



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**ASOCIACIÓN ENTRE LA OCUPACIÓN LABORAL Y LA INDIFERENCIA AL
TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS, DE LA
PARROQUIA HERMANO MIGUEL, CUENCA 2017.**

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO

AUTOR: Serrano Lozano, Juan Carlos.

DIRECTOR: Reinoso Quezada, Santiago. Od. Esp.

CUENCA-ECUADOR

2018

DECLARACIÓN

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

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

.....

Autor: SERRANO LOZANO, JUAN CARLOS

C.I.: 0302220991

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de titulación denominado “**ASOCIACIÓN ENTRE LA OCUPACIÓN LABORAL Y LA INDIFERENCIA AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS, DE LA PARROQUIA HERMANO MIGUEL, CUENCA 2017**”, realizado por **SERRANO LOZANO, JUAN CARLOS**, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la carrera de odontología, de la unidad académica de salud y bienestar y de la universidad, por lo que esta expedito para su presentación.

Cuenca, Febrero de 2018

.....
Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.

Coordinador Departamento de Investigación

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Dra. Liliana Encalada Verdugo.

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN – CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“ASOCIACIÓN ENTRE LA OCUPACIÓN LABORAL Y LA INDIFERENCIA AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS, DE LA PARROQUIA HERMANO MIGUEL, CUENCA 2017”**, realizado por **SERRANO LOZANO, JUAN CARLOS**, 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, Febrero de 2018

.....

Reinoso Quezada, Santiago Od. Esp.

DEDICATORIA

Primeramente, a Dios por darme la vida, salud, y entusiasmo para seguir adelante luchando por mis sueños y llegar a las metas propuestas.

A mi esposa Diana y mi hija Valentina mis dos amores, quienes han sido mi motor y mi mayor inspiración para conseguir todo lo que me propuesto las que me impulsan y me ayudan a levantarme cuando más lo necesito.

A mis Padres Wilson y Mercedes quienes creyeron en mí y me apoyaron en todo momento a pesar de mis errores.

A mis suegros Gerardo y Graciela por el apoyo incondicional que me ofrecieron durante este trayecto.

A mi cunada Gabriela a quien la considero como mi hermana, gracias por el apoyo y la paciencia que siempre me brindo.

A mis Hermanos Magali, Teresa y Fernando que con sus palabras de aliento me impulsaban a seguir.

EPÍGRAFE

Nunca consideres el estudio como una obligación, si no como una oportunidad para penetrar en el bello y maravilloso mundo del saber.

Albert Einstein

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la oportunidad de cumplir una meta muy importante en mi vida acompañado de seres queridos que fueron mi compañía durante este duro camino.

A los docentes de la facultad quienes me brindaron todos sus conocimientos para superarme y sobresalir durante mis estudios.

A mis amigos y compañeros que me brindaron su amistad y siempre me alentaron a seguir a pesar de las dificultades.

Al Dr. Santiago Reinoso Quezada mi tutor, quien con su asesoría, tiempo y buena disposición me ayudo a culminar mi proyecto de tesis.

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud.

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

OIT: Organización Internacional del Trabajo.

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

DIS: Escala de Indiferencia Dental.

OR: Odds Ratio.

ÍNDICE

CAPÍTULO I	16
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	16
1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	17
2.- JUSTIFICACIÓN	18
3.- OBJETIVOS	19
3.1.- Objetivo General:	19
3.2.- Objetivo Específico:	19
4.- MARCO TEÓRICO	20
4.1. TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA Y ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL.....	20
4.1.2. -RELACIÓN INTIMA ENTRE LA SALUD BUCODENTAL Y SALUD GENERAL	
.....	21
4.1.3.- PROCESO FISIOLÓGICO DEL ENVEJECIMIENTO Y LA IMPORTANCIA DE	
UNA BUENA SALUD BUCAL	21
4.1.4.- ENFERMEDAD Y AFECCIONES BUCODENTALES EN EL ADULTO MAYOR	
.....	22
4.1.5.- ENFERMEDAD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO	23
4.1.6.- DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD COMO BARRERAS AL	
ACCESO ODONTOLÓGICO	23
4.1.7.- ACTIVIDAD LABORAL E INEQUIDADES EN SALUD	24
4.1.8.- OCUPACIÓN LABORAL EN EL ADULTO MAYOR	25
4.1. 8.a. - Definición.	25
4.1.8.b.- Ocupación e ingresos	25
4.1.8.c.- Situación de seguridad social del adulto mayor.....	26
4.1.9.- INDIFERENCIA DENTAL.....	27
4.1.9.a.- Desarrollo inicial de la Escala de Indiferencia Dental (DIS)	27
4.1.9.b.- Causas de Indiferencia Dental	29
4.2.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	30
5.- HIPÓTESIS	36
CAPÍTULO II	37
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	37
1.- MARCO METODOLÓGICO.	38
Enfoque.....	38
Diseño de Investigación:.....	38

Nivel de investigación:.....	38
Tipo de Investigación:.....	38
2.- POBLACIÓN Y MUESTRA.	38
2.1.- Criterios de selección:.....	38
2.1.a. -Criterios de inclusión:	38
2.1.b.-Criterios de exclusión.....	38
2.2.- Tamaño de la muestra:	39
3.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.	39
4.- INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	40
4.1.- Instrumentos	40
4.2.- Instrumentos mecánicos:	40
4.3.- Materiales:.....	40
4.4.- Recursos	40
5.- PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.	40
5.1.- Ubicación espacial:	40
5.2.- Ubicación temporal.....	41
5.3.- Procedimientos de la toma de datos	41
5.3.a. - Método de examen utilizado para los examinadores.....	41
5.3.b.- Criterio de registro de hallazgos.	42
6.- PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.	42
7.- ASPECTOS BIOÉTICOS.	43
CAPÍTULO III	44
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	44
1. RESULTADOS.....	45
2. DISCUSIÓN.....	48
3. CONCLUSIONES.....	50
BIBLIOGRAFÍA.....	51
ANEXOS	54

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1	45
Tabla N° 2	46
Tabla N° 3	47

RESUMEN

OBJETIVO: El siguiente proyecto de investigación tiene como finalidad determinar la relación entre la ocupación laboral y la indiferencia al tratamiento odontológico en adultos mayores de 65 años de la parroquia Hermano Miguel de la ciudad de Cuenca.

MATERIALES Y MÉTODOS: la referida investigación es de tipo caso-control, la metodología aplicada al estudio fue con enfoque cuantitativo. La población estudiada fue de 414 personas de 65 años a más pertenecientes a la parroquia Hermano Miguel. Del total de las encuestas se obtuvo una muestra por conveniencia de 142 personas, 71 casos y 71 controles. Para la encuesta se utilizó el cuestionario (DIS) Escala de Indiferencia Dental de Nuttall NM.

RESULTADOS: Los resultados obtenidos mostraron que el 86% de la población expuesta (con empleo bajo) presentan indiferencia dental, frente a un 14% que no presenta indiferencia al tratamiento dental. El 38% de la población no expuesta (ocupación alta) presenta indiferencia dental, y 56% de la población no expuesta no es indiferente al tratamiento dental, por otro lado, las edades que presentaron mayor indiferencia estuvieron comprendida entre 66 y 68 años. Se obtuvo un Odds Ratio de 9.94 que indica que la ocupación laboral es un factor de riesgo para generar indiferencia dental en personas mayores de 65 años de la parroquia Hermano Miguel de la ciudad de Cuenca. **CONCLUSIÓN:** los altos niveles de indiferencia dental en la parroquia Hermano Miguel sugiere la iniciativa de programas preventivos, motivación y terapéuticas que ayuden a mejorar el estado de salud bucodental en esta población específica.

PALABRAS CLAVE: indiferencia dental, apatía dental, citas pérdidas odontológicas, no asistencia dental.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The following research project aims to determine the relationship between occupation and indifference to dental treatment in adults over 65 years of the Hermano Miguel parish in the city of Cuenca. **MATERIALS AND METHODS:** the aforementioned research is of the case-control type, the methodology applied to the study was with a quantitative approach. The population studied was 414 people aged 65 and over belonging to the Hermano Miguel parish. From the total of the surveys, a sample was obtained for the convenience of 142 people, 71 cases and 71 controls. The questionnaire (DIS) Scale of Dental Indifference of Nuttall NM was used for the survey. **RESULTS:** The results obtained showed that 86% of the exposed population (with low employment) show dental indifference, compared to 14% who do not show indifference to dental treatment. 38% of the unexposed population (high occupation) shows dental indifference, and 56% of the non-exposed population is not indifferent to dental treatment, on the other hand, the ages that showed greater indifference were between 66 and 68 years. An Odds Ratio of 9.94 was obtained, which indicates that occupational occupation is a risk factor to generate dental indifference in people over 65 years of the Hermano Miguel parish in the city of Cuenca. **CONCLUSION:** the high levels of dental indifference in the Hermano Miguel parish suggest the initiative of preventive, motivational and therapeutic programs that help improve the oral health status in this specific population

KEY WORDS: dental indifference, dental apathy, missed dental appointments, no dental assistance.

INTRODUCCIÓN

La población mundial se encuentra en una transición demográfica, en los últimos tiempos el porcentaje de adultos mayores ha aumentado estos según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual manifiesta que en el año 2002 en el mundo existían 600 millones de personas de la tercera edad, pero para el 2025 se estima que estas cifras se duplicaran y con el paso de los años podría llegar a ser de 2 billones de personas correspondientes a esta población, pues la expectativa de vida mantiene una tendencia sostenida y una disminución de la tasa de natalidad, lo que quiere decir que en un futuro tendremos más personas viejas que recién nacidos. ¹

El proceso de envejecimiento es irreversible, inicia con la edad adulta, pero se la puede evidenciar con mejor claridad luego de la sexta década de vida, es en esta etapa que los tejidos, sistemas y órganos del cuerpo comienzan a presentar una funcionalidad disminuida como resultado de los cambios biológicos que sufre la persona. El sistema estomatognático no se escapa de este proceso, pues con el paso de los años se observan en los tejidos orales y periorales cambios importantes como atrofia de los acinos glandulares, reabsorción ósea de rebordes maxilares, las piezas dentales tienen cambio a nivel del esmalte, desgaste, fracturas, retracción de la cámara pulpar y disminución del ligamento periodontal, entre otros cambios. ²

Estos cambios del proceso de envejecimiento que experimenta el adulto mayor le vuelven más vulnerable y susceptible de padecer enfermedades infecciosas o crónicas, que comprometen su salud general y bucodental, pues se conoce que la mayoría de las enfermedades sistémicas presentan manifestaciones en la cavidad bucal, lo que aumentaría considerablemente el riesgo de padecer una enfermedad bucodental. Siendo de gran importancia que las personas adultas mayores presenten buenos hábitos de higiene bucal. ³

Pues no es ninguna novedad que la mayor parte de la población de personas de la tercera edad presentan una salud bucal deficiente debido a una mala higiene bucal y una falta de prevención oportuna, siendo el grupo humano con mayor morbilidad bucal. Un estudio realizado por Palomeque Andrea, en el asilo Cristo Rey de la ciudad de Cuenca, julio 2015 muestra cifras preocupantes de patologías bucales en adultos mayores; el 100% de los examinados presentaron caries dental, enfermedad de los tejidos

periodontales 33,3% gingivitis y 66,7% periodontitis, edentulismo total 87,3% y edentulismo parcial 12,7%. ⁴

Estos datos de enfermedad bucodental son alarmantes en la población de la tercera edad, y a pesar de que el Ministerio de Salud Pública del Ecuador mediante el Plan de Salud Bucal, y su nuevo Modelo de atención Integral de Salud, Intercultural y Comunitaria con un enfoque en la Promoción y Prevención, establecida en junio 2009, los índices de patología oral en adultos mayores siguen en aumento. ⁴

Este problema puede radicar en que existe una asociación entre los determinantes sociales de la salud y la indiferencia dental, lo cual crea una barrera al acceso odontológico. Dentro de estos determinantes el que se debe estudiar como causa de la inequidad en salud se encuentra el empleo, y las condiciones de trabajo, pues las personas con una mejor ocupación laboral o empleo presentan mejores condiciones de vida y mayor asistencia a los servicios de salud odontológica, que aquellas que no cuentan con un trabajo bien remunerado o mucho peor si es desempleado. ⁵

Este tipo de situaciones afecta a mayor parte de personas de la tercera edad convirtiéndose en individuos socialmente desfavorecidos, ya que, al no contar con un empleo y condiciones de trabajo digno y recursos bajos priorizan otras necesidades antes que su salud oral, esto se ve reflejado en el limitado acceso a los servicios de salud o no asistencia dental, que aquellos que ocupan posiciones sociales más privilegiadas.

Es así que un determinante social de la salud como lo es la ocupación laboral, puede estar relacionada con la indiferencia dental que presentan estas personas, la cual se la define como “una actitud consiente de subvaloración al cuidado de sus dientes y la falta de interés hacia su salud bucal” generando el mal cumplimiento de las recomendaciones de atención oral por parte del profesional, sugerir tratamientos rápidos que conservadores (prefieren extraerse los dientes a solucionarlos con tratamientos que conserve los mismos) y la mala asistencia, que impide a las personas acudir a los servicios de salud. ⁶

Teniendo en cuenta todo lo mencionado anteriormente el presente estudio busca determinar si existe asociación entre la ocupación laboral y la indiferencia al tratamiento odontológico en adultos mayores de 65 años, de la parroquia Hermano Miguel de la ciudad de Cuenca, con la finalidad de conocer cuál es la magnitud del problema en este grupo etario específico.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Países de Latinoamérica, entre ellos Ecuador, se encuentran en un proceso de transición demográfica, esto debido a la disminución de la natalidad y aumento de expectativa de vida de las personas, lo cual ha permitido que exista un incremento considerable en la población de personas mayores de 65 años. El incremento de este grupo poblacional se ha vuelto un tema preocupante debido a la situación que atraviesan las personas de la tercera edad con la falta de oportunidad laboral digna y difíciles circunstancias económicas por las que atraviesan, dando como resultado que su calidad de vida se vea afectada, la situación socioeconómica de vida de estas personas no les permite cubrir todas sus necesidades incluidas las de salud bucodentales.

Por otro lado, los adultos mayores son considerados un grupo vulnerable que presentan mayor susceptibilidad de padecer enfermedades crónicas y degenerativas que comprometen su salud, así también son el grupo etario que presenta mayor morbilidad bucal, patologías como caries, gingivitis, periodontitis, lesiones de tejidos blandos y pérdida de las piezas dentales que afectan directamente la función masticatoria, fonación y estética del individuo. Este tipo de alteraciones y un pensamiento totalmente erróneo por parte de esta población es creer que la pérdida de sus piezas dentales es producto de envejecer, lo cual no es cierto ya que con un cuidado adecuado pueden durar para toda la vida, más bien son consecuencias directamente asociadas a una higiene bucal deficiente, debido al desinterés o indiferencia al cuidado de su salud bucodental evitando asistir a los servicios odontológicos. Debido a este problema el presente trabajo de titulación está dirigido a responder la pregunta de investigación:

¿Existe asociación entre la ocupación laboral y la indiferencia al tratamiento odontológico en adultos mayores de 65 años, de la parroquia Hermano Miguel de la ciudad de Cuenca?

2.- JUSTIFICACIÓN

El presente tema de investigación está encaminado en determinar la asociación entre la ocupación y la indiferencia dental, en la población de adultos mayores de 65 años, teniendo una relevancia humana específica para este grupo etario.

Con este estudio lo que se pretende y busca es mejorar la salud bucal de los pobladores de esta parroquia y a la vez lograr una enseñanza sobre la importancia del cuidado de su salud oral, así podremos vencer una de las barreras que impiden el cuidado odontológico como lo es la indiferencia dental.

El interés personal es realizar un trabajo de titulación en el que pueda dar a conocer la relación entre la ocupación y la indiferencia dental como un problema frecuente que impide a las personas adultas mayores acudir a los servicios de salud odontológica, generando así problemas en su salud bucodental que si no son tratadas a tiempo afectara su salud general y por ende su calidad de vida se verá afectada.

La presente investigación tiene un nivel de originalidad internacional, debido a que no se cuenta con estudios recientes de la situación de factores asociados de indiferencia dental de la población del adulto mayor de 65 años.

Para garantizar la viabilidad del estudio, está garantizada por la colaboración de los estudiantes de noveno ciclo, se han realizado coordinaciones con las autoridades institucionales de la Unidad Académica de Salud y Bienestar, con la dirección de la carrera de odontología y el departamento de investigación de la misma.

3.- OBJETIVOS

3.1.- Objetivo General:

Relacionar la ocupación laboral y la indiferencia al tratamiento odontológico en adultos mayores de 65 años de la parroquia Hermano Miguel de la ciudad de Cuenca, 2017.

3.2.- Objetivo Específico:

- Analizar la muestra según el sexo en adultos mayores de 65 años de la parroquia Hermano Miguel de la ciudad de Cuenca.
- Analizar la muestra según la edad en adultos mayores de 65 años de la parroquia Hermano Miguel de la ciudad de Cuenca.

4.- MARCO TEÓRICO

4.1. TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA Y ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL

La población a nivel mundial ha cambiado, y esto se debe a que se encuentra atravesando por una revolución o transición demográfica importante, este envejecimiento de la población es debido a la disminución de la tasa de natalidad que se reporta en la actualidad y el aumento de esperanza de vida de las personas, como resultado tenemos el incremento de la población correspondiente a las personas mayores a 65 años.¹

En los últimos tiempos el porcentaje de adultos mayores en la población mundial ha aumentado, según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2002 existían 600 millones de personas de la tercera edad, y según estimaciones la cifra se duplicaría para el 2025 y para un futuro más lejano podría llegar a ser de 2 billones de personas correspondientes a este grupo etario, pues la expectativa de vida mantiene una tendencia sostenida y en aumento, sobre todo en los países en desarrollo.²

En nuestro país existe un total de 940.905 personas mayores de 65 años, grupo de edad considerada en Ecuador como personas de la tercera edad. Los adultos mayores en el 2010 representaron el 6.6% de la población, para el año 2017 la cifra se estima que será 1.180.994 la cual estará representando el 7,0% de la población total. Para el año 2050 se calcula que esta población representara el 18%.⁷ En la provincia del Azuay el total de adultos mayores es de 55.835 y en la parroquia Hermano Miguel de la ciudad de Cuenca más específicamente en donde se desarrolla el estudio es de 862 adultos mayores según los datos extraídos del censo de población y vivienda 2010 del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).⁴

El envejecimiento poblacional correspondiente a la tercera edad constituye un tema de suma importancia para las autoridades gubernamentales, pues plantea un desafío socio económico y político, ya que se deberá crear programas de seguridad social que ayuden a la lucha de contrarrestar la desigualdad de los determinantes sociales de la salud para este grupo desfavorecido dándoles la oportunidad de acceder con mayor facilidad a los servicios de salud general y bucodental de mejor calidad, como resultado tendrán una mejor calidad de vida.⁷

4.1.2. -RELACIÓN INTIMA ENTRE LA SALUD BUCODENTAL Y SALUD GENERAL

Definida por La Organización Mundial de la Salud (OMS) como: La ausencia de dolor bucal o facial, de cáncer oral o de garganta, de infecciones o úlceras, de enfermedades periodontales, caries, pérdida de piezas dentales y otras alteraciones que reducen y afectan la funcionalidad del sistema estomatológico entre estas morder, masticar, sonreír, hablar, al mismo tiempo que repercuten en el bienestar psicosocial de las personas. ¹

A partir de esta definición es más fácil entender que una buena salud bucodental, está más allá del solo tener una sonrisa bonita. Un buen estado de salud bucodental refleja un estado de salud general bueno de la persona, por lo contrario, un mal estado de salud bucodental puede generar un impacto en la salud general del individuo, pues las dos se complementan. Si bien las enfermedades bucodentales comprenden una zona limitada del cuerpo como es el sistema estomatognático los efectos que producen pueden llegar a generar grandes daños a nivel del organismo general afectando la calidad de vida de las personas. ⁸

Un examen clínico oral nos puede revelar como se encuentra el estado de salud de una persona, podemos encontrar hábitos no saludables como el consumo de cigarrillo, alcohol y drogas. Lesiones orales que pueden ser signo de infecciones por VIH, cambios en la estructura de las piezas dentales que indican graves problemas alimentarios, la manifestación de signos de enfermedades sistémicas, que van a incrementar el riesgo de enfermedades bucodentales, como es el caso de la enfermedad periodontal en los pacientes diabéticos. ⁸

La relación que existe entre la salud bucodental y la general en las personas de la tercera edad van de la mano, su complemento entre las dos proporciona una mejor calidad de vida del individuo durante el proceso de envejecimiento. ³

4.1.3.- PROCESO FISIOLÓGICO DEL ENVEJECIMIENTO Y LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA SALUD BUCAL

Es el proceso propio, progresivo, inexorable e irreversible, inicia con la edad adulta, pero se la evidencia con mejor claridad luego de la sexta década de la vida, en donde los tejidos, sistemas y órganos del cuerpo presentan una funcionalidad disminuida, que se

debe a las modificaciones morfológicas, bioquímicas, fisiológicas y psicológicas. Con el paso del tiempo la persona aumenta la edad y el proceso se vuelve más complejo, afectando el auto valerse por sí mismo, por ende, su autoestima, relaciones interpersonales y afectivas se verán comprometidas.^{2,9,10}

La salud bucal no se escapa de este proceso, pues con el paso de los años los tejidos orales y periorales presentan cambios importantes como la atrofia de los acinos glandulares, reabsorción ósea de los rebordes maxilares, aunque muy leve, las piezas dentales presentan cambios a nivel del esmalte, desgaste, abrasión y erosión, retracción de la cámara pulpar, disminución gustativa por cambios en la lengua, disminución del ligamento periodontal, entre otras.²

Desde este punto de vista radica la importancia de que las personas adultas mayores mantengan hábitos de una correcta y buena higiene oral, programen visitas periódicas al odontólogo para reciban los tratamientos de prevención oportunos para evitar que el problema se agrave, de esta manera se podrá contrarrestar las enfermedades bucodentales que afectan a esta población.

4.1.4.- ENFERMEDAD Y AFECCIONES BUCODENTALES EN EL ADULTO MAYOR

La salud bucodental de las personas de la tercera edad a nivel mundial en general es deficiente, se debe en gran parte a la inadecuada o nula higiene dental, sumado también a este problema y que empeoran el panorama de la salud bucal es la predisposición que presenta el adulto mayor de padecer enfermedades crónicas y degenerativas, a su vez este tipo de patologías presentan manifestaciones orales que agravan más el cuadro de la patología bucal si no son tratadas de manera oportuna.^{3,4}

Estudios realizados a nivel mundial manifiestan que las principales patologías son la caries dental y la enfermedad periodontal, responsables de la pérdida de las piezas dentales generando otro problema como el edentulismo total o parcial en este grupo etario, la xerostomía y lesiones de la mucosa oral son enfermedades orales más frecuentes.¹¹

Un estudio recientemente realizado por Palomeque, Andrea, en el asilo Cristo Rey de la ciudad de Cuenca, muestra cifras preocupantes de las patologías bucales que afectan a los adultos mayores; de la muestra total el 100% de los examinados presento caries

dental, con respecto a la enfermedad periodontal un 33,3% presento gingivitis y 66,7% periodontitis, edentulismo total 87,3% con relación a un 12,7% de edentulismo parcial. ⁴

4.1.5.- ENFERMEDAD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO

Al igual que muchas otras enfermedades, las patologías orales presentan una gran variedad de factores de riesgo, algunos de estos factores no son modificables pues son intrínsecos de la persona así tenemos la edad, sexo y condiciones de carácter hereditario. Pero también presentan factores que pueden ser modificables como un hábito, el estilo de vida y comportamientos particulares, algunos de estos factores que se pueden cambiar son la dieta alta en azúcar, el consumo de alcohol y cigarrillo que de paso también son factores que están presentes en la mayoría de las enfermedades no transmisibles. ⁸

Por otro lado, los factores externos, que podrían ser aminorados a pequeña escala por la conducta individual, también determinan la salud bucodental. Estos determinantes incluyen las malas condiciones de vida, el desempleo, bajo nivel de educación y el limitado acceso a la salud bucal, las condiciones socio económicas, culturales y ambientales que de igual manera afectan la salud bucodental de la persona, sobre todo y con mayor impacto a la población de la tercera edad con un bajo nivel social. La desigualdad en la salud afecta directamente a los sectores pobres, ellos tienen la peor salud, el peor acceso a la atención y peores resultados sanitarios. ⁸

4.1.6.- DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD COMO BARRERAS AL ACCESO ODONTOLÓGICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los determinantes sociales de la salud como circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Partiendo de esta definición se entiende que los determinantes sociales más la influencia de circunstancias socio económicas y políticas crean barreras que impiden a la población de acceder a los servicios de salud, lo que afectara la salud oral como general de la persona. La desigualdad de circunstancias de las personas se las puede diferenciar con claridad en los distintos estratos sociales, aquellas personas que poseen un mejor estatus social presentan un mejor estado de salud bucal ya que al poseer un ingreso socioeconómico bueno y son más propensos a buscar cuidados regulares, y todo lo

contrario sucede cuando se encuentra en los niveles más bajos, estas personas tienden a tener una mayor morbilidad bucal.⁸

Las condiciones de vivienda, de trabajo y los estilos de vida de las personas tiene un gran impacto en la salud oral y bienestar, ya que en muchos sectores el sistema de salud presta un servicio muy limitado, incluso existen sectores que no cuentan con ninguno, a este problema le podemos sumar el costo elevado de un servicio de salud particulares. Todos estos aspectos influyen mucho en el comportamiento de las visitas al odontólogo, creando un círculo vicioso que agrava los problemas de salud oral.¹²

El bajo nivel socioeconómico, el desempleo o actividades de trabajo informal están asociados con la infrecuente prevención de las afecciones bucales de los adultos mayores, pues se encuentran en desventajas como el no estar afiliado al seguro de salud. Según Martins y colaboradores las visitas al odontólogo tienden a disminuir cuando las personas son más viejas, esto puede deberse a factores como la alta prevalencia de pérdida de las piezas dentales y la dificultad al acceso de los servicios odontológicos.¹²

4.1.7.- ACTIVIDAD LABORAL E INEQUIDADES EN SALUD

La mayor parte de los problemas de salud que se presenta en la población, se las atribuyen a las condiciones en las que se desenvuelven y vive una persona, la actividad laboral está considerada como una determinante social de la salud, y estos determinantes explican las inequidades sanitarias que son diferencias injustas entre los diferentes estratos sociales.^{5,13}

El empleo, ocupación laboral o trabajo es un indicador de estatus socio económico, empleado para estudiar las inequidades. Generalmente el ingreso económico va en relación con la ocupación que desempeña la persona, es así como los individuos que desempeñan una labor informal tienden a presentar una desigualdad en la condición de vida, que aquellas que cuentan con un empleo muy bien remunerado, situación socioeconómica alta que les permite acceder a todos los servicios de salud manteniendo una mejor condición de vida.¹³

La inequidad de la salud se encuentra más expresada en las poblaciones pobres sobre todo en personas de la tercera edad, pues ellos son el grupo más desfavorecido ya que presentan un deterioro de mayor grado en su salud y mayor desigualdad por su edad, la

falta de un empleo digno condiciona que su situación socioeconómica sea baja. Este tipo de circunstancias por las que atraviesan hacen que las personas adultas mayores se dediquen a trabajos informales de largas jornadas para poder solventar sus necesidades, lo que compromete seriamente su salud. El trabajo informal o el desempleo en la etapa de la vejez se convierte en un tema muy importante a tratar en busca de lograr una equidad en salud para este grupo poblacional.¹²

4.1.8.- OCUPACIÓN LABORAL EN EL ADULTO MAYOR

4.1. 8.a. - Definición.

La ocupación laboral se define como el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde se ejecute, determinado por la posición en el trabajo.

4.1.8.b.- Ocupación e ingresos

La realidad de la población adulta mayor con respecto a la ocupación y sus ingresos es muy dura en nuestro país, al no contar con suficiente fuente de empleo digno para esta población específica, junto a la escasez de ingresos que tienen que ver directamente con montos mínimos de jubilación que perciben, se ven forzados a realizar trabajos informales en busca de generar algún ingreso para poder subsistir. Otras situaciones que afectan el empleo del adulto mayor es la baja escolaridad, la presencia de enfermedades crónicas, discapacidad y otras condiciones de dependencia.¹⁴

Datos obtenidos del INEC mostraron que un 23.8% mantienen un trabajo formal, otro estudio realizado por ENEMDUR, muestra que el 13,6% de las personas de la tercera edad cuentan con una ocupación adecuada según su edad y sexo, un 6.7% se encuentra realizando ocupaciones de categoría profesional, técnico, funcionario público, personal administrativo y directores. Un 66.83% de personas de la tercera edad no cuentan con un trabajo formal y el 9,0% se dedican mayormente a tareas manuales, ayudan en los negocios familiares, en la agricultura o cuidado de los animales. Y apenas una pequeña proporción son cesantes, el 0,3%.¹⁴

Los adultos mayores a la edad de 65 a 69 años que se encuentran trabajando muestran una tasa de 460 por mil, presentando esta edad la tasa máxima de los adultos mayores trabajando, y conforme pasa los años y aumenta la edad la tasa disminuye. La tasa de jubilación en cambio alcanza su punto máximo a los 80 a 84 años, con una tasa de 194 por mil. ^{14,15}

Con respecto de los adultos mayores que no se encuentran trabajando o no tienen un trabajo formal, su modo de obtener algún ingreso para subsistir según datos del INEC se encontraron que el 42.39% realizan quehaceres del hogar, jubilados o pensionistas un 17,78%, algunos son rentistas el 0,81%, en otras actividades 17,79%, y un 20,50% son discapacitados. ^{14,15}

El adulto mayor no tiene oportunidades laborales debido a la discriminación por la edad, no es fácil que sea contratada, y si por el contrario logra obtener un empleo las condiciones son injustas y sin un seguro social que les otorgue los beneficios de protección y atención a los servicios de salud. ¹⁵

4.1.8.c.- Situación de seguridad social del adulto mayor.

Según datos obtenidos del Censo de Población y Vivienda 2010, apenas un 23% de la población entre 60 años a más se encuentra afiliada al IESS y el 75% mayor a 65 años no cuenta con afiliación a un seguro de salud. ¹⁴

La crisis económica por la que atraviesa el país, la baja tasa de mercado laboral y el desempleo hacen que la mayor parte de los adultos mayores no cuenten con un sistema de Seguridad social, un requisito importante para que una persona pueda afiliarse al IESS es que mantenga un trabajo en relación de dependencia o de otra manera sería que realice aportaciones voluntarias, pero al no contar con una ocupación que le genere un ingreso económico no puede aportar. ¹⁵

Al no contar con un sistema de protección social, le ubica en una situación difícil con respecto a sus necesidades de consumo y salud. Este tipo de circunstancias como el no poseer una ocupación laboral formal con todos los beneficios que esta brinda, el adulto mayor se ve obligado a realizar un trabajo informal para poder generar un ingreso económico, el mismo que será utilizado para su alimentación, medicamentos, y servicios básicos. Todos estos factores, como lo dicho anteriormente generan una desigualdad en

esta población, teniendo mayores oportunidades aquellos que se mantienen en un estatus social alto el cual le permite cubrir todas sus necesidades, incluyendo el poder acceder a un mejor servicio de salud odontológica que mantendrá su estado de salud óptimo llevando un mejor estilo de vida. Sucede lo contrario en adultos mayores que se encuentran formando parte de una clase social mucho más baja y en situación de pobreza, esta población que es la mayoría no cuenta con los mismos beneficios, lo cual crea en ellos un comportamiento de desinterés o indiferencia hacia su salud oral, sin prestarle mayor atención pues manifiestan que tienen otras prioridades que cubrir. ^{14,15}

4.1.9.- INDIFERENCIA DENTAL

La indiferencia dental está definida como una “actitud consiente en subvaloración significativa de los dientes y la falta de interés o preocupación por llevar una buena salud bucal” este comportamiento hace que las personas presenten un mal cumplimiento a las recomendaciones por parte del profesional sobre su cuidados y prevención oral, otra actitud equivocada de estos pacientes es de pensar darle un arreglo rápido a sus molestias dentales, como el de preferir sacarse las piezas dentales a someterse a un tratamiento más conservador, es así que estos pacientes presentan una mala asistencia a los servicios de salud odontológicos”. ^{6,16}

La indiferencia dental ha sido catalogada como una especie de barrera para que las personas no acudan a los servicios odontológicos, algunos investigadores han utilizado un instrumento que mide esta conducta de indiferencia, fue creado por Nuttall, (DIS) es la Escala de Indiferencia Dental (ANEXO 1). La misma se ha utilizado para medir los niveles de indiferencia en algunas poblaciones, encontrando además que este tipo de actitud están asociados con las diferentes circunstancias personales en las que viven las personas. Esto hace que presten más importancia y atención a otras necesidades, inclusive materiales por encima de la salud de sus dientes. ⁶

4.1.9.a.- Desarrollo inicial de la Escala de Indiferencia Dental (DIS)

En una encuesta realizada en Reino Unido en 1978 por la Oficina de Censos de Población y Encuestas adjuntaron la apatía como posible respuesta a una pregunta que

estaba relacionada como la razón para evitar asistir a un dentista. Los resultados de esta encuesta indicaron que la apatía fue la razón por la que se posponían las visitas a un dentista por la mayor parte de las personas adultas que respondieron esta encuesta.⁶

Para la elaboración de la Escala de Indiferencia Dental (DIS), Nuttall desarrollo un cuestionario de preguntas seleccionadas a partir de una hipótesis; si las personas indiferentes, se encontrarían con mayor frecuencia entre los pacientes que tenían un récord de cancelar sus citas dentales, entre los que no lo hacían. La búsqueda de los pacientes se obtuvo de registros realizados en un hospital, los pacientes que tenían un registro de algún tratamiento al menos cinco veces en el pasado y una visita en los últimos dos años fueron seleccionados. De todos estos, se estableció dos grupos; aquellos cuyo registro indico que no asistieron dos citas en los dos últimos cinco años, y los que no tenían ningún registro en los últimos cinco años.⁶

La falta de asistencia al tratamiento dental fue generalmente indicada por la frase “no pudo asistir”, se rechazó las fichas que estaban relacionados con pacientes que presentaban discapacidad, que mostraron ansiedad o tenían otro factor el cual explicaba que no podían asistir a los tratamientos. 184 pacientes que presentaron tener dos o más citas canceladas y 198 pacientes que no tenían registro de romper sus citas fueron identificados y se les envió un cuestionario con 8 preguntas con algunos literales para ser respondidos, cubriendo una variedad de temas. Para los pacientes que presentaron haber roto sus citas se les adjunto una carta de recordatorio, una segunda copia del cuestionario y un anuncio de un incentivo de US \$45 que sería otorgado en un sorteo aleatorio. La validación y confiabilidad del cuestionario se realizó basándose en los datos obtenidos del estudio realizado en Reino Unido.⁶

El sistema de puntuación del cuestionario consistía en dar un valor de 1 si el literal relacionado con indiferencia era marcado en las respectivas preguntas, y un valor de 0 aquellas que no. Se aceptaban respuestas múltiples en cada pregunta, pero la puntuación siempre sería 1 por cada pregunta.⁶

Nuttall NM obtuvo como resultado del estudio una puntuación de indiferencia dental de los 455 pacientes adultos encuestados en Escocia una muestra que a su vez se la dividió en tres grupos: los bajos niveles correspondían aquellos que anotaron 0 o 1 que corresponde al (23% de la muestra), los que se encontraron en un nivel medio estaban los que anotaron entre 2 y 4 que es el (59% de la muestra), y los valores altos cuando la

puntuación fue mayor de 5 que corresponde al (18% de la muestra). Hubo una mayor proporción de trabajadores manuales que presentaron puntajes altos de indiferencia.⁶

4.1.9.b.- Causas de Indiferencia Dental

Estudios realizados en Escocia han aportado datos de que la apatía, como la falta de necesidad sentida para realizarse tratamientos dentales parece ser una barrera para que los adolescentes, en especial los hombres muestren una falta de preocupación por su salud bucal y no asistan a chequeos ni atención dental. En Reino Unido se realizó otro estudio, pero revelaron que el riesgo que más se presentó en la población para no acudir a las citas odontológicas fue el miedo y la ansiedad.¹⁷

En Noruega se realizó un estudio en jóvenes de 18 años, que cancelaban o no se presentaban a sus citas dentales programadas, y al igual que en el estudio de Nuttall, este fenómeno se presentó mayormente en hombres que, en las mujeres, estos hallazgos son un indicador de una posible asociación entre la indiferencia dental y el número de citas perdidas en los adolescentes, predisponiéndoles a que en una edad más adulta perdieran sus dientes.¹⁷

Como un factor para la indiferencia dental también se señala el nivel socioeconómico al encontrarse limitando al paciente que acuda a visitas seguidas, u optar por tratamientos más acordes a su patología, el nivel socioeconómico bajo también estaba relacionado con la indiferencia dental en la atención odontopediatría según las investigaciones realizadas en Suecia. Mientras que en Brasil estudios lo relacionaron esta actitud de indiferencia a las limitaciones económicas, afectando con mayor intensidad a los adolescentes.^{6,16,17}

Erik Skaret y colaboradores, realizaron un estudio a partir de una muestra que consistió en 1119 jóvenes de 18 años que Vivian en Noruega, la muestra se la selecciono al azar. Los cuestionarios se los enviaron a los participantes por medio de correo electrónico, se les informo sobre el estudio y se les pidió el permiso para su participación.¹⁷ El cuestionario estaba compuesto por datos como ocupación, demográficos, nivel de instrucción de los padres y la Escala de Indiferencia Dental (DIS). De todas las encuestas enviadas un total de 968 encuestas fuera de las excluidas por falta de datos y sin respuesta, entraron al análisis del estudio, un total de 134 (15%) encuestados tuvieron un puntaje alto, 88 de los cuales fueron hombres y 46 mujeres.¹⁷

Un estudio realizado en Suecia manifiesta que el nivel de educación y preparación que tienen los padres constituye de igual manera un factor de indiferencia que influye en sus hijos, se lo constato en el la frecuencia de registro de visitas dentales canceladas y tratamientos abandonados por aquellos padres que se encontraron desempleados y presentaban un bajo nivel de preparación, todo lo contrario se observa en los hijos de padres que contaban con una mejor preparación y trabajo estable. ¹⁶

4.2.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Obra: Artículo de revista: “DESARROLLO INICIAL DE UNA ESCALA PARA MEDIR LA INDIFERENCIA DENTAL” ⁶

Autor: Nuttall, NM.

Resultado: La fiabilidad se evaluó de dos maneras. La consistencia interna del cuestionario evaluado por el alfa de Cronbach fue de 0,71. La fiabilidad test-retest evaluada por el coeficiente de correlación de Pearson fue 0,79. Se utilizaron dos conjuntos de información para examinar la validez del cuestionario. Ninguno de los dos fue concurrente con la evaluación de la indiferencia dental, que se llevó a cabo en 1993. El primer conjunto se compuso de varios aspectos de la situación dental de la muestra determinada en la línea base de adultos Dental Health examen en 1988. El segundo grupo fue el dental Experiencia de tratamiento y comportamiento de la muestra entre 1988 y 1992. La muestra se dividió en tres grupos sobre la base de sus puntuaciones de indiferencia dental. El grupo bajo estaba compuesto por aquellos que obtuvieron puntaje 0 o 1 (23% de la muestra), el grupo medio fueron aquellos que puntuaron entre 2 y 4 (59% de la muestra), el grupo alto fueron aquellos cuyo puntaje fue superior a 5 (18% de la muestra) La extensión de la prueba de chi-cuadrado de Mantel-Haenszel se utilizó para examinar las diferencias lineales entre los grupos La tabla 1 indica qué factores fueron evaluados y su grado de asociación lineal con la puntuación de indiferencia dental.

Obra: Artículo de revista: “INFLUYE LA INDIFERENCIA DENTAL EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD ORAL DE LOS PRISIONEROS” ¹⁶

Autor: Marshman Z, Baker S, Robinson P.

Resultado: De los 700 reclusos, un total de 659 completaron la entrevista y el examen clínico, su edad media fue de 28.9 años y todos eran hombres. Los factores predisponentes la mayoría de los precios (63.4%) informaron visitar a un dentista solo cuando presenta un problema con sus dientes, un 20.8% dijo asistir ocasionalmente a chequeos y el 15.8% para exámenes regulares. La puntuación promedio para indiferencia dental fue de 3.8 (SD= 1.6) con 8.0% con baja indiferencia (dental puntaje 0-1), un 57.5% medio de indiferencia (puntaje 2-4) y un 34.4% correspondió a un nivel alto de indiferencia dental (puntuación 5-8).

Obra: Artículo de revista: “CONFIABILIDAD Y LA VALIDEZ DE LA ESCALA DENTAL INDIFERENCIA EN UNA POBLACIÓN DE 18 AÑOS EN NORUEGA” ¹⁷

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

Resultado: La escala DIS se envió por correo a una muestra de 1119 personas de 18 años en dos condados noruegos. Casi el 87% completó el cuestionario y accedió a la recopilación de datos de sus registros dentales. Se solicitó al diez por ciento de la muestra, extraída al azar, que completara el cuestionario por segunda vez, después de un retraso de 15 semanas (tasa de respuesta del 83%). La estimación de la confiabilidad de los puntajes de suma de DIS se basó en la correlación de Pearson entre las puntuaciones de prueba-repetición y la consistencia interna (alfa de Cronbach). La frecuencia de citas perdidas a partir de los 12 años, registradas en los registros de tratamiento dental, se utilizó como el criterio de validación. La validez se analizó mediante la correlación de Pearson y la regresión múltiple por pasos. Resultados: El coeficiente de correlación (Pearson) para la comparación test-retest fue 0.43. El coeficiente de correlación entre los puntajes DIS y las frecuencias de citas dentales perdidas fue 0.24. El coeficiente Alpha de Cronbach para las ocho preguntas DIS fue 0.35 (n = 868). Solo dos de las ocho preguntas DIS ingresaron al modelo de regresión por pasos y explicaron el 15% de la varianza de la frecuencia de las citas perdidas.

Obra: Artículo de revista: “COMPRENDER LA EVITACIÓN Y LA FALTA DE ASISTENCIA ENTRE LOS ADOLESCENTES EN LA ATENCIÓN DENTAL: UNA REVISIÓN INTEGRADORA” ¹⁸

Autor: Fägerstad A, Windahl J, Arnrup K.

Resultado: Los factores identificados formaron tres temas principales comunes: factores ambientales, individuales y situacionales. Solo siete estudios, todos de Suecia o Noruega, investigaron factores asociados con la evasión dental. Los 14 estudios restantes se distribuyeron geográficamente. Con respecto a la evitación, se descubrió que el enfoque principal estaba en los factores individuales y situacionales, mientras que los factores ambientales se investigaron con mayor frecuencia para el resultado no presencial.

Obra: Artículo de revista: “LAS ESCALAS DE NEGLIGENCIA DENTAL E INDIFERENCIA DENTAL COMPARADAS” ²¹

Autor: Jamieson LM, Thomson WM.

Resultado: En total, 478 personas (78.2%) respondieron el cuestionario. El puntaje promedio de negligencia dental fue de 12.4 (SD 4.4). La puntuación media de la escala de Indiferencia Dental fue de 3.1 (SD 1.9). La asociación entre los puntajes de las escalas fue moderada ($r = 0,58$; $P < 0,01$) y solo hubo un grado moderado de concordancia entre los dos. Las dos escalas tenían asociaciones en gran parte similares con las características sociodemográficas, de cuidado bucal y de autocuidado, y con la salud oral, aunque se encontraron algunas asociaciones con la escala de Indiferencia dental. Se descubrió que la escala de negligencia dental era más fácil de usar que la escala de indiferencia dental porque no requería un algoritmo complejo para calcular los puntajes de escala.

Obra: Artículo de revista: “EVITAR Y RETRASAR LAS VISITAS DENTALES EN AUSTRALIA” ²²

Autor: Armfield J.

Resultado: En Australia, casi dos tercios de los adultos dentados informan haber visitado al dentista en los últimos 12 meses, mientras que más del 80% informa haber visitado en los últimos dos años. Dado que Australia opera un sistema dental principalmente privado, el costo de comprar atención puede tener un efecto apreciable en la determinación de los patrones de visitas dentales. En 2008, poco más de un tercio de todos los adultos

dentados australianos afirmaron haber evitado o retrasado la visita a un profesional dental debido a los costos. El que las personas tengan o no seguro dental también puede afectar el uso de los servicios dentales. El seguro dental mitiga la barrera potencial de los costos iniciales, lo que significa que las personas aseguradas visitan al dentista con más frecuencia que las personas sin seguro. Por el contrario, aproximadamente el doble del porcentaje de personas dentadas no aseguradas evita visitar al dentista debido al costo (45.9%) que las personas aseguradas (22.9%).

Obra: Artículo de revista: “DIFERENCIAS BASADAS EN EL GÉNERO EN LOS FACTORES RELACIONADOS CON LA NO UTILIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DENTAL EN JÓVENES NORUEGOS. UN ESTUDIO LONGITUDINAL” ²³

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

Resultado: Los encuestados de una muestra aleatoria de adolescentes que habían sido encuestados a la edad de 18 años ($n = 968$) se encuestó nuevamente a la edad de 23 años. Los datos se basaron en (1) datos de referencia recopilados a la edad de 18 años, y (2) un cuestionario enviado por correo a los mismos sujetos a la edad de 23 años. La tasa de respuesta fue del 69%. El tiempo transcurrido desde la última cita dental a la edad de 23 años fue más largo para los hombres que para las mujeres. Del 2% que no había estado en el dentista durante los últimos 5 años o más, la mayoría eran hombres (69%). Los análisis de regresión logística multivariante mostraron que las siguientes características a la edad de 18 años predecían su inclusión en un grupo sin utilización ($n = 45$) a la edad de 23 años: miedos múltiples (odds ratio (OR) = 3.0), tratamiento a la edad de 18 años no completado (OR = 2.5) y ansiedad dental alta (OR = 2.0 para mujeres y OR = 1.2 para hombres). Estas diferencias de género pueden influir en las estrategias futuras para la prevención del abandono de la asistencia y posibles intervenciones dirigidas a devolver a los adolescentes a la atención dental regular.

Obra: Artículo de revista: “BARRERAS Y FACILITADORES DEL USO DE SERVICIOS DENTALES PARA ADULTOS MAYORES” ²⁴

Autor: Kiyak HA, Reichmuth M

Resultado: El tema de la Cumbre de Salud Oral para Ancianos es el acceso de los adultos mayores al cuidado dental y cómo esta situación puede ser mejorada para futuras cohortes. Una pregunta importante es si los adultos mayores de hoy, así como los adultos medios que entrarán en los setenta dentro de la próxima década exigirán cuidado dental como parte de su bienestar general. La cohorte actual de ancianos varía ampliamente en el uso de servicios dentales, desde usuarios regulares de prevención hasta no usuarios que informan que no han estado en un dentista en más de veinte años. En 1999, el 53.5 por ciento de los adultos mayores informaron que habían visitado a un dentista, la tasa más baja de cualquier edad grupo más allá de los dieciocho. Este artículo examina algunos determinantes de la utilización del servicio dental de personas mayores, tanto barreras como facilitadores, como una forma de entender por qué algunas personas continúan buscando atención dental preventiva a lo largo de sus vidas mientras otros son usuarios irregulares de por vida y otros descontinúan el uso regular después de la jubilación o la reubicación en una nueva comunidad o centro de cuidados a largo plazo. Con base en la literatura epidemiológica y psicosocial disponible sobre este tema, barreras y habilitadores incluir cohorte y edad, raza y origen étnico, ingresos y educación, disponibilidad de seguro dental y médico, urbano vs. Rural residencia, acceso físico a un consultorio dental y salud sistémica y funcional. Actitudes hacia la salud oral y el cuidado dental y otras variables psicosociales pueden anular algunas de estas variables demográficas y estructurales. Investigación en medicina y odontología la utilización del servicio ofrece información sobre la capacidad predictiva relativa de estas variables. Los proveedores dentales también pueden ser potentes facilitadores o barreras para el acceso de adultos mayores a la atención dental. Cada uno de estos factores juega un papel en el uso de los servicios dentales por parte de los adultos mayores. Bajo diferentes situaciones, algunos sirven como barreras y habilitadores.

Obra: Artículo de revista: "BARRERAS A LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DENTALES EN UDAIPUR, INDIA" ²⁵

Autor: Kakatkar G, Bhat N, Nagarajappa R, Prasad V, Sharda A, Asawa K, Agrawal A.

Resultado: Se incluyó en el estudio una población total de 427 que incluía 248 hombres (58.1%) y 179 mujeres (41.9%) en el grupo de edad de 25-45 años con una edad promedio de 35.25. Entre la población de estudio, el 78.2% de la población del estudio

tenía un conocimiento promedio de la atención dental, el 52.9% estuvo de acuerdo en tener una mejor salud oral después del cepillado. El 34,4% de la población tenía miedo a los procedimientos dentales dolorosos, el 49,9% hasta cierto punto creía que la atención dental es costosa. La pereza y las experiencias desagradables no tenían ninguna asociación y no se consideraban una barrera en el cuidado dental regular. Pero la mayoría de la población de estudio (50.1%) creía en la necesidad sentida y no estaba al tanto de la prevención.

La mayoría de la población de estudio (38.4%) pertenecía al grupo de ingresos más bajos, 28.6% al grupo de ingresos medios y muy pocos (1.6%) pertenecían al grupo de mayores ingresos. En este estudio, el 50% de la población que tenía educación superior no encontró ninguna dificultad para concertar una cita con el dentista en comparación con aquellos que tenían educación básica (42.42%) con un valor p altamente significativo de menos de 0.05. Además, se encontró que el gasto de la atención dental era menos restrictivo entre el grupo de educación superior ($P < 0.05$) y el grupo de menor edad ($P < 0.05$). La asociación entre el gasto de atención dental y el sexo no fue estadísticamente significativa ($P > 0.05$). El miedo dental fue altamente significativo entre las mujeres (17,3%) en comparación con los hombres (14,56%), con un valor de P inferior a 0,05. El 65.32% de los hombres tuvieron experiencias dentales desagradables en comparación con el 45.81% de las mujeres con un valor de p significativo ($P < 0.05$). Entre la población de estudio, los sujetos del grupo de edad de 25-35 años (13.79%) tenían un mejor conocimiento significativo de la atención de salud dental en comparación con el 9.23% del grupo de edad de 36-45 años ($P < 0.05$). También se observó que la pereza no preocupaba demasiado al grupo de menor edad (65,94%) en comparación con el otro grupo de edad (50,25%) con un valor de $p < 0,05$.

La regresión logística mostró que el grupo de menor edad tuvo 4.553 veces más visitas dentro de un año que el otro grupo de edad con ($P < 0.05$). Además, los hombres tuvieron visitas dentales 0.411 veces más altas que las mujeres, que no fue estadísticamente significativa ($P > 0.05$). La educación tuvo una asociación significativa; el grupo de educación superior mostró visitas dentales 0.088 veces más altas que el grupo de educación más baja ($P < 0.05$). El grupo de mayores ingresos en la población de estudio tuvo un mejor acceso, asequibilidad para los procedimientos dentales en comparación con el grupo de menores ingresos. Pero a pesar de esto, los ingresos tuvieron una correlación negativa con las visitas dentales.

Obra: Artículo de revista: “FACTORES RELACIONADOS CON CITAS DENTALES PERDIDAS Y CANCELADAS ENTRE ADOLESCENTES EN NORUEGA”²⁶

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

Resultado: Un total de 754 20 años completaron un cuestionario que incluía variables que miden datos demográficos, ocupación (escuela / trabajo), patrón de asistencia, actitudes hacia los dentistas, opinión sobre la importancia del tratamiento dental y las escalas psicométricas Dental Fear Scale (DFS), Dental Beliefs Survey (DBS) y Geer Fear Scale (GFS). Con base en los consentimientos escritos, los siguientes datos se registraron en sus registros dentales: el número total de citas programadas, el número de citas perdidas y canceladas y la experiencia de caries individual de aquellos en el grupo de edad de 12-18 años. Un total de 124 sujetos que habían omitido o cancelado el 20% o más de sus citas dentales durante esta edad se definieron como un grupo objetivo.

5.- HIPÓTESIS

La ocupación laboral es factor de riesgo para generar una actitud de indiferencia dental en adultos mayores.

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1.- MARCO METODOLÓGICO.

Enfoque: El enfoque de la investigación es cuantitativo.²⁷

Diseño de Investigación: Caso-control.²⁸

Nivel de investigación: Relacional.

Tipo de Investigación:

- **Por el ámbito:** De campo.
- **Por la técnica:** Comunicacional.
- **Por la temporalidad:** Estudio Retrospectivo.²⁸

2.- POBLACIÓN Y MUESTRA.

La cantidad de encuestas se obtuvo de una población de 823 personas mayores de 65 años, según datos obtenidos del INEC, de estos se encuestaron a 394 habitantes de la parroquia Hermano Miguel, quienes aceptaron y firmaron el consentimiento informado para ser parte del estudio. La muestra o cálculo fue mediante muestreo no probabilístico tomando en cuenta edad y sexo, se obtuvieron un total de 142 fichas, los cuales corresponden a 71 casos y 71 controles, se detalla el conteo a continuación. (ANEXO 2).

2.1.- Criterios de selección: para la formación de la población se tuvo en cuenta los siguientes criterios de selección.

2.1.a. -Criterios de inclusión: Se incluyeron en el presente estudio, las encuestas de personas mayores de 65 años, de la parroquia Hermano Miguel de la ciudad de Cuenca.

2.1.b.-Criterios de exclusión: Se excluyeron del estudio las encuestas que presenten incoherencias y no presenten todos los datos requeridos, como también a médicos y odontólogos.

2.2.- Tamaño de la muestra:

Para el tamaño de la muestra en adultos mayores de 65 años a más en la parroquia Hermano Miguel de la ciudad de Cuenca, se encuestaron a 394 habitantes pertenecientes a la parroquia, de las cuales hubo 142 casos y controles realizados a mujeres y hombres.

29

3.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variables	Definición conceptual	Definición Operativa	Indicador	Tipo estadístico	Escala
Indiferencia Dental	Actitud consiente en sub valoración el cuidado oral	Valorar el grado de indiferencia dental	Con indiferencia Sin indiferencia	Cualitativa	Ordinal
Ocupación	Acción o función que desempeña una persona	Respuesta al cuestionario	0. Militares 1. Directores y gerentes 2. Profesionales científicos e intelectuales. 3. Técnicos y profesionales de 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. Operarios de instalaciones y máquinas y ensambladores 9. Ocupaciones elementales	Cualitativa	Nominal
Sexo	Características genotípicas de la persona	Características externas que diferencian	Masculino Femenino	Cualitativa dicotómica	Nominal

		al hombre de la mujer			
Edad	Tiempo transcurrido del nacimiento hasta la actualidad medido en años y meses	Años registrados en la ficha al momento de la toma de datos	65 años a mas	Cuantitativa	Discreta

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

4.1.- Instrumentos documentales: Se utilizó la encuesta de recolección de información digital, en el programa de acceso libre EPI-INFO para registrar los datos obtenidos de la encuesta de escala de indiferencia dental (DIS) de Nuttall, que consta de 3 partes, la primera datos generales de la persona, la segunda únicamente las 8 preguntas de la encuesta, y la tercera el consentimiento informado.

4.2.- Instrumentos mecánicos: Tablero, esferos, computadora.

4.3.- Materiales: Materiales de escritorio.

4.4.- Recursos: Los recursos que se utilizaron fueron los datos recolectados a través de las encuestas. Esta encuesta fue posible con la ayuda de recursos institucionales (UCACUE y el departamento de investigación), recursos humanos (encuestadores y tutores) y recursos financieros (autofinanciados).

5.- PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.

5.1.- Ubicación espacial: La parroquia Hermano Miguel es una unidad de organización política administrativa dentro de la ciudad Santa Ana de los Cuatro Ríos de Cuenca, que está ubicada en el centro austral de la República del Ecuador, es la capital de la provincia del Azuay, cuenta con 270 mil habitantes, su temperatura va desde 7 a 15 °C en invierno y de 12 a 25 °C en verano. La superficie urbana es de 72 Km cuadrados

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

5.2.- Ubicación temporal: La investigación se realizó entre los meses de marzo a agosto 2017, recolectando datos de encuestas que reflejan el nivel de indiferencia dental a los tratamientos odontológicos en la población de adultos mayores de 65 años en el 2017, dichas encuestas fueron tomadas entre los meses de junio y julio del año en curso.

5.3.- Procedimientos de la toma de datos. Para el registro de los datos, se tomó en cuenta las encuestas de la parroquia “Hermano Miguel” las cuales fueron ingresadas a una base de datos en el programa EPI-INFO, las cuales reflejan información de la indiferencia dental que fue registrada con las siguientes características.

5.3.a. - Método de examen utilizado para los examinadores

Como primer paso se llevó a cabo una capacitación para los encuestadores de cómo se registraría los datos en las encuestas, se elaboró un cronograma de los días y hora que se saldría a realizar las encuestas. Cada día los encuestadores salieron dos horas por la mañana y dos horas por la tarde. La salida a encuestar fue en grupo, luego se formaron parejas de encuestadores para ir de vivienda en vivienda encuestando a las personas mayores de 65 años que habitaran en la casa, que se encontraran en parques y sitios de mayor concurrencia. El encuestador inicio informándole al encuestado el propósito del estudio, una vez que la persona accede a ser encuestada, se le pidió que escriba sus nombres y apellidos y firme el consentimiento informado. Luego se le solicitó datos como el número de cedula, edad, sexo, parroquia, grado de instrucción, preguntas opcionales como el ingreso mensual aproximado y cuantas personas dependían de este ingreso, y la ocupación, que se la llena con el código de la Clasificación Nacional de Ocupaciones CIOU 08 del INEC (ANEXO 3). Posteriormente se realizó la encuesta de Escala de Indiferencia Dental (DIS) ya descrita anteriormente que constaba de ocho preguntas con sus respectivos literales realizados a la persona encuestada. Por último, se colocó el tiempo que tardó en realizar la encuesta.

Posteriormente se realizó la suma de indiferencia y los datos obtenidos en la encuesta fueron ingresados al programa EPIINFO, para la recolección de la base de datos que se utilizó para el análisis del estudio.

5.3.b.- Criterio de registro de hallazgos.

Cuando se realizó las preguntas, la respuesta se marcó en el literal correspondiente a cada pregunta según lo que nos indicó el encuestado. La evaluación del nivel de indiferencia se obtuvo sumando el valor asignado a cada pregunta que se detalla a continuación.

Criterios de evaluación del nivel de indiferencia basado en la puntuación de respuestas:

Pregunta	Valor
1	1 si ninguno o solo el literal a está marcado
2	1 si los literales a o d están marcados.
3	1 si los literales b o c están marcados.
4	1 si el literal d está marcado
5	1 si los literales a o c están marcados.
6	1 si los literales a, b o d están marcados.
7	1 si los literales a o b están marcados.
8	1 si los literales b, d o f están marcado.

La suma total de indiferencia dental nos indica:

Sin indiferencia (puntuación 0-2)

Con indiferencia (puntuación 3-8)

6.- PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.

Se calculó la frecuencia de la enfermedad mediante el análisis estadístico univariado.

Se realizó la tabla de doble entrada, para el Odds Ratio.

	CASOS	CONTROLES
EXPUESTOS	A	B
NO EXPUESTOS	C	D

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

7.- ASPECTOS BIOÉTICOS.

El presente estudio no implicó conflictos bioéticos, pues a cada persona encuestada se le informó verbalmente el objetivo del estudio. Se les indicó que hay un compromiso de confiabilidad de sus datos por parte del investigador principal y se les solicitó que firmen el consentimiento informado.

CAPÍTULO III

RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. RESULTADOS

Tabla N° 1

Distribución de la muestra de acuerdo al sexo en adultos mayores de 65 años en la parroquia Hermano Miguel.

	CASOS		CONTROLES		Total general
	N	%	N	%	N
Femenino	34	48	34	48	68
Masculino	37	52	37	52	74
Total general	71	100	71	100	142

Interpretación de la tabla: Del total de adultos mayores encuestados en la parroquia “Hermano Miguel” 142 correspondiente al 100%, un 50% son casos y 50% controles. Del grupo de personas que presentan indiferencia (casos) 48% son de sexo femenino y 52% son de sexo masculino, el grupo que no presento indiferencia (controles) 48% son de sexo femenino y 52% de sexo masculino.

Tabla N° 2

Distribución de la muestra de acuerdo a la edad en adultos mayores de 65 años en la parroquia Hermano Miguel,

EDAD	CASOS		CONTROLES		Total general
	N	%	N	%	N
65	7	10	7	10	14
66	9	13	9	13	17
67	7	10	7	10	15
68	9	13	9	13	18
69	7	10	7	10	14
70	6	9	6	9	12
71	4	6	4	6	8
72	6	9	6	9	12
73	3	4	3	4	6
74	4	6	4	6	8
75	2	3	2	3	4
76	3	4	3	4	6
77	2	3	2	3	4
78	1	1	1	1	2
79	1	1	1	1	2
Total general	71	100	71	100	142

Interpretación de la tabla: Del total de adultos mayores encuestados en la parroquia “Hermano Miguel” 142 correspondientes al 100%, 50% son casos y 50% son controles. Del grupo de personas que presentaron indiferencia al tratamiento dental (casos) las personas que se encontraban en edades de 66 y 68 años presentaron más indiferencia (13%).

Tabla N° 3

Relación entre la ocupación y la indiferencia al tratamiento odontológico en adultos mayores de 65 años en la parroquia Hermano Miguel.

	EXPUESTO		NO EXPUESTO		Total general	
	N	%	N	%	N	%
CASOS	61	86%	10	14%	71	100%
CONTROLES	27	38%	44	56%	71	100%
Total general	88		54		142	
Odds Ratio =	9.94		IC 95% (4,36 - 22,63)			

Interpretación de la tabla: Del total de adultos mayores encuestados en la parroquia “Hermano Miguel” 142 correspondiente al 100%, el 86% de la población expuesta (con empleo bajo) presentan indiferencia dental, frente a un 14% que no presenta indiferencia al tratamiento dental. El 38% de la población no expuesta (ocupación alta) presenta indiferencia dental, y 56% de la población no expuesta no es indiferente al tratamiento dental. Se obtuvo un Odds Ratio de 9.94 que indica que la ocupación laboral es un factor de riesgo para generar indiferencia dental

2. DISCUSIÓN

La investigación fue realizada en la parroquia Hermano Miguel, la cual se encuentra localizada en la ciudad de Cuenca, los datos obtenidos provienen de adultos mayores de 65 años a más. Se realizó un total de 394 encuestas a los habitantes correspondientes a dicha parroquia, pero al ser un estudio caso-control por conveniencia del total de encuestas se filtraron para el estudio un total 142 (100%), de los cuales 68 (48%) fueron mujeres y 74 (52%) fueron hombres.

La morbilidad bucal es un problema que afecta a gran parte de las personas de la tercera edad, debido a una mala higiene de salud bucodental y prevención oportuna para tratar las patologías a tiempo, este comportamiento está dado por el desinterés, poca importancia o indiferencia al tratamiento odontológico, que a su vez tiene relación con la condición en las que viven las personas, como, nivel socioeconómico, educación y ocupación laboral.

Existen varios estudios que indagaron este tipo de actitud en los pacientes, podemos mencionar a Armfiel J. quien realizó un estudio en Australia demostró que dos tercios de adultos dentados han realizado una visita dental en los últimos 12 meses, comparado con un 80% que los realizo al pasar 2 años, poco más de un tercio de adultos dentados afirmaron el haber evitado sus citas debido al costo, el que la personas cuente con un empleo que le brinde un seguro, con aquellas que no, influyo mucho para la no asistencia dental, un 22% de las personas aseguradas realizaron más visitas al odontólogo, comparado con el 45% que no asistió al no contar con un seguro.²² Lo cual concuerda con el estudio realizado en la parroquia Hermano Miguel ya que un 56% de las personas que tenían una ocupación formal no presentaron indiferencia, comparado con el 86% que por no contar con un empleo digno o realizar una ocupación informal presentaron mayor indiferencia.

Marshman Z. realizo un estudio en 7000 presos, de los cuales 659 completaron la entrevista, la edad media estuvo en 28,9 años. Se reportaron que apenas un 8,0% presentaron baja indiferencia dental, 57,7% reportaron un nivel de indiferencia media y 34,4% alta indiferencia dental, con relación a la variable ocupación se demostró que los que presentaron empleo 37% antes del ingreso a la cárcel tuvieron una carga de factor más baja que los que no tenían un empleo 63,9%.¹⁶

En un estudio realizado en Noruega por Skaret E y colaboradores en una población de jóvenes de 18 años que reportaron no asistir o cancelar sus citas odontológicas programadas, la puntuación de indiferencia reportó que un 88% de los hombres presentaban indiferencia, y el 46% correspondía a las mujeres, este fenómeno se daba mayormente en hombres que en mujeres, lo que puede compararse con el estudio en la parroquia Hermano Miguel por lo que el 48% de mujeres presentaron indiferencia dental con un 52% correspondiente a los hombres.¹⁷

3. CONCLUSIONES

La indiferencia al tratamiento odontológico es una actitud de falta de interés y prevención hacia el cuidado de la salud bucodental, que a su vez puede estar relacionado con las condiciones de vida de las personas, haciéndose más evidente en la población de la tercera edad, pues son el grupo más desfavorecidos y con mayor riesgo de presentar problemas orales que comprometen su salud y calidad de vida.

La población de la tercera edad que en Ecuador corresponde a todos aquellos de 65 años a más, se muestran en condiciones desiguales con respecto a la otra parte de la población, una de estas desigualdades es en cuanto a la ocupación por falta de empleo para estas personas. La importancia de esta situación que pasa el adulto mayor hace que no pueda contar con un ingreso económico adecuado que le permita cubrir sus necesidades.

Este determinante social de la salud como lo es la falta de ocupación laboral formal tiene relación directa en la salud del adulto mayor, pues genera una barrera de acceso a los servicios de salud odontológica, pues los costos de estas son considerables en los sectores privados y en cuanto al servicio público este no presenta un equipamiento ni servicios completos para cubrir todas sus necesidades, y en ocasiones ni siquiera cuentan con este servicio en el lugar donde viven.

La asociación entre la ocupación laboral y la indiferencia a los tratamientos odontológicos se ha demostrado en este estudio realizado en personas mayores de 65 años de la parroquia Hermano Miguel, ya que las personas de la tercera edad que contaban con un empleo alto 56% mostraron menor niveles de indiferencia dental y mayor nivel de indiferencia 86% en personas que presentaban un empleo bajo, se obtuvo un Odds Ratio de 9.94 que indica que la ocupación laboral es un factor de riesgo para generar indiferencia dental.

Según el sexo la distribución presentó un 48% para el sexo femenino y 52% correspondió al sexo masculino, y según las edades la distribución de mayor indiferencia dental se encontró a los 66 y 68 años.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2012 [cited 2017 Octubre 05. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>.
2. MINISTERIO DE SALUD, GUÍA CLÍNICA SALUD ORAL INTEGRAL PARA ADULTOS DE 60 AÑOS. Biblioteca MINSAL. [Online].; 2010 [cited 2017 Octubre 5. Available from: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Salud-Oral-Integral-para-adultos-de-60-a%C3%B1os-radicular.pdf>.
3. Castrejón Péres C. ResearchGate. [Online].; 2010 [cited 2017 Octubre 06. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/256001282>.
4. Palomeque Zambrano AJ. Repositorio Institucional Universidad de Cuenca. [Online].; 2015 [cited 2017 Octubre 7. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/24042>.
5. Lombard Hernández DA, Hernández Crespo LL, Fernández Hernández IF, Sánchez González LE, Hernández Pérez DME, Olmo Ramos LL, et al. Infomed. [Online].; 2012 [cited 2017 Octubre 16. Available from: <http://bvs.sld.cu/revistas/infed/n1512/infed08212.htm>.
6. Nuttall NM. Community Dentistry and Oral Epidemiology. [Online].; 1996 [cited 2017 Octubre 13. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0528.1996.tb00825.x/abstract>.
7. Robalino Espinoza SM. Repositorio Digital UCSG. [Online].; 2014 [cited 2017 Octubre 5. Available from: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/1901>.
8. Federación Dental Internacional (FDI). fdi World Dental Federation. [Online].; 2015 [cited 2017 Octubre 06. Available from: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/book_spreads_oh_2_spanish.pdf.
9. Instituto Nacional de Geriátría. SALUD SECRETARÍA DE SALUD. [Online].; 2015 [cited 2017 Octubre 7. Available from: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/menu5/envejecimiento.html>.
10. Moya P, Chappuzeau E, Caro JC, Monsalves J. Revista Estomatológica Heredia. [Online].; 2012 [cited 2017 Octubre 9. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421539373002>.

11. Hernández Ordóñez R. Revista Mexicana de Atención Integral en Salud. [Online].; 2014 [cited 2017 Octubre 8. Available from: descargas.revistamexicanaintegralensalud.com.mx/2014/MAY-02.pdf.
12. Rocha Buelvas A. Scielo. [Online].; 2013 [cited 2017 Octubre 20. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rqps/v12n25/v12n25a08.pdf>.
13. Garriga LY, Navarro LJ, Saumell LA, Serviat LT, León de la Hoz LJ, Garcia DS. Infomed. [Online].; 2012 [cited 2017 Noviembre 4. Available from: <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/345>.
14. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Ministerio de Inclusión Económica y Social. [Online].; 2013 [cited 2017 Noviembre 6. Available from: <http://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>.
15. Coronel Bernal GM. Repositorio Institucional de la Universidad de Guayaquil. [Online].; 2015 [cited 2017 Noviembre 23. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/7305>.
16. Marshman Z, Baker S, Robinson P. PubMed.gov. [Online].; 2014 [cited 2017 Noviembre 24. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24450539>.
17. Skaret E, Raadal M, Kvale G, Berg E. Researchgate. [Online].; 2000 [cited 2017 Diciembre 2. Available from: https://www.researchgate.net/publication/12308240_Reliability_and_validity_of_the_Dental_Indifference_Scale_in_a_population_of_18-year-olds_in_Norway.
18. Fägerstad A, Windahl J, Arrrup K. ResearchGate. [Online].; 2016 [cited 2017 Noviembre 23. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/292971927>.
19. Ahlberg J, Touminen R, Murtomaa H. PubMed.gov. [Online].; 1996 [cited 2017 Diciembre 3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9007353>.
20. Tennstedt SL, Brambilla DL, Jette AM, McGuire SM. PubMed.gov. [Online].; 1994 [cited 2017 Diciembre 3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7799295>.
21. Jamieson L, Thomson W. PubMed.gov. [Online].; 2002 [cited 2017 Diciembre 14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12000339>.
22. Armfield J. Australian Dental Journal. [Online].; 2012 [cited 2017 Diciembre 14. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1834-7819.2012.01697.x/abstract?wol1URL=/doi/10.1111/j.1834-7819.2012.01697.x/abstract®ionCode=EC&identityKey=39710e86-0137-4a02->

[8161-98f8fde190a2](#).

23. Skaret E, Raadal M, Kvale G, Berg E. PubMed.gov. [Online].; 2003 [cited 2017 Diciembre 15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12974679>.
24. Kiyak H, Reichmuth M. PubMed.gov. [Online].; 2005 [cited 2017 Diciembre 17. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16141083>.
25. Kakatkar G, Bhat N, Nagarajappa R, Prasad V, Sharda A, Asawa K, et al. US National Library of Medicine National Institutes of Health. [Online].; 2011 [cited 2017 Diciembre 17. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3184738/>.
26. Skaret E, Raadal M, Kvale G, Berg E. PubMed.gov. [Online].; 2000 [cited 2017 Diciembre 18. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10872986>.
27. Villavicencio-Caparó E, Alvear-Córdova M, Cuenca-León K, Calderón-Curipoma M, Palacios-Vivar D, Alvarado-Cordero A. ODONTOLOGÍA ACTIVA. [Online].; 2016 [cited 2017 Octubre 15. Available from: [http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php?journal=OACTIVA-UCACUE&page=article&op=view&path\[0\]=37&path\[1\]=46](http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php?journal=OACTIVA-UCACUE&page=article&op=view&path[0]=37&path[1]=46).
28. Villavicencio-Caparó E, Cuenca-León K, Velez-León E, Sayago-Heredia J, Cabrera-Duffau A. ODONTOLOGÍA ACTIVA. [Online].; 2016 [cited 2017 Octubre 15. Available from: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php?journal=OACTIVA-UCACUE&page=article&op=view&path%5B%5D=20&path%5B%5D=22>.
29. Villavicencio-Caparó E, Alvear-Cordova M, Cuenca-León K, Calderón-Curipoma M, Zhunio-Ordóñez K, Webster-Carrión F. ODONTOLOGÍA ACTIVA. [Online].; 2017 [cited 2017 Diciembre 16. Available from: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php?journal=OACTIVA-UCACUE&page=article&op=view&path%5B%5D=76&path%5B%5D=126>.

ANEXOS

Anexo 1. Escala de Indiferencia Dental (DIS) traducido de Nuttall NM: Initial development of a scale to measure dental indifference. Community Dent Oral Epidemiol 1996; 24;112-6

PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACION
1.	Usualmente uso (marque cualquiera que aplique) a. Un cepillo dental para limpiar mis dientes. b. Seda o un cepillo especial para limpiar entre mis dientes. c. Tabletas para comprobar que mis dientes están limpios.	Valor: 1 si ninguno o si ni el literal b ni literal c están marcados
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 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 ahora	Valor: 1 si el literal a o d están marcados
3.	Si perdí una restauración en un diente, pero no me dolió. a. De inmediato iré a un dentista. b. Esperaría si siento dolor o algún síntoma antes de ir a un dentista. c. No sería un problema, no vería un dentista por esta razón	Valor : 1 si el literal b o c están marcados
4.	Por lo general, hago una cita para visitar a un dentista a. Cuando mi dentista me lo recuerda. b. Al final de mi última cita. c. Cuando pienso que es tiempo de ir a otro chequeo. d. Únicamente cuando pienso que esta algo malo en mis dientes.	Valor: 1 si el literal d está marcado
5.	Si mi encías sangran, pero estas no 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 el literal a o c están marcados
6.	Acerca de todas sus citas dentales en los últimos 5 años marque la más cercana. a. No he tenido una cita dental en los últimos 5 años. b. Durante los últimos 5 años he olvidado de asistir a mis citas dentales. c. Durante los últimos 5 años solo he perdido una sola cita. d. Durante los últimos 5 años nunca he perdido una cita dental. e. Durante los últimos 5 años he cancelado una cita dental debido a que el problema desapareció	Valor: 1 si el los literales a, b o e están marcados
7.	Si tuviera un diente muy doloroso: a. Preferiría que me lo saquen. b. Preferiría dejarlo sin tratamiento c. Preferiría realizar una restauración.	Valor: 1 si los literales a o b están marcados.
8.	Yo diría que mi razón principal para no ir a un dentista para un chequeo sería. a. Porque pienso que el tratamiento es doloroso. b. Porque toma demasiado tiempo ir al dentista. c. Porque siento preocupación o ansiedad cuando voy al dentista. d. Porque mi dentista me hace sentir culpable acerca del estado de mis dientes e. Porque cuesta mucho f. Porque no tengo tiempo de ir al dentista. g. No pospongo las citas. Yo asisto al dentista regularmente	Valor: 1 si los literales b, d ó g están marcados Si el literal c está marcado no es un puntaje de indiferencia dental.

Anexo 2. Tabla general del pareado femenino y masculino

EDAD	FEMENINO			PAREADO		
	CASOS	CONTROLES	TOTAL GENERAL	CASOS	CONTROLES	TOTAL
65	14	4	18	4	4	8
66	20	4	24	4	4	8
67	18	4	22	4	4	8
68	24	4	28	4	4	8
69	19	4	23	4	4	8
70	11	3	14	3	3	6
71	13	2	15	2	2	4
72	14	2	16	2	2	4
73	8	2	10	2	2	4
74	5	1	6	1	1	2
75	8	1	9	1	1	2
76	6	2	8	2	2	4
77	4	1	5	1	1	2
78	3	0	3	0	0	0
79	3	0	3	0	0	0
80	11	0	11	0	0	0
81	2	0	2	0	0	0
82	3	0	2	0	0	0
83	1	0	1	0	0	0
84	1	0	1	0	0	0
Total general	188	34	222	34	34	68

EDAD	HOMBRES			PAREADO		
	CASOS	CONTROLES	TOTAL GENERAL	CASOS	CONTROLES	TOTAL
65	9	3	12	3	3	6
66	11	5	16	5	5	10
67	13	3	16	3	3	6
68	19	5	24	5	5	10
69	10	3	13	3	3	6
70	11	3	14	3	3	6
71	3	2	5	2	2	4
72	8	4	12	4	4	8
73	1	1	2	1	1	2
74	10	3	13	3	3	6
75	4	1	5	1	1	2
76	3	1	4	1	1	2
77	4	1	5	1	1	2
78	5	1	6	1	1	2
79	5	1	6	1	1	2
80	9	0	9	0	0	0
81	4	0	4	0	0	0
82	1	0	1	0	0	0
83	2	0	2	0	0	0
84	3	0	3	0	0	0
Total general	135	37	172	37	37	74

Anexo 3. Cuadro de la Clasificación Nacional de Ocupaciones CIOU 08 del INEC.

8. ESTRUCTURA ESQUEMÁTICA DE LA CLASIFICACIÓN NACIONAL DE OCUPACIONES (CIOU 08)	
8.1. ESTRUCTURA ESQUEMÁTICA POR GRANDES GRUPOS (UN DIGITO)	
1	DIRECTORES Y GERENTES
2	PROFESIONALES CIENTÍFICOS E INTELCTUALES
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

CODIGOS: 0,1,2,3,4,6,8

Ocupación Alta

CODIGOS: 5, 7, 9

Ocupación Baja

Anexo 4. Ficha de recolección de datos de indiferencia dental de Nuttall NM. utilizada para la encuesta.

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA														
CI: _____	Sexo: Masculino () Femenino ()	TIEMPO: _____ Min												
Edad: _____ AÑOS	Ocupación: _____	PARROQUIA: _____												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">1. Grado de Instrucción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 50%;">a) Sin estudios</td> <td style="width: 50%;">f) Superior técnica incompleta</td> </tr> <tr> <td>b) Primaria incompleta</td> <td>g) Superior técnica completa</td> </tr> <tr> <td>c) Primaria completa</td> <td>h) Superior universitario incompleta</td> </tr> <tr> <td>d) Secundaria incompleta</td> <td>i) Superior universitario completa</td> </tr> <tr> <td>e) Secundaria completa</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		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		<p style="text-align: center;">OPCIONAL</p> <p>Ingreso mensual familiar aproximado: _____</p> <p>¿Cuántas personas dependen de este ingreso?: _____</p>
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														
Pregunta	Marcar uno a más respuestas	Puntuación												
1. Usualmente usa Ud.:														
a. Un cepillo de dientes para limpiar sus dientes		Valor: 1 si ninguno o si solo el literal a está marcado												
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:														
a. Cree que hay algo mal con sus dientes, pero no es lo suficientemente malo como para ir a un dentista		Valor: 1 si el literal a o d están marcados												
b. Cree que hay algo mal con sus dientes y tiene la intención de ver a un dentista pronto														
c. Va a realizarse un chequeo en el próximo año														
d. No cree que necesite ningún tratamiento por lo que no esta planeando ir a un dentista ahora														
e. Ira pronto al dentista														
3. Si pierde una calza en un diente posterior y no le dolió:														
a. De inmediato va a un dentista		Valor: 1 si el literal b o c están marcados												
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		Valor: 1 si el literal d está marcado												
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:														
a. No es un problema, no vería a un dentista por este problema		Valor: 1 si los literales a o c están marcados												
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		Valor: 1 si los literales a, b o d están marcados												
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		Valor: 1 si los literales a o b están marcados												
b. Preferiría dejarlo sin tratamiento														
c. Preferiría realizar una restauración														
8. Ud diría que la razón principal para no ir a un dentista seria:														
a. Porque piensa que el tratamiento es doloroso		Valor: 1 si los literales b, d o f están marcados												
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														
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 5. Cálculo del Odds Ratio y limite confianza del programa digital Openepi.com

Calculos de puntos Límites de confianza

Tipo	Valor	Inferior, Superior	Tipo
Riesgo en Expuestos	85.92%	75.78, 92.36	Series de Taylor
Riesgo en NoExpuestos	38.03%	27.61, 49.67	Series de Taylor
Riesgo Total	61.97%	53.77, 69.55	Series de Taylor
Razón de Riesgo	2.259	1.655, 3.085 ²	Series de Taylor
Diferencia de Riesgo	47.89%	34.61, 78 ²	Series de Taylor
Fracción etiológica en pob (FEP)	38.64%	24.82, 52.45	
Fracción etiológica en expuestos (FEE)	55.74%	39.56, 67.58	

Cálculos basados en Odds y Límites de Confianza

Cálculos de puntos		Límites de confianza		
Tipo	Valor	Inferior, Superior	Tipo	
Odds Ratio CMLE*	9.755	4.371, 23.17 ¹	Mid-P exacto	de
		4.11, 25.12 ¹	Exacto	
Odds Ratio	9.941	4.367, 22.63¹	Fisher	de
			Series Taylor	
Fracción etiológica en pob (FEp)OR	62.35%	49.59, 75.1		
Fracción etiológica en expuestos (FEe)OR	89.94%	77.1, 95.58		

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

18:00
19/11/2018

