



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

“CARRERA DE ODONTOLOGÍA”

**NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL EN ADULTOS DE 18 A 44
AÑOS DE EDAD EN LA PARROQUIA MACHÁNGARA DE LA
CIUDAD DE CUENCA 2017.**

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A
LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE ODONTÓLOGO

AUTOR: Zhunaula Gualan, Segundo Aurelio

TUTORA: Verdugo Tinitana, Verónica Ivanova. Od. Esp.

CUENCA

2018

DECLARACIÓN

Yo, **Zhunaula Gualan Segundo Aurelio** Declaro bajo juramento que el trabajo aquí relatado es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he buscado en su 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 proporcionados en este trabajo, según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su reglamento y normatividad institucional vigente.

.....

AUTOR: Zhunaula Gualan, Segundo Aurelio.

CI: 1103343081

CERTIFICACION DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION

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

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL EN ADULTOS DE 18 A 44 AÑOS DE EDAD EN LA PARROQUIA MACHÁNGARA CUENCA 2017”**, realizado por **ZHUNLAULA GUALAN, SEGUNDO AURELIO**, 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, Agosto 2018

.....
Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.
DPTO. DE INVESTIGACION ODONTOLOGÍA.

CERTIFICADO DEL TUTOR

Sra. Dra. Liliana Encalada Verdugo

COORDINADORA DEL DPTO. DE TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL EN ADULTOS DE 18 A 44 AÑOS EN LA PARROQUIA MACHÁNGARA CUENCA 2017”** realizado por **ZHUNAULA GUALAN, SEGUNDO AURELIO** 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, Agosto 2018

.....

TUTOR/A: Verdugo Tinitana, Verónica Ivanova. Od. Esp.

DEDICATORIA

A mí esposa, hijos y familiares por la capacidad de lucha y su indestructible fortaleza ante la adversidad, a todo el pueblo de Saraguro en general por el apoyo incondicional que me han brindado en mi trayecto de estudios, para cumplir mi sueño anhelado, ya que como seres humanos convivimos en nuestro universo llamado “Pachamama”, por ello me siento afortunado de creer en mis principios y valores para poder retribuir hacia la juventud y sociedad en general, mi compromiso de compartir lo aprendido dentro de mi formación académica.

EPÍGRAFE

El hombre que más ha vivido no es aquel que más
años ha cumplido, sino aquel que más experimentado
en la vida.

Rousseau, Jean Jacques

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mis gratitudes de manera muy especial:

A Dios por darme la vida y la energía que se necesita para enfrentarme a este reto dentro de mis estudios académicos superiores.

A mis padres que desde el cielo me guían por el camino correcto de la educación.

A mi esposa por ser el pilar imprescindible de mis estudios superiores.

A mis hijos por el apoyo moral y la comprensión que me supieron entregar.

A la Universidad Católica de Cuenca por su recepción durante los 5 años.

A toda la familia quienes me apoyaron moral, económicamente en dicha profesión.

Quiero agradecer a todas las personas quienes colaboraron con este proyecto.

A todos los docentes de la Universidad Católica de Cuenca, por compartir los conocimientos que me servirán como base en mi trayecto profesional.

A la Dra. Verónica Verdugo por su tiempo y dedicación en el desarrollo de este proyecto.

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

NDS: Escala de Negligencia Dental.

CEAACES: Concejo de Acreditación, Evaluación y Aseguramiento de la calidad de Educación Superior.

CES: Consejo de Educación Superior.

LOEI: Ley Orgánica de Educación Intercultural.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	12
ABSTRACT.....	13
INTRODUCCION.....	14
 CAPITULO I	16
1.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION.....	17
2.- JUSTIFICACION	17
3.- OBJETIVOS.....	18
4.- MARCO TEORICO.....	19
4.1. Definición de la salud.....	19
4.1.2. Salud y calidad de vida.....	20
4.1.3. Salud bucal.....	21
4.1.4. Caries dental.....	22
4.1.5. Estrategias para prevenir la caries.....	22
4.1.6. Definición de negligencia dental.....	23
4.1.7. Negligencia en el estado de salud oral.....	24
4.1.8 Negligencia asociada al sexo, edad y nivel de conocimiento.....	25
4.1.9. Negligencia dental y factores sociodemográficos.....	25
4.1. 9.a. Impacto de negligencia dental.....	26
4.2.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION.....	27
6.- HIPOTESIS.....	32
 CAPITULO II	33
1.- MARCO METODOLOGICO.....	34
2.- POBLACION Y MUESTRA.....	34
2.1.- criterios de selección	34
2. a.- Criterios de inclusión.....	34
2. b.- Criterios de exclusión.....	34
3.- OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	36
4.- INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS.....	37

4.1. Instrumentos documentales.....	37
4.2.- Instrumentos mecánicos.....	37
4.3.- Materiales.....	37
4.4.- Recursos.....	37
5.- PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.....	37
5.1.- Ubicación espacial.....	37
5.2.- Ubicación temporal.....	37
5.3.- Procedimientos de la toma de datos.....	38
5.4.-. Criterios de registro de hallazgos.....	38
6.- PROCEDIMIENTOS PARA EL ANALISIS DE DATOS.....	38
7.- ASPECTOS BIOETICOS.....	39
CAPITULO III.....	40
1.- RESULTADOS.....	41
2.- DISCUSIONES.....	49
3.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	51
BIBLIOGRAFIA.....	52
ANEXOS.....	57

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Frecuencia de la negligencia Odontológica.....	42
Tabla N° 2 Frecuencia de la negligencia de Odontológica acuerdo al sexo.....	43
Tabla N° 3 Frecuencia de la negligencia Odontológica de acuerdo a la edad.....	44
Tabla N° 4 Frecuencia de negligencia Odontológica de acuerdo ingreso económico.	45
Tabla N° 5 Frecuencia de negligencia Odontológica de acuerdo al nivel de instrucción.	46
Tabla N° 6 Frecuencia de negligencia Odontológica de acuerdo a la ocupación.....	47

RESUMEN

OBJETIVO: La presente investigación tiene la finalidad de indagar y visualizar los problemas bucales que evidencia negligencia dental en los habitantes de la Parroquia Machángara, en los rangos de edades de 18 a 44 años y verificar la relación existente de acuerdo a la edad, sexo, ingreso económico, nivel de instrucción y ocupación.

MATERIALES Y METODOS: Se aplica por los métodos e instrumentos como son: las encuestas para verificar mediante la frecuencia de la negligencia dental, elaborada por Andrea Coni en el lapso de mayo a junio del 2017, la selección de la población fue por muestreo aleatorio. En el cual participaron 545 individuos entre mujeres y hombres de la Parroquia Machangara de la Ciudad de Cuenca.

RESULTADOS: En un porcentaje del 66% de la población estudiada presenta negligencia, y un 34% no son negligentes, de acuerdo a la edad y sexo, las mujeres predominan en un 67%, en relación al ingreso económico en un 72%, y el nivel de instrucción en un 59%. De acuerdo al nivel de ocupación no existe una relevancia significativa

CONCLUSIÓN: La relación entre la negligencia odontológica, el ingreso económico y el nivel de instrucción es de relevancia y, por ende, se debe aplicar charlas de prevención, en salud oral en coordinación con entidades públicas y privadas.

Palabras claves: Negligencia, Ingreso Económico, Nivel de Instrucción.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The present investigation is for the purpose of investigating and visualizing oral problems that evidence dental malpractice in the inhabitants of the Machangara parish in the age ranges of 18 to 44 years and verify the existing relationship according to age, sex, economic income, educational level and occupation. **MATERIALS AND METHODS:** We apply the methods and instruments such as surveys to verify by the frequency of dental negligence, developed by Andrea Coni in the period from May to June 2017, the selection of the population was by random sampling. In which 545 individuals participated between women and men of the Machangara parish of the City of Cuenca. **RESULTS:** In a percentage of 66% of the studied population, it shows negligence, and 34% are not negligent, according to age and sex, women predominate in 67%, in relation to economic income in 72%, and the level of instruction by 59%. According to the level of occupation there is no significant relevance **CONCLUSION:** The relationship between dental negligence, income and level of education is relevant, and therefore must be applied prevention talks in oral health in coordination with public entities and private.

Keywords: negligence, economic income, level of instruction.

INTRODUCCIÓN

Según Julio Frenk, relata que la salud es un lugar de encuentro. Ahí convergen lo biológico, lo social, la persona y la colectividad las capacidades generales y económicas. Al mismo tiempo en el valor individual la salud es un paso para la elaboración particular y social con la intención de favorecer dentro de un proceso que reaparezca a orientar la salud de una población en el eje de la disputa científico y político ⁽¹⁾.

“La Organización Mundial de la Salud (OMS)” obtiene que en un 60 al 90% de infantes y adultos muestran caries bucal en todo el universo, padecimientos del periodonto comprometidos, y de esta manera termina en perder los dientes afectando a un 15% a 20% en los mayores de esta edad (35 a 44 años). En un 30% de las poblaciones universales en períodos alcanzan entre los 65 y 74 años existe la ausencia de dientes naturales ⁽²⁾.

Los padecimientos dentales, en infantes y mayores, extienden a ser más habituales entre los grupos necesitados perjudicados.

“La organización panamericana de la salud define:” El acceso universal a la salud implica la eliminación de las barreras de acceso geográfico, cultural y financieras; permitiendo de esta manera un servicio de calidad ⁽²⁾.

La dejadez dental es la falta de atención del sistema estomatognático de los individuos, tanto niños, jóvenes, adultos, donde implican sufrimientos por la negligencia personal de las conductas de higiene, que sobrellevan a peligrosas consecuencias ⁽³⁾.

La "negligencia dental" destacado como el descuido dental, se puntualiza como el comportamiento y actitudes con probables consecuencias en el individuo que desencadenan secuelas perjudiciales para su salud, como el incumplimiento de las normas de higiene básicas asimiladas para el mantenimiento de la salud bucal ⁽³⁾.

El descuido dental, esta verificado ser un predictor de la mala salud oral en infantes y adultos manifestado en comportamientos y actitudes conexas con la infravaloración de la salud bucal. “la negligencia se calcula en base a la escala de negligencia dental y el estado de salud autoreportado, medidos por índices de caries, dolor de muelas y la cifra de dientes perdidos, entre otros”. Asimismo, el descuido dental se relaciona con una

actitud negativa ante un profesional, no recibe los cuidados necesarios, por lo tanto, reduce la calidad de vida en general”⁽⁴⁾.

La negligencia dental dentro del estudio realizado en la Parroquia Machángara de la Ciudad de Cuenca afecta familiarmente por falta de recursos económicos, e influye otros factores asociados como: falta de cultura de higiene dental, despreocupación desconocimiento, falta de motivación profesional.

En el Ecuador no se han reportado trabajos relacionados con la negligencia en el cuidado de la salud oral. Por esta razón el propósito de la presente investigación fue conocer el nivel de la negligencia al cuidado dental, en la Parroquia Machangara de la Ciudad de Cuenca para conocer si la condición socioeconómica de los residentes de 18 a 44 años de esta Parroquia, influye en la negligencia al cuidado dental.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

El problema de esta investigación en la Parroquia Machángara en adultos de 18-44 años de edad, es que no recibe la atención dental correspondida, debido a múltiples factores como es: bajos recursos económicos, analfabetismo, el descuido de las personas por falta de interés y en muchas personas no consideran que la salud dental es importante.

Por tal razón hemos visto beneficioso ejecutar este estudio, para en lo posterior a través de las necesidades más prioritarias dar charlas de motivación, y prevención con el propósito de transmitir instrucciones primordiales a los padres de familia sobre la higiene oral, para en lo posterior ellos transmitan a sus hijos y así evitar la negligencia al cuidado dental respectivamente.

Este proyecto de investigación surgió como producto de interés de los estudiantes de noveno y décimo ciclo de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica De Cuenca para conocer la problemática referente a la negligencia en esta población.

La interrogante primordial de esta investigación es: **¿Cuál es la frecuencia de Negligencia al cuidado dental en adultos de 18 a 44 años de edad en la Parroquia Machángara de la Ciudad de Cuenca 2017?**

2.- JUSTIFICACIÓN

Este tema de investigación a realizar en la Parroquia Machángara de la Ciudad de Cuenca tiene como objetivo conocer la negligencia dental existente en los adultos, de 18 a 44 años de edad (grupo etario) quienes desconocen la información sobre la higiene bucal; por lo que es de suma importancia planear este tema el cual nos permitirá conocer las enfermedades y consecuencias que afecta a las personas y a todo el sistema estomatognático y por ende afecta la calidad de vida, y la autoestima de los individuos.

En el aspecto social es importante conocer el problema, para luego dar posibles soluciones, tomando en cuenta la problemática causal en los individuos antes mencionados, al mismo tiempo buscar estrategias para coordinar con entidades gubernamentales y no gubernamentales como, Estado Nacional Ecuatoriano y los Organismos internacionales, e instituciones privadas, para que inviertan los recursos y dar posibles soluciones a problemas que se presenten en esta investigación.

Si bien es cierto la salud es un derecho de todos, por lo que es de suma importancia conocer la problemática causal de la salud dental, por ello el Estado, las Universidades que brindan el servicio en la carrera de medicina se debe promocionar profesionales con conocimiento holístico, enmarcados en la investigación científica.

Como profesionales del área de Salud especialmente en Odontología es nuestro compromiso y deber, como ciudadanos de involucrarnos en la sociedad y aportar con conocimientos científicos, para promover la higiene bucal, ya que estos sectores son muy vulnerables frente a los problemas antes mencionados.

Este proyecto está dentro de la línea de investigación denominado “Barreras para acceder a servicios odontológicos – Cuenca. En cuanto a la línea de prevalencia frecuencia de las enfermedades odonto estomatológicas”.

3.- OBJETIVOS

3.1.-Objetivo general

Determinar la frecuencia de negligencia al cuidado dental en adultos de 18 a 44 años de edad en la parroquia Machángara de la Ciudad de Cuenca 2017.

3.2.-Objetivos específicos

- Indagar la frecuencia de negligencia al tratamiento odontológico de acuerdo al sexo.
- Analizar la frecuencia de negligencia al tratamiento odontológico de acuerdo a la edad.
- Establecer la frecuencia de negligencia al tratamiento odontológico de acuerdo al ingreso económico.
- Describir la frecuencia de negligencia al tratamiento odontológico de acuerdo al nivel de instrucción.
- Comparar la frecuencia de negligencia al tratamiento odontológico de acuerdo a la ocupación.

4.- MARCO TEÓRICO

4.1. DEFINICIÓN DE LA SALUD

En el período 1946 la OMS (Organización Mundial de la Salud), puntualiza el concepto de la salud: “la salud es el período del completo bienestar corporal, intelectual y social y no solo la desaparición de la enfermedad y minusvalía”. La salud es el nivel más valioso de prosperidad físico, intelectual, social, psíquico y de la capacidad eficaz que admiten los principios sociales en los cuales vive inmerso el individuo y la comunidad ⁽²⁾.

De esta forma desenvolver las diligencias de adiestramiento para la salud, que incluyen las labores de prevención e impulso de la salud de toda la boca de una comunidad es puntual estudiar las particularidades como, los valores y creencias del conjunto al cual las labores son encaminadas ⁽²⁾.

La observación de la condición de salud en la comunidad identifica los inconvenientes de salud e instaura ventajas para proteger un procedimiento de intervención con medidas concretas a prórrogas concluyentes, que admita optimizar el estado de salud de la comunidad. Esta observación se descubre en el ambiente de los servicios, el establecimiento, el trabajo, la vivienda y la colectividad ⁽²⁾.

No es viable apreciar un conocimiento que se proyecta hacia una buena salud, sino se debe obtener una directriz unificadora para el bienestar de la cavidad oral. El razonamiento hay que instituir dentro de las bases hacia una nueva formación y progreso para el bienestar de la salud oral, sin embargo no es capaz el mecanismo biológico que innova a las personas a tener interés por proteger su salud, esto impide para que ocasionen procesos de patologías y ponen en peligro la salud general; asimismo es imprescindible disfrutar un cuidado adecuado que permita a cualquier sujeto apreciar debidamente lo hermoso, y la importancia de esta condición, para así enriquecer la parte anímica de la salud intelectual e integral ⁽⁵⁾.

La alfabetización higiénica está vinculada con la actitud fundamental de la vida, que tiene mucho valor para amparar prácticas dentro de una buena salud, con discernimiento de principio y la comprensión debida en todos los argumentos semejantes, además de la capacidad de intervenir con compromiso en la toma de decisiones. Este confrontamiento nos accede a una prudencia de gozar una salud, también explican en síntesis de como el conocimiento y la convicción del contenido se relaciona con el conocimiento en la salud ⁽⁵⁾.

Dentro de la ciencia en salud debe ser conocida como una de las necesidades formativas más sentidas de la localidad, aunque no fuese de carácter consiente. Un

mecanismo significativo lo establece el provecho de su propia responsabilidad, finiquitando que la expresión individualizada debe ser de carácter moral, y el compromiso de sí mismo ⁽⁵⁾.

La instrucción higiénica es un ligado de prácticas, costumbres, saberes y expresiones para las personas y la colectividad, para llevar a un progreso de ejercicios consientes a favor de población ⁽⁵⁾.

4.1.2.- SALUD Y CALIDAD DE VIDA

La nutrición entre los iniciales años de existencia, determina el progreso de los seres humanos. Los infantes bien nutridos logran altas posibilidades en lo posterior de gozar una vida vigorosa. Una buena manutención goza de una salud excelente ⁽⁶⁾.

Una nueva característica primordial es el lugar en que los personajes se desarrollan. Existen sitios más propicios para la vida que otros, tanto desde el sitio de perspectiva físico como social. Por lo tanto, es importante optimizar el medio ambiente para incrementar la calidad de vida de los humanos y su salud ⁽⁶⁾.

Por último, el cuidado saludable, de esta variable se divide en dos: la atención sanitaria sana, surge cuando la reserva de salud comienza a disminuir y la atención sanitaria defensora hace que esto no ocurra ⁽⁶⁾.

Hoy en día, los padecimientos bucales instauran una dificultad significativa de salud a nivel universal y nacional, que favorecen con una carga alta de enfermedad y por tanto un peso significativo en relación a la calidad de vida habitual de las personas ⁽⁷⁾.

Para los adultos toma gran relevancia principalmente por que las condiciones orales se identifican por ser patológicos, crónicas, de largo tiempo y pausada progresión. A esto se añade la falta de políticas gubernamentales que hayan abordado a este grupo etario durante su ciclo vital ⁽⁷⁾.

Los estudios de calidad de vida han sido agregados en el lenguaje científico en representación progresivo, con el fin de afrontar la definición de salud en todas sus extensiones y congeniarlo con indicadores epidémicos ⁽⁷⁾.

La demostración relata que la salud bucal es un mecanismo característico en la calidad de vida general de los personajes, con trascendentes implicancias en el estado de la salud ⁽⁷⁾.

Por tanto, la insuficiencia en el área de la estomatología está en relación con el concepto de belleza que tiene el personaje en su naturaleza, el rostro es significativo en la correlación estética de la persona y la expresión. Los cambios formados por algunas causas como la degeneración, edentulismo y variaciones agrupadas a complicaciones bucales aquejan de carácter significativo en la estética del rostro, perturbando la percepción del paciente sobre sí mismo. De esta forma restringe su autoestima, plasmando aislamiento y deterioro en su calidad de vida ⁽⁸⁾.

Existen varias causas que perturban el aspecto atractivo bucal como son el color, la forma, la posición de los dientes, la estética gingival, las reconstrucciones y la alineación dentaria. Esta dicho que entre la satisfacción del paciente uno de los más importantes es el color de los dientes, a continuación, el correcto alineamiento, y el mayor causante de los cambios faciales es el desdentamiento general o parcial ⁽⁸⁾.

En las personas con prótesis bimaxilar o parciales el especialista debe reemplazar al paciente la morfología fisiológica del rostro, para desear un aspecto natural y una sonrisa armónica, sometiendo el daño anímico producido por la lesión de dientes, durante los procedimientos ⁽⁸⁾.

En este artículo investigan examinar la autopercepción de la estética de la sonrisa en personas que visitaron las clínicas de Odontología de la Escuela Católica de Cuenca, para de esta forma equilibrar la manera en cómo se siente y se ve cada paciente en relación a la belleza de su sonrisa y la manera en la que puede afligir en su conducta y la seguridad de cada individuo ⁽⁸⁾.

4.1.3- SALUD BUCAL

La estomatología es una conducta pluridisciplinaria que contribuye a la prevención y procedimiento de los padecimientos bucales, cooperando al progreso de la humanidad a través de la indagación, localizando varios inconvenientes tanto sociales como culturales, como de la conducta humana que va a ser capaz de ir en beneficio de la humanidad en general y de la salud oral ⁽⁹⁾.

Actualmente los malestares orales instauran una dificultad importante de la salud a nivel universal y nacional, esto nos produce una carga de enfermedad y por tanto con un peso transcendental en relación a la calidad de vida general de los individuos. Una mala salud bucal y las enfermedades y condiciones orales no tratadas tienen un impacto significativo en la calidad de vida. La presencia o ausencia de positivas lesiones como: enfermedad periodontal, caries, extracciones dentarias y dientes restaurados estimulan

dolor y molestias para ingerir, masticar alimentos de modo que logra implicar el bienestar sicosocial e intervenir en la autoestima, comunicación, estética personal y la vida laboral causando ausentismo profesional ⁽¹⁰⁾.

La salud bucal esta significativamente relacionada con las conductas de salud y su comprensión, por ende, el conocimiento favorece a una mejor salud, pero poniendo en prácticas las cualidades y las conductas para involucrar destrezas de estilo de vida sana durante toda la vida de los individuos ⁽¹⁰⁾.

4.1.4- CARIES DENTAL

La caries bucal es calificada como uno de los incidentes de mayor peso en la historia de la morbilidad bucal a nivel universal. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) puntualiza como una causa patológica delimitado que comienza durante la erupción dental y logra causar debilidad del tejido mineralizado del diente, desarrollando hasta formar una cavidad, así mismo se produce por los subproductos ácidos resultantes de la fermentación bacteriana de los carbohidratos de la dieta; es multifactorial y se relaciona con la utilización de carbohidratos y así tener una deficiente salud oral, existiendo la intervención de causas principales como es el huésped (saliva y dientes), la microflora (microorganismos) y el sustrato (dieta), así como también causas moduladores como, edad, socioeconómico, nivel educativo, cultura hábitos alimenticios, percepción y conocimientos de higiene oral ⁽¹¹⁾.

En una segunda elección se ha asociado la caries y la deficiente salud oral con la aparición de padecimientos sistémicas como son, cardiopatías, enfermedad respiratoria, diabetes mellitus isquémica, y accidentes cerebrovasculares ⁽¹¹⁾.

La caries es calificada como la primera causa de consulta dental en todos los grupos de edad, es por esto que se necesita una gran necesidad de implementación de operaciones de promoción, prevención y conducir estudios epidemiológicos para decretar la prevalencia el inicio y severidad de caries ⁽¹¹⁾.

4.1.5.- ESTRATEGIAS PARA PREVENIR LA CARIES

La atención de la boca no depende del conjunto de expertos en el cuidado de la cavidad bucal. Sino está incluida toda la sociedad, desde la persona misma, su familia, colectividad, la industria farmacéutica y profesionales de la salud encargados en mantener la atención a los individuos ⁽¹²⁾.

Para advertir, los padecimientos por la placa se fundamentan en:

- Reducir la cantidad de patógenos perjudiciales en la cavidad oral.
- Fortalecer las protecciones dentarias y conservar una encía sana.
- Mejorar los procesos de reparación.

El lazo entre las culturas benéficas y la salud están verdaderamente vinculadas por la mejora histórico y sociocultural. Por ello, “el proyecto del proceso salud-enfermedad, debe existir una relación armónica con la verdadera causa de los malestares; y aunque ante la enfermedad adquiere predominio rescatar la salud, es preciso no circunscribir la acción a medidas de carácter biológico, sino que hay que profundizar la exposición para esclarecer el predominio de la situación social, cultural, económico, ecológico y de la conducta del individuo ⁽¹²⁾. Esto involucra iniciar a romper las desganadas que mantienen desamparadas a los individuos en lugares que podrían favorecer a la protección de la salud, porque la noción de la historia de la fisiología y el cuidado del organismo es una herramienta para la alternativa que debe provocar a favor de la sociedad ⁽¹²⁾.

4.1.6- DEFINICIÓN DE LA NEGLIGENCIA ODONTOLÓGICA.

El vocablo negligencia procede del latín *neglegere* que significa desatendido. La “negligencia dental” se puntualiza como el comportamiento y actitudes del individuo que desencadenan consecuencias perjudiciales para la salud de las personas. Es el incumplimiento de las reglas de limpieza elementales asimiladas para el mantenimiento de la salud oral. Los individuos deben ser atentos y minuciosas para preservar la salud bucal, para así advertir los padecimientos existentes dentro de la cavidad bucal. El adiestramiento en salud bucal pertenecería a unirse en el currículo pedagógico desde la apertura, de modo que se puede enseñar a la generación joven, y los individuos deben tener una cualidad efectiva hacia la salud dental ⁽¹³⁾.

Una boca sana admite a una persona parlamentar, comer y socializar sin apreciar un malestar activo, incomodidad o vergüenza. La negligencia bucal influye en todos los segmentos de la colectividad y se evidencia en todos los aspectos sociales, extractos étnicos, sectas religiosas y profesionales. Expertos han confirmado que existen relaciones con la mala salud de los progenitores, despotismo de sustancias, abuso doméstico, desempleo y pobreza ⁽¹³⁾.

Las causas asociadas a negligencia dental son la pereza, la falta de motivación y no introducir la “innovación” en la vida. Las costumbres adictivas como fumar, el alcoholismo, la drogadicción, son procedimientos que desencadenan en padecimientos

bucales. El desconocimiento, interviene en la negligencia dental, porque abandonan prioridades existentes que brindan los servicios de salud ⁽¹³⁾.

El descuido dental, ha confirmado ser un predictor de la mala salud oral en infantes y adultos revelando en conductas y actitudes relacionadas con la infravaloración de la salud oral. El descuido se mide en base a la escala de la negligencia dental y el estado de salud auto reportado, medidos por índices de caries, dolor de muelas y números de dientes perdidos, entre otros ⁽¹⁴⁾.

La negligencia dental se relaciona con el aumento de las restricciones funcionales orales, sociales e incapacidades físicas. Cuando el descuido dental se asocia con una actitud negativa ante un profesional, no adopta los cuidados necesarios, por lo tanto, reduce la calidad de vida en general ⁽¹⁴⁾.

La negligencia dental (DN) es una forma de despreocupación de las personas, que establece un aspecto de abandono de niños, jóvenes y adultos. La negligencia dental se ha descrito como la falla de los progenitores para buscar y seguir el tratamiento dental requerido para mantener la salud oral del niño a fin de garantizar un funcionamiento propio y la desaparición de dolor e infección ⁽¹⁵⁾.

4.1.7- NEGLIGENCIA EN EL ESTADO DE SALUD ORAL

El adiestramiento en la salud bucal convendría incorporarse en el currículo formativo desde el inicio, de manera que se logre educar a la generación nueva sobre los daños dentales con la que pueda encontrarse ⁽¹⁶⁾.

La higiene oral está totalmente relacionada con el aspecto conductual de la persona en cuestión. Para preservar sus dientes, un individuo debe tener una actitud positiva hacia la salud dental. Se ha observado que la negligencia dental se relaciona con el analfabetismo entre las clases socioeconómicas bajas y la prevalencia de los sufrimientos bucodentales es más alta entre ellos. Pero, por el contrario, los profesionales que ocuparan un puesto respetable en nuestro país en un futuro lejano, ya sea que practiquen prácticas sanas de atención de la salud oral o no, deben ser evaluados ⁽¹⁶⁾.

4.1.8- NEGLIGENCIA ASOCIADA AL SEXO, EDAD Y NIVEL DE CONOCIMIENTO.

Las instrucciones de la salud dental no siempre están coligadas con las realizaciones de las personas hacia un prejuicio de padecimientos bucales. Por lo tanto, se pretende que una mayor comprensión se pueda transferir a excelentes labores relacionadas con salud y a transformaciones de actuación, que logre llevar a ampliar la rutina en los servicios de una buena salud oral en iniciales fases de la enfermedad ⁽¹⁷⁾.

Hay carreras que fundamentan, donde las ramas de salud bucal se hallan verdaderamente relacionadas con el nivel de educación también, con el nivel de ingresos familiares que puedan conllevar hacia la prevención de varias patologías orales y el cambio significativo de una buena higiene oral, para de esta manera lograr una salud oral, satisfactoria para las personas. El conocimiento puede ser conquistado de diversas maneras: en lo habitual, que involucraría el reconocimiento de nuestro medio ambiente, alcanzado a lo largo de la vida de cada individuo como resultado de sus vivencias y experiencias; y, por otro lado, el conocimiento científico, que es calificado como verdadero, ya que utiliza métodos e instrumentales para conseguir una descripción ⁽¹⁷⁾.

4.1.9. NEGLIGENCIA DENTAL Y FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS.

Varios estudios han informado sobre la corporación entre la negligencia dental y los factores sociodemográficos, como la edad, el sexo, el estado socioeconómico, etc. La negligencia dental se ve en cada paso de la vida con diferentes motivos involucrados. Empieza desde la infancia, cruzando la adolescencia hasta finalmente la vejez. Se observa que la negligencia bucal se localiza más en los extremos de los grupos de edad, mientras que entre los adolescentes la negligencia dental aumenta con el aumento de la edad ⁽¹⁸⁾.

Entre la distribución de género, la negligencia dental es más alta entre los hombres en comparación con las mujeres, mayor negligencia dental se observó en personas con bajo nivel educativo, con ingresos más bajos; bajo grupo ocupacional y finalmente de clases socioeconómica más baja. Se describió que la asociación de negligencia dental y calidad de vida de la salud oral, era significativa ya que una persona con alto nivel de negligencia dental tenía una baja calidad de vida de salud oral ⁽¹⁸⁾.

La adolescencia se ha identificado como un momento en que las conductas personales de salud bucal puedan interiorizarse y convertirse en hábitos, ya que los padres se involucran cada mes menos en el cuidado de sus hijos. El cuidado bucal durante la adolescencia es importante por varias razones, incluida la erupción de la dentición

permanente que aumenta la cantidad de superficies dentales que pueden deteriorarse y un aumento en la enfermedad periodontal temprana. La evasión dental es aparente en algunos individuos en la adolescencia, ya que los jóvenes de esta edad puedan influir en su asistencia dental debido a la mayor autonomía ⁽¹⁸⁾.

El descuido del procedimiento odontológico durante el embarazo ha sido reportado en la literatura. La razón más frecuente para no permitir al tratamiento dental durante el embarazo es la creencia de que el examen y el procedimiento dental pueden dar como consecuencia resultados desfavorables en el nacimiento ⁽¹⁸⁾.

Los individuos mayores que habitan en residencias de longevos tienen una cantidad considerable de debilidades, incluidas capacidades físicas y cognitivas disminuidas que pueden implicar su salud general y oral. A pesar de esto, son el anfitrión de sufrimientos dentales y rara vez buscan servicios de atención dental debido a varias razones ⁽¹⁸⁾.

Las personas con enfermedades especiales tienen mayor riesgo de ser víctimas de negligencia por parte de los cuidadores que las personas sin discapacidad y, por lo tanto, son más predispuestas a sufrir padecimientos dentales. Pueden ser abusados y / o descuidados, por miembros de familia, asistentes de atención domiciliaria o trabajadores institucionales de atención de la salud, o incluso pueden descuidarse a sí mismos. Aunque el abandono dental puede considerarse comportamiento abusivo por sí mismo, es importante recordar que, con mayor frecuencia, es un signo de mayor negligencia ⁽¹⁸⁾.

4.1.9. a Impacto de negligencia dental

La negligencia odontológica puede tener un impacto perdurable en la salud general y la salud oral. Existe un desarrollo socioemocional anormal. Hay disminución en el peso corporal, circunferencia de la cabeza, crecimiento y calidad de vida, pérdida de sueño, tiempo fuera de la escuela u obstrucción con el juego y la socialización. Mayor riesgo de dificultades psiquiátricos, estilo de apego desconcertado asociado con varias molestias del perfeccionamiento, incluyendo síntomas disociativos. Se han reportado síntomas de ansiedad, depresión y actuación. Se observa dolor severo, infección aguda y crónica y daño a los dientes permanentes subyacentes junto con una disminución de la calidad de vida de la salud bucal y una salud bucal baja ⁽¹⁸⁾.

4.2.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

Coolidge, T. Heima, M. Johnson, E. Weinstein, P. del año 2009 realizaron un estudio, el artículo denominado The Dental Neglect Scale in adolescents. Oral Health ⁽⁴⁾.

Escala de negligencia dental (DNS, Dental Neglect Scale) es válida medida de negligencia dental en muestras de niños y adultos, y puede ser válida para adolescentes como bien. Administramos el DNS a una muestra de adolescentes e informamos sobre las relaciones entre el DNS y el estado de salud oral, ya sea que el adolescente haya estado o no en el dentista recientemente para chequeos de rutina, y si el adolescente actualmente va a un dentista o no.

117 adolescentes de los 7 grupos de jóvenes en Seattle-Tacoma área metropolitana (Estado de Washington, EE. UU.) completó el DNS e indicó si actualmente iban a un dentista, mientras que los padres indicaron si el adolescente tenía un chequeo en los tres años anteriores.

En cada comparación, se observaron puntuaciones de DNS significativamente más altas en adolescentes con caries visibles, que no se han sometido a un control en los últimos tres años o que no van a un dentista (todos los valores $p < 0.05$). La confiabilidad test-retest del DNS fue alta ($ICC = 0.81$), y su interna la fiabilidad fue aceptable (alfa de Cronbach = 0,60). El análisis factorial arrojó dos factores, caracterizado por el cuidado en el hogar y visitar a un dentista.

El DNS parece funcionar de manera similar en esta muestra de adolescentes que en otras muestras de niños y adultos.

Kumar, A. Manjunath, P. Sowmya, K. En el año 2015. Realizaron el artículo Dental Neglect- a Review ⁽⁶⁾.

Relatan que la negligencia dental se asocia con aumento de la funcionalidad oral limitaciones y discapacidades sociales y físicas. Herramientas utilizadas para medición de negligencia dental son Escala de negligencia dental y dental.

Diversos estudios han informado sobre la asociación entre el abandono dental y los factores sociodemográficos, como la edad, el género, el nivel socioeconómico, etc.

Negligencia dental se ve en cada paso de la vida con diferentes razones involucradas en ello. Comienza desde la infancia, atravesando la adolescencia hasta la vejez. Se observa que la negligencia dental se encuentra más en los extremos de la edad mientras que entre los adolescentes la negligencia dental aumenta con el aumento de la edad.

De acuerdo al género.

La negligencia dental es más alta entre los hombres en comparación con las mujeres. el abandono se observó en persona con bajo nivel educativo.; con menores ingresos; bajo grupo ocupacional y finalmente de clase socioeconómica más baja.

Veera, R. Darshana B. Satish G. et.al. en el año 2014. Realizaron una investigación denominado Oral health related knowledge, attitude, and practice among the pre-university students of Mysore city ⁽⁹⁾.

Determinar el comportamiento, los conocimientos, las actitudes y las prácticas relacionadas con la salud oral de los estudiantes preuniversitarios de la ciudad de Mysore.

Se utilizaron pruebas estadísticas como distribución porcentual y Chi-cuadrado. Los valores de $P < 0.05$ se consideraron estadísticamente significativos. La mayoría de los estudiantes (88%, $n = 880$) sabían que la salud dental se refleja en la salud general. El ochenta y nueve por ciento ($n = 890$) de los estudiantes sabían que los dulces y los alimentos pegajosos causaban caries dental. La mayoría de los estudiantes (90%, $n = 900$) estuvieron de acuerdo en que visitaban al dentista solo cuando tenían dolor y se limpiaban los dientes una vez al día usando un cepillo de dientes y pasta dental en movimiento vertical y horizontal.

El estudio mostró que los estudiantes tenían buen conocimiento sobre las medidas básicas de salud oral necesarias para mantener una salud oral adecuada, pero su actitud y sus prácticas hacia la salud oral eran relativamente pobres.

Navas, R. Rojas, T. Fox, M. Chacín, A. Rincón, M. Fernández M. en el año 2014. Se investigó el artículo Concepciones en los usuarios de un servicio odontológico público sobre salud-enfermedad bucal ⁽¹⁰⁾.

El estudio y análisis de la salud no debe excluir la trama de concepciones, creencias, significados y percepciones que los sujetos poseen, contruidos sobre la base de su interacción social.

Se seleccionó muestra de conveniencia (50 pacientes) de acuerdo a los criterios de inclusión: Personas entre los 18 a 60 años y más. Ambos sexos, que asistieran durante el mes de octubre de 2012 al Servicio Odontológico del “Ambulatorio Sur-Veritas” La significación de estar sano de la cavidad bucal estuvo vinculada a la ausencia de la enfermedad (53 %). El 82 % de los usuarios señaló la buena presencia, imagen y belleza como uno de los mayores beneficios de tener buena salud bucal. Expresaron el 74 %

de los entrevistados que lo que más les afectaba de tener una enfermedad bucal era los gastos en tratamientos rehabilitadores. El 76% manifestó que su experiencia con la atención del profesional de la odontología fue buena. El 58 % asoció el edentulismo con fealdad, y descuido personal, y 42 % lo vinculó a la vejez.

Sarkar P, Dasar P, Nagarajappa S, et al. En el año 2015. El artículo denominado Impact of Dental Neglect Scale on Oral Health Status Among Different Professionals in Indore City-A Cross- Sectional Study ⁽¹³⁾.

En la cultura india es consciente y educada en personas jóvenes con referente a la salud oral. Toman una dieta balanceada nutritiva adecuada y practican ejercicio físico regularmente para mantenerse activos y saludables. El estudio consistió en una muestra conveniente de 400 estudiantes de 18-25 años de edad de 4 colegios profesionales diferentes del Grupo de Institutos Sri Aurobindo del mismo campus. Para OHI (S), la mayoría de los encuestados (57.7%) mostraron una higiene oral justa para el puntaje de DNS <15, mientras que la mayoría de los profesionales (63.7%) mostraron una higiene oral deficiente para el puntaje DNS > 15. La Escala de negligencia dental parece ser un método sensato para objetivar la negligencia dental.

Sarri, G. Evans, P. Stansfeld S. Marcenes, W. en el año 2012 realizaron un estudio llamado school-based epidemiological study of dental neglect among adolescents in a deprived área of the UK British ⁽¹⁵⁾.

La tasa de respuesta de corte transversal para la Fase III de RELACHS longitudinal era 71% (n=1.030). El análisis de DPN incluyó todos los adolescentes con completa información dental relacionada (clínica dental con datos y respuestas con respecto a la experiencia de dolor dental y la última visita al dentista) (n=965). La muestra ponderada consistió de 309 adolescentes que asisten a secundaria.

Escuelas en Tower Hamlets, 468 en Newham y 188 en Hackney. El análisis DTN incluyó solo los participantes que tuvieron experiencia de las condiciones dentales, ya que el DNT es solo relevante para participantes con enfermedad experiencia (n=397).

El acuerdo entre examinadores fue bueno, y varió de 0.79 a 0.87 para dentales caries y de 0.87 a 0.91 para TDI. Y no hubo una diferencia significativa entre los 3 condados en la experiencia de DPN o DTN.

Thomson W. Locker D. En el año 2000 realizó un estudio. Dental neglect and dental health among 26-year-olds in the Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study ⁽¹⁶⁾.

Probaron una modificación de una escala de negligencia dental de seis ítems reportada previamente y examinar su asociación con la salud dental y el uso del servicio entre adultos jóvenes.

Métodos:

De los 980 participantes de 26 años en el Estudio Multidisciplinario de Salud y Desarrollo de Dunedin, 973 completaron la escala y 930 se sometieron a un examen dental. Los datos de uso del servicio sociodemográfico y dental se recolectaron mediante un cuestionario de autoinforme.

Resultados:

El análisis factorial mostró que cinco de los seis ítems originales se cargaron en la escala, y las respuestas a esos ítems se sumaron para dar una calificación de escala de negligencia dental para cada participante. Los puntajes de escala se distribuyeron normalmente (media = 13.0, DE = 3.6, rango de 5 a 25), y una división de la mediana creó grupos de negligencia dental más altos y más bajos. Una proporción más alta del grupo de mayor descuido: eran hombres; calificaron su salud dental y apariencia dental por debajo del promedio; cepillarse los dientes con poca frecuencia; tenía depósitos extensos de placa; utilizaron servicios dentales solo cuando tenían un problema; no había visto recientemente a un dentista; había perdido al menos un diente permanente debido a la caries, y tenía una mayor cantidad de superficies dentales con caries.

Dho, M. En el año 2014. En el artículo. Conocimientos de salud bucodental en relación con el nivel socioeconómico en adultos de la Ciudad de Corrientes, Argentina ⁽¹⁷⁾.

Analizar los conocimientos de salud bucodental y su relación con el nivel socioeconómico en individuos adultos.

Se realizó un estudio transversal. A través de una encuesta domiciliaria se recolectó información referente a las variables de estudio.

Los individuos adultos de la Ciudad de Corrientes presentan en general un nivel de conocimientos de salud bucodental aceptable, pues en una escala de 0 a 28 puntos utilizada para valorar los conocimientos, se registró un mínimo de 15 puntos. Los

individuos de NSE bajo presentan un nivel de conocimientos de salud bucodental similar a los individuos de NSE medio-alto/alto. Las personas de NSE medio-bajo presentaron un nivel significativamente menor de conocimientos de salud bucodental.

Coolidge, T. Skaret, E. Masahiro H, Johnson, M. Hillstead, B. Oyvind, F. Philip Weinstein, P. en el año 2011. Relizaron el artículo Thinking about going to the dentist: a Contemplation Ladder to assess dentally-avoidant individuals' readiness to go to a dentist ⁽²⁰⁾.

El modelo transteórico sugiere que las personas varían de acuerdo con su disposición para cambiar el comportamiento. El trabajo previo en dejar de fumar y otras áreas de salud sugiere que las intervenciones son más exitosas cuando se adaptan a la etapa de cambio de un individuo con respecto al comportamiento específico.

Se modificó una Escalera de Contemplación existente para evaluar la etapa de cambio en el abandono del hábito de fumar para evaluar la preparación para ir al dentista. La Escalera resultante se administró a muestras de adolescentes angloparlantes (EE. UU.), Adultos de habla hispana (EE. UU.) Y reclutas militares noruegos (Noruega) con el fin de evaluar la validez de constructo.

En dos muestras, los participantes que no van al dentista tenían significativamente más dientes con caries; en una tercera muestra, los participantes que no van al dentista tuvieron caries significativamente peores. Los puntajes de escalera no se relacionaron significativamente con la edad, el sexo, la caries o el miedo dental. Sin embargo, los puntajes de Ladder se relacionaron significativamente con las declaraciones de intención de visitar a un dentista en el futuro y la importancia de la salud oral.

Valencia, M. Urgilés, S. Cuenca, K. factores socio-culturales determinantes en la elección de un tratamiento odontológico. En el año 2017, realizaron una investigación. ⁽²¹⁾.

La Odontología es una disciplina multidisciplinaria que aporta a la prevención y tratamiento de las enfermedades orales, aportando al adelanto de la sociedad por medio de la investigación, encontrándose distintos problemas tanto sociales como culturales, como de la conducta humana que van a influir en la salud bucal de la población.

Como odontólogos debemos brindar un servicio de salud de calidad y eficiente tratando de buscar equidad y por ende aportando a cumplir los objetivos de salud bucal.

Lugo, E. García L, Gross C, Casas S, Sotomayor F. La cultura en salud bucal como problema actual de la sociedad. Realizaron un estudio en el año. 2013 en Santiago de Cuba ⁽²²⁾.

La promoción de salud constituye una de las acciones sanitarias más importante relacionada con la labor del estomatólogo general. Es un concepto más amplio que la prevención, ya que abarca las esferas biológica, ambiental, social y cultural, por citar algunas, donde la voluntad política del Estado desempeña una función fundamental, en aras de elevar cada día la calidad de vida.

Jamieson, L. Thomson, W., P. En el año 2002. Investigaron. La salud dental, negligencia dental y uso de servicios en una muestra de población de adultos Dunedin. Revista dental Nueva Zelanda ⁽²³⁾.

Se han producido cambios sociales y económicos considerables desde la última encuesta nacional de salud oral de Nueva Zelanda hace más de 13 años.

Una encuesta descriptiva de una muestra aleatoria de 600 residentes en el Electorado Dunedin Sur dio como resultado una tasa de respuesta del 78.2% De los 458 encuestados, casi dos tercios eran mujeres, De los 385 encuestados dentados 84.1% mientras el 62.5% generalmente visitaba a un dentista para un chequeo, y el 66.6% había visitado a un dentista el año anterior. La puntuación media de negligencia dental para los encuestados dentados fue de 12,4 % y fue más alta entre los más jóvenes y los del grupo ocupacional más bajo.

Los puntajes de Ladder no fueron significativamente relacionados con la edad, el sexo, la caries o el medio dental. Sin embargo, los puntajes de Ladder se relacionaron significativamente con declaraciones de intención de visitar a un dentista en el futuro y la importancia de la salud oral.

5.-HIPÓTESIS

Este presente estudio no precisó hipótesis por ser un estudio descriptivo.

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Marco metodológico

Enfoque: el enfoque de la investigación es cuantitativo ⁽²⁷⁾.

Diseño de la investigación: Descriptivo ⁽²⁸⁾.

Nivel de investigación: Descriptivo

Tipo de investigación:

- **Por el ámbito:** De campo
- **Por la técnica:** Comunicacional
- **Por la temporalidad:** retrospectivo.

2. Población y Muestra

La muestra de la población que se tomó en cuenta para la elaboración de este estudio es de 545 encuestados la misma que fue realizada de manera aleatoria en los habitantes de la Parroquia Machángara que se encuentran en los rangos de edades determinados (18 a 44 años) ⁽²⁷⁾.

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

2.1.a. Criterios de inclusión: Se incluyeran los sujetos que viven en la Parroquia Machangara de la Ciudad de Cuenca, en los rangos de 18 a 44 años de edad con autonomía, en condiciones que puedan responder las preguntas establecidas y firmar el consentimiento escrito antes de contestar a las preguntas.

2.1. b. Criterios de exclusión: Se exceptuaron del estudio los sujetos que no cumplan con la categoría de edad, médicos y odontólogos, personas con capacidades especiales, que no colaboren con la ejecución de la encuesta, fichas que tengan incoherencias en distintitas preguntas.

Tipo de muestreo: Se ejecutó un muestreo probabilístico, estratificado y proporcional.

Tamaño de muestra: Se calculó mediante la fórmula de muestreo de la población limitada, para proporciones con un nivel de confiabilidad del 95% y un error del 5%. Se utilizó el programa OPEN EPI de acceso libre.

El total de los habitantes de la parroquia Machangara es de 23.193.

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

Donde:

N = tamaño de la población (12.151)

Z = 1,96; para el 95% de confianza.

P = 0,5 (50% de la población)

E = 0,05(margen mínimo de error del 5%)

$$n = \frac{1,96^2 * 0,5 * (1 - 0,5) * 12.151}{1,96^2 * 0,5 * (1 - 0,5) + (0,05)^2 * (12.151 - 1)} = 373$$

Se aplica la presente fórmula para determinar el tamaño de la muestra y por consiguiente a cuantas personas debo encuestar.

3.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Definición operativa	Indicador	Tipo estadístico	Escala	Datos
Negligencia dental	Incumplimiento de normas de higiene básicas.	Evaluar la frecuencia de negligencia dental	Si No	Cuantitativo	ordinal	Numero de encuestas
Edad	Edad del individuo que vive	Características que diferencian las edades	18 a 44 años	Cuantitativo	Nominal	Numero de encuestas
Sexo	Característica del genotipo	Características que diferencian el tipo de sexo	Masculino Femenino	Cualitativo	nominal	Numero de encuestas
Nivel académico	Identificación de instrucción	Características que diferencian el año de instrucción	Primaria Secundaria universidad	Cualitativo	nominal	Numero de encuestas
Ingreso socioeconómico	Recurso que ingresa por el trabajo realizado.	Valor de ingreso mensual.	Operador Albañil Ama de casa. etc.	cuantitativo	nominal	Numero de encuestas

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

4.1. Instrumentos documentales

Se utilizó encuesta de Conhi Andrea diseñada de preguntas de opción múltiple relacionadas con el cuidado de la salud oral.

4.2.- Instrumentos mecánicos

Para la adquisición de datos se utilizó una computadora de escritorio procesador corei5

4.3.- Materiales

Solo se utilizaron materiales de escritorio.

4.4.-Recursos

Para llevar a cabo el estudio se requirieron recursos Institucionales (UCACUE), recursos humanos, (Autor, Tutor) y recursos financieros (autofinanciados).

5.- PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.

5.1.- Ubicación espacial.

El cantón Cuenca es una entidad territorial subnacional ecuatoriana, de la provincia del Azuay. En donde se dividen en 15 parroquias urbanas y 22 rurales.

La Parroquia Machángara es una unidad de organización política administrativa dentro de la Ciudad Santa Ana de los Cuatro Ríos de Cuenca, situada en el centro austral de la república del Ecuador, que por su cultura y tradiciones su gastronomía, su arquitectura es una de las ciudades más importantes en donde es declarado patrimonio cultural de la humanidad. Cuenta con 270 mil habitantes con una temperatura de 7 a 15 grados centígrados y una superficie 2.500 msnm.

5.2.-Ubicación temporal

Este estudio investigativo se estableció en los intervalos de Mayo a Julio del año 2017, reflejando la realidad dentaria de los encuestados.

5.3.- Procedimientos para la toma de datos

Para la afirmación de los datos se tomó las fichas, se manejó el mapa de la Parroquia Machángara, con la finalidad de conocer las limitaciones, posteriormente el llenado de las encuestas en los lugares indicados donde existe mayor concurrencia de personas como son Parques, Escuelas, y Hogares y así realizar la encuesta, que al finalizar la encuesta fue firmada por el encuestado el consentimiento informado para tener un mayor respaldo y credibilidad (ANEXO # 4).

5.4.-Criterios de registro de hallazgos

Para evaluar la negligencia dental se efectúan encuestas utilizando la Escala Dental de Negligencia (DNS), que calcula hasta qué punto una persona se preocupa por sus dientes.

También se evaluó la negligencia de los dientes capturando las respuestas personales, utilizando la escala de Likert que va desde uno (“definitivamente no”) a 5 (“definitivamente sí”).

Las preguntas que se tomaron en cuenta a la hora de la toma de registro fueron:

1. ¿Mantengo mi cuidado dental en el hogar?
2. ¿Recibo el cuidado dental que debo?
3. ¿Necesito el cuidado dental, pero lo pospongo?
4. ¿Me cepillo los dientes tan bien como debería?
5. ¿Me controlo de comer entre comidas?
6. ¿Considero mi salud dental es importante?

6.- PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

Se manejó el programa Epi Info para ingresar las fichas recolectadas de la Parroquia Machángara, las mismas que fueron depuradas para un mejor control, los mismos que se utilizarán para examinar a través del programa Excel Microsoft.

De igual forma se procedió a la variable, logrando calcular el CHI cuadrado χ^2 .

7.- ASPECTOS BIOÉTICOS

El presente estudio no tiene aspectos bioéticos, sin embargo, se realizó el consentimiento informado al pie de la encuesta, y tiene confidencialidad y no aparecerá el nombre de la persona.

CAPITULO III
RESULTADOS, DISCUSION, CONCLUSIONES.

Resultados

El presente estudio fue realizado con los datos epidemiológicos en la Parroquia Machángara de la Ciudad de Cuenca de donde se obtuvo la información la cual la plasmaremos en los siguientes resultados obtenidos acerca de la negligencia en relación en los adultos.

N°1. Total, de personas encuestadas en el estudio de la negligencia odontológica en adultos de 18 a 44 años en la Parroquia Machángara 2017.

SEXO	TOTAL	GENERAL
	n	%
Femenino	347	64%
Masculino	198	36%
TOTAL	545	100%

Interpretación: En esta tabla demuestro los sujetos encuestados, de las cuales 347 son mujeres y 198 varones. Dando un total de 545.

TABLA N° 2 Frecuencia de la negligencia al cuidado dental en adultos de la Parroquia Machángara 2017.

NEGLIGENTE		NO NEGLIGENTE		TOTAL	GENERAL
N	%	n	%		%
360	66%	185	34%	545	100%

Interpretación: La investigación realizada en la Parroquia Machángara de la Ciudad de Cuenca en el año 2017 de acuerdo al instrumento aplicado como son las encuestas se diagnostica lo siguiente:

Con toda esta información obtenida dentro del universo de investigación se evidencia que en la mayoría de las personas encuestadas tienen negligencia en el cuidado odontológico. Dando un total de 66% son negligentes y un 34% no presentan negligencia odontológica.

Tabla N°3 Frecuencia de la negligencia en adultos de 18 a 44 años de acuerdo al sexo.

SEXO	NEGLIGENTE		NO NEGLIGENTE		TOTAL GENERAL	
	n	%	n	%	n	%
Femenino	232	67%	115	33%	347	64%
Masculino	128	65%	70	35%	198	36%
TOTAL	360	66%	185	34%	545	100%

CHI cuadrado $p = 0,59988$

Interpretación: En esta tabla de indicador menciono que, del total de encuestados son 545 personas entre hombres y mujeres, representando un 67% son negligentes en el sexo femenino, y en menor porcentaje en el sexo masculino en un 65%, con una significancia menor a 0.05 de acuerdo al CHI cuadrado en donde indica que no hay asociación en estas 2 variables.

Tabla N° 4 Frecuencia de negligencia de acuerdo a la edad.

EDAD	NEGLIGENTE		NO NEGLIGENTE		TOTAL GENERAL	
	N	%	N	%	n	%
De 18 a 20	62	58%	44	42%	106	19%
De 21 a 30	159	64%	89	36%	248	46%
De 31 a 40	97	70%	42	30%	139	26%
De 41 a 44	42	81%	10	19%	52	10%
TOTAL	360	66%	185	34%	545	100%

CHI cuadrado $p = 0,02921896$

Interpretación: Del total de encuestados son 545 personas entre hombres y mujeres, por lo que es necesario evidenciar de acuerdo a las edades.

En esta tabla se muestra mayor negligencia del 81% en el subgrupo etario de 41 a 44 años y los que no presentan negligencia son el subgrupo etario entre 18 a 20 años, en un 42%.

Mostrando relación entre las 2 variables por su, p de significancia, existe una relación significativa que es menor a 0,02.

Tabla No 5. Frecuencia de la negligencia de acuerdo al ingreso económico.

INGRESO ECONÓMICO	NEGLIGENTE		NO NEGLIGENTE		TOTAL GENERAL	
	N	%	n.	%	n	%
ALTO	134	59%	95	41%	229	42%
BAJO	226	72%	90	28%	316	58%
TOTAL	360	66%	185	34%	545	100%

CHI cuadrado $p = 0,0016$

Interpretación: En este cuadro estadístico hay un nivel alto, donde se visualiza 229 personas encuestadas equivalente a 42%, del cual 134 equivalente a 59% son negligentes, y 95 que corresponde a 41% no son negligentes.

Se evidencia que 226 personas equivalente al 72% son negligentes; mientras que 90 encuestados que corresponde al 28% no son negligentes.

De acuerdo al ingreso económico existe una relevancia significativa evidenciando con un 72% en un nivel bajo de acuerdo a la estadística realizada con el uso del CHI cuadrado.

Tabla No 6. Frecuencia de negligencia de acuerdo al nivel de instrucción.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	NEGLIGENTE		NO NEGLIGENTE		TOTAL GENERAL	
	n	%	n	%	n	%
ALTO	132	59%	92	41%	224	41%
BAJO	228	71%	93	29%	321	59%
TOTAL	360	66%	185	34%	545	100%

CHI cuadrado $p = 0,00333579$

Interpretación: De acuerdo al nivel de instrucción alto, del total de encuestados es de 224, equivalente al 41%, de las cuales 132 representado en un 59% son negligentes, mientras que 92 encuestados, representa un 41% no son negligentes.

De acuerdo al nivel bajo, del total de encuestados de 321 representado un 59%, corresponde 228 personas equivalente a un 71% son negligentes, y de 93 personas encuestadas equivalente a un 29% no son negligentes.

Tabla No 7. Frecuencia de negligencia de acuerdo a la ocupación.

OCUPACIÓN	NEGLIGENTE		NO NEGLIGENTE		TOTAL GENERAL	
	N	%	N	%	n	%
EXPUESTO	281	65%	154	35%	435	80%
NO EXPUESTO	79	72%	31	28%	110	20%
TOTAL	360	66%	185	34%	545	100%

CHI cuadrado $p = 0,1531$

Interpretación: Del total de encuestados que son 545 entre hombres y mujeres, el 72% de acuerdo a la ocupación no tiene relevancia significativa de acuerdo CHI cuadrado que dio como resultado 0,1531; es decir no se evidencia un valor significativo de negligencia odontológica.

2. DISCUSIÓN

La despreocupación dental es un predictor de la mala salud oral en niños y adultos que conllevan a consecuencias perjudiciales dentro de la salud estomatológica.

Esta investigación se efectuó con el propósito de estar al tanto de la problemática de la negligencia al tratamiento odontológico en los adultos de 18 a 44 años de edad en la parroquia Machangara del Cantón Cuenca, Provincia del Azuay, Ecuador del año 2017.

En el estudio realizado en la Parroquia Machángara población que fue encuestada dentro de los rangos de edad ya mencionadas fue de 545 encuestados con el fin de conocer el cuidado de la salud oral. En este proyecto se observó una alta frecuencia de negligencia bucal en adultos de 18 a 44 años, donde se observa que existe negligencia en un 66% presentan negligencia y en un 34% no presentan.

Mientras en el estudio realizado por los estudiantes Sarkar P, Dasar P, Nagarajappa S, Grupo de Institutos Sri Aurobindo de 400 encuestados muestran una higiene oral justa de negligencia en un 57% de la población. Al comparar este estudio con mi estudio realizado en cuanto a los porcentajes existe un mayor porcentaje en nuestra parroquia que tienen mayor negligencia al cuidado de la salud oral ⁽¹³⁾.

Jamieson, L. Thomson, W. P. en un estudio realizado en Nueva Zelanda se pudo comprobar que en el sexo femenino presenta mayor negligencia. En otro estudio de descuido dental y salud dental entre personas de 26 años en el Estudio Multidisciplinario de Salud y Desarrollo de Dunedin, existe negligencia dental esta dado en el sexo masculino. En este estudio realizado por Kumar, A. Manjunath, P. Sowmya, K. menciona que en los estudios realizados, recae la negligencia en el sexo masculino ^{(23) (6)}.

En el estudio de la población Machángara realizado en el año 2017 recae en el sexo femenino con un porcentaje mayor de negligencia dental, debido a que los centros de atención odontológica no prestan servicios adecuados en la parroquia, y a su vez demanda de tiempo a los comuneros, en donde los resultados son similares con estudios realizados en Nueva Zelanda.

De acuerdo a al rango de edad del estudio ya mencionado el desconocimiento dental se da en los adultos mayores de 41 a 44 años con un porcentaje mayor de un 81% que relacionando con otros países en edades adultas presentan negligencia odontológica, este estudio tiene similitud con estudios realizados en Machángara de la Ciudad de

Cuenta por lo que se debe concluir que en edades avanzadas va existir mayor negligencia.

De acuerdo al ingreso económico del estudio realizado en la Parroquia Machángara de los 545 encuestados, el descuido dental afecta a las personas de escasos recursos económicos, por escasos de trabajo, y el quemeimportismo de las personas, involucrando de esta manera al grupo familiar.

En un estudio realizado por Dho, M. Ciudad de Corrientes, Argentina, utilizo una escala para determinar el grado de negligencia dental de acuerdo a la falta de recursos económicos en donde tuvo relevancia el nivel bajo tenían desconocimiento del cuidado oral. En comparación con la parroquia Machángara estos estudios coinciden en donde el factor principal de negligencia dental es la falta de recursos económicos para llevar una adecuada salud oral ⁽¹⁷⁾.

De acuerdo al nivel de instrucción en el estudio realizado en la Parroquia Machángara de las 545 personas encuestadas se tomó en cuenta el nivel de instrucción de la población estudiada existiendo en un porcentaje alto en un 59% en donde indica que los profesionales tienen una eficiente limpieza dental.

En el estudio realizado por los estudiantes de Sarkar P, Dasar P, Nagarajappa S, Grupo de Institutos Sri Aurobindo, de acuerdo nivel de instrucción existe un 63,7% mostrando una limpieza oral incorrecta encontrando que existe mayor negligencia. en este estudio, comparando con el estudio, estos estudios no concuerdan con mis resultados estudiados ⁽¹³⁾.

5. CONCLUSIONES.

- Durante este proceso de investigación se ha evidenciado que existe mayor grado de vulnerabilidad en cuanto a género, recayendo en el sexo femenino de negligencia odontológica por múltiples factores como: económico, ansiedad dental, desconocimiento, entre otros.
- En cuanto a la edad de los encuestados se visualiza que en la juventud especialmente de 18 a 35 años se interesan por el cuidado de su salud oral y estética dental
- De acuerdo al ingreso económico se evidencia que el factor económico limita el cuidado odontológico tanto en el sexo masculino femenino y edades no hay limitantes en este caso.
- En todos los encuestados sobre el nivel de instrucción se evidencia que hay limitante sobre el desconocimiento del cuidado bucal, debido a la falta de cultura de aseo odontológico.
- En cuanto a la ocupación existe un porcentaje menor que no influye en el cuidado odontológico, por lo que no hay limitante en el aseo.

De esta forma conociendo la problemática debemos proveer las labores enfocadas a dar una prevención educada en las zonas de las comunidades más necesitadas dando los servicios a las personas más vulnerables con la finalidad de paralizar las patologías que se presentan día tras día dentro de la cavidad oral y así contribuir a que las personas no sufran, padecimientos orales. Y por ende implementar charlas y dar una continuidad para lograr un éxito dentro del campo de la odontología, y de esta forma trabajar para realzar la cultura de una sociedad universal y mejorar la función de la intersectorialidad en el sistema de salud.

BIBLIOGRAFÍAS Y LINGÜOGRAFÍAS

- 1.- Frenk, J. La Nueva Salud Pública. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/89722306/La-Nueva-Salud-Julio-Frenk>.
- 2.- Espinoza, M. León, R. Prevalencia y experiencia de caries dental en estudiantes según facultades de una universidad particular peruana. Rev. Estomatol. Herediana vol.25 no.3 Lima jul. 2015. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552015000300003
- 3.- Matute, C. Barzallo, JG. Villavicencio, E. Negligence to dental care.vol. 3 No 3. Septiembre- Diciembre, 2018. Disponible en: Revista OACTIVA UC Cuenca.
- 4.- Coolidge,T. Heima, M. Johnson, E. Weinstein, P. The Dental Neglect Scale in adolescents *BMC Oral Health* 2009, 9:2 doi: 10.1186/1472-6831-9-2 Disponible en: https://search.yahoo.com/yhs/search?hspart=Lkry&hsimp=yhs-newtab&ts=sy&u_ip=191.100.99.235&type=YHS_AST_100&obt9bpdyed=0&%20p=The+Dental+Neglect
- 5.- Palomer, L. Inequidades en salud bucal. Factores que determinan su realidad en Chile. *Acta bioeth.* vol.22 no.2 Santiago nov. 2016. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2016000200018
- 6.- Kumar, A. Manjunath, P. Sowmya, K. Dental neglect a review. *Journal of dental sciences* [Internet]. 2015 [citado 01 Abril 2015]; 3 (1). Disponible en: <http://www.rroij.com/open-access/dental-neglect-a-review.pdf>
- 7.- Aubert, J. Sánchez, S. Castro, R. Monsalves, M. Castillo, P. Moya, P. Calidad de Vida Relacionada con Salud Oral en Mayores de 14 Años en la Comunidad San Juan Bautista, Isla Robinson Crusoe, Chile. *Int. J. Odontostomat.* vol.8 no.1 Temuco abr. 2014 Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2014000100019&script=sci_arttext&lng=pt
- 8.- Vásquez, C. Toral, A. Reinoso, N. Autopercepción estética de la sonrisa en adultos Cuenca-Ecuador. Artículo de Investigación. *Revista Killkana Salud y Bienestar.* Vol. 1, No. 3, pp. 1-6, septiembre-diciembre, 2017.p-ISSN 2528-8016 / e-ISSN 2588-0640.

Universidad Católica de Cuenca. Disponible en:
http://killkana.ucacue.edu.ec/index.php/killcana_salud/issue/view/10/KSyB%20V1N3Y2017.

9.- Veera, R. Darshana, B. Satish, G. et.al. Conocimiento, actitud y práctica relacionados con la salud oral entre los estudiantes preuniversitarios de la ciudad de Mysore. J Int Soc Prev Community Dent . 2014 de septiembre a diciembre; 154-158.doi: 10.4103 / 2231-0762.142012. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4209613/>.

10.- Navas, R. Rojas, T. Fox, M. Chacín, A. Rincón, M.Fernández M. Concepciones en los usuarios de un servicio odontológico público sobre salud-enfermedad bucal. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2014 Dic [citado 2017 Dic 10] 51(4): 366-377. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072014000400002&lng=es.

11.- Cerón, X. El sistema ICDAS como método complementario para el diagnóstico de caries dental. Revista CES Odontología ISSN 0120-971X [Internet]. 2015 Nov. [citado 2015 Febr.]; 28(2):100-109. Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v28n2/v28n2a08.pdf>

12.- Padilla, S. Cerón , J. Cultural, economic, historical, political, and social determinants of oral health. Medwave[Internet] 2012 Ago[citado Agosto 2012];12(7):54-52. Disponible en:

<http://www.medwave.cllink.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/5452?tab=comentarios>

13.- Sarkar, P. Dasar, P. Nagarajappa, S. Mishra, P. Kumar, S. Balsaraf, S. Afsheen, L. Astha, C. Impact of Dental Neglect Scale on Oral Health Status Among Different Professionals in Indore City-A Cross- Sectional Study.

DOI: 10.7860/JCDR/2015/14321.6674. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4625340/>

14.- Trilby, C. Masahiro, H. Elissa, K, Philip, W. The Dental Neglect Scale in adolescents. Oral Health [Internet].2009 [citado junio 2009];9 (2). Disponible:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2627830/>

15.- Sarri, G. Evans, P. Stansfeld, S. Marcenes, W. A school-based epidemiological study of dental neglect among adolescents in a deprived area of the UK British Dental Journal 2012; 213: E17 Disponible en:

https://search.yahoo.com/yhs/search?hspart=Lkry&hsimp=yhs-newtab&ts=sy&u_ip=191.100.99.235&type=YHS_AST_100&obt9bpdyed=0&%20p=A+school-based+epidemiological+study+of+dental+neglect+among+adolescents+in+a+deprived+area+of+the+UK¶m1=ij7zzSxCeE_ZFQBL4hWSZAWG59XRxBEHRtUzMyWascr5AhZCYeLCNDCTHYLtOXvTWmnc1r1JRezcXp44wbVnxEj8Ldas3KrZzjvWGKNdzUGP69gsk7OzKTZ4zKrhlPCRfK085TarWavkwXjxDGHv5dDot4NUJefywF_Z1umFIC27zEHFL7BVnNE82BP_4REd8sHXC_kJ3d7-dJcYNYKyt4G5lg%2c

16.- Thomson, W. Locker, D. Dental neglect and dental health among 26-year-olds in the Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study. Community Dent Oral Epidemiol. 2000 Dec;28(6):414-8. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11106013>

17.- Dho, M. Conocimientos de salud bucodental en relación con el nivel socioeconómico en adultos de la ciudad de Corrientes, Argentina. Recibido: 14 de Agosto de 2014. Aprobado: 30 de junio de 2015. Publicado: 30 de septiembre de 2015. Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v33n3/v33n3a05.pdf>

18.- Lugo, E. García, L. Gross, C. Casas, S. Sotomayor, F. La cultura en salud bucal como problema actual de la sociedad. MEDISAN [Internet]. 2013 Abr [citado 2017 Dic 03]; 17(4): 677-685. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000400015&lng=es.

19.- Dho, M. Vila, V. Palladino, A. situación de salud bucal de pacientes mayores de 18 años. Cátedra práctica clínica preventiva i, facultad de odontología unne, argentina, 2010. Rev Fac Odontol Uni Antioq vol. 24 no 2 Medellín Jan/june 2013.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X2013000100004

20.- Coolidge, T. Skaret, E. Masahiro, H. Johnson, M. Hillstead, B. Oyvind, F. Weinstein, P. Thinking about going to the dentist: a Contemplation Ladder to as dentally-avoidant individuals' readiness to go to a dentist.. Coolidge et al. BMC Oral Health 2011, 11:4 Disponible en:

<http://www.biomedcentral.com/1472-6831/11/4>

21.- Valencia, M. Urgilés, S. Cuenca, K. factores socio-culturales determinantes en la elección de un tratamiento odontológico. artículo original. revista oactiva uc cuenca. vol. 2, no. 1, pp. 15-20, enero-abril, 2017. issn 24778915. issn elect. 2588-0624. universidad católica de cuenca. disponible en:

https://www.google.com.ec/search?rlz=1C1GGRV_esEC751EC751&q=ubicacion+espacial+parroquia+machangara+cuenca+articulo+scielo+2017%7D&spell=1&sa=X&ved=0ahUKEwjHmaKjnuraAhUpwYMKHW1DDfgQBQgiKAA&biw=1242&bih=636

22.- Lugo, E. García L, Gross C, Casas S, Sotomayor F. La cultura en salud bucal como problema actual de la sociedad. MEDISAN [Internet]. 2013 Abr [citado 2017 Dic 03]; 17(4): 677-685. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000400015&lng=es.

23.-Jamieson, L. Thomson, W. Salud dental, negligencia dental y uso de servicios en una muestra de población de adultos Dunedin. Revista dental Nueva Zlanda 98 (4319): 4-8 Abril del 202. Disponible en:

www.researchgate.net/publication/11353677_Dental_health_dental_neglect_and_use_of_services_in_an_adult_Dunedin_population_sample?enrichId=rgreq-2bf6544c8b4e87dd1.

24.- Jamieson, L. Thomson, W. The Dental Neglect and Dental Indifference scales compared. Community Dent Oral Epidemiol 2002; 30: 168–75. CBlackwell Munksgaard, 2002.Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1034/j.1600-0528.2002.300302.x>

25.- Amit, K. Manjunath, P. Sowmya, K. Dental Neglect as a Behavioural Audit of Oral Health- A Systematic Literature Review. International Journal of Health Sciences & Research (www.ijhsr.org) 480 Vol.6; Issue: 4; April 2016. Disponible en: https://www.google.com.ec/search?q=Dental+Neglect+as+a+Behavioural+Audit+of+Oral+Health-+A+Systematic+Literature+Review&rlz=1C1GGRV_esEC751EC75

26.- Aditi, M., Anmol, M. Vikram, P. Dental Neglect Affecting Oral Health Status in India. Mathur et al. Int J Pediatr Res 2016, 2:016 ISSN: 2469-5769 Volume 2. Disponible en: <https://www.clinmedjournals.org/articles/ijpr/international-journal-of-pediatric-research-ijpr-2-016.pdf>.

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

28. Villavicencio E, Cuenca C, Vélez E, Sayago J, Cabrero E. Pasos para la planificación de la tesis. Revista Odontológica Activa. 2016 [citado 26 de Jun 2018]. 1(1):75-78. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec7index.php/oactiva/article/view/186/324>

ANEXOS

ANEXO # 1

Encuesta de Thomson para Negligencia al Cuidado Dental

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

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

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 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. Iba 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 dolía:		
	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 está 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 dental 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 rápidamente	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.

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

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

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

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

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

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

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

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

	poco seguro / muy seguro
77. Que tan seguro está de que usted puede llenar una encuesta medica correctamente o necesita de otra persona	1 2 3 4 5
78. Que tan seguro está de que pueda seguir las instrucciones escritas en el finalin y aspirina	1 2 3 4 5
	poco seguido/ muy seguido
79. Que tan seguido alguien le ayuda a leer las recetas médicas que le proveen	1 2 3 4 5
80. Que tan seguido tiene problemas aprendiendo acerca de un tema de salud o de dificultad en el entendimiento de la información escrita	1 2 3 4 5

Estructura Esquemática de la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CIUO 08)

8.1. ESTRUCTURA ESQUEMÁTICA POR GRANDES GRUPOS (UN DÍGITO)

- | | |
|---|---|
| 1 | DIRECTORES Y GERENTES |
| 2 | PROFESIONALES CIENTÍFICOS E INTELLECTUALES |
| 3 | TÉCNICOS Y PROFESIONALES DEL NIVEL MEDIO |
| 4 | PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO |
| 5 | TRABAJADORES DE LOS SERVICIOS Y VENDEDORES DE COMERCIOS Y MERCADOS |
| 6 | AGRICULTORES Y TRABAJADORES CALIFICADOS AGROPECUARIOS, FORESTALES Y PESQUEROS |
| 7 | OFICIALES, OPERARIOS Y ARTESANOS DE ARTES MECÁNICAS Y DE OTROS OFICIOS |
| 8 | OPERADORES DE INSTALACIONES Y MÁQUINAS Y ENSAMBLADORES |
| 9 | OCUPACIONES ELEMENTALES |
| 0 | OCUPACIONES MILITARES |

ANEXO # 2

edad	sexo	diconiveldeinstruccio	ECONOMIC	DICOOCUPACION
24	Masculino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
24	Femenino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
20	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
24	Femenino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
19	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
23	Femenino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
19	Femenino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
21	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
39	Masculino	BAJO	BAJO	NO EXPUESTO
44	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
42	Masculino	BAJO	BAJO	NO EXPUESTO
33	Femenino	BAJO	BAJO	NO EXPUESTO
26	Femenino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
33	Masculino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
34	Femenino	BAJO	BAJO	NO EXPUESTO
23	Femenino	BAJO	BAJO	NO EXPUESTO
40	Femenino	ALTO	BAJO	NO EXPUESTO
31	Femenino	ALTO	BAJO	NO EXPUESTO
35	Femenino	ALTO	BAJO	NO EXPUESTO
39	Masculino	BAJO	BAJO	NO EXPUESTO
18	Masculino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
30	Masculino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
21	Masculino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
20	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
19	Masculino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
22	Masculino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
22	Femenino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
21	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
20	Masculino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
19	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
20	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
24	Femenino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
19	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
18	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
21	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
19	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
19	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
19	Femenino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
20	Masculino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
20	Femenino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
22	Femenino	ALTO	ALTO	EXPUESTO

21	Masculino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
20	Masculino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
32	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
19	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
19	Masculino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
20	Femenino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
44	Masculino	BAJO	BAJO	NO EXPUESTO
22	Masculino	ALTO	BAJO	NO EXPUESTO
22	Masculino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
29	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
23	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
20	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
21	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
37	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
25	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
30	Masculino	BAJO	BAJO	NO EXPUESTO
28	Masculino	BAJO	BAJO	NO EXPUESTO
25	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
39	Femenino	ALTO	BAJO	NO EXPUESTO
26	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
22	Masculino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
21	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
26	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
35	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
42	Masculino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
38	Femenino	ALTO	ALTO	NO EXPUESTO
20	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
29	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
28	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
23	Femenino	ALTO	BAJO	NO EXPUESTO
27	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
35	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
44	Femenino	BAJO	BAJO	NO EXPUESTO
25	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
35	Femenino	BAJO	BAJO	NO EXPUESTO
26	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
18	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
19	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
30	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
32	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
25	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
20	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
19	Masculino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
24	Masculino	BAJO	BAJO	NO EXPUESTO
35	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO

42	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
43	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
42	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
33	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
30	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
32	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
29	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
21	Masculino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
26	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
28	Masculino	BAJO	BAJO	NO EXPUESTO
30	Masculino	BAJO	ALTO	NO EXPUESTO
43	Masculino	BAJO	BAJO	NO EXPUESTO
38	Masculino	BAJO	BAJO	NO EXPUESTO
29	Masculino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
20	Femenino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
30	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
44	Masculino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
38	Masculino	ALTO	BAJO	NO EXPUESTO
27	Masculino	BAJO	BAJO	NO EXPUESTO
33	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
37	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
38	Femenino	ALTO	BAJO	NO EXPUESTO
26	Femenino	ALTO	ALTO	NO EXPUESTO
40	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
23	Masculino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
22	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
40	Masculino	ALTO	ALTO	NO EXPUESTO
28	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
20	Masculino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
18	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
22	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
37	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
21	Masculino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
21	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
18	Masculino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
22	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
19	Masculino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
19	Masculino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
19	Femenino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
20	Femenino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
20	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
19	Femenino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
28	Femenino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
42	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
30	Femenino	ALTO	ALTO	NO EXPUESTO

30	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
23	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
31	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
31	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
25	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
18	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
35	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
25	Femenino	ALTO	BAJO	NO EXPUESTO
23	Femenino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
29	Masculino	BAJO	BAJO	NO EXPUESTO
23	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
22	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
31	Femenino	ALTO	ALTO	NO EXPUESTO
30	Femenino	ALTO	BAJO	NO EXPUESTO
32	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
24	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
32	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
19	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
22	Masculino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
31	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
19	Femenino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
30	Masculino	BAJO	BAJO	NO EXPUESTO
25	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
18	Masculino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
20	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
21	Masculino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
20	Masculino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
37	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
20	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
20	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
37	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
44	Femenino	ALTO	BAJO	NO EXPUESTO
28	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
40	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
23	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
19	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
36	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
34	Masculino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
25	Masculino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
23	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
42	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
35	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
38	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
22	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
35	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO

24	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
31	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
29	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
36	Masculino	BAJO	BAJO	NO EXPUESTO
38	Masculino	BAJO	BAJO	NO EXPUESTO
23	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
33	Femenino	BAJO	BAJO	NO EXPUESTO
23	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
41	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
26	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
29	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
36	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
29	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
20	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
42	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
26	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
28	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
35	Masculino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
24	Masculino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
25	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
33	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
22	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
44	Masculino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
25	Masculino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
30	Masculino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
25	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
27	Masculino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
26	Masculino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
37	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
32	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
23	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
43	Masculino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
30	Masculino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
28	Femenino	ALTO	ALTO	NO EXPUESTO
39	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
33	Femenino	ALTO	ALTO	NO EXPUESTO
30	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
21	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
24	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
24	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
31	Masculino	BAJO	BAJO	NO EXPUESTO
22	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
20	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
21	Femenino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
24	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO

44	Masculino	ALTO	ALTO	NO EXPUESTO
32	Masculino	ALTO	BAJO	NO EXPUESTO
42	Femenino	ALTO	ALTO	NO EXPUESTO
20	Femenino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
33	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
30	Masculino	ALTO	ALTO	NO EXPUESTO
40	Femenino	ALTO	BAJO	NO EXPUESTO
35	Masculino	ALTO	BAJO	NO EXPUESTO
20	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
25	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
23	Femenino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
22	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
20	Masculino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
23	Femenino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
40	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
24	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
30	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
24	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
18	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
38	Masculino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
28	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
29	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
22	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
44	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
28	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
21	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
32	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
24	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
20	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
28	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
37	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
40	Femenino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
43	Masculino	BAJO	ALTO	NO EXPUESTO
39	Masculino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
26	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
20	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
36	Masculino	BAJO	BAJO	NO EXPUESTO
24	Masculino	ALTO	BAJO	NO EXPUESTO
18	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
36	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
28	Masculino	ALTO	ALTO	NO EXPUESTO
44	Masculino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
41	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
42	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
32	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO

29	Masculino	BAJO	BAJO	NO EXPUESTO
38	Masculino	ALTO	ALTO	NO EXPUESTO
21	Masculino	BAJO	ALTO	NO EXPUESTO
33	Femenino	BAJO	ALTO	NO EXPUESTO
28	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
26	Masculino	BAJO	ALTO	NO EXPUESTO
21	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
29	Masculino	ALTO	BAJO	NO EXPUESTO
27	Masculino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
39	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
18	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
40	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
35	Masculino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
20	Masculino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
21	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
21	Masculino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
19	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
24	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
22	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
21	Masculino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
32	Femenino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
44	Femenino	BAJO	ALTO	NO EXPUESTO
40	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
35	Femenino	BAJO	ALTO	NO EXPUESTO
20	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
20	Femenino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
36	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
44	Femenino	ALTO	BAJO	NO EXPUESTO
34	Femenino	ALTO	ALTO	NO EXPUESTO
28	Masculino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
37	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
29	Masculino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
32	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
35	Masculino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
39	Masculino	ALTO	BAJO	NO EXPUESTO
38	Masculino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
21	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
34	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
22	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
35	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
30	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
26	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
39	Masculino	ALTO	BAJO	NO EXPUESTO
23	Femenino	BAJO	BAJO	NO EXPUESTO
22	Femenino	ALTO	BAJO	NO EXPUESTO

28	Masculino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
33	Femenino	ALTO	BAJO	NO EXPUESTO
28	Masculino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
27	Masculino	BAJO	BAJO	NO EXPUESTO
18	Masculino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
23	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
28	Femenino	ALTO	ALTO	NO EXPUESTO
20	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
39	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
30	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
34	Masculino	ALTO	ALTO	NO EXPUESTO
40	Femenino	ALTO	BAJO	NO EXPUESTO
43	Masculino	ALTO	ALTO	NO EXPUESTO
24	Femenino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
18	Masculino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
21	Masculino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
21	Masculino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
41	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
40	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
20	Masculino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
26	Masculino	ALTO	ALTO	NO EXPUESTO
21	Masculino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
20	Femenino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
24	Femenino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
42	Femenino	ALTO	ALTO	NO EXPUESTO
26	Masculino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
20	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
28	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
24	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
43	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
29	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
41	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
24	Masculino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
21	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
25	Masculino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
22	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
23	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
27	Masculino	BAJO	ALTO	NO EXPUESTO
36	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
31	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
23	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
29	Masculino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
31	Masculino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
21	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
19	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO

23	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
35	Masculino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
26	Masculino	BAJO	ALTO	NO EXPUESTO
39	Masculino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
23	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
33	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
18	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
32	Masculino	ALTO	ALTO	NO EXPUESTO
36	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
18	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
27	Femenino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
25	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
22	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
41	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
44	Masculino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
30	Femenino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
33	Masculino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
31	Masculino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
28	Femenino	ALTO	ALTO	NO EXPUESTO
18	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
30	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
19	Masculino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
32	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
25	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
24	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
18	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
20	Femenino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
20	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
21	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
22	Masculino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
20	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
20	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
22	Masculino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
21	Femenino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
18	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
20	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
19	Masculino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
21	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
21	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
21	Masculino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
23	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
26	Femenino	ALTO	ALTO	NO EXPUESTO
20	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
24	Masculino	ALTO	ALTO	NO EXPUESTO
22	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO

22	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
23	Masculino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
24	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
27	Masculino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
34	Masculino	ALTO	ALTO	NO EXPUESTO
23	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
22	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
20	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
23	Femenino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
23	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
22	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
23	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
22	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
22	Masculino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
23	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
22	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
27	Masculino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
25	Masculino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
28	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
20	Femenino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
20	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
23	Masculino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
21	Masculino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
20	Masculino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
26	Masculino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
25	Femenino	BAJO	ALTO	NO EXPUESTO
22	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
42	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
23	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
23	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
20	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
23	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
44	Masculino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
20	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
21	Masculino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
19	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
20	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
22	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
29	Masculino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
29	Masculino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
23	Masculino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
18	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
20	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
20	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
19	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO

19	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
26	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
39	Masculino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
29	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
43	Femenino	BAJO	ALTO	NO EXPUESTO
20	Masculino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
31	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
44	Masculino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
27	Masculino	BAJO	ALTO	NO EXPUESTO
25	Femenino	ALTO	BAJO	NO EXPUESTO
41	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
31	Femenino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
37	Femenino	ALTO	ALTO	NO EXPUESTO
19	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
23	Femenino	ALTO	ALTO	NO EXPUESTO
21	Masculino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
21	Femenino	ALTO	ALTO	NO EXPUESTO
30	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
22	Femenino	ALTO	BAJO	NO EXPUESTO
19	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
18	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
20	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
23	Masculino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
22	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
19	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
38	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
21	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
18	Masculino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
33	Femenino	ALTO	BAJO	NO EXPUESTO
19	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
19	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
24	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
18	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
38	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
33	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
23	Femenino	ALTO	BAJO	NO EXPUESTO
34	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
19	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
40	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
35	Femenino	BAJO	BAJO	NO EXPUESTO
33	Femenino	ALTO	BAJO	NO EXPUESTO
43	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
42	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
35	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
18	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO

35	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
21	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
29	Masculino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
21	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
44	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
42	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
24	Femenino	ALTO	BAJO	NO EXPUESTO
35	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
36	Masculino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
32	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
30	Masculino	ALTO	BAJO	NO EXPUESTO
21	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
27	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
31	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
23	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
22	Masculino	ALTO	ALTO	EXPUESTO
33	Femenino	ALTO	BAJO	NO EXPUESTO
35	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
31	Femenino	ALTO	BAJO	NO EXPUESTO
36	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
40	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
41	Masculino	BAJO	BAJO	NO EXPUESTO
41	Masculino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
31	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
22	Femenino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
44	Femenino	BAJO	BAJO	NO EXPUESTO
20	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
21	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
36	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
38	Masculino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
44	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
25	Masculino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
30	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
24	Masculino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
35	Masculino	ALTO	BAJO	NO EXPUESTO
20	Masculino	ALTO	BAJO	NO EXPUESTO
26	Masculino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
36	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
43	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
31	Femenino	ALTO	BAJO	NO EXPUESTO
40	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO
39	Femenino	ALTO	ALTO	NO EXPUESTO
44	Masculino	ALTO	BAJO	NO EXPUESTO
42	Masculino	ALTO	BAJO	NO EXPUESTO
44	Femenino	ALTO	BAJO	NO EXPUESTO

42	Femenino	ALTO	BAJO	NO EXPUESTO
38	Femenino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
34	Femenino	ALTO	ALTO	NO EXPUESTO
40	Masculino	BAJO	BAJO	NO EXPUESTO
40	Femenino	BAJO	BAJO	NO EXPUESTO
38	Masculino	BAJO	BAJO	EXPUESTO
42	Femenino	BAJO	BAJO	NO EXPUESTO
40	Femenino	BAJO	ALTO	EXPUESTO
22	Masculino	ALTO	BAJO	EXPUESTO

ANEXO# 3

[Expandir menús](#) | [Comprimirlos](#)

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

Inicio | **Introducir datos** | **Resultados** | **Ejemplos** | **Ayuda**

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): 12151
 frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p): 50% +/- 5
 Límites de confianza como % de 100(absoluto +/- %)(a): 5%
 Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF): 1

Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza

IntervaloConfianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	373
80%	163
90%	265
97%	454
99%	630
99.9%	995
99.99%	1347

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

ANEXO # 4

