



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y
BIENESTAR
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**INDIFERENCIA AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN PERSONAS
MAYORES A 65 AÑOS, EN LA PARROQUIA DE BELLAVISTA.
CUENCA-ECUADOR 2017.**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO.**

AUTOR: Calderón Tapia Wilson Alejandro.

DIRECTORA: Alvarez Alvarez, Diana Patricia, Od. Esp.

2018

DECLARACIÓN

Yo **CALDERÓN TAPIA WILSON ALEJANDRO**. Declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o clarificación personal; y, que he consultado la totalidad de referencias bibliográficas que se incluyen en el documento; y eximo expresamente a la **UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA** y a sus representantes legales de posibles reclamos y acciones legales.

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

.....

Autor: Calderón Tapia Wilson Alejandro

CI: 0103735437

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

Sra. Dra. Liliana Encalada Verdugo
COORDINADORA DEL DEPARTAMENTO. DE TITULACIÓN.

De mi consideración.

El presente trabajo de titulación denominado **INDIFERENCIA AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN PERSONAS MAJORES A 65 AÑOS, EN LA PARROQUIA DE BELLA VISTA. CUENCA-ECUADOR 2017.** Realizado por Calderón Tapia Wilson Alejandro, ha sido escrito pertinentemente con las líneas de investigación de la carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad, por lo que expedito su presentación.

Cuenca, julio 2018

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.
COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

CERTIFICACIÓN DEL TITULO

Sra. Dra. Liliana Encalada Verdugo
COORDINADORA DEL DPTO. DE TITULACIÓN.

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación **INDIFERENCIA AL TRABAJO ODONTOLÓGICO EN PERSONAS MAYORES A 65 AÑOS, EN LA PARROQUIA DE BELLAVISTA. CUENCA-ECUADOR 2017**, realizado por **CALDERÓN TAPIA WILSON ALEJANDRO**, Ha sido revisado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que esta expedito para la sustentación.

Cuenca, Julio 2018

.....

Dra. Diana Patricia Álvarez

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de investigación a mis padres y a mis hermanos por apoyarme y confiar en mí, en este proceso muy importante de desarrollo profesional, gracias a ustedes que han permitido cumplido una de mis metas y seguir desarrollando como profesional.

Gracias a ustedes que me permitieron seguir adelante y no quedarme estancando sin esperanza, con su apoyo comprendí que siempre existe un nuevo comienzo que nunca es tarde para empezar de nuevo a pesar de las dificultades y que juntos se puede alcázar los sueños que solo me hubiera sido imposible.

EPIGRAFE

Vive como si fueras a morir mañana.

Aprende como si fueras a vivir para siempre.

(Mahatma Gandhi)

AGRADECIMIENTOS

Agradezco este trabajo de titulación a Dios por otórgame la sabiduría y la voluntad para cumplir unos de mis metas más anhelada, a mis padres por su apoyo incondicional por sus consejos que me incentivaron a cumplir mi carrera profesional y un agradecimiento muy especial a los profesores de la unidad académica de salud y bienestar carrera de odontología por impartir sus conocimientos científicos, éticos y morales que nos ayudan a formarnos como personas y profesionales.

A mi tutora del presente trabajo de investigación Dra. Diana Alvares por su paciencia y dedicación, quien con experiencia ayudo en la realización de este trabajo de investigación aclarando mis dudas y apoyándome en mis aciertos.

LISTA DE ABREVIATURAS

USSO: Utilización de servicios de salud odontológicos.

SPSS: Startical Product and Service Solutions.

Dis: Initial development of a. scale to measure dental indifference.

ÍNDICE

RESUMEN	12
ABSTRACT	13
INTRODUCCIÓN.....	13
CAPÍTULO I	15
PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	15
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
2.- JUSTIFICACIÓN	17
3.- OBJETIVOS	18
3.1.- Objetivo general.....	18
3.2.- Objetivos específicos:	18
4.- MARCO TEÓRICO.....	19
4.1.- INDIFERENCIA AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO	19
4.1.2 FRECUENCIA DE LA INDIFERENCIA A LOS TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.....	19
4.1.3.- FACTORES DE RIESGO DE LA INDIFERENCIA DENTAL.....	20
4.1.4.- MEDICIÓN DE LA INDIFERENCIA DENTAL (ESCA- LA DIS).....	24
4.1.5.- COMPLICACIONES ODONTOLÓGICAS EN ADULTOS MAYORES CON INDIFERENCIA A LOS TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.....	25
4.1.6.- LOS PROBLEMAS DENTALES Y LA CALIDAD DE VIDA.....	25
4.2.- ANTECEDENTES.....	30
5.- HIPÓTESIS.....	34
CAPÍTULO II	36
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	36
1.- MARCO METODOLÓGICO.....	37
2.- POBLACIÓN Y MUESTRA.....	37
2.1.- Criterios de selección:.....	37

2.3.- Tamaño de la muestra	38
3.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	39
4.- INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	40
4.1.- Instrumentos documentales:.....	40
4. 2.- Instrumentos mecánicos:.....	40
4. 3.- Materiales:.....	40
5.- PROCEDIMIENTOS PARA LA TOMA DE DATOS.....	40
5. 1.- Ubicación especial.-.....	40
5.2.- Ubicación temporal:	41
5.3.- Procedimiento de la toma de datos:	41
5.4.- Procedimiento Para el análisis de los datos	42
6.- ASPECTOS BIOÉTICOS.....	42
CAPÍTULO III	43
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	43
1.- RESULTADOS	44
2. DISCUSIÓN.....	51
3. CONCLUSIÓN.....	52
4.- BIBLIOGRAFÍA	53
ANEXOS	57

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 de prevalencia de indiferencia.....	44
Tabla N° 2 de prevalencia de Indiferencia al Tratamiento Odontológico de acuerdo al Sexo.....	45
Tabla N° 3 de prevalencia de Indiferencia al Tratamiento Odontológico de acuerdo a la Ocupación.....	46
Tabla N° 4 Prevalencia de Indiferencia al Tratamiento Odontológico de acuerdo al Nivel de Instrucción.....	47
Tabla N° 5 Prevalencia de Indiferencia al Tratamiento Odontológico de acuerdo al Ingreso Económico.....	48
Tabla N° 6 Prevalencia de Indiferencia al Tratamiento Odontológico de acuerdo a la Edad.....	49

RESUMEN

Objetivo: El propósito del presente estudio fue evaluar la indiferencia al tratamiento odontológico en personas mayores a 65 años, en la parroquia de Bellavista de ciudad de Cuenca en el año de 2017. **Materiales y Métodos:** El diseño del estudio fue transversal y descriptivo, se encuestaron 325 personas mayores a 65 años de edad de la parroquia de Bellavista entre los meses de marzo y abril del 2017. Se utilizó la encuesta creada por Nuttall en 1996, es un cuestionario, que tiene como finalidad de identificar y medir las actitudes de indiferencia al tratamiento dental, se registraron los datos en el programa epi info. **Resultados:** la prevalencia de indiferencia al tratamiento odontológico en personas mayores de 65 años en la parroquia de Bellavista fue de un 87%, de acuerdo al sexo, el femenino presento un 88 % de indiferencia al tratamiento dental y el sexo masculino presento un 86% de indiferencia. De acuerdo al nivel económico las personas de nivel económico alto presentaron un 78%, las persona de nivel económico bajo, presentaron 88% de indiferencia. De acuerdo al nivel de instrucción, las personas con un nivel de educación alto el 75% presentaron indiferencia, mientras que en personas con nivel de educación bajo el 91% presentaron indiferencia. De acuerdo a la ocupación las personas expuestas presentaron 88% y los no expuestos presentaron 78%. **Conclusiones:** Existe un nivel muy alto de la indiferencia al tratamiento odontológico en personas mayores a 65 años de edad de manera general, sin diferencia significativa en las variables aplicadas en el estudio

PALABRAS CLAVES: Indiferencia, adultos mayores, tratamiento dental.

ABSTRACT

Objective: The purpose of the present study was to evaluate the indifference to dental treatments in people older than 65 years in the Parish of Bellavista. **Materials and Methods:** The study design was transversal and descriptive; 325 persons older than 65 years of age of the Bellavista village, were surveyed between March and April 2017. It was used the survey created by Nuttall in 1996. The questionnaire, has the purpose to identify and measure attitudes of indifference to dental treatment, the data was recorded in the epi info program. **Results:** the prevalence of indifference to dental treatment in people older than 65 years in the parish of Bellavista was 87%, according to sex, the female presented an 88% of indifference to dental treatment and the male was 86% of indifference. According to the economic level, people of high economic level presented a 78%, people of low economic level, presented 88% of indifference. According to the level of education, people with a high level of education 75% showed indifference, while in people with education level under 91% showed indifference. According to the occupation, the exposed persons presented 88% and those not exposed presented 78%. **Conclusions:** There is a very high level of indifference to dental treatment in people over 65 years of age in general, without significant difference in the variables applied in the study.

KEY WORDS: Indifference, elderly, dental treatment.

INTRODUCCIÓN

El crecimiento de la población de la tercera edad es uno de los retos sociales más importantes en los últimos años porque representan el sector más vulnerable que necesitan de los servicios sanitarios para garantizar su bienestar¹. Los problemas bucodentales son una de las causas que afectan la salud de las personas de la tercera edad. Estos problemas dentales pueden causar dolor e incomodidad, interfiriendo con la capacidad de comer y tragar, dando como resultado una nutrición inadecuada ⁽¹⁾.

La indiferencia es respuesta de la no adherencia al tratamiento dental. Varias investigaciones realizadas en Reino Unido han encontrado que el grupo etario con más frecuencia en mostrar indiferencia al tratamiento dental son adultos jóvenes especialmente varones entre las 16 a 24 años, se comprobó que la indiferencia al tratamiento dental va disminuyendo progresivamente con la edad, las personas adultas analizadas demostraron que aun contaban con piezas dentales y que la pérdida dental sucedió en edades tempranas ⁽²⁾.

A nivel del Ecuador se desconoce las cifras del estado de salud oral de las personas mayores relacionadas con la indiferencia al tratamiento dental, tampoco se conoce las posibles causas que las personas de tercera edad consideren que no es necesario llevar un estado de salud adecuado.

El propósito del presente trabajo de investigación es comprobar si existe y cuál es la frecuencia a la indiferencia al tratamiento odontológico en personas mayores a 65 años en la parroquia de Bellavista, y sus principales causas y el nivel de indiferencia que existe a estos tratamientos.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ciencia odontológica a través del tiempo ha ido evolucionando en cuanto los procedimientos y materiales dentales para brindar a los pacientes tratamientos más eficaces y menos traumáticos.

A pesar de los adelantos tecnológicos en el campo odontológico, está la colaboración de los pacientes a dichos tratamientos. Existen aspectos psicológicos propios de cada paciente como es la indiferencia al tratamientos odontológico, que provocan la cancelación constante de las citas al dentista o la negación total que necesitan un tratamiento.

El problema de investigación que se plantea en el presente trabajo está dirigido a responder la pregunta ¿Cuál es el porcentaje de indiferencia a los tratamientos odontológicos existente en las personas mayores a 65 años parroquia de Bella en el año 2017?

El presente tema de investigación se encuentra dentro del macro proyecto “barreras”, el cual fue aprobado por el departamento de investigación de la carrera de odontología de la Universidad Católica de Cuenca.

2.- JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar el porcentaje de indiferencia que existe en las personas mayores a 65 años en la parroquia de Bellavista; tendrá relevancia en el ámbito social, humano y científico.

En el ámbito social se pondrá en evidencia si existe indiferencia al tratamiento odontológico en las personas de la tercera edad, lo que permitirá crear políticas públicas de salud e infraestructura que facilitaran crear programas encaminados a comprender la actitud de las personas mayores sobre los tratamientos odontológicos, permitiendo la colaboración a estos tratamientos con el fin de mejorar su salud oral.

En el ámbito humano, se pondrá en manifiesto la indiferencia al tratamiento odontológico en personas mayores, lo que permitirá a los odontólogos conocer las causas de la indiferencia y buscar nuevos métodos o mejorar la atención a estos pacientes de acuerdo a los requerimientos de cada uno de ellos, con el objetivo devolver la salud bucal perdida y por ende devolver la autoestima y la reintegración a la sociedad.

La relevancia científica de este proyecto de investigación, con los datos obtenidos se pondrá en evidencia los factores asociados con la indiferencia al tratamiento odontológico, y se podrá identificar los factores de riesgos más relevantes relacionados con la indiferencia en los adultos mayores en la parroquia de Bellavista, con la finalidad de brindar una base de datos para posteriores intervenciones que permitan prevenir la indiferencia al tratamiento odontológico.

3.- OBJETIVOS

3.1.- Objetivo general.

Frecuencia de Indiferencia al tratamiento odontológico en personas mayores a 65 años de edad en la parroquia de Bellavista; Cuenca, Ecuador, en el año de 2017.

3.2.- Objetivos específicos:

- Analizar la frecuencia de indiferencia a los tratamientos odontológicos en personas mayores a 65 años de acuerdo al sexo.
- Analizar la frecuencia de indiferencia a los tratamientos odontológicos en personas mayores a 65 años de acuerdo a la edad.
- Analizar la frecuencia de indiferencia a los tratamientos odontológicos en mayores de 65 años en relación al ingreso económico.
- Analizar la frecuencia de la indiferencia a los tratamientos odontológicos en relación con el nivel de escolaridad.
- Analizar la frecuencia de la indiferencia a los tratamientos odontológicos de acuerdo la ocupación.

4.- MARCO TEÓRICO

4.1.- INDIFERENCIA AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

4.1.1.- Conceptos

La indiferencia al tratamiento odontológico se puede considerar como la actitud de una persona que no tiene ningún tipo de inclinación o de rechazo al tratamiento odontológico. Pensando que no existe ninguna alteración en cavidad oral y que las vistas al odontólogo son innecesarias para su tratamiento o prevención de una posible alteración bucal ⁽¹⁾.

La indiferencia al tratamiento dental es una “actitud definida como una subestimación de los dientes o falta de interés en la salud oral”; se manifiesta principalmente por el descuido a la salud oral, el incumplimiento a las recomendaciones del profesional, la cancelación constante a las citas odontológicas debido a la actitud errada de darle importancia a estos procedimientos o la elección tratamiento dental inadecuado que no cumplen con todo los procedimientos para la resolución del caso según el criterio del paciente ⁽²⁾.

4.1.2 FRECUENCIA DE LA INDIFERENCIA A LOS TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.

La frecuencia de indiferencia dental es más común en jóvenes del sexo masculino y obreros, donde se observa en este grupo etario la cancelación constante o el desinterés a la consulta odontológica o visitan al odontólogo solo cuando requieren tratamiento de urgencia; junto con un gran número de piezas dentales perdidas en individuos de este grupo, la omisión a las recomendaciones de salud y la reducida motivación; encajan perfectamente en el grupo de la población con mayor frecuencia de la indiferencia al cuidado odontológico. A demás se piensa que el grado de indiferencia al tratamiento odontológico está relacionados directamente con las condiciones socioeconómicas, ya que para la mayoría de las personas existen otras necesidades más importantes que el tratamiento odontológico ⁽²⁾.

En los adultos mayores las patologías orales se vuelven más complejas, donde los principales motivos de consulta son de origen traumático, endodóntico y periodontal, que son patologías que generan dolor. En donde un gran número de pacientes son edentulo parciales, con una ausencia mayor a 13 dientes, donde en los dientes presentes en boca poseen una gran cantidad de placa, cálculos dentales y de caries; en un gran número los adultos mayores usan prótesis parcial removible, donde la mayoría se encuentran desadaptadas. Estas condiciones junto con la mala higiene oral son condiciones favorables para la aparición de enfermedades periodontales y problemas en la masticación. La indiferencia los tratamientos odontológicos tiene su mayor frecuencia personas joven pero se puede agravar en la edad adulta, puesto que las patologías bucales pueden aumentar en su complejidad, con ello aumentara el costo porque se necesitara la intervención de un grupo de especialistas para su tratamiento⁽³⁾.

4.1.3.- FACTORES DE RIESGO DE LA INDIFERENCIA DENTAL

Para que un paciente considere la necesidad de realizar un tratamiento dental, analizara principalmente la relación entre el riesgo y beneficio, la necesidad del tratamiento y las ventajas del mismo. El paciente por lo general antes de realizare un tratamiento analizara cuatro factores⁽²⁾. En la población adulta uno de los principales factores de riesgo es la indiferencia a los tratamientos odontológicos, sumado la desconfianza a los odontólogos, son las principales razones para reusarse programar visitas al odontólogo, con variaciones según el género⁽²⁾.

- La prioridad de cumplir con el tratamiento.
- La percepción de gravedad de la enfermedad.
- La credibilidad de la eficacia del tratamiento.
- Aceptación personal de los cambios recomendados.

En la población adulta uno de los principales factores de riesgo es la indiferencia al tratamiento odontológico, sumado la desconfianza a los odontólogos, son las principales razones para reusarse programar visitas al odontólogo, con variaciones según el género⁽²⁾.

4.1.3.a.- FACTOR SOCIOECONÓMICO

El factor socioeconómico es un factor que incrementa la indiferencia a los tratamientos odontológicos. Es la principal limitante para las personas mayores, que puedan asistir a consultas odontológicas periódicamente, o realizarse el tratamiento necesario para resolver la alteración existente en la cavidad oral ⁽²⁾.

El nivel socioeconómico bajo puede incrementar la indiferencia al tratamiento odontológico en personas mayores, afecta de igual manera a niños y adolescentes hijos de padres con sueldos bajos ⁽³⁾. Existen niños en edad escolar que aún no han tenido contacto alguno con el dentista ⁽⁴⁾.

La desigualdad en el acceso y la calidad de los servicios de salud dental, se hace evidente entre las diferentes clases económicas y sociales ⁽³⁾. En las poblaciones rurales una de las principales barreras en el momento de realizar una consulta odontológica es la económica. El flujo de los recursos económicos y los beneficios en el ámbito social no llegan a la población por igual la mayoría se quedan distribuidos en la población con un nivel socioeconómico alto, quienes pueden acceder a servicios de salud privados ⁽³⁾.

4.1.3.b.- NIVEL DE EDUCACION

El nivel de educación y los conocimientos de los padres son factores que está relacionado con actitud de indiferencia, que afecta especialmente a niños y adolescentes, puesto que la cancelación de citas dentales o abandono de los tratamientos es más frecuentes en padres desempleados y con bajo nivel de preparación en relación con los hijos de padres con un buen nivel de educación y con un trabajo estable ⁽²⁾.

Los conocimientos sobre la salud oral en muchos casos no se encuentran íntimamente relacionados con la actitud de las personas mayores a la prevención de las alteraciones orales. Sin embargo, se presume que el conocimiento de la sintomatología de las enfermedades dentales puede dirigir a adoptar acciones de salud y modificar el comportamiento, encaminados a la prevención o al tratamiento en las primeras etapas de la enfermedad ⁽⁵⁾.

4.1.3.c.- EL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es la disminución a la adaptación por la pérdida o la disminución funcional de los diferentes órganos del cuerpo como consecuencia de la edad, es un proceso dinámico, progresivo e irreversible, donde intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales. De esta manera el envejecimiento no se puede considerar como enfermedad ni fenómeno único en cambios fisiológicos en la cavidad oral ⁽¹⁾.

El envejecimiento produce en la cavidad oral una serie cambios graduales, irreversibles y acumulativos, lo que origina una mayor vulnerabilidad a los agentes traumáticos e infecciosos. En otros aspectos, los adultos mayores siguen aceptando que el deterioro bucal es un proceso inevitable e irreversible del envejecimiento, lo que causa el descuido de la salud bucal, que puede afectar su bienestar ⁽⁶⁾.

La falta de información sobre salud dental y alteraciones periodontales es reflejo del gran desconocimiento en materia de salud bucal que presentan las personas mayores ⁽⁶⁾. A pesar que las enfermedades buco dentales aumentan el riesgo de agravarse en la edad adulta, no corresponden a los fenómenos propiamente dichos que se dan con la vejes ⁽⁶⁾.

Motivar a las personas de la tercera edad se puede considerar una de las tareas más difíciles para el odontólogo, la motivación humana es mucho más compleja, por cuanto está basada en una combinación de expectativas, ideas, creencias, sentimientos, esperanzas, actitudes y valores, que inician, mantienen y regulan el comportamiento. Factores diversos como experiencias previas, falta de conocimiento, no aceptación del problema, disminución de la autoestima, circunstancias sociales o económicas y situaciones emocionales pueden determinar conductas negativas en cuanto a la salud ⁽⁶⁾.

4.1.3.d.- FAMILIA

La familia, es considerada como el pilar fundamental que posee todo individuo a lo largo su vida, por lo tanto el paciente se sentirá protegido, ya que esto ayudara a sobrellevar el estrés que genera el diario vivir⁽⁷⁾. La familia nos ofrece un gran apoyo en lo que se refiere a prevención y tratamiento de la enfermedad que puede afectar a algún miembro de la familia. El odontólogo en la práctica diaria por lo general, atiende a personas con

enfermedades en la cavidad oral pero pueden traer consigo problemas, socioafectivos, familiares y de trabajo que comprometen la autoestima del paciente y repercuten en su estado de salud bucal ⁽⁷⁾. Por lo tanto familia es considerada como la mayor motivación para toda actividad ⁽⁷⁾.

En muchos casos los adultos mayores son excluidos de la sociedad y del vínculo familiar siendo abandonados por los hijos o la muerte de la pareja, lo que da como consecuencia el desarrollo de personalidades depresivas, lo que lleva a la reducción de sus actividades físicas, agrandado la posibilidad de padecer algún tipo de alteración de tipo sistémico ⁽⁸⁾.

4.1.3.e.- SITUACIÓN PSICOLÓGICA DE LOS ADULTOS MAYORES

Desde un punto de vista psicológico la población de adultos mayores tienen actitudes de vida muy diferentes entre sí. Ya que adoptan mayores y nuevas actividades que ayudan a mantener condiciones de vida saludables y evitando ser tratados como “viejos”⁽⁸⁾. La gran mayoría de ellos desean tener una dentadura de alta estética y funcionalidad, están dispuestos en optar medidas de prevención e invertir tiempo y dinero en tratamientos dentales con tal de conseguir una armonía entre su estado psicológico y estético ⁽⁸⁾.

Sin embargo, existe una tasa muy alta de adultos mayores que poseen ideas erróneas sobre las alteraciones de la cavidad oral y la pérdida de los dientes, pensando que son cambios normales que se producen con el envejecimiento, mismas creencias por las que algunos adultos mayores realizan visitas al odontólogo solo cuando en presencia de dolor y tratamiento deben estar encaminado al alivio del mismo ⁽⁸⁾. Por las ideas poco acertadas sobre los cambios fisiológicos y anatómicos que se produce en la cavidad oral como consecuencia del envejecimiento, crean un estilo de vida que representa una barrera para una prevención y el tratamiento eficaz de las alteraciones orales ⁽⁷⁾.

Para que las personas mayores capten y pongan en práctica nueva información relacionada a la prevención, terapias profilácticas y tratamiento de las enfermedades bucales es mínima, en la mayoría de los casos será rechazada, lo que aumenta la indiferencia al cuidado dental ⁽⁵⁾.

4.1.4.- MEDICIÓN DE LA INDIFERENCIA DENTAL (ESCA- LA DIS)

Nuttall ⁽²⁾. En el año de 1996 en Escocia diseño un cuestionario, cuyo objetivo fue identificar y medir el nivel de indiferencia dental a los tratamientos odontológicos. Excluyendo a pacientes con antecedentes de miedo o ansiedad dental, siendo una encuesta sencilla y corta, que permite identificar a grupos que necesitan la promoción del cuidado dental ^(2,9). El reto más exigente que presenta la escala (DIS) es determinar si es un medio fiable para identificar comportamientos que se asocian con una actitud de indiferencia hacia el tratamiento odontológico como la falta de cumplimiento con las instrucciones de atención oral y la inasistencia a citas dentales ^(2,9).

Las puntuaciones fueron sumadas según la escala de Nuttall, lo que brindó niveles de seguridad y fiabilidad ⁽²⁾.

En Noruega fue aplicado este cuestionario a pacientes de 16 a 18 años, está escala no brindó niveles de fiabilidad adecuados. Debido, principalmente, por la presencia de hábitos orales y distintas prestaciones de servicios de salud oral de Escocia que es el país de origen de la escala, en comparar ⁽²⁾.

Según esta escala, se clasifico a la indiferencia dental en tres niveles:

- Puntuación de 0 a 1 – baja
- Puntuación de 2 a 4 – media
- Puntuación de 5 a 8 – alta

Las puntuaciones fueron sumadas según la escala de Nuttall, lo que brindó niveles de seguridad y fiabilidad ⁽²⁾.

En Noruega fue aplicado este cuestionario a pacientes de 16 a 18 años, está escala no brindó niveles de fiabilidad adecuados. Debido, principalmente, por la presencia de hábitos orales y distintas prestaciones de servicios de salud oral de Escocia que es el país de origen de la escala, en comparar ⁽²⁾.

4.1.5.- COMPLICACIONES ODONTOLÓGICAS EN ADULTOS MAYORES CON INDIFERENCIA A LOS TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.

En los últimos años se ha evidenciado el aumento de los conocimientos de la población sobre los temas de las alteraciones bucales más relevantes, los factores de riesgo y las medidas preventivas ⁽¹⁰⁾. Se reflejado en un gran número de adultos mayores poseen calidad aceptable en cuanto al estado de salud general y dental porque su principal objetivo es ser autosuficientes hasta edades avanzadas. A pesar de esto el cuerpo pierde la capacidad de regenerarse y permite la aparición de enfermedades crónicas. Con el envejecimiento se produce una serie cambios graduales, irreversibles y acumulativos en la cavidad oral; incrementando la vulnerabilidad a los traumatismos y a los procesos infecciosos ⁽¹¹⁾.

Las alteraciones bucales a causa de la indiferencia al tratamiento odontológico en personas mayores, pueden manifestarse tejidos blandos y tejidos duros de la cavidad oral. Las alteraciones de los tejidos blandos, se presenta como lesiones en mucosa oral (irritaciones y ulceraciones repetidas), lesiones en la lengua (fisuras, despapilación), en las glándulas salivales (xerostomía), en el sistema muscular (atrofia, hipotonía). Entre las alteraciones de los tejidos duros se presentan, se presentan lesiones en las piezas dentales (atrición, erosión, abrasión, cambio de coloración, caries), en el tejido óseo (reabsorción, osteoporosis) en la articulación temporomandibular (artritis, subluxación, luxación). ¹¹

La pérdida dental severa y las alteraciones de los tejidos blandos y duros y la escasa asistencia a la consulta odontológica Junto con la indiferencia en el cuidado de las prótesis removibles en personas adultas provocan que éstas se encuentren en malas condiciones y constituyan un factor para aumentar lesiones en los tejidos bucales ⁽¹²⁾.

4.1.6.- LOS PROBLEMAS DENTALES Y LA CALIDAD DE VIDA

Las alteraciones bucales representan un factor negativo en la calidad de vida de las personas mayores, la salud oral es de suma importancia en la consecución del bienestar general. De esta manera aunque las patologías orales no representen un riesgo para la vida, estas son causas determinantes para alterar la calidad de vida de los individuos ⁽¹³⁾.

La pérdida de los dientes junto con los problemas psicosociales, muchas personas no se sienten cómodos comer en frente de otras personas, por el dolor ⁽¹⁴⁾. Las alteraciones en las funciones dentales presentan dificultades en la masticación y deglución, que llevan a problemas de nutrición que afectan la calidad de vida ⁽¹³⁾. Los adultos mayores consumirán menos nutrientes como calorías, proteínas, fibras y vitaminas. En efecto consumirán alimentos ricos en azúcares y grasas que están ligados a la aparición de enfermedades sistémicas como la diabetes y enfermedades cardiovasculares ⁽¹⁴⁾.

La indiferencia al tratamiento dental, es la respuesta al desapego al tratamiento es de suma importancia efectuar el tratamiento y la motivación para superar esta barrera de conducta es considerada como la respuesta, analizando las razones por las que se presenta. Asociando las razones personales del paciente como son edad, entorno socio-cultural, nivel de educación y personalidad, que pueden modificar el enfoque del tratamiento, junto con el incumplimiento de las indicaciones del odontólogo por pensar que no son adecuadas, que el medicamento no cumpla los efectos deseados, que las explicaciones tanto de la enfermedad y del tratamiento no sean suficientes o la utilización de un lenguaje que sea difícil de comprender por el paciente. También puede estar asociada a los olvidos, limitaciones por problemas afectivos y congestivos ⁽²⁾.

4.1.7.- PRINCIPALES RAZONES QUE AUMENTAN LA INDIFERENCIA.

Se considera la indiferencia como la falta de interés hacia el tratamiento, es necesario instaurar tratamientos o métodos destinados a eliminar este tipo de conductas que adquieren un gran número de personas, Donde se analizan las razones asociadas propias del paciente, con el tratamiento y las razones relacionadas con el odontólogo ⁽²⁾:

4.1.7.a.- Razones asociadas al paciente

Entre las razones más comunes asociadas con el paciente tenemos ⁽²⁾:

- Edad
- Entorno sociocultural
- Nivel de educación
- Personalidad

Estas razones relacionadas con el paciente pueden ser condicionantes para el tratamiento junto con la desconfianza en las indicaciones, proporcionadas por el profesional de salud o que la información acerca de la enfermedad y el tratamiento hayan sido insuficientes o difíciles de entender y los medicamentos no sea efectivos, en algunas ocasiones se puede asociar al olvido y limitaciones ocasionados por problemas afectivos y congestivos ⁽²⁾.

4.1.7.b.- Razones asociadas al tratamiento: En odontología en un gran número de pacientes los medicamentos, producen efectos adversos no deseados, el tiempo que dura el tratamiento la relación en relación con el beneficio del mismo, la mayoría de los pacientes esperan resultados favorables en corto tiempo, la complejidad del régimen terapéutico dada por las prescripciones o las etapas del tratamiento por los costos elevados de la mayoría de los tratamientos dentales y dependiendo de la evolución de la enfermedad que puede ser agudo o crónico que requerirá tiempo y un costo elevado para el tratamiento y los resultados pueden ser desfavorables, dependiendo de evolución y complejidad de la enfermedad ^(2, 15).

4.1.7.c.- Razones asociadas al profesional de la salud: Se considera el tiempo que se invertirá en cada paciente, la dificultad de comunicación del profesional hacia el paciente, la personalidad del profesional, los conocimientos sobre las alteraciones en salud oral presente en el paciente y la efectividad con que pueda manejar las reacciones y cuestionamientos del paciente y del tratamiento ⁽²⁾.

4.1.8.- ESTRATEGIAS ENCAMINADAS A DISMINUIR LA INDIFERENCIA.

Para motivar al paciente y aumentar su interés al tratamiento se debe considerar las variables sociodemográficas como son la edad, sexo, nivel sociocultural, ocupación, y número de hijos o adultos a cargo, etc ⁽²⁾. De esta manera cada paciente percibe representaciones distintas sobre el estado salud y planifican el tratamiento según sus propias representaciones acompañados con una serie de temores el estado de salud, el tratamiento debe incluir una serie de requisitos principalmente la relación entre paciente y el profesional de la salud, junto con el apoyo familiar y social que el paciente tenga ⁽²⁾.

Unas de las principales estrategias es informar y capacitar a los pacientes sobre el tratamiento a realizarse y se debe incluir la capacitación a los familiares o allegados que

sean una afluencia efectiva en el cumplimiento del tratamiento, las recomendación y las técnicas de cuidados deben ser explicadas de acorde al nivel de entendimiento de los pacientes enfocadas en el cumplimientos de las recomendaciones para que el tratamiento sea exitoso. Se debe trabajar en estrategias conductuales y educativas para el cumplimiento del tratamiento ⁽²⁾:

4.1.8.a.- Estrategias Educativas: Son consideradas como aproximaciones didácticas enfocadas en lograr que el paciente asuma una actitud positiva frente al tratamiento mediante el conocimiento amplio de la alteración que sufre y de sus posibles complicaciones y la importancia que implica el cumplimiento para su recuperación, asegurarse que el paciente haya entendido a profundidad su situación de salud, con esto garantizamos que la adherencia al tratamiento sea una realidad ⁽²⁾.

Las estrategias educativas son de vital importancia para conservar los dientes en condiciones saludables y limitar la aparición de otras enfermedades bucodentales ⁽¹⁵⁾. La higiene oral considerado como uno de los elementos preventivos diarios, tales como el cepillado con una técnica adecuada tres veces al día, el uso de hilo dental y enjagüe bucal, son aquellas variables que evitan problemas posteriores, y son menos dolorosos y menos costosos que los tratamientos por una infección que se ha dejado progresar.⁸ Fomentar las visitas regulares al odontólogo para un chequeo dental porque la mayoría de patologías puede ser asintomáticas hasta evolucionar en consecuencias más graves que presenten síntomas como el dolor ⁽¹⁶⁾.

4.1.8.b.- Profesionales de la salud: Es importancia de potenciar la formación médica de los Odontólogos, en cuanto sean capaces de reconocer diferentes lesiones y manifestaciones orales de las enfermedades sistémicas, también es importe que los odontólogos trabajen conjuntamente con los médicos y psicólogos para solucionar los problemas de salud de los adultos mayores porque en muchos caso la raíz del problema no es el odontológico sí que a veces son manifestaciones de alguna enfermedad sistémica o algún problema psicológico del paciente ⁽⁷⁾. Es necesario educar para que el profesional adquiera destrezas en comunicación efectiva, habilidades de manejo conductual ante pacientes que muestren actitudes o conductas de indiferencia al tratamiento, el odontólogo debe tener la suficiente habilidad para crear un ambiente de confianza en el que el paciente pueda expresar sus temores, desconfianzas y preocupaciones acerca de su tratamiento, considerar además sus rasgos de personalidad para que el acercamiento sea efectivo ⁽²⁾.

4.1.8.c.- Prevención de recaídas: Es de vital importancia hablar con el paciente sobre la posibilidad de fracaso del tratamiento, para esté prevenido y trate de evitar situaciones que pueden causar una recaída ⁽²⁾. El profesional debe considera las razones por la que se dio la recaída y trabajar en ellas como parte del proceso de tratamiento, mas no como un fracaso. ² Existen distintas estrategias empleadas dentro de la Psicología, cuyo fin tiene disminuir la indiferencia y lograr una adherencia al tratamiento ⁽²⁾.

Para evitar el abandono de los pacientes al tratamiento dental se sugiere que se deben realizarse intervenciones más largas y complejas dirigidas a aprovechar la primera cita como día clave, en el que se puede realizar no solo el examen clínico sino iniciar con procedimientos de educación en salud bucal en la misma cita y darle la importancia de la clasificación del riesgo con índices como el de placa bacteriana, que le indique al paciente su estado real en cuanto a higiene y hábitos saludables ^(2,7).

4.1.8.d.- Estrategias Conductuales: Con esta estrategia se busca que el paciente cumpla con responsabilidad las indicaciones del tratamiento. Por ejemplo: cepillado de los dientes en las horas de trabajo, que se no olvide su salud oral por la noche, calendarios con registros de las fechas establecidas para el tratamiento, recompensar y reforzar positivamente cuando el tratamiento se cumplido según las indicaciones prescriptas ⁽²⁾.

4.1.8.e.- Apoyo familiar y social: La intervención de los miembro familiares para que conozcan sobre el estado de salud del paciente y el tratamiento necesario indicado para su curación, para que se conviertan en apoyos efectivos para cuando el paciente de indicios de incumplimiento o señales de abaldono al tratamiento ⁽²⁾.

4.1.9.- MANEJO ODONTOLÓGICO DE LA INDIFERENCIA EN PACIENTES MAYORES

En cuanto al manejo de la indiferencia en las personas mayores la información en cuanto a los conceptos profilácticos no debe tener exceso de información. Debería centrarse causa real del problema y reducir al mínimo las instrucciones que involucren cambios en el comportamiento habitual del paciente ⁽⁷⁾.

En muchos casos se debería trabajar en la población joven en la promoción de estilos de vida saludable que les permita disfrutar de una buena calidad de vida en la etapa de adulto. Además, debe existir el intercambio de información entre el odontólogo y otros profesionales de la salud como la base de un sistema eficiente de salud pública y del cuidado de la salud, lo que implica que el estomatólogo debe involucrarse activamente en otros ámbitos del cuidado de la salud general, fomentando el abordaje multidisciplinario de las necesidades de atención de los adultos mayores ⁽⁷⁾.

4.2.- ANTECEDENTES

En el Artículo de revista denominado Caracterización del estado de salud bucal y nivel de conocimientos en pacientes geriátricos Caricuao. Venezuela de Lauzardo G, Gutiérrez M, Quintana M, Gutiérrez N, Fajardo J observaron en las últimas décadas el aumento de adultos y ancianos y el incremento de las necesidades y demandas de atención estomatológica a este grupo poblacional. Se realizó un estudio observacional, descriptivo transversal en el 2007 con el objetivo de caracterizar el estado de salud bucal y el nivel de conocimientos de 45 pacientes geriátricos. Se detectó la presencia de caries y necesidad de prótesis dental mediante la observación y examen clínico, factores de riesgo según la planilla de factores de riesgo y comportamiento de la enfermedad periodontal a través del Índice Periodontal, además se aplicó una encuesta para determinar el nivel de conocimientos sobre salud bucal. La caries fue uno de los principales factores de riesgo estudiados, se encontró que un porcentaje importante de adultos mayores que requiere de tratamiento protésico rehabilitador y que el nivel de conocimiento de los abuelos sobre salud bucodental fue muy bajo para ambos sexos ⁽¹⁾.

En el Artículo de revista denominado la calidad de vida y su relación con la salud oral en personas de tercera edad de Cerón x, donde demostraron que la población de la tercera edad está expuesta a múltiples factores de riesgo no solo en su salud general, sino también en su salud oral, que asimismo puede afectar notablemente su calidad de vida, bienestar e integridad. La literatura demuestra cómo este tipo de población es más susceptible a presentar condiciones sistémicas asociadas con manifestaciones en la cavidad oral, así como la enfermedad periodontal y la caries, hasta causar pérdida dental, riesgo que se incrementa a medida que aumenta la edad. Esta revisión bibliográfica toma en cuenta

información a partir del 2001. Se incluyen estudios realizados en personas de la tercera edad, en los que se establece una relación entre la calidad de vida y la salud oral ⁽⁶⁾.

En el artículo de revista denominado, the Dental Neglect and Dental Indifference scales compared, Jamieson L M, determinaron si la escala de indiferencia y negligencia dental se miden y tienen asociaciones similares en la misma muestra de población de 600 residentes que recibieron un cuestionario de auto evaluación que contenían las escalas de negligencia e indiferencia dental. 78 personas respondieron el cuestionario. El puntaje promedio de negligencia fue de 12.4 (SD4.4). La puntuación media de la escala de Indiferencia Dental fue de 3.1 (SD1.9). Y solo hubo un grado moderado de concordancia entre los dos. Las dos escalas tenían asociaciones en gran parte similares con las características sociodemográficas, de cuidado bucal y de autocuidado, y con la salud oral, el grado de concordancia de la Odontología entre las escalas de descuido dental e Indiferencia Dental no fue tan alto como se esperaba, lo que sugiere que las escalas pueden medir diferentes métodos. Sin embargo, las asociaciones en gran medida similares con importantes variables de salud oral y sociodemográficas de las escalas sugieren lo contrario. Aunque la escala de indiferencia dental fue un poco más discriminativa, la escala de negligencia dental fue más fácil de usar en la práctica ⁽⁹⁾.

En el Artículo de revista denominado Indiferencia al tratamiento dental, Heredia D, realizaron una revisión bibliográfica que fue realizada con el fin de recolectar información sobre la indiferencia al tratamiento dental, con el propósito de brindar al profesional información relacionada con una de las principales barreras para el acceso a los servicios de salud oral. Las fuentes consultadas para esta revisión fueron artículos científicos de distintas bases digitales de temas relacionados con Odontología, Psicología, Procesos psicoterapéuticos. Se observó que este tipo de conducta es más frecuente en hombres y obreros en edades jóvenes y esta actitud disminuye progresivamente con la edad. Entre los factores de riesgo relacionados con este comportamiento se incluyen el factor socio económico, nivel educacional, adherencia al tratamiento. El método de diagnóstico de esta conducta es la escala de indiferencia dental (DIS) desarrollada por Nuttall en el año 1996. Como tratamiento para la indiferencia dental existen muchas terapias, que no tienen un respaldo estadístico suficiente, pues en Psicología estos procedimientos han sido desarrollados de forma empírica ⁽²⁾.

En el Artículo de revista denominado importancia de la odontología preventiva en el adulto mayor de Miller C, describe que 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 atareo de la tercera edad⁽¹⁴⁾.

En el artículo de revista denominado factores asociados a la utilización de servicios de salud odontológicos, Argentina de María Silvina Dho, analizar los factores asociados a la utilización de servicios de salud odontológicos (USSO) en individuos adultos. Se realizó un estudio transversal. A través de una encuesta domiciliaria se recolectó información de las variables de estudio. Se determinó el tamaño de la muestra estableciéndose un nivel de confianza del 95% (381 individuos). Se aplicó un diseño muestral aleatorio simple. Se analizaron los datos con los programas SPSS 21.0. y Epidat 3.1. El nivel socioeconómico, la cobertura social odontológica, la percepción sobre la salud bucal, los conocimientos de salud bucal y los hábitos de higiene bucal se asociaron significativamente a la USSO en los últimos 12 meses. Los mismos factores, a excepción de la cobertura social odontológica y de los conocimientos de salud bucal, se asocian a la USSO por motivos de control, chequeo dental de rutina. Se deben implementar medidas tendientes a aumentar la USSO con fines de prevención en individuos de ambos sexos, de todos los niveles socioeconómicos, especialmente en aquellos menos favorecidos⁽¹⁷⁾.

En el artículo de revista denominado factores asociados a la utilización de servicios en una clínica odontológica universitaria peruana Milagros, Perú de Carrasco-Loyola.

Evaluaron algunos factores que podrían estar asociados con la utilización de los servicios de una clínica odontológica, se evaluaron 91 fichas clínicas de pacientes que acudieron al Servicio de Diagnóstico de la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano. La proporción de pacientes evaluados en el Servicio de Diagnóstico, que utilizaron los servicios de la Clínica Docente de la UPCH fue de 61,5%, con una edad promedio de 29,1 años mayormente de sexo femenino (74,7%) y de ocupación estudiante (42,9%). El grupo etario evaluado en mayor proporción fue de 26 a 45 años de edad (29,7%), seguido de los menores o iguales a un año de edad (28,6%). Los factores asociados con la utilización de los servicios odontológicos fueron: edad ($p=0,010$) y última visita al dentista ($p=0,047$). Los factores asociados encontrados fueron: edad del paciente y última visita al dentista. El tener empleo independiente y acudir por primera vez al dentista o antes de los 6 meses desde la última cita, fueron factores que predisponen a una mayor probabilidad de atención en los servicios odontológicos ⁽¹⁸⁾.

En el artículo de revista denominado prevalencia de las patologías orales en el adulto mayor valorado en el Servicio Médico Forense de la Ciudad de México, de Guillermin C, . Waliszewski S, Denis P, García F, Briseño B. Determinaron que la prevalencia de patologías orales en adultos y sus condiciones asociadas, se realizó un estudio de prevalencia en una muestra de 100 adultos. En el análisis univariado se determinaron las medidas de resumen y dispersión para todos los datos. El análisis bivariado incluyó la t de Student y la prueba Chi2. Se consideró un valor de $p \leq 0,05$. Resultados: del total de los adultos examinados, el 67% (67) presentaba lesiones blancas, los Gránulos de Fordyce fueron los más frecuentes con 76,1% (76) seguido de hiperqueratosis friccional con un 7%. Las lesiones rojas estuvieron presentes en el 79% (79) de los examinados y las más frecuentes fueron las várices linguales (58.2%) (46), la mucositis protésica (48%) (38) y las petequias (10,1%) (8). El 32% (32) de las personas presentaron lesiones pigmentadas, la más frecuente fue la pigmentación fisiológica (71,8%) (23). Conclusiones: las lesiones orales más frecuentes son variaciones de la normalidad como Gránulos de Fordyce, várices y pigmentaciones fisiológicas propias del proceso de envejecimiento. Entre las verdaderas patologías, la más frecuente fue la mucositis subprotésica. Sólo se encontró asociación entre los factores estudiados como necesidad de cambio de prótesis y úlceras ⁽¹¹⁾.

En el artículo de revista denominado la interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca, de Rojas G, Misrachi C. definieron que la boca es una parte integrante no sólo de un cuerpo físico, sino también de una imagen corporal o dicho en otros términos, de un cuerpo representado a nivel psíquico. Es así que posee un significado psíquico único en relación con otras partes del cuerpo. Debido a las experiencias primarias que la boca permite en el desarrollo humano, es que en ella están representados sentimientos íntimamente ligados a la identidad del sí mismo. Cuando el dentista se relaciona con su paciente deberá considerar estos conceptos para conseguir una buena alianza terapéutica. La relación se verá fortalecida en la medida que se considere al paciente como una persona independiente que tiene ciertos conocimientos y capacidad de decisión respecto a su salud oral. Si esto se complementa con la aplicación de una serie de técnicas que ayudan a disminuir la ansiedad del paciente cuando asiste a la consulta profesional, se logrará que desarrolle conductas de autocuidado para mejorar y mantener su salud bucal en buenas condiciones ⁽¹³⁾.

En el artículo de revista denominado enfermedades bucales en el adulto mayor, de Laplace B, Legrá S, Fernández J, Quiñones D, Piña, Castellanos L. Demostraron que 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 ⁽¹⁶⁾.

5.- HIPÓTESIS: Por ser un trabajo descriptivo no presenta hipótesis

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1.- MARCO METODOLÓGICO

Enfoque: El enfoque de la investigación es cuantitativo

Diseño de la Investigación: Descriptivo ⁽¹⁹⁾.

Nivel de Investigación: Descriptivo

Tipo de Investigación:

- Por el ámbito: De campo.
- Por la técnica: Comunicacional de encuesta.
- Por la temporalidad: Trasversal ⁽¹⁹⁾.

2.- POBLACIÓN Y MUESTRA

La muestra fue de 325 personas mayores a 65 años, encuestadas en la parroquia de Bellavista de la ciudad de Cuenca ⁽²⁰⁾.

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

2.1.a.- Criterios de inclusión: Se incluirán en este estudio, a personas que vivan en la parroquia de Bellavista, mayores a 65 años; que posean su documento de identidad que estén dispuestos a firmar el consentimiento y demuestren en plena capacidad mental para responder el cuestionario.

2.1. b.- Criterios de exclusión: Se excluirá a personas que no residan en la parroquia de Bellavista, en cuanto a las fichas se excluirá las que no estén firmadas o consten con el número de identidad personal y que tenga incoherencia en las respuestas.

Esta cantidad de fichas provienen de una población de 2035 de personas mayores a 65 años en la parroquia de Bellavista.

2.3.- Tamaño de la muestra: Se calculó mediante la fórmula de muestra de grupo con población conocida ⁽¹⁰⁾.

$$n = \frac{Z^2 * P(1 - P) * N}{Z^2 * P * (1 - P) + E^2 * (N - 1)}$$

Donde:

$$Z^2 = (1.96)^2$$

$$P = 0.5$$

$$1-p = 0.5$$

$$E^2 = (0.05)^2$$

$$N = 2035$$

$$n = 325$$

El tamaño de la muestra fue de 325 encuestas.

3.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	DIMENSIÓN DE LA VARIABLE	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA	DATOS
Indiferencia a los tratamientos odontológicos	Falta de interés de una persona a los tratamientos odontológicos	Valor del grado de indiferencia dental	Encuesta Nutall	Cuantitativa	ordinal	Alta Media Baja
sexo	Características genotípicas de una persona	Características externas que definen la diferencia entre hombre y mujer		Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
edad	Tiempo transcurrido de la vida de una persona hasta la actualidad	Años de vida de una persona que se registra en el momento de realizar la encuesta		Cuantitativa	Razón	Mayores a 65 años
Nivel académico	Grado de conocimientos certificados de un persona.	Nivel de estudios registrados durante la encuesta.		Cualitativa	ordinal	Sin estudio. Primaria. Secundaria. Superior técnica. Superior Universitaria
Ingresos económicos	Remuneración económica por la realización de un trabajo.	Monto de dinero que el encuestado obtiene por su trabajo		Cualitativa	Intervalo	

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

4.1.- Instrumentos documentales:

Se utilizará la ficha de DIS (Escala elaborada en Escocia para medir el nivel de indiferencia ante las recomendaciones de higiene dental y de asistencia al dentista diferentes al miedo o temor a este profesional elaborado por Paul Nutall), para registrar los datos en el programa EPIINFO.

4. 2.- Instrumentos mecánicos: Computadora de escritorio.

4. 3.- Materiales: Solo se utilizó materiales de escritorio.

4. 4.- Recursos: Autofinanciados.

4. 4. a.- Recursos institucionales: Departamento de investigación de la carrera de Odontología.

4.4. b.- Recursos Humanos:

- Investigador principal.
- Segundo Investigador.

5.- PROCEDIMIENTOS PARA LA TOMA DE DATOS.

5. 1.- Ubicación especial.- La Parroquia Bellavista es una unidad de organización política administrativa dentro de la ciudad Santa Ana de los Cuatro Ríos de Cuenca, que está ubicada en el centro austral de la República del Ecuador, es la capital de la provincia del Azuay, tiene la siguiente delimitación: parte desde la prolongación norte de la avenida del Chofer y su intersección con el Límite Urbano en sentido oriental por los Límites Urbanos hasta interceptar con la vereda occidental de la avenida Miraflores; desde este punto en dirección sur sigue por la vereda occidental de la avenida Miraflores hasta su encuentro con la vereda norte de la avenida Circunvalación, y realizando un giro en sentido occidental,

conecta con la prolongación de la vereda occidental de la calle Mariano Cueva; desde este punto continúa en dirección sur por la vereda occidental de la calle Mariano Cueva hasta el cruce con la vereda norte de la Carrera Vega Muñoz; sigue por la vereda norte de la carrera Vega Muñoz en sentido occidental, hasta la vereda oriental de la calle Abraham Sarmiento; continúa en sentido norte por la vereda oriental de esta calle, cruza la avenida de Circunvalación, con una línea imaginaria hasta empatar con la vereda oriental de la avenida del Chofer y concluye en la prolongación de esta avenida y la intersección con el límite establecido en el Plano Director del Desarrollo Urbano de Cuenca.

5.2.- Ubicación temporal: La investigación se realizó entre los meses de marzo y octubre del año 2017 mediante encuestas. Para el registro de los datos, se coordinó entre los docentes encarados del macro proyecto barreras y los alumnos, para definir la parroquia y el grupo etario que correspondía encuestar; las encuestas se realizan los días sábados, se encuestando a las personas residentes en la parroquia de Bellavista. Posee una población de 26.445 habitantes.

5.3.- Procedimiento de la toma de datos:

Para el registro de los datos, se tomó en cuenta las fichas de la parroquia Bellavista, las cuales fueron ingresadas a la base de datos en el programa EPI INFO, estas reflejan información que fue registrada con las siguientes características:

El estudio de indiferencia intento describir cuantitativamente el problema de los adultos mayores utilizando la encuesta de Nuttall, para luego contabilizar el número de personas.

5.3.a .- Métodos de examen utilizados por los examinadores

A la parroquia de bellavista se dividió en sectores; luego se asignaron los sectores a dos estudiantes quienes fueron de casa en casa, realizando las encuestas. Empezamos presentarnos y describiendo brevemente de que se trata el proyecto investigativo. Las personas que accedían a ser encuestadas primeramente firmaban en consentimiento informado, luego el encuestador leía las preguntas y las opciones que debía contestar, se les repetía si era necesario para que el encuestado tenga una idea clara, cuando se terminaba con la encuesta se verifica si la ficha esta contestada correctamente y completa.

5.3.b.- Criterios de registros de hallazgos.

Los datos de cada pregunta realizada fueron marcados en la opción que la encuestada elegía después de leer la pregunta y las opciones.

5.4.- Procedimiento Para el análisis de los datos

Después de verificar las encuestas si estaban contestadas correctamente y completas se anillaron en número de 325 encuestas y se subió la información al programa EPI INFO (programa de libre acceso).

Al terminar de ingresar los datos se verificaban que este completos, el cual fue el primer control de calidad y luego se ingresaba la siguiente ficha.

Luego se realizó el control de calidad completo, se tomaron 10 fichas para comprobar si los datos coincidían tanto en la encuesta como en el programa. Luego exportamos la base de datos al programa Excel, donde se depuraba y se guardaban únicamente la base de datos del grupo etario que se iba a realizar la investigación. Por último se realizó un análisis descriptivo de la indiferencia al tratamiento odontológico de población de acuerdo al sexo, edad, nivel de instrucción, nivel económico y ocupación, para determinar la indiferencia de la población, se aplicó la prueba de correlación de Chi Cuadrado de Pearson.

6.- ASPECTOS BIOÉTICOS

La presente investigación no tiene implicación bioética puesto que se trata de una encuesta, no fue invasiva y se les indicó a los encuestados que existe un compromiso de confidencialidad de los datos personales por parte del investigador principal. Adicionalmente los encuestados firmaron el consentimiento informado para poder uso de la información de la encuesta.

CAPÍTULO III

RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1.- RESULTADOS

El presente estudio fue realizado con los datos obtenidos en las encuestas realizadas a personas mayores de 65 años de edad en la parroquia de Bellavista sobre el tema de indiferencia al tratamiento odontológico que constan en el archivo del departamento de investigación de la unidad de odontología de la Universidad Católica de Cuenca, mostrando los siguientes resultados:

Tabla No.- 1 Prevalencia de Indiferencia

PREVALENCIA	n	%
CON INDIFERENCIA	284	87%
SIN INDIFERENCIA	41	13%
Total general	325	100%

Interpretación: Se puede evidenciar que existe una alta prevalencia de indiferencia al tratamiento odontológico en personas mayores de 65 años en la parroquia de Bellavista.

Tabla No.-2 Prevalencia de Indiferencia al Tratamiento Odontológico de acuerdo al Sexo

Sexo	CON INDIFERENCIA		SIN INDIFERENCIA		Total general	
	n	%	n	%	n	%
Femenino	169	88%	23	12%	192	59%
Masculino	115	86%	18	14%	133	41%
Total	284	87%	41	13%	325	100%

p= 0,678102338

Interpretación: Se evidencia que existe un nivel alto de indiferencia tanto en hombre y mujeres.

El valor del CHI cuadrado de 0,6781, indica que no existe un valor significativo entre las variables.

Tabla No.-3 Prevalencia de Indiferencia al Tratamiento Odontológico de acuerdo a la Ocupación

OCUPACIÓN	CON INDIFERENCIA		SIN INDIFERENCIA		Total general	
	n	%	n	%	n	%
No expuestos	7	78%	2	22%	9	3%
Expuestos	277	88%	39	12%	316	97%
Total	284	87%	41	13%	325	100%

p= 0,37869527

Interpretación: Se demostró que existe un nivel alto de indiferencia de acuerdo a la ocupación.

El valor del CHI cuadrado de 0,3786, indica que no hay un valor significativo entre las variables.

Tabla No.-4 Prevalencia de Indiferencia al Tratamiento Odontológico de acuerdo al Nivel de Instrucción

Nivel de Instrucción	CON INDIFERENCIA		SIN INDIFERENCIA		Total general	
	n	%	n	%	n	%
Alto	57	75%	19	25%	76	23%
Bajo	227	91%	22	9%	249	77%
Total	284	87%	41	13%	325	100%

p= 0,000203171

Interpretación: Se evidencio que la indiferencia de acuerdo al nivel de instrucción se presenta en un nivel alto.

El valor del CHI cuadrado de 0.00020, indica que no existe un valor significativo entre las variables.

Tabla No.-5 Prevalencia de Indiferencia al Tratamiento Odontológico de acuerdo al Ingreso Económico

Ingreso Económico	CON INDIFERENCIA		SIN INDIFERENCIA		Total general	
	n	%	n	%	n	%
Alto	26	65%	14	35%	40	12%
Bajo	258	91%	27	9%	285	88%
Total	284	87%	41	13%	325	100%

p= 5,2798E-06

Interpretación: Se evidenció que la indiferencia al tratamiento odontológico es alta en los ingresos económicos.

El valor del CHI cuadrado de 5.28, indica que no existe un valor significativo entre las variables.

Tabla No.-6 Prevalencia de Indiferencia al Tratamiento Odontológico de acuerdo a la Edad

EDAD	CON INDIFERENCIA		SIN INDIFERENCIA		Total general	
	n	%	n	%	n	%
De 65 a 70	198	90%	21	10%	219	67%
De 70 a 80	63	79%	17	21%	80	25%
DE 80 A 90	23	88%	3	12%	26	8%
Total	284	87%	41	13%	325	100%

$p= 0,02655117$

Interpretación: Se demostró que de acuerdo a los rangos de edad existen niveles altos de indiferencia al tratamiento odontológico.

El valor del CHI cuadrado 0.026, indica que existe un valor significativo entre las variables.

2. DISCUSIÓN

En el presente trabajo se evaluaron 325 mayores a 65 años de edad de la parroquia de Bellavista en el cual 284 presentan indiferencia y 41 personas no presentaban indiferencia al tratamiento odontológico, donde se comprobó que existe un nivel muy alto de indiferencia al tratamiento odontológico.

En este estudio la prevalencia de la indiferencia al tratamiento odontológico de acuerdo al sexo, el femenino presentó mayor prevalencia a dicho tratamiento, lo que no concuerda con los estudios de Uysal et al y con Fonseca et al que de este estudio, donde reportaron mayor utilización de servicios de salud odontológicos en individuos de sexo femenino⁽¹⁷⁾.

De acuerdo a la edad no hubo variación significativa en todas las edades existe un nivel alto de prevalencia a la indiferencia al tratamiento odontológico. Este estudio concuerda con el estudio de Jamieson & Thomson han encontrado que existe un nivel alto de indiferencia al tratamiento odontológico, además encontró que el grupo etario con mayor frecuencia en mostrar indiferencia al tratamiento dental son adultos jóvenes, especialmente varones, cuyas edades oscilan entre 16 a 24 años^(2,9).

En este estudio refleja que existe mayor prevalencia a la indiferencia al tratamiento odontológico en personas con nivel económico bajo (menor a 376). Los estudios de Santis & Herrero señalan que ingreso económico y el nivel socioeconómicos son variables que están íntimamente relacionados utilización de los servicios de salud dental, debido a que se puede contratar un servicio de salud dental y constituyen una de las barreras más importantes para el acceso al servicio de salud dental y que estos servicios son bien aceptados individuos por personas favorecidos económicamente, junto con un nivel educativo alto⁽¹⁷⁾.

En este estudio no se encontró que el nivel educativo influye en la utilización de los servicios de salud dental, que concuerdan con los estudios de Carrasco et al, que los niveles de estudio bajo y alto no mostraron mayores diferencias. En la utilización de estos servicios. En esta población, la causa de la indiferencia sea por otros factores que influyan en la utilización del servicio odontológico⁽¹⁸⁾.

3. CONCLUSIÓN

Como hemos apreciado de forma general la valoración de la indiferencia al tratamiento odontológico en personas mores a 65 años de edad en la parroquia de Bellavista es de 87 %. Pudiendo observar que existe un nivel alto de indiferencia en la población.

De acuerdo al sexo existe un nivel alto de indiferencia, las personas del sexo femenino presentaron el 88% de indiferencia al tratamiento dental y el sexo masculino presentaron el 86% de indiferencia.

De acuerdo al nivel económico se evidencia que existe un valor significativo de indiferencia, las personas de nivel económico alto presentaron el 78% y de las persona de nivel económico bajo, el 88% presentaron indiferencia.

De acuerdo al nivel de instrucción, las personas con un nivel alto en educación el 75% presentaban indiferencia, en cuanto a las personas con un nivel bajo en educación el 91% presentaban indiferencia al tratamiento odontológico.

De acuerdo a los ingresos económicos, las personas con un nivel económico alto, el 65% presentan indiferencias al tratamiento odontológico y las personas con un nivel económico bajo, el 91% presentaron indiferencia al tratamiento odontológico.

Existe una diferencia significativa entre las personas indiferentes a las personas no indiferentes al tratamiento dental. La indiferencia al tratamiento odontológico en personas mayores a 65 años.

No es un mito que la población de adultos mayores está en aumento con ellos un gran número de enfermedades sistémicas, junto con la indiferencia al tratamiento odontológico son factores que afectan de manera directa a la salud general del individuo alterando la calidad de vida y las condiciones para una vejez saludable.

4.- BIBLIOGRAFÍA

1. Lauzardo G, Gutiérrez M, Quintana M, Gutiérrez N, Fajardo J. Caracterización del estado de salud bucal y nivel de conocimientos en pacientes geriátricos Caricua: Venezuela. Rev haban cienc méd [Internet]. 2009 Nov [citado 2017 Dic 03]; 8(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S17.
2. Heredia D, Villavicencio E, Jaramillo J. Indiferencia al tratamiento dental. Revista OACTIVA UC Cuenca. Vol. 2, No. 1. Enero-Abril de 2017; pp. 1-8. Disponible en: oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/153/189.
3. SanabriaC, Suárez M, Estrada J. Relación entre determinantes socioeconómicos, cobertura en salud y caries dental en veinte países. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2015; 14(28): 161-189. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps18-28.rdesc>.
4. Jiménez S, et al. Desigualdades socioeconómicas en la utilización de servicios de salud bucal (USSB) alguna vez en la vida por escolares mexicanos de 6-12 años de edad. Revista Gac Med Mex. 2015;151:27-33 Disponible en: https://www.anmm.org.mx/GMM/2015/n1/GMM_151_2015_1_027-033.pdf
5. Dho MS. Conocimientos de salud bucodental en relación con el nivel socioeconómico en adultos de la ciudad de Corrientes, Argentina. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2015; 33(3): 361-369. Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v33n3/v33n3a05.pdf
6. Ceron X. Calidad de vida y su relación con la salud oral en personas de tercera edad. Rev Nac Odontol. 2014; 10 (19): 83-9. Disponible en: <https://doi.org/10.16925/od.v10i19.853>

7. Díaz S, Tirado L, Vidal M. Odontología con enfoque en salud familiar. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2014 Sep [citado 2018 Ene 23]; 40(3): 397-405. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864
8. Crespo M, Riesgo Y, Laffita Y, Rodríguez A, Copello A. Instrucción educativa sobre salud bucal en la Escuela Primaria "Lidia Doce Sánchez" MEDISAN. 2010; vol_14: 2-10.
Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_2_10/san14210.htm
9. Amieson L, Thomson W. The Dental Neglect and Dental Indifference scales compared. Community Dent Oral Epidemiol 2002; 30: 168–75.
Disponible en: onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1600-0528.2002.../pdf
10. Cuartas J, Alvar A, Maya A, Cárdenas J, Arias M, Jaramillo A. Relación entre la percepción de los padres sobre el tratamiento odontológico y sus hábitos de higiene oral, con la historia de caries dental en sus hijos entre 3 y 5 años de edad. Revista CES Odontología. Volumen 15, número 1. 2002. P 14-18.
Disponible en: Revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/download/584/34.
11. Guillermin C, Waliszewski S, Denis P, García F, Briseño B. Prevalencia de las patologías orales en el adulto mayor valorado en el Servicio Médico Forense de la Ciudad de México. Rev Mex Med Forense, 2018, 3(1):9-18.
Disponible: Ustabuca.edu.co/index.php/USTASALUDODONTOLOGIA/article.
12. Campodónico C, Chein S, Benavente L, Vidal R, Delgadillo J, Álvarez M, Evaristo T, Campodónico C, Lara L, Díaz A. El perfil de salud-enfermedad bucal y las necesidades de tratamiento de los adultos mayores de Lima urbana 2012. Odontol. Sanmarquina 2013; 16(2): 29-33.
Disponible en: Revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/5439.
13. Rojas G, Misrachi C. La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca. Av Odontoestomatol [Internet]. 2004 Oct [citado 2018 Ene 21]; 20(5): 23-45.

Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213&Ing=e

14. Miller C. Importancia de la odontología en el adulto mayor: Una aproximación personal. *Odontol. Prev.* 2008; 1(2): 73-82.

Disponible en: www.medicinaoral.com/preventiva/volumenes/v1i2/73.pdf.

15. Díaz S, Arrieta K, Ramos K. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. *Rev Clin Med Fam [Internet]*. 2012 Feb [citado 2018 Mayo 14]; 5(1): 9-16.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2012000100003&Ing=es.

16. Laplace B, Legrá S, Fernández J, Quiñones D, Piña, Castellanos L. Enfermedades bucales en el adulto mayor. *CCM [Internet]*. 2013 Dic [citado 2018 Ene 23]; 17(4): 477-488.

Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560&Ing=es.

17. Dho M. Factores asociados a la utilización de servicios de salud odontológico. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 23(2):509-518, 201.

Disponible en: www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000200509&script=sci.

18. Carrasco M, Landauro A, Orejuela F. Factores asociados a la utilización de servicios en una clínica odontológica universitaria peruana. *Rev Estomatol Herediana*. 2015 Ene-Mar; 25 (1):27-35.

Disponible en: www.scielo.br/pdf/csc/v23n2/1413-8123-csc-23-02-0509.pdf

19. Villavicencio E, et al. Diseños de estudio clínicos en Odontología. *Odontología Activa*.2017; 1 (2): p. 83-86.

Disponible en: oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/153/189.

20. Villavicencio E, et al. El tamaño muestral para ña tesis. ¿Cuántas personas debo encuestar? *Odontología Activa*.2017; 2 (1): p. 59 62.

Disponible en: oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/153/189.

ANEXOS

Anexo 1

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

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

Edad: _____ AÑOS Ocupación: _____ PARROQUIA: _____

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

OPCIONAL

Ingreso mensual familiar aproximado: _____

¿Cuántas personas dependen de este ingreso?: _____

Pregunta	Marcar uno a más respuestas	Puntuación
1. Usualmente usa Ud.:		
	a. Un cepillo de dientes para limpiar sus dientes b. La seda o un cepillo especial para limpiar sus dientes c. Tabletas reveladoras para comprobar que sus dientes están limpios	Valor: 1 si ninguno o si solo el literal a está marcado
2. En la actualidad:		
	a. Cree que hay algo mal con sus dientes, pero no es lo suficientemente malo como para ir a un dentista b. Cree que hay algo mal con sus dientes y tiene la intención de ver a un dentista pronto c. Va a realizarse un chequeo en el próximo año d. No cree que necesite ningún tratamiento por lo que no está planeando ir a un dentista ahora e. Ira pronto al dentista	Valor: 1 si el literal a o d están marcados
3. Si pierde una calza en un diente posterior y no le dolió:		
	a. De inmediato va a un dentista b. Esperaría si siente dolor o algún síntoma antes de ir a un dentista c. No sería un problema que no vería a un dentista por esta razón	Valor: 1 si el literal b o c están marcados
4. Por lo general, hace una cita para visitar a un dentista:		
	a. Cuando el dentista le recuerda b. Al final de la última cita c. Cuando piensa que es tiempo de ir a otro chequeo d. Únicamente cuando piensa que esta algo malo en sus dientes	Valor: 1 si el literal d está marcado
5. Si sus encías sangran pero estas no le duelen:		
	a. No es un problema, no vería a un dentista por este problema b. Iría inmediatamente a una cita con el dentista c. Esperaría a ver si se presenta dolor o algún síntoma para ir al dentista	Valor: 1 si los literales a o c están marcados
6. Acerca de todas sus citas dentales en los últimos 5 años marque la más cercana:		
	a. No ha tenido una cita dentaria en los últimos 5 años b. Durante los 5 años ha olvidado de asistir a sus citas dentales c. Durante los 5 años solo ha perdido una sola cita d. Durante los 5 últimos años ha cancelado una cita dental debido a que el problema desapareció	Valor: 1 si los literales a , b o d están marcados
7. Si tuviera un diente muy doloroso:		
	a. Preferiría que le saquen b. Preferiría dejarlo sin tratamiento c. Preferiría realizar una restauración	Valor: 1 si los literales a o b están marcados
8. Ud diría que la razón principal para no ir a 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. Postpone las citas, asiste al dentista regularmente	Valor: 1 si los literales b , d o f están marcados Si el literal c está marcado no es un puntaje de indiferencia dental

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

Firma.....

Anexo 2

Anexo 1.

CÁLCULO DE LA MUESTRA MEDIANTE OPEN EPI

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N):	10887
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	50% +/- 5
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/- %)(d):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF):	1

Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza

IntervaloConfianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	372
80%	162
90%	265
97%	452
99%	626
99.9%	985
99.99%	1330

Ecuación

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

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