. Disponible en:

http://www.ces.gob.ec/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=11:ley-organica-de-educacion-superior&Itemid=137

[7] Todd JE, Walker AM, Doop P. Adult Dental Health/ Salud dental en el adulto. Volume 2. United Kingdom. 1978. London: Her Majesty's Stationery Office, 1982. Disponible en:

<https://digital.nhs.uk/media/16637/Adult-Dental-Health-Survey-England-Wales-Northern-Ireland-2009-Foundation-report/Any/adul-dent-heal-surv-summ-them-foun-2009-re14>

[8] Craven R, Blinkhorn AS, Schou L. A campaign encouraging dental attendance among adolescents in Scotland: the barriers to behaviour change/ Una campaña que fomenta la asistencia dental entre los adolescentes en Escocia: las barreras para el cambio de comportamiento. Community Dent Health, 1994; 11: 131-4. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7953930>

[9] Schuurs AHB, Hoogstraten J. Appraisal of dental anxiety and fear questionnaires: a review/ Evaluación de ansiedad dental y cuestionarios de miedo: una revisión. Community Dent Oral Epidemiol 1993; 21: 329-39. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8306609>

[10] Jamieson LM, Thomsom WM. The Dental Neglect and Dental Indifference scales compared/ Escalas de negligencia dental e indiferencia dental comparadas. Community Dent Oral Epidemiol 2002; 30: 168-75. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12000339>

[11] Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales: a practical guide to their development and use/ Escalas de medición de salud: una guía práctica para su desarrollo y uso, 2nd edn. Oxford: Oxford Medical Publications; 1995. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/271019901_Health_Measurement_Scales_A_Practical_Guide_To_Their_Development_and_Use

[12] Locker D. Evaluation of subjective oral health status indicators/ Evaluación de indicadores subjetivos de estado de salud oral. J Public Health Dent 1994; 54: 167-76. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7932353>

[13] Locker D. Applications of self-reported assessments of oral health outcomes/ Aplicaciones de evaluaciones autoinformadas de resultados de salud oral. J Dent Educ 1996; 60: 494-500. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8675810>

[14] Skaret E, Raadal M, Kvale G, Berg E. Missed and canceled appointments among 12-18 years olds in the Norwegian Public Dental Service/ Citas perdidas y canceladas entre 12-18 años en el Servicio Dental Público de Noruega. Eur J Oral Sci 1998; 106: 1006-1012. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9879912>

[15] Skaret E, Raadal M, Berg, Kvale G. Dental anxiety among 18-yr-olds in Norway: prevalence and related factors/ Ansiedad dental entre personas de 18 años en Noruega: prevalencia y factores relacionados. Eur J Oral Sci 1998; 106: 835-843. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9708686>

[16] Skaret E, Raadal M, Kvale G, Berg E. Reliability and validity of the Dental Indifference Scale in a population of 18 years-olds in Norway/ Confiabilidad y validez de la Escala de Indiferencia Dental en una población de 18 años en Noruega. Community Dent Oral Epidemiol 2000; 28: 330-5.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11014509>

[17] Marshman Z, Baker SR, Robinson Pg. Does dental indifference influence the oral health-related quality of life of prisoners?/ ¿La indiferencia dental influye en la calidad de vida relacionada con la salud bucodental de los reclusos?. Community Dent Oral Epidemiol. 2014. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24450539>

[18] Baker SR. Applying Andersen's behavioural model to oral health: what are the contextual factors shaping perceived oral health outcomes?/ Aplicando el modelo de comportamiento de Andersen a la salud oral: ¿cuáles son los factores contextuales que

dan forma a los resultados percibidos de salud oral?. Commun Dent Oral Epidemiol 2009; 37: 485-94. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19845712>

[19] Andersen RM. Behavioural model of families' use of health services/ Modelo de comportamiento del uso de los servicios de salud por parte de las familias. Research series no 25. Chicago, IL: Centre for Health Administration Studies, University of Chicago; 1968. Disponible en:

<https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/19702701913>

[20] Andersen RM. Revisiting the behavioural model and access to medical care: does it matter?. J Health Social Behav 1995; 36: 1-10. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7738325>

[21] Jones CM, McCann M, Nugent Z. Scottish prisons' dental health survey 2002/ Encuesta de salud dental de las prisiones escocesas 2002. Edinburg: The Scottish Government 2004. Disponible en:

www.gov.scot/resource/doc/47210/0013527.pdf

[22] Ginn S. Dealing with mental disorder in prisoners/ Tratar el desorden mental en prisioneros. BMJ 2012; 345: e7280. Disponible en:

<http://www.bmj.com/content/345/bmj.e7280>

[23] Blasi B, Caccavari R. Clinico-criminological aspects of tattoo removal/ Aspectos clínico-criminológicos de la eliminación de tatuajes. Acta biomédica de L'Ateneo parmense: órgano della Societa' di medicina e scienze naturali di Parma 1981; 52:263-67. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6211025>

[24] Moreno MO, Hernández JL, Maldonado AA, Peinado P. La proyección del envejecimiento y calidad de vida en el adulto mayor. Conference: Congreso Internacional de Investigación Academia Journals, At Celaya, Guanajuato. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/286259464_La_proyeccion_del_envejecimiento_y_calidad_de_vida_en_el_adulto_mayor

[25] Durán L, Muñoz O, García Peña C. La salud del adulto mayor. Primera Ed, 2004. Disponible en:

<https://ddsudg.files.wordpress.com/2014/06/la-salud-del-adulto-mayor-imss-2004.pdf>

[26] OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2005. Ginebra, Disponible en:

www.who.int/whr/2005/overview_es.pdf

[27] Wong R, Díaz JJ. Health care utilization among older Mexicans: health and socioeconomic inequalities/ Utilización de la asistencia sanitaria entre los mexicanos mayores: desigualdades en salud y socioeconómicas. Salud pública de México, 2007; 49: 505-14. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17724524>

[28] De la Fuente-Hernández J, Sumano-Moreno O, Sifuentes-Valenzuela MC, Zelocuatecatl-Aguilar A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. Rev. Universitas Odontológica, vol. 29, núm. 63, julio-diciembre, 2010, pp. 83-92. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231216366010>

[29] United Nations. World Population Prospects: The 2004 Revision, Vol III, Analytical Report. 2006. Disponible en:
www.un.org/esa/population/publications/WPP2004/2004Highlights_finalrevised.pdf

[30] Meller C. Importancia de la odontología preventiva en el adulto mayor: una aproximación personal. Rev. Odontol. Prev. 2008;1(2):73-82. Disponible en:
www.medicinaoral.com/preventiva/volumenes/v1i2/73.pdf

[31] Laplace Pérez BN, et al. Enfermedades bucales en el adulto mayor. Correo Científico Médico, Dic. 2013; 17(4): 477-488. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000400008

[32] Castellanos GL, et al. Salud bucal, salud bucal percibida y calidad de vida en adultos mayores. Rev. Médica de la Universidad Veracruzana, 2014; 14(2):6-11. Disponible en:
<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=61308>

[33] Villavicencio-Caparó E, et al. Pasos para la planificación de una investigación clínica, Revista Odontología Activa, jun. 2016; Vol. 1 (1): 75-78. Disponible en:
<http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php?journal=OACTIVA-UCACUE&page=article&op=view&path%5B%5D=20>

[34] Villavicencio-Caparó et al. Diseños de estudios clínicos en odontología, Revista Odontología Activa, mar. 2017; Vol. 1 (2): 83-86. Disponible en:
<http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php?journal=OACTIVA-UCACUE&page=article&op=view&path%5B%5D=37>

[35] Villavicencio-Caparó et al. El tamaño muestral para para la tesis. ¿Cuántas personas debo encuestar?. Revista Odontología activa, abr. 2017; Vol. 2 (1): 59-62.
<http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php?journal=OACTIVA-UCACUE&page=article&op=view&path%5B%5D=76>

ANEXOS

Anexo 1. POBLACIÓN TOTAL ADULTOS MAYORES DE 65 A 95 AÑOS DE LA PARROQUIA HUAYNA CÁPAC.

	EDAD	SEXO	OCUPACIÓN	EXPOSICIÓN	INDIFERENCIA
1	72	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
2	66	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
3	66	Femenino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
4	70	Femenino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
5	69	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
6	68	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
7	68	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
8	74	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
9	78	Masculino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
10	75	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
11	74	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
12	70	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
13	70	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
14	67	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
15	67	Masculino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
16	66	Masculino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
17	79	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
18	75	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
19	75	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
20	80	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
21	81	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
22	66	Masculino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
23	72	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
24	69	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
25	73	Masculino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
26	73	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
27	75	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
28	66	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
29	70	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
30	70	Masculino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
31	75	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
32	91	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
33	66	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
34	82	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
35	71	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
36	76	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
37	79	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
38	76	Masculino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
39	68	Masculino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
40	66	Femenino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
41	66	Femenino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
42	72	Masculino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
43	65	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
44	77	Femenino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
45	66	Femenino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
46	66	Femenino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
47	67	Femenino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
48	69	Femenino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
49	66	Femenino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
50	71	Femenino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
51	68	Masculino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
52	72	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
53	66	Masculino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA

54	69	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
55	66	Femenino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
56	66	Femenino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
57	68	Femenino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
58	65	Femenino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
59	67	Femenino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
60	80	Femenino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
61	68	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
62	69	Masculino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
63	66	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
64	76	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
65	81	Femenino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
66	83	Masculino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
67	72	Masculino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
68	80	Masculino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
69	73	Masculino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
70	72	Masculino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
71	77	Masculino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
72	77	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
73	66	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
74	76	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
75	72	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
76	68	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
77	69	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
78	72	Masculino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
79	73	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
80	68	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
81	66	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
82	80	Masculino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
83	82	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
84	66	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
85	70	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
86	85	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
87	66	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
88	66	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
89	66	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
90	66	Masculino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
91	74	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
92	66	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
93	73	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
94	72	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
95	67	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
96	71	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
97	70	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
98	78	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
99	67	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
100	72	Masculino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
101	70	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
102	70	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
103	70	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
104	73	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
105	73	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
106	73	Masculino	6	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
107	79	Masculino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
108	77	Masculino	7	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
109	70	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
110	76	Femenino	5	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
111	72	Masculino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
112	68	Femenino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
113	69	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
114	66	Masculino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA

115	81	Femenino	5	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
116	66	Femenino	5	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
117	68	Femenino	5	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
118	66	Femenino	5	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
119	66	Femenino	5	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
120	77	Masculino	7	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
121	77	Masculino	6	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
122	68	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
123	75	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
124	72	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
125	78	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
126	70	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
127	75	Femenino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
128	77	Masculino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
129	88	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
130	75	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
131	71	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
132	77	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
133	75	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
134	66	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
135	91	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
136	84	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
137	87	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
138	73	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
139	80	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
140	85	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
141	86	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
142	73	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
143	66	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
144	68	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
145	66	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
146	84	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
147	81	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
148	74	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
149	66	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
150	78	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
151	75	Masculino	6	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
152	66	Femenino	5	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
153	66	Masculino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
154	72	Femenino	5	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
155	78	Masculino	5	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
156	81	Masculino	5	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
157	70	Masculino	5	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
158	66	Masculino	6	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
159	66	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
160	68	Femenino	7	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
161	75	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
162	71	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
163	67	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
164	66	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
165	65	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
166	75	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
167	66	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
168	66	Femenino	5	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
169	73	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
170	70	Femenino	5	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
171	66	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
172	67	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
173	71	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
174	76	Masculino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
175	69	Masculino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA

176	72	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
177	65	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
178	73	Femenino	5	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
179	85	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
180	71	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
181	72	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
182	69	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
183	81	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
184	78	Masculino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
185	80	Masculino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
186	69	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
187	68	Femenino	2	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
188	65	Masculino	5	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
189	71	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
190	73	Femenino	3	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
191	73	Masculino	3	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
192	68	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
193	69	Femenino	3	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
194	68	Femenino	3	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
195	68	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
196	65	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
197	69	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
198	68	Masculino	3	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
199	71	Femenino	3	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
200	67	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
201	70	Femenino	5	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
202	71	Femenino	3	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
203	67	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
204	77	Masculino	3	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
205	80	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
206	77	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
207	67	Masculino	3	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
208	68	Masculino	3	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
209	66	Masculino	3	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
210	80	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
211	70	Femenino	3	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
212	72	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
213	74	Femenino	5	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
214	70	Masculino	3	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
215	67	Femenino	5	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
216	68	Masculino	5	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
217	68	Femenino	3	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
218	70	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
219	74	Femenino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
220	66	Femenino	3	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
221	69	Femenino	5	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
222	71	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
223	70	Femenino	3	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
224	74	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
225	65	Femenino	3	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
226	70	Masculino	5	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
227	71	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
228	73	Femenino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
229	77	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
230	71	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
231	75	Masculino	0	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
232	95	Femenino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
233	72	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
234	90	Masculino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
235	67	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
236	75	Masculino	6	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA

237	67	Masculino	7	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
238	75	Masculino	0	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
239	73	Femenino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
240	69	Masculino	5	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
241	88	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
242	81	Masculino	7	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
243	69	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
244	74	Femenino	7	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
245	69	Femenino	6	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
246	68	Masculino	0	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
247	66	Masculino	5	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
248	71	Masculino	5	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
249	72	Masculino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
250	68	Femenino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
251	70	Femenino	5	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
252	70	Femenino	5	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
253	77	Masculino	0	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
254	69	Masculino	7	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
255	66	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
256	65	Femenino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
257	65	Masculino	5	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
258	65	Masculino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
259	65	Masculino	3	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
260	65	Masculino	3	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
261	65	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
262	67	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
263	66	Masculino	5	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
264	72	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
265	68	Femenino	5	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
266	66	Femenino	3	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
267	74	Femenino	3	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
268	67	Femenino	3	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
269	69	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
270	74	Femenino	5	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
271	67	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
272	66	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
273	67	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
274	70	Masculino	5	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
275	70	Masculino	5	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
276	73	Femenino	5	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
277	70	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
278	70	Masculino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
279	68	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
280	68	Masculino	5	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
281	80	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
282	73	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
283	80	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
284	78	Masculino	3	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
285	70	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
286	77	Masculino	5	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
287	81	Femenino	5	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
288	79	Masculino	3	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
289	78	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
290	72	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
291	71	Femenino	5	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
292	71	Femenino	6	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
293	67	Masculino	6	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
294	65	Masculino	5	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
295	65	Femenino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
296	79	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
297	73	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA

298	74	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
299	66	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
300	67	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
301	73	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
302	81	Masculino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
303	76	Masculino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
304	75	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
305	74	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
306	86	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
307	71	Masculino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
308	75	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
309	79	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
310	80	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
311	76	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
312	78	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
313	86	Masculino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
314	70	Femenino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
315	72	Femenino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
316	74	Femenino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
317	70	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
318	83	Femenino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
319	71	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
320	70	Femenino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
321	71	Femenino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
322	77	Femenino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
323	71	Femenino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
324	73	Femenino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
325	68	Femenino	7	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
326	65	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
327	73	Masculino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
328	72	Femenino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
329	65	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
330	65	Femenino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
331	65	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
332	73	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
333	74	Masculino	5	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
334	77	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
335	71	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
336	84	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
337	72	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
338	85	Masculino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
339	74	Masculino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
340	66	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
341	77	Masculino	0	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
342	66	Masculino	5	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
343	66	Femenino	5	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
344	68	Femenino	0	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
345	78	Masculino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
346	67	Femenino	7	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
347	68	Femenino	7	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
348	89	Masculino	7	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
349	80	Femenino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
350	83	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
351	68	Femenino	2	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
352	82	Masculino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
353	79	Femenino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
354	89	Masculino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
355	70	Masculino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
356	89	Masculino	7	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
357	71	Masculino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
358	67	Femenino	6	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA

359	68	Femenino	5	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
360	85	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
361	66	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
362	72	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
363	66	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
364	76	Masculino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
365	70	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
366	75	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
367	73	Femenino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
368	71	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
369	66	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
370	73	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
371	83	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
372	72	Masculino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
373	72	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
374	66	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
375	71	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
376	66	Femenino	5	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
377	76	Masculino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
378	70	Masculino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
379	67	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
380	66	Masculino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
381	68	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
382	71	Masculino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
383	73	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
384	71	Masculino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
385	76	Femenino	7	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
386	77	Femenino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
387	66	Masculino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
388	87	Femenino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
389	74	Femenino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
390	75	Femenino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
391	66	Masculino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
392	67	Masculino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
393	72	Masculino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
394	71	Masculino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
395	70	Femenino	8	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
396	87	Femenino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
397	75	Femenino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
398	70	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
399	72	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
400	77	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
401	68	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
402	69	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
403	75	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
404	70	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
405	68	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
406	78	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
407	67	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
408	66	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
409	77	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
410	74	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
411	75	Masculino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
412	71	Masculino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
413	69	Masculino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
414	76	Masculino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
415	71	Masculino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
416	67	Masculino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
417	67	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
418	66	Femenino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
419	76	Masculino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA

420	69	Masculino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
421	69	Masculino	9	SI SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
422	73	Femenino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
423	69	Femenino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
424	75	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
425	76	Masculino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
426	71	Femenino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
427	75	Masculino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
428	86	Femenino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
429	74	Masculino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
430	80	Femenino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
431	66	Masculino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
432	67	Masculino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
433	66	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
434	74	Femenino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
435	73	Femenino	9	NO SE EXPONEN	SIN INDIFERENCIA
436	67	Femenino	6	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
437	70	Femenino	5	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
438	67	Masculino	6	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
439	70	Masculino	6	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
440	66	Masculino	6	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
441	74	Femenino	5	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
442	68	Femenino	5	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
443	66	Femenino	5	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
444	65	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
445	71	Femenino	9	NO SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
446	71	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
447	75	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
448	65	Masculino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA
449	72	Femenino	9	SI SE EXPONEN	CON INDIFERENCIA

Anexo 2. CÁLCULO DE ODDS RATIO

www.openepi.com/TwoByTwo/TwoByTwo.htm

80%

[←](#) [→](#) [↻](#) [🏠](#) [📄](#) [🔍](#) [🌟](#) [⬇️](#) [🖨️](#) [📄](#) [T](#)

- 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

Cálculos de puntos		Límites de confianza	
Tipo	Valor	Inferior, Superior	Tipo
Riesgo en Expuestos	61.54%	45.87, 75.14	Series de Taylor
Riesgo en NoExpuestos	20%	6.282, 45.95	Series de Taylor
Riesgo Total	50%	37.12, 62.88	Series de Taylor
Razón de Riesgo	3.077	1.085, 8.723 ^a	Series de Taylor
Diferencia de Riesgo	41.54%	16.18, 66.89 ^a	Series de Taylor
Fracción etiológica en pob (FEP)	60%	22.74, 97.26	
Fracción etiológica en expuestos (FEE) 67.5%		7.864, 88.54	

Cálculos basados en Odds y Límites de Confianza			
Cálculos de puntos		Límites de confianza	
Tipo	Valor	Inferior, Superior	Tipo
Odds Ratio CMLE*	6.176	1.567, 31.26 ^a	Mid-P exacto de Fisher
Odds Ratio	6.4	1.547, 26.48 ^a	Series de Taylor
Fracción etiológica en pob (FEp/OR)	75%	46.32, 100	
Fracción etiológica en expuestos (FEe/OR)	84.38%	35.35, 96.22	

*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.
Martín 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.
^a &supl; Test de exclusión por límites de confianza al 95% de 0 a 1, como se indica
P-values < 0.05 and confidence limits excluding null values (0, 1, or [a]) are highlighted.
Ver los primeros ítems: examinar primero la opción de los autores.

Activar Windows
Ir a Configuración de PC para activar Windows.

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

Anexo 3. 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: _____

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.:		Valor: 1 si ninguno o si solo el literal a está marcado
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		
2. En la actualidad:		Valor: 1 si el literal a o d están marcados
a. Cree que hay algo mal con sus dientes, pero no lo suficientemente malo como para ir al dentista		
b. Cree que hay algo mal con sus dientes y tiene la intención de ver al dentista pronto		
c. Va a realizarse un chequeo en el próximo año		
d. No cree que necesite ningún tratamiento por lo que no planea ir a un dentista ahora		
e. Ira pronto al dentista		Valor: 1 si el literal b o c están marcados
3. Si pierde una calza en un diente posterior y no le dolió:		Valor: 1 si el literal d está marcado
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		
4. Por lo general, hace una cita para visitar a un dentista:		Valor: 1 si los literales a o c están marcados
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		
5. Si sus encías sangran pero estas no le duelen:		Valor: 1 si los literales a b o d están marcados
a. No es un problema, no vería a un dentista por este problema		
b. Iría inmediatamente a una cita con el dentista		
c. Esperaría a ver si se presenta dolor o algún síntoma para ir al dentista		
6. Acerca de todas sus citas dentales en los últimos 5 años marque la más cercana:		Valor: 1 si los literales a o b están marcados
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 porque el problema desapareció		
7. Si tuviera un diente muy doloroso:		Valor: 1 si los literales b d o f están marcados
a. Preferiría que le saquen		
b. Preferiría dejarlo sin tratamiento		
c. Preferiría realizar una restauración		
8. Ud. diría que la razón principal para no ir a un dentista sería:		Si el literal c está marcado no es un puntaje de indiferencia dental.
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		

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

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

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

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

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

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

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

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

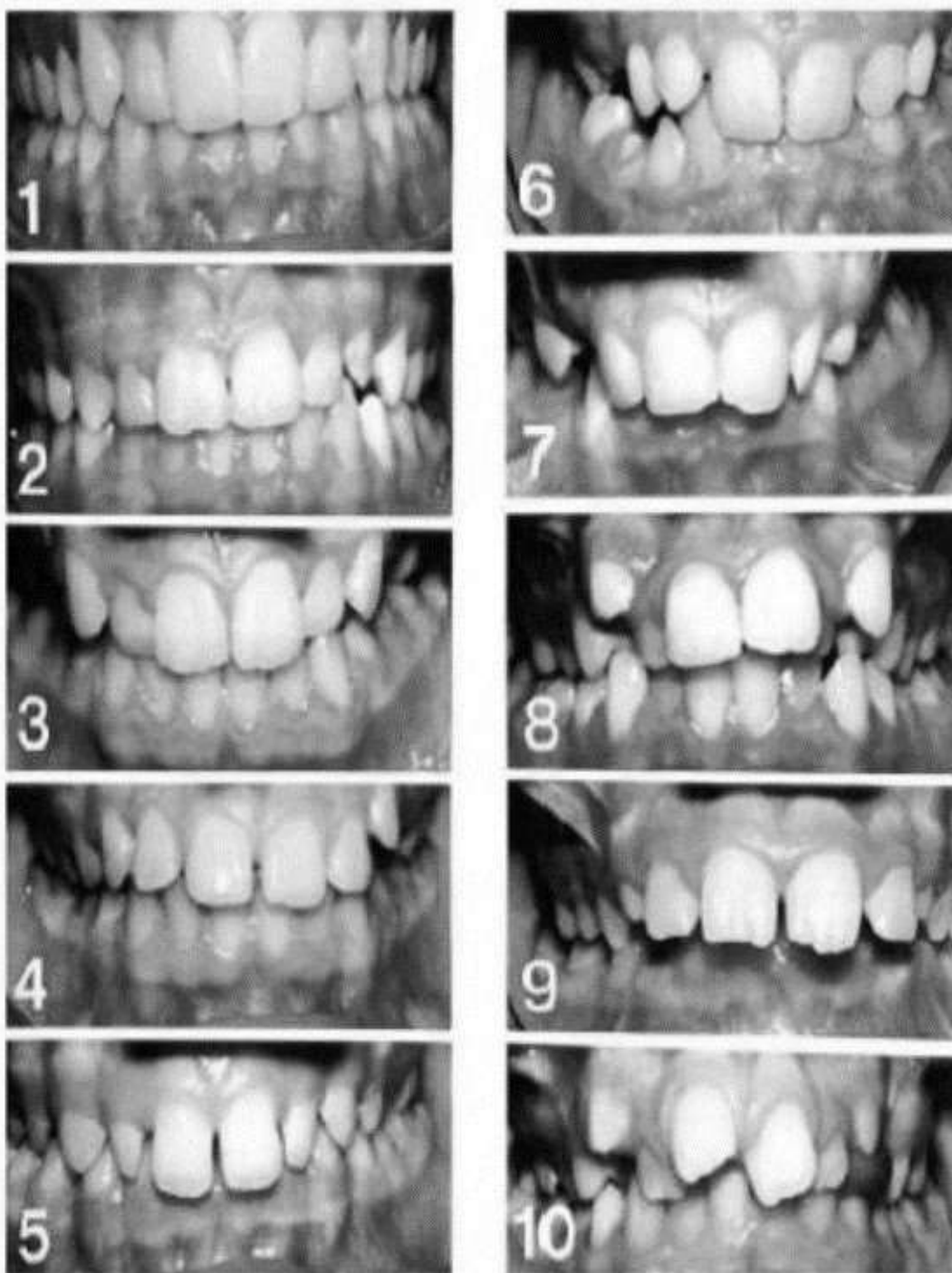
AUTOPERCEPCIÓN			
En los últimos 6 meses. Los dientes cariados te han causado dificultad para:			
Nº		Afectados Si/No	Severidad
69	Comer alimentos (comidas, helados).	Si → No	1 2 3
70	Hablar claramente.	Si → No	1 2 3
71	Lavarse los dientes.	Si → No	1 2 3
72	Descansar (incluyendo dormir).	Si → No	1 2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

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

	Poco seguro/ Muy seguro
77. Que tan seguro está de poder llenar una encuesta médica o necesita de otra persona.	1 2 3 4 5
78. Que tan seguro está de poder seguir las instrucciones escritas en el finalín y aspirina.	1 2 3 4 5
	Poco seguido/ Poco seguido
79. Que tan seguido alguien le ayuda a leer las recetas médicas.	1 2 3 4 5
80. Que tan seguido tiene problemas aprendiendo acerca de un tema de salud o dificultad en el entendimiento de la información escrita.	1 2 3 4 5

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

ÍNDICE ICON



Anexo 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Firma:

Anexo 5. ESTRUCTURA DE LA CLASIFICACIÓN NACIONAL DE OCUPACIONES

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 |