



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**RELACIÓN ENTRE EL INGRESO ECONÓMICO Y LA NEGLIGENCIA AL
CUIDADO DENTAL EN ADULTOS JÓVENES DE 18 A 44 AÑOS, DE LA
PARROQUIA HERMANO MIGUEL DE LA CIUDAD DE CUENCA, 2017.**

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

**AUTOR/A: Serrano Orellana, Jessica Valeria
TUTOR: Villavicencio Caparó, Ebingen, Od. Esp.**

**CUENCA
2018**

DECLARACIÓN:

Yo, Serrano Orellana Jessica Valeria, declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y que he consultado la totalidad de las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento; y eximo expresamente a la UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. La UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su reglamento y normatividad institucional vigente.

.....

Autor/a: Serrano Orellana Jessica Valeria

C.I.:0106286628

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de titulación denominado **RELACIÓN ENTRE EL INGRESO ECONÓMICO Y LA NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL EN ADULTOS JÓVENES DE 18 A 44 AÑOS, DE LA PARROQUIA HERMANO MIGUEL DE LA CIUDAD DE CUENCA, 2017**, realizado por **SERRANO ORELLANA JESSICA VALERIA**, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que está expedito para su presentación.

Cuenca, Febrero de 2018.

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.

Coordinador Departamento de Investigación

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Dra. Liliana Encalada Verdugo.

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN – CARRERA ODONTOLOGÍA.

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación “RELACIÓN ENTRE EL INGRESO ECONÓMICO Y LA NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL EN ADULTOS JÓVENES DE 18 A 44 AÑOS, DE LA PARROQUIA HERMANO MIGUEL DE LA CIUDAD DE CUENCA, 2017”, realizado por SERRANO ORELLANA JESSICA VALERIA, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que está expedito para su sustentación.

Cuenca, Febrero de 2018.

.....

Tutor/a: Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.

DEDICATORIA

A Dios, por acompañarme en cada paso que doy, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres, por haberme brindado su apoyo en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mis hermanos, por los ejemplos de perseverancia y constancia que los caracterizan y que me han infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

EPÍGRAFE

El sabio no dice nunca todo lo que piensa, pero siempre piensa todo lo que dice.

Aristóteles

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

Agradezco a mis padres por la confianza y el apoyo brindado, que sin duda alguna en el trayecto de mi vida me han demostrado su amor, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos.

A mis hermanos que con sus consejos y apoyo siempre han estado junto a mi en las buenas y en las malas, demostrándome su amor incondicional.

A mis familiares que de una u otra manera me han brindado su apoyo y sus consejos.

A mi tutor por la colaboración brindada y sus conocimientos en la elaboración de este proyecto.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	10
ABSTRACT.....	11
INTRODUCCIÓN.....	12
CAPÍTULO I.....	13
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	13
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
2. JUSTIFICACIÓN	14
3.- OBJETIVOS.....	15
3.1.- OBJETIVO GENERAL	15
3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
4.- MARCO TEÓRICO.....	16
4.1. DEFINICIONES	16
4.1.a. SALUD	16
4.1.b. ENFERMEDADES Y AFECCIONES BUCODENTALES.....	16
4.1.c. NIVEL SOCIOECONÓMICO.....	18
4.1.d. NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL	19
4.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	21
5. HIPÓTESIS.....	27
CAPÍTULO II.....	28
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	28
1. MARCO METODOLOGICO	29
2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	29
3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	30
4. INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	31
5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS	31
5.1. Ubicación espacial	31
5.2. Ubicación temporal.....	32
5.3. Procedimientos de toma de datos	32
6. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANALISIS DE DATOS.....	33
7. ASPECTOS BIOETICOS.....	34
CAPÍTULO III	35
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	35
1. RESULTADOS.....	36
2. DISCUSIÓN.....	39
3. CONCLUSIONES.....	41
BIBLIOGRAFÍA	42
ANEXOS	44
ANEXO 1.	45
ANEXO 2.	46
ANEXO 3.	51
ANEXO 4.	61

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N. 1.	35
Tabla N. 2.	36
Tabla N. 3.	37

RESUMEN

OBJETIVO: Establecer la posible relación entre el nivel de ingreso económico y la negligencia al cuidado dental en adultos jóvenes entre 18 a 44 años en la parroquia Hermano Miguel, Cuenca, 2017. **MATERIALES Y MÉTODOS:** En esta investigación se utilizó el diseño de casos y controles. Se utilizó la encuesta de Thompson y algunos datos modificados por el Departamento de Investigación de la Universidad de Católica de Cuenca, sugiere que los comportamientos y actitudes con relación al abandono dental pueden ser valiosos para entender los malos resultados de la salud oral y que al ser estudiados se pueden asociar al abandono dental y otros problemas de salud oral, de 444 personas, estos datos se ingresaron en el programa Epi info, se realizó un muestreo por conveniencia. **RESULTADOS:** De un total de 178 personas, hay 89 casos, de los cuales 78 están expuestos y 11 no expuestos. También tenemos 89 controles, de los cuales 62 están expuestos y 27 no expuestos. A partir de estos datos se determina que el ingreso económico bajo es un factor de riesgo con una razón de proporciones (Odds Ratio) de 3,08 a la negligencia al cuidado dental. **CONCLUSIÓN:** Con el trabajo realizado se concluye que existe relación entre el ingreso económico y la negligencia al cuidado dental en adultos jóvenes entre 18 a 44 años en la parroquia Hermano Miguel, Cuenca, 2017.

PALABRAS CLAVE: ingreso, económico, negligencia, encuesta, dental.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To establish the possible relationship between the level of income and neglect of dental care in young adults between 18 and 44 years of age in the Hermano Miguel parish, Cuenca, 2017. **MATERIALS AND METHODS:** In this research case design was used and controls. We used the Thompson survey and some data modified by the Research Department of the Catholic University of Cuenca, suggest that behaviors and attitudes regarding dental abandonment can be valuable to understand the poor results of oral health and that being studied can be associated with dental abandonment and other oral health problems, of 444 people, these data were entered into the Epi info program, a convenience sampling was conducted. **RESULTS:** Out of a total of 178 people, there are 89 cases, of which 78 are exposed and 11 are not exposed. We also have 89 controls, of which 62 are exposed and 27 are not exposed. From these data it is determined that the low economic income is a risk factor with a Odds Ratio (Odds Ratio) of 3.08 to the neglect of dental care. **CONCLUSION:** With the work carried out, it is concluded that there is a relationship between the economic income and the negligence of dental care in young adults between 18 and 44 years old in the Hermano Miguel parish, Cuenca, 2017.

KEY WORDS: income, economic, negligence, survey, dental.

INTRODUCCIÓN

La salud bucal es la ausencia de dolor crónico orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales, caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial.⁷ Se posee un amplio reconocimiento de la relación que existe entre la presencia de caries y la dieta, de la misma manera el papel que tiene el flúor para prevenir la aparición de caries dental, sobre todo el empleo de pastas de fluoruro y el uso de otros agentes de fluoruro tópico. Del mismo modo, la relación existente entre la prevalencia e incidencia de la enfermedad periodontal y la eficiencia del control de la placa. Las prácticas adecuadas de autocuidado en la salud oral son fundamentales para salvaguardar la salud oral. La negligencia en el cuidado de salud bucal se define como un fracaso de un individuo para tomar medidas de mantención de la salud bucal, exceptuando tener atención dentaria necesaria, de esta manera descuidando la dentición y los tejidos asociados.¹

La presencia de una asociación entre el estado de salud bucal y un nivel de ingreso económico alto permiten disfrutar de una mejor salud, este hecho es conocido como el gradiente social en salud. Las desigualdades con respecto a la situación de salud bucodental en la población van relacionadas siempre con las desigualdades según el nivel de ingreso económico, estas desigualdades son grandes y según varios autores van incrementando.²

La negligencia al cuidado dental ocurre cuando las personas omiten buscar ayuda, seguir un tratamiento dental necesario para conservar un estado de salud oral en óptimas condiciones, en el que la cavidad bucal debe mantenerse libre de patologías que puedan provocar dolor, inflamación e infección ya que ésto acarrea pérdida de la función. Las señales de la negligencia al cuidado dental son fáciles de identificar ya que se va ha encontrar una higiene bucal deficiente, caries extensas o caries con filtraciones, halitosis, enfermedades periodontales, lesiones odontogénicas. En muchas ocasiones las personas acuden al odontólogo, pero únicamente para tratamientos de emergencia ya que presentan dolor y luego optan por no regresar para seguir recibiendo un tratamiento para una restauración completa de la salud bucal.³

Asimismo, es importante establecer el impacto que tiene la negligencia al cuidado dental en la salud bucal y en especial cómo la negligencia dental aqueja la vida de las personas, la vida cotidiana o la calidad de vida.¹

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pregunta de investigación que se planteó en este trabajo de titulación fue: ¿Existe relación entre el nivel de ingreso económico y la negligencia al cuidado dental en adultos jóvenes entre 18 a 44 años en la parroquia Hermano Miguel, Cuenca, 2017? El presente trabajo de investigación pretendió analizar la relación entre los factores asociados al nivel de ingreso económico y la negligencia al cuidado dental (edad y sexo) mediante un diseño de casos y controles.

2. JUSTIFICACIÓN

Este proyecto pretende saber si existe una relación entre el nivel de ingreso económico y la negligencia al cuidado dental en adultos jóvenes entre 18 a 44 años en la parroquia Hermano Miguel, Cuenca, 2017, teniendo una relevancia humana específica para este grupo etario al saber cuidarse, dejar de ser negligentes al cuidado dental y por lo tanto tener una mejor calidad de vida. La relevancia científica va dirigido a la Parroquia Hermano Miguel de la Ciudad de Cuenca; además este Proyecto de investigación es de gran interés para la población de Cuenca y de todo el Ecuador, también puede ser de gran ayuda para futuras investigaciones de negligencia al cuidado dental. Con la relevancia social se puede dar datos obtenidos en este trabajo a las autoridades responsables de velar por la salud pública para que pueda implementar mejoras en promoción, educación y motivación para mejorar la salud bucal de toda la parroquia.

El interés personal de realizar este proyecto de investigación es porque la negligencia al cuidado dental no se estudia en la Ciudad de Cuenca, siendo un factor frecuente que impide un buen cuidado de la cavidad bucal, pudiendo llegar a generar serios problemas si no se trata a tiempo. Así también este proyecto me ayudará a obtener mi título de odontólogo.

La originalidad de este proyecto es internacional porque no existen estudios de la negligencia al cuidado dental en Latinoamérica.

Para garantizar la viabilidad del estudio se han realizado coordinaciones con las autoridades institucionales de la Unidad Académica de Salud y Bienestar, con la Dirección de la Carrera de Odontología y con el Departamento de Investigación de la misma.

3.- OBJETIVOS

3.1.- OBJETIVO GENERAL

Establecer la posible relación entre el nivel de ingreso económico y la negligencia al cuidado dental en adultos jóvenes entre 18 a 44 años en la parroquia Hermano Miguel, Cuenca, 2017.

3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar la negligencia al cuidado dental según la edad en adultos jóvenes entre 18 a 44 años en la parroquia Hermano Miguel, Cuenca, 2017 .
- Analizar la negligencia al cuidado dental según el sexo en adultos jóvenes entre 18 a 44 años en la parroquia Hermano Miguel, Cuenca, 2017 .

4.- MARCO TEÓRICO

4.1. DEFINICIONES

La palabra negligencia, según el Diccionario de la Real Academia Española, expresa: del latín "negligentia", es la falta de cuidado o el descuido.⁴

La palabra socioeconómico, según el Diccionario de la Real Academia Española, expresa: perteneciente o relativo a los factores sociales y económicos.⁵

4.1.a. SALUD

La Organización Mundial de la salud (OMS) tiene una definición de la salud desde 1946 que se refiere a “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades”. Este estado no es permanente debido a que la persona puede pasar de un bienestar a tener malestar, con gran frecuencia y es influenciado por numerosos factores como: biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, históricos, geográficos, etc.⁶

4.1.b. ENFERMEDADES Y AFECCIONES BUCODENTALES

Las patologías bucodentales con mayor frecuencia son la caries dental al igual que las lesiones periodontales, pérdida de dientes, las enfermedades infecciosas bucodentales, el cáncer de la boca y los traumas físicos como las lesiones congénitas.⁷

4.1.b.1. CARIES DENTAL

Hablando en términos a nivel mundial se estima que entre el 60 % y 90 % de niños en edad escolar y aproximadamente el 100 % de adultos padecen caries dental, con frecuencia acompañada de dolor o sensación de molestia.⁷

4.1.b.2. AFECCIONES PERIODONTALES

Las afecciones periodontales que son de gravedad llevan a una pérdida rápida de los dientes, aquejan entre un 15 a 20 % de adultos en una edad mediana (35 a 44 años).⁷

4.1.b.3. PÉRDIDA DE DIENTES

La caries dental y las enfermedades periodontales son la principal causa de la pérdida de piezas dentales. La pérdida total de las piezas dentales es un fenómeno muy generalizado que aflige principalmente a las personas mayores. Cerca del 30 % de la población mundial con edades comprendidas entre los 65 a los 74 años no posee piezas dentales naturales.⁷

4.1.b.4. CÁNCER DE BOCA

El cáncer de boca fluctúa con una incidencia en la mayoría de los países entre uno y diez casos por cada 100.000 habitantes. La prevalencia es respectivamente más alta en hombres, en personas adultos-mayores, con un nivel de ingreso económico bajo y un nivel de instrucción bajo. La administración de tabaco, alcohol son dos componentes de causa significativa.⁷

4.1.b.5. TRAUMATISMOS BUCODENTALES

En términos mundiales entre el 16 y 40 % de los niños con edades entre los 6 y 12 años sufren traumatismos bucodentales debidos a la ausencia de seguridad que hay en las escuelas y los parques infantiles, los accidentes de tránsito, además de actos de violencia.⁷

4.1.b.6. LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO

El labio leporino y paladar hendido tienen aproximadamente 1 de cada 500 a 700 bebés recién nacidos presentan defectos congénitos. Este aproximado varía ampliamente dependiendo del grupo étnico y del área geográfica.⁷

4.1.c. NIVEL SOCIOECONÓMICO

Existe una extensa evidencia que demuestra que la presencia de una asociación entre el estado de salud bucal y personas con un nivel de ingreso económico alto tienen la posibilidad de tener mejor salud, este hecho es conocido como el gradiente social en salud, el cual se refiere a que las desigualdades en la salud bucal van relacionadas siempre con las desigualdades según el nivel de ingreso económico. Estas desigualdades son grandes y según varios autores van incrementando. La mayoría de las teorías que explican estas desigualdades utilizan indicadores de nivel socioeconómico tales como: ingreso, escolaridad, ocupación y raza, entre otros, a través de los cuales la salud se distribuye de manera desigual.²

Las desigualdades en salud se han evaluado alrededor del mundo mediante diversos indicadores en la salud fundadas con la esperanza de vida de las personas, comportamientos relacionados con el consumo de tabaco y alcohol, con accesos al servicio de salud, tasas de mortalidad generales e infantiles, peso bajo en el momento de nacimiento y algunas enfermedades que son crónicas.²

Algunos factores socioeconómicos fueron asociados al nivel de limpieza o higiene bucal, de tal manera que estas han sido muy relacionadas con el estado de salud bucodental general. Es así que se ha observado que los niños con más pobreza no reciben las instrucciones de higiene bucal ya que no acuden o se les dificulta acudir a un consultorio odontológico, además que poseen mayores necesidades respecto a su salud bucal.

4.1.d. NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL

La relación existente entre la caries, los hábitos alimenticios y la frecuencia de ingesta de azúcares extrínsecos ha sido reconocido ampliamente. De igual forma, la aplicación de flúor para la prevención de la caries dentaria es indiscutible, especialmente la aplicación de pastas fluoradas y de otros agentes fluorados de uso tópico.⁹

La negligencia dental ha sido definida como: el fracaso de una persona de tomar precauciones para conservar una buena salud bucal, evitando alcanzar un cuidado dental óptimo y descuidar las piezas dentales y los tejidos relacionados.⁹

En la planificación de las promociones de salud oral basadas en la población es elemental valorar la negligencia al cuidado dental de una población y también identificar los comportamientos de la negligencia al cuidado dental. Además es importante establecer el impacto que tiene la negligencia al cuidado dental en la salud bucodental y saber cómo el abandono dental aqueja la vida de las personas, la vida cotidiana, la calidad de vida y así comprender las consecuencias de la conducta de salud bucal en los individuos y poblaciones.⁹

4.1.d.a. ESCALA DE NEGLIGENCIA

La negligencia dental se mide con una escala de negligencia dental de Thompson y col., y se ha demostrado que está asociado con un amplio rango de indicadores y de comportamientos clínicos (Anexo 1).⁹ Manifestándose con el hecho que una persona no tome precauciones para conservar su salud bucal, omitiendo obtener atención dental necesaria, y desatendiendo la dentición y los tejidos relacionados. Las características de la negligencia dental han demostrado estar asociadas con una clase social baja, un número mayor de dientes con caries y ausentes, niveles altos en placa dental y las malas técnicas de autocuidado oral. La escala de negligencia dental de Thompson y col. es un instrumento útil para obtener datos clínicos en encuestas de salud oral cuando las restricciones de recursos impiden el examen clínico de los participantes.¹⁰

La escala de negligencia dental de Thomson y col., para examinar la negligencia al cuidado dental en adultos, se modificó levemente, es una escala más barata y menos invasiva que una revisión clínica al ser de autoinforme de la salud bucal, deben ser breves en su contenido y fáciles de interpretar. Esta escala se publicó por primera vez en el año de 1996.⁹

Para la asignación de puntajes los encuestados deben encerrar en un círculo una respuesta, la frecuencia de la puntuación debe ser invertida de manera que las puntuaciones altas (de 11 a 30) están asociados a personas con negligencia dental, y las puntuaciones bajas (de 6 a 10) están asociadas a personas sin negligencia dental, para obtener los resultados se sumará la puntuación de los ítems que serán de 6 a 30.⁹

4.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Obra: LA NEGLIGENCIA DENTAL Y LA INDIFERENCIA DENTAL COMPARADOS EN ESCALAS.⁹

Autor: Jamieson LM, Thomson WM

Resultado: Examinar las propiedades, asociaciones y 'usabilidad' de la negligencia dental y las escalas de indiferencia dental en el mismo muestra de población, y para determinar si miden construcciones similares. Una muestra aleatoria de 600. Se envió a los residentes en la Electoral del Sur de Dunedin un cuestionario de auto-reporte que contiene la escala Dental Neglect y la escala dental indifference. sociodemográfico y se recolectaron datos de uso de servicios dentales. Resultados: En total, 478 La gente (78.2%) devolvió el cuestionario. La puntuación media de negligencia dental fue 12,4 (SD4,4). La puntuación media de la escala de indiferencia dental fue de 3,1 (SD1,9). Los La asociación entre las puntuaciones de las escalas fue moderada ($r=0.58$; $P, 0.01$). El grado de concordancia entre las escalas de negligencia dental y de indiferencia dental no fue tan alto como se esperaba, lo que sugiere que las escalas pueden medir diferentes constructos. Sin embargo, las asociaciones en gran parte similares con importantes problemas de salud oral y socio. Las variables demográficas de las escalas sugieren lo contrario. Aunque el Dental. La escala de indiferencia fue ligeramente más discriminatoria, la escala de negligencia dental fue presentada el 14 de diciembre de 2000, más fácil de usar en la práctica.

Obra: LA EVALUACIÓN DE LA FIABILIDAD Y VALIDEZ DE LA ESCALA DE LA NEGLIGENCIA DENTAL EN ADULTOS NORUEGOS.¹¹

Autor: Skaret E. Astrom AN, Haugeorden O., Klock KS., Trovik TA.

Resultado: Evaluar la fiabilidad y validez de constructo de la escala de la negligencia dental (DNS) y estimar el nivel de abandono dental en la población noruega adulto. Un cuestionario que contiene sociodemográficos, variables actitud de la salud oral, el uso de servicios de auto-reporte y una versión traducida del DNS original fue probado en dos muestras: 1) una muestra de empleados de la universidad ($n = 263$) y 2) una proporción aleatoria muestra ($n = 2000$) extraído del registro de la población nacional (edad 16-79 años). La evaluación de la fiabilidad del instrumento fue por consistencia interna (alfa de Cronbach) y el análisis de los factores (componente principal) ($n = 1309$). Las comparaciones de test-retest ($n = 108$) fueron analizadas por la rho de

Spearman para la suma resultados y estadísticas kappa para artículos individuales. Análisis de regresión logística se utilizaron para evaluar la validez de constructo de la DNS.

Obra: EL IMPACTO DE LA NEGLIGENCIA DENTAL EN LA SALUD BUCAL: UN ESTUDIO BASADO EN LA POBLACIÓN EN HONG KONG.¹

Autor: McGrath C., See-King Sham A., King Lun Ho D. y Hok Ling Wong J..

Resultados: Objetivo: El objetivo de este estudio fue evaluar el abandono dental (DN) entre los ciudadanos de Hong Kong, identificar las variaciones sociodemográficas en DN y determinar la asociación entre la DN y la salud bucal (autoinforme). Diseño: Estudio transversal de población basado en una muestra aleatoria de 800 adultos chinos de Hong Kong. Método: Entrevista telefónica que incorpora la escala de negligencia dental, evaluación de la salud oral reportada, incluyendo una medida de calidad de vida relacionada con la salud bucal. Resultados: La tasa de respuesta fue del 70% (556/800). El puntaje medio de negligencia dental de la población fue de 14.81 (D 3.62) [rango posible de 6 a 30]. Más comúnmente, la gente era negligente de usar la atención de salud dental profesional. Las disparidades sociodemográficas en DN fueron evidentes, en relación con la edad ($P < 0,05$), ($P < 0,05$) y el nivel educativo ($P < 0,05$). La DN estuvo asociada con la salud bucodental reportada: $p < 0,05$, número de dientes poseídos ($P < 0,05$) y calidad de vida relacionada con la salud bucal ($P < 0,05$). Conclusión: La negligencia dental está muy extendida en Hong Kong, en particular el abandono del cuidado dental profesional. Las disparidades sociodemográficas en el abandono dental eran evidentes. El descuido dental está asociado con el estado de salud oral reportado por usted, incluyendo cómo la salud bucal afecta la calidad de vida. Estos hallazgos tienen implicaciones en la comprensión del impacto de la negligencia dental.

Obra: DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN SALUD BUCAL: CARIES DENTAL EN NIÑOS DE SEIS A 12 AÑOS DE EDAD.²

Autor: Medina–Solís C., Maupomé G., Pelcastre–Villafuerte B., Avila–Burgos L., Vallejos–Sánchez A., Casanova–Rosado A..

Resultados: Objetivos. Explorar la existencia de desigualdades en la salud bucal a través de indicadores socioeconómicos, a nivel individual y ecológico, en una

población de niños de seis a 12 años de edad. Material y métodos. Se realizó un análisis comparativo de dos estudios transversales de salud bucal en Campeche, México. Se incluyeron 2,939 niños distribuidos de igual manera por edad y sexo. Los resultados de dichos estudios fueron combinados y usados para explorar desigualdades socioeconómicas en salud bucal. La salud bucal fue medida a través de diferentes puntos de corte en índices de caries (ceod, CPOD, ceod + CPOD y SiC). Las variables independientes incluidas en el estudio fueron el área de residencia (urbana, conurbana) y la escolaridad de la madre (años de estudio), así como otras variables sociodemográficas que sirvieron para ajustar los modelos. Se generaron modelos de regresión logística binaria en STATA 8.2®. Resultados. Los nueve modelos generados revelaron que los cambios en las variables socioeconómicas se relacionaron con las manifestaciones de salud bucal en esta comunidad, tanto en términos de prevalencia como de severidad. La única excepción fue al comparar el indicador de caries CPOD > 0 a los 12 años de edad. Conclusiones. En general, los niños de menor posición socioeconómica tuvieron mayor experiencia y severidad de caries dental en la dentición temporal y permanente. Las discrepancias encontradas de los indicadores de caries a través de las variables independientes de interés ponen en evidencia las desigualdades sociales en salud bucal entre grupos viviendo en localidades contiguas.

Obra: GUÍA SOBRE ASPECTOS ORALES Y DENTALES DE ABUSO Y NEGLIGENCIA INFANTIL.³

Autor: American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect and the American Academy of Pediatric Dentistry.

Resultados: En los 50 estados, los médicos y dentistas están obligados a informar los casos sospechosos de abuso y negligencia al servicio social o agencias de aplicación de la ley. El propósito de este informe es revisar los aspectos orales y dentales del abuso físico y sexual y el descuido dental, y el papel de los médicos y dentistas en la evaluación de dichas afecciones. Este informe aborda la evaluación de las marcas de mordiscos así como las lesiones periorales e intraorales, las infecciones y las enfermedades que pueden ser sospechosas de abuso o negligencia infantil. Los médicos reciben capacitación mínima en salud oral y lesiones y enfermedades dentales y, por lo tanto, pueden no detectar los aspectos dentales de abuso o negligencia tan fácilmente como lo hacen con el abuso y la negligencia infantil que

involucran otras áreas del cuerpo. Por lo tanto, se alienta a los médicos y dentistas a colaborar para aumentar la prevención, detección y tratamiento de estas afecciones.

Obra: EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ODONTOLOGÍA.⁶

Autor: Inocente-Díaz M, Pachas-Barrionuevo F.

Resultados: La Educación para la Salud (EpS) es un proceso de aprendizaje continuo que se inicia desde la infancia, continúa a lo largo de nuestra vida y promueve el desarrollo de prácticas saludables. En la actualidad es considerada una herramienta fundamental para lograr las estrategias que plantea la Promoción de la Salud. Educar en salud implica generar un cambio de conducta a través de mensajes que fomenten el control de factores de riesgo de tipo conductual por medio de la aplicación de diversas metodologías, teorías y modelos adecuados a la realidad o contexto en el que deseamos aplicarlos. La EpS en Odontología es una combinación de experiencias de enseñanza-aprendizaje que conducen a mejorar y mantener la salud bucal. Se sabe que las enfermedades de mayor prevalencia en odontología son la caries dental y la enfermedad periodontal, pero otros problemas que no debemos dejar de lado son el cáncer bucal y los traumatismos dento-faciales. Por tanto, temas como la higiene bucal, hábitos alimenticios adecuados, el uso de flúor y otras medidas de prevención a estos problemas, deben ser parte de los mensajes de salud. En esta revisión de literatura se revisa información y se reportan diversas experiencias nacionales e internacionales sobre programas de intervención en educación para la salud bucal, algunas con éxito, otras no; pero todas con un objetivo fundamental: mejorar las condiciones de salud de la población en distintos contextos y realidades sociales.

Obra: ASOCIACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO CON LA HIGIENE BUCAL EN PREESCOLARES BAJO EL PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA DEL IMSS EN CAMPECHE.⁸

Autor: Medina-Solís C., Segovia-Villanueva A., Estrella-Rodríguez R., Maupomé G., Ávila-Burgos L. y Pérez-Núñez R..

Resultados: Objetivo. Determinar la asociación entre el estado socioeconómico y la higiene bucal en la dentición primaria de niños preescolares. Material y métodos. Se realizó un estudio transversal en 1,303 niños de 10 escuelas de Campeche, México. Todos los sujetos fueron examinados clínicamente en una silla dental portátil por uno

de cuatro examinadores. Se aplicó un cuestionario dirigido a las madres para la recolección de las variables socioeconómicas y sociodemográficas, incluyendo variables de actitud hacia la importancia de la salud bucodental. Se evaluó la higiene bucal tomando en consideración la frecuencia de cepillado dental y la presencia de placa dentobacteriana. El análisis se realizó en STATA 8.2® utilizando pruebas no paramétricas. Resultados. La media de edad fue 4.36 ± 0.79 años y 48.3% de los niños examinados fueron mujeres. Del total de los niños bajo estudio, 17.8% ($n = 232$) fueron asignados al grupo de higiene bucal inadecuada, 50.9% ($n = 663$) al de regular, y 31.3% ($n = 408$) al de adecuada. Quienes presentaron más frecuentemente higiene bucal inadecuada ($p < 0.05$) fueron los hijos de madres con actitud negativa hacia la salud bucal, los que solamente tenían acceso a servicios públicos de salud, y los que no utilizaron servicios dentales en el año previo al estudio. Finalmente, se observó disminución de higiene bucal apropiada conforme disminuía el nivel socioeconómico (NSE). Conclusiones. Los hallazgos de este estudio muestran que la higiene bucal estuvo asociada al NSE. Esto implica que si se desea disminuir las desigualdades en salud bucal, las estrategias que se diseñen y los recursos que se destinen a estos objetivos deben tener en cuenta las diferencias existentes entre los grupos con mayor y menor desventaja social.

Obra: CARACTERÍSTICAS DE LA NEGLIGENCIA DENTAL INFANTIL: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.

Autor: Shannu K, Maguire B, Chadwick C, Hunter C, Harris D, Tempest B, Mann E, Kemp A.¹²

Resultados: Objetivo: El descuido de la salud bucal de un niño puede dar lugar a dolor, falta de crecimiento y deterioro de la calidad de vida. En las poblaciones donde hay una alta prevalencia de la caries dental, la determinación de los cuales los niños están experimentando la negligencia dental es un reto. Esta revisión sistemática tiene como objetivo identificar las características de la negligencia oral en los niños. Métodos: Se realizaron búsquedas en las bases de datos que abarcan quince 1947-2012; éstos se complementaron con búsquedas manuales en revistas especializadas 4, 5 sitios web y referencias de textos completos. Incluidos: estudios de niños de 0-18 años confirmó la negligencia oral de someterse a un examen dental estandarizada; excluidos: el abuso físico / sexual. Todos los estudios pertinentes se sometieron a dos análisis independientes (+ / 3a revisión) usando la valoración crítica estandarizado. Resultados: De 3863 estudios potenciales seleccionados, se revisaron 83 estudios y 9

incluyen (en representación de los niños 1595). Características que se incluyen: falta o retraso en la búsqueda de un tratamiento dental; incumplimiento de / tratamiento completo; falta de proporcionar cuidado oral básico; coexistente impacto adverso en el niño por ejemplo, el dolor y la hinchazón. Dos estudios desarrollados e implementados " negligencia dental herramientas de detección con éxito. La importancia de la calidad de vida de las herramientas para identificar el impacto de la atención dental descuidado también se destacan. Conclusiones: Una pequeña cantidad de literatura aborda este tema, utilizando variables definiciones de abandono, y las normas de examen oral. Mientras que el fracaso / retraso en la búsqueda de atención con consecuencias adversas dentales se pusieron de relieve, la diferenciación de las caries dentales de la negligencia dental es difícil, y hay una escasez de datos sobre las características clínicas precisas para ayudar en esta distinción.

Obra: SALUD DENTAL, NEGLIGENCIA DENTAL Y USO DE SERVICIOS EN UN ADULTO.¹⁰

Autor: Jamieson L, Thomson M

Resultados: Desde la última encuesta nacional de salud oral de Nueva Zelanda, hace 13 años, se han producido cambios sociales y económicos considerables. Los efectos de esos cambios en la salud oral de los adultos y el uso de los servicios dentales siguen siendo en gran parte desconocidos. Los objetivos de este estudio fueron examinar la autoadministración de la salud oral y el uso de servicios dentales en una muestra de población adulta y examinar sus asociaciones con el abandono dental usando una escala establecida. Una exploración descriptiva de una muestra aleatoria de 600 residentes en el Electorado de Dunedin resultó en una tasa de respuesta de 78.2 por ciento. De los 458 encuestados, casi dos tercios eran mujeres y casi todos eran europeos. De los 385 entrevistados (84,1 por ciento), el 62,5 por ciento usualmente visitó a un dentista para un chequeo y el 66,6 por ciento había visitado a un dentista en el año anterior. El puntaje promedio de abandono dental para los encuestados dentados fue 12,4 (sd, 4,4), y fue mayor entre los jóvenes y los del grupo ocupacional más bajo. En comparación con los exámenes de salud bucal nacionales y regionales anteriores, una proporción más alta de encuestados calificó mal su salud oral, no pagó su último tratamiento dental y recibió su último cuidado dental de un servicio dental público. Aunque el estudio era de pequeña escala y se realizó en Un área en la que hay acceso a los servicios dentales de bajo costo a través de la Facultad de Odontología de la Universidad de Otago, se considera que las

determinaciones son una contribución útil a la imagen general del uso de servicios dentales por los neozelandeses.

Obra: LA RELACIÓN DE LA ALFABETIZACIÓN EN LA SALUD ORAL Y LA AUTOEFICACIA CON EL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL Y LA NEGLIGENCIA DENTAL.¹³

Autor: Lee Y., Divaris K., Baker A., Rozier R., Vann W..

Resultados: Objetivos. Examinamos las asociaciones de alfabetización de salud oral (OHL) con el estado de salud oral (OHS) y negligencia dental (DN), y exploramos si la autoeficacia mediaba o modificaba estas asociaciones. Métodos. Usamos datos de entrevistas recopilados de 1280 clientes del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños del 2007 al 2009 como parte del Proyecto de Alfabetización de Salud Oral de Carolina. Medimos OHL con una prueba validada de reconocimiento de palabras (REALD-30), y medimos la salud y la seguridad ocupacional con el ítem de encuesta nacional de salud y nutrición. Los análisis utilizaron métodos descriptivos, bivariados y multivariados. Resultados. Menos de un tercio de los participantes calificaron su OHS como muy bueno o excelente. Un OHL más alto se asoció con un mejor OHS (para un aumento REALD de 10 unidades: razón de prevalencia multivariado = 1.29, intervalo de confianza del 95% = 1.08, 1.54). OHL no se correlacionó con DN, pero la autoeficacia mostró una fuerte correlación negativa con DN. La autoeficacia se mantuvo significativamente asociada con DN en un modelo completamente ajustado que incluía OHL. Conclusiones El aumento de OHL se asoció con un mejor OHS pero no con DN. La autoeficacia fue un fuerte correlato de DN y puede mediar los efectos de la alfabetización en OHS.

5. HIPÓTESIS

El ingreso económico bajo es un factor de riesgo para la negligencia al cuidado dental.

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. MARCO METODOLÓGICO

Enfoque: Cuantitativo.¹⁶

Diseño de la Investigación: Caso control.¹⁴

Nivel de Investigación: Relacional.

Tipo de Investigación:

Por el ámbito: De campo.

Por la técnica: Comunicacional.

Por la temporalidad: Retrospectivo .

2. POBLACIÓN Y MUESTRA

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

2.1.a. Criterios de inclusión: Se incluirán en el presente proyecto, las encuestas de personas entre 18 a 44 años de edad de la parroquia Hermano Miguel.

2.1.b. Criterios de exclusión: Se excluirán del proyecto las encuestas de odontólogos, familiares de odontólogos, encuestas sin firma de consentimiento y personas con problemas cognitivos.

Tamaño de la muestra: una investigación que incluya dos muestras (dos grupos de estudio, caso-control o grupo experimental-grupo control), el tamaño de muestra debe estar calculado en base a la diferencia entre ambos grupos. Los insumos necesarios son: (P1) que es la probabilidad de que el fenómeno se dé como espera el investigador en el primer grupo (grupo control) y la probabilidad (P2) que significa la probabilidad que se dé el fenómeno en el segundo grupo (grupo experimental). ¹⁵ Se utilizará el programa "Open Epi" de acceso libre. Debido a las cantidad de este grupo poblacional se optó por realizar un tamaño muestral por conveniencia.

3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA	DATOS
Negligencia al cuidado dental	El fracaso de una persona de tomar precauciones para conservar una buena salud bucal.	Toma de medidas de precaución para mantener la salud oral por parte de las personas.	Escala de negligencia dental de Thompson y col.	Cualitativo ordinal.	Ordinal	- Con negligencia. - Sin negligencia
Nivel de ingreso económico	Valor monetario que ingresa a los hogares procurados por el trabajo individual o conjunto de sus miembros.	Cantidad de ingresos económicos que obtienen los hogares para subsistir y desarrollarse.	- Ingreso familiar - Número de personas en la familia.	Cualitativo ordinal.	Ordinal	- Alto - Bajo
Edad	Años de vida que tiene la persona encuestada.	Dato que se encuentra en la encuesta.	Adulto joven	Cuantitativo discreta.	Razón	18 a 44 años
Sexo	Proceso de combinación de mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina.	Dato que se encuentra en la encuesta.	Femenino y masculino	Cualitativo nominal.	Nominal	Femenino Masculino

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

4.1. Instrumentos documentales: Se utilizará la encuesta de Thomson, sugiere que los comportamientos y actitudes con relación al abandono dental pueden ser valiosos para entender los malos resultados de la salud oral y que al ser estudiados se puede asociar el abandono dental y otros problemas de salud oral. La encuesta consta de 6 preguntas, con respuestas de definitivamente no y definitivamente si, con valores de 6 a 30, donde valores de 6 a 10 son personas sin negligencia y valores de 11 a 30 son personas con negligencia. Además del software Epi Info.

4.2. Instrumentos mecánicos: se utiliza una computadora, tablero.

4.3. Materiales: Los materiales que se utilizarán son los materiales de escritorio, esfero, hojas, etc.

4.4. Recursos: Para llevar a cabo este proyecto se necesitarán recursos humanos (firma de la persona encuestada) recursos económicos (autofinanciado).¹⁶

5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS

5.1. Ubicación espacial

El cantón Cuenca está ubicado en el centro Austral de la República del Ecuador, es la capital de la provincia del Azuay, cuenta una población aproximada de 580.000 habitantes., su temperatura va de 7 a 15 grados centígrados en invierno y de 12 a 25 grados centígrados en verano. La superficie de área urbana es de 72 kilómetros cuadrados aproximadamente, tiene una alta cobertura de servicios básicos, es la tercera ciudad más importante de la República del Ecuador. Se caracteriza por su riqueza cultural y gran variedad de museos. Está a 2500 metros sobre el nivel del mar.¹⁷

La parroquia Hermano Miguel, se encuentra en el cantón Cuenca perteneciente a la provincia Azuay, Ecuador. Cuenta con 8468 habitantes hombres, 8918 habitantes mujeres dando un total de la población de 17386 habitantes.¹⁸

5.2. Ubicación temporal

La investigación se realizó entre los meses de junio, julio y diciembre del 2017 recolectando datos de encuestas que reflejan el nivel de negligencia al cuidado dental en la población de adultos jóvenes del año en curso.

5.3. Procedimientos de toma de datos

Se realizó la encuesta de Thompson y col. en la parroquia Hermano Miguel tres veces por semana de 11 am a 4 pm puerta a puerta preguntando a las personas si podían participar en un estudio epidemiológico. Las personas que accedían a participar tenían que dar su número de cédula, nombre y firmar el consentimiento informado. Luego se procedió a realizar las preguntas de la encuesta. (Anexo 2)

Ya obtenidos los datos se ingresó la información al programa Epi Info para luego poder realizar la tabulación de los datos, se utilizó la escala de negligencia dental de Thomson se asignó los puntajes y se estableció que las puntuaciones altas están asociadas con altos niveles de negligencia dental. Para obtener la puntuación de la negligencia dental se suma la puntuación de los ítems individuales. Los posibles rangos de puntaje son de 6 a 30.

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

El encuestador se va a la parroquia Hermano Miguel y procede con el correspondiente saludo y explicación del porqué está queriendo realizar la encuesta, la persona encuestada nos da su número de cédula, nombre y firma de consentimiento.

Se comenzó preguntando al encuestado su número de cédula, ocupación, edad, grado de instrucción, ingreso mensual familiar aproximado; posteriormente se aplicó la encuesta de Thompson que constaba de seis preguntas realizadas con una puntuación del uno al cinco.

5.3.b.-Criterios de registro de hallazgos

Cuando se realiza la encuesta los datos se registraron en la encuesta, el cuestionario de negligencia consta de seis preguntas con una valoración del uno al cinco. Al sumar los valores menores a 11 significan que no tienen negligencia, en cambio los valores de 11 en adelante significa que tienen negligencia. Las preguntas del cuestionario de Thomson estaban con valores invertidos por lo que se cambió los valores del cuestionario transformando los de valor 5 a 9, valor 4 a 8, valor 3 no cambia, valor 2 a 4, valor 1 a 5 y posteriormente se cambiaron los valores de 9 a 1 y 8 a 2.

6. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

En la parroquia Hermano Miguel la población de adultos jóvenes con edades comprendidas entre los 18 a 44 años, se realizó el muestreo para esta investigación con una encuesta a 444 personas, obteniendo resultados de 352 casos y 92 controles.¹⁵ Luego se decidió realizar un muestreo por conveniencia según la edad y sexo, obteniendo resultados de 89 casos y 89 controles. (Anexo 3)

La razón de proporciones es el cociente entre la proporción de exposición observada en el grupo de casos y la proporción de exposición observada en el grupo de control.

Cuadro número 1:¹⁴

	Casos	Controles
Expuestos	a	b
No expuestos	c	d

Proporción de exposición en el grupo de casos:

a= casos en expuestos / c= casos en no expuestos

Proporción de exposición en el grupo de control:

b= no casos en expuestos / d= no casos en no expuestos

Fórmula razón de Proporciones:

$$RP = \frac{a/c}{b/d} = \frac{a \times d}{b \times c}$$

7. ASPECTOS BIOÉTICOS

Este proyecto no implica conflictos éticos ya que se les indicó a las personas que existe un compromiso de confidencialidad de sus datos por parte de encuestador de tal forma las personas nos brindaron su consentimiento mediante su firma en la cual respetaremos su autonomía.

CAPÍTULO III

RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. RESULTADOS

Tabla N. 1. Negligencia al cuidado dental según la edad en adultos jóvenes entre 18 a 44 años en la parroquia Hermano Miguel, Cuenca, 2017.

NEGLIGENCE SEGÚN LA EDAD			
EDAD	SI NEGLIGENTE	NO NEGLIGENTE	Total general
18 A 25	30	30	60
26 A 35	27	27	54
36 A 44	32	32	64
	89	89	178

Interpretación: Resultados obtenidos con muestreo por conveniencia. En la tabla se demuestra que se tomaron en cuenta, para la realización de este estudio, el mismo número de casos que de controles para los diferentes grupos etarios.

Tabla N. 2. Negligencia al cuidado dental según el sexo en adultos jóvenes entre 18 a 44 años en la parroquia Hermano Miguel, Cuenca, 2017.

NEGLIGENCIA SEGÚN EL SEXO			
SEXO	SI NEGLIGENTE	NO NEGLIGENTE	Total general
FEMENINO	62	62	124
MASCULINO	27	27	54
	89	89	178

Interpretación: Resultados obtenidos con muestreo por conveniencia. En la tabla se demuestra que se tomaron en cuenta, para la realización de este estudio, el mismo número de casos que de controles para sexo femenino y masculino.

Tabla N. 3. Ingreso económico y negligencia al cuidado dental en adultos jóvenes entre 18 a 44 años en la parroquia Hermano Miguel, Cuenca, 2017.

INGRESO ECONÓMICO Y NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL			
INGRESO ECONÓMICO	SI NEGLIGENTE	NO NEGLIGENTE	Total general
EXPUESTO	78	62	140
NO EXPUESTO	11	27	38
	89	89	178

OR: 3,088

Intervalos de confianza al 95%: (1.427, 6.909¹⁾)

Interpretación: el ingreso económico bajo es un factor de riesgo a la negligencia al cuidado dental, dando una razón de proporciones de 3,08. Este valor indica que la cantidad de personas negligentes con un ingreso económico bajo es tres veces mayor que las personas negligentes con ingreso económico alto.

2. DISCUSIÓN

De acuerdo a los valores obtenidos en este estudio realizados en la Parroquia Hermano Miguel, el nivel de ingreso económico bajo es un factor de riesgo para el comportamiento negligente. De acuerdo con esto las personas expuestas a este factor de riesgo (personas con bajo nivel de ingreso) son tres veces más propensas a ser negligentes que las personas con ingreso económico alto.

Esta investigación se realizó con un diseño de estudio de casos y controles, el mismo que fue realizado a 444 personas a través de encuestas, de los cuales se tomó una muestra de 89 casos y de 89 controles con personas entre el sexo masculino y femenino de 18 a 44 años de edad de la Parroquia Hermano Miguel de la ciudad de Cuenca. Es importante destacar que la mayor parte de la población de esta parroquia no cuenta con estudios de nivel superior.

En una investigación realizada por Jamieson y Thomson al norte de la ciudad de Dunedin, Nueva Zelanda, mediante el método descriptivo transversal que incluyó una muestra de 448 personas de 18 a 44 años de edad, se demostró la existencia de una relación entre el ingreso económico y la negligencia al cuidado dental. En efecto los encuestados que presentaban menor nivel de instrucción (y por lo tanto menor nivel de ingreso económico) resultaron ser las más negligentes.⁹

En un estudio posterior realizado por los mismos autores en el sur de Dunedin en el que se utilizó el mismo método descriptivo transversal con una muestra de 360 encuestados con edades entre 18 a 44 años de edad, se demostró nuevamente la misma relación entre el ingreso económico y la negligencia al cuidado dental. Las causas mencionadas por los autores para este comportamiento son similares a las mencionadas anteriormente.¹⁰

Una relación similar fue demostrada por McGrath C. y col.¹ en un estudio descriptivo transversal realizado mediante llamadas telefónicas a 556 personas, en Hong Kong. La mayoría de la población encuestada no gozaba de un buen nivel de ingreso económico, ya que no contaban con un nivel de instrucción superior. El resultado de

este estudio mostró que las personas con edades entre 18 a 44 años presentaban relación entre el bajo nivel de ingreso económico y la negligencia al cuidado dental. Adicionalmente los autores pudieron comprobar resultados similares en todos los rangos de edades¹. Por el contrario en el estudio de Jamieson solo las personas comprendidas con edades entre 18 a 44 años de edad presentaron la relación mencionada entre negligencia al cuidado dental y nivel de ingreso económico^{9,10}

Esta relación que se ha encontrado con la negligencia al cuidado dental en la parroquia Hermano Miguel podría deberse a factores como un bajo nivel de educación en salud oral, tienen dificultad a accesos de atención médica y además cuentan con un nivel de ingreso económico bajo.

Los resultados obtenidos en el presente proyecto de investigación son relevantes debido a que hasta la fecha actual no se han publicado estudios similares en nuestro país. Por otra parte estos mismos resultados podrían servir de base para futuras investigaciones de este tema, además de permitir el diseño de programas de promoción, educación y motivación por parte de las autoridades del estado ecuatoriano. Creemos que de esta manera se podría mejorar la salud bucal de la parroquia, de la región y de todo el país.

3. CONCLUSIONES

Con el trabajo realizado se concluye que existe relación entre el ingreso económico y la negligencia al cuidado dental en adultos jóvenes entre 18 a 44 años en la parroquia Hermano Miguel, Cuenca, 2017.

En cuanto a la edad se concluyó que las personas comprendidas entre 18 a 44 años en la parroquia Hermano Miguel, Cuenca, 2017, se encuentra relacionada con la negligencia al cuidado dental. Las personas con rangos de edad comprendidos entre 36 a 44 años tienen mayor negligencia al cuidado dental.

En cuanto al sexo se concluyó que el sexo femenino tiene mayor relación con la negligencia al cuidado dental ya que se encuestó a más mujeres, mientras que el sexo masculino presenta menor relación.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- McGrath C., See-King Sham A., King Lun Ho D. y Hok Ling Wong J.. The impact of dental neglect on oral health: a population based study in Hong Kong. *International Dental Journal*. 2007. 57.
- 2.- Medina–Solís C., Maupomé G., Pelcastre–Villafuerte B., Avila–Burgos L., Vallejos–Sánchez A., Casanova–Rosado A.. Desigualdades socioeconómicas en salud bucal: caries dental en niños de seis a 12 años de edad. *Revista de investigación clínica*. México. 2006. Vol.58 No.4. (citado el 10 octubre 2017) disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762006000400005
- 3.- American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect and the American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect and the American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. 2010. V 37 / NO 6
- 4.- Real academia española. Definición de negligencia [Internet]. [citado 10 mayo 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=negligente>
- 5.- Real academia española. Definición de socioeconómico [Internet]. Real academia española. [citado 15 octubre 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=YCJT7z0>
- 6.- Inocente-Díaz M., Pachas-Barrionuevo F.. Educación para la Salud en Odontología. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. [Internet]. 2012. Vol.22. [citado 15 octubre 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4215/421539373008.pdf>
- 7.- Organización mundial de la salud. [Internet]. 2012. (citado el 10 mayo 2017). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
- 8.- Medina-Solís C., Segovia-Villanueva A., Estrella-Rodríguez R., Maupomé G., Ávila-Burgosb L. y Pérez-Nuñez R.. Asociación del nivel socioeconómico con la higiene bucal en preescolares bajo el programa de odontología preventiva del IMSS en Campeche. [Internet]. *Gac Méd Méx* Vol. 142 No. 5, 2006. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/gmm/v142n5/v142n5a1.pdf>
- 9.- Jamieson LM, Thomson WM. The Dental Neglect and Dental Indifference scales compared. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002.
- 10.- Jamieson L. Thomson M. Dental health, dental neglect, and use of services in an adult Dunedin population sample. *New Zealand Dental Journal*. 2002.
- 11.- Skaret E. Astrom AN, Haugeorden O., Klock KS., Trovik TA. La evaluación de la fiabilidad y validez de la escala de la negligencia dental en adultos noruegos. 2007.
- 12.- Shannu K, Maguire B, Chadwick C, Hunter C, Harris D, Tempest B, Mann E, Kemp A. Características de la negligencia dental infantil: Una revisión sistemática. *Journal of dentistry* 42 (2014) 229–239.

- 13.- Lee Y., Divaris K., Baker A., Rozier R., Vann W.. La relación de la alfabetización en la salud oral y la autoeficacia con el estado de salud bucodental y la negligencia dental. American Journal of Public Health. May 2012, Vol 102, No. 5.
- 14.- Villavicencio-Caparó E., Alvear-Cordova M., Cuenca-León K., Calderón-Curipoma M., Palacios-Vivar D., Alvarado-Cordero A.. Diseños de estudios clínicos en odontología. Revista OACTIVA UC Cuenca . Vol. 1, No. 2, 2016. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php?journal=OACTIVA-UCACUE&page=article&op=view&path%5B%5D=37&path%5B%5D=46>
- 15.- Villavicencio-Caparó E., Alvear-Cordova M., Cuenca-León K., Calderón-Curipoma M., Zhunio-Ordóñez K., Webster-Carrión F.. El tamaño muestral en tesis de post grado. ¿Cuántas personas debo encuestar?. Revista O Activa UC Cuenca. Vol 2, No 1, 2017. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php?journal=OACTIVA-UCACUE&page=article&op=view&path%5B%5D=76&path%5B%5D=126>
- 16.- Villavicencio-Caparó E., Cuenca-León K., Velez- León E., Sayago-Heredia J., Cabrera-Duffau A.. Pasos para la planificación de una investigación clínica. Odontología activa UCACUE Vol. 1 No.1, Enero 2016. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php?journal=OACTIVA-UCACUE&page=article&op=view&path%5B%5D=20&path%5B%5D=22>
- 17.- Fundación municipal turismo Cuenca. Generalidades del destino. Cuenca Ecuador. [citado 10 diciembre 2017]. Disponible en: <http://cuencaecuador.com.ec>
- 18.- Instituto nacional de estadísticas y censos. Población por sexo, según provincia, parroquia y cantón de empadronamiento. [citado 10 diciembre 2017]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/?s=POBLACIÓN+POR+SEXO%2C+SEGÚN+PROVINCIA%2C+PARROQUIA+Y+CANTÓN+DE+EMPADRONAMIENTO>

ANEXOS

Anexo 1.**ESCALA DE NEGLIGENCIA DENTAL Y SISTEMA DE PUNTUACIÓN**

	Definitivamente			Definitivamente		
	NO			YES		
	1	2	3	4	5	6
1.- Mantiene su cuidado dental en el hogar, considera que su salud dental es importante.						
2.- Recibe el cuidado dental que debe.						
3.- Necesita atención dental, pero la ignora.						
4.- Se cepilla tan bien como debería.						
5.- Controla los alimentos entre las comidas, tan bien como puede.						
6.- Considera que su salud dental es importante.						

Anexo 2.

ENCUESTA MODIFICADA POR LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

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

Edad: _____ AÑOS Ocupación: _____ PARROQUIA: _____

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

OPCIONAL

Ingreso mensual familiar aproximado: _____

¿Cuántas personas dependen de este ingreso?: _____

Pregunta	Marcar uno a más respuestas	Puntuación
1. Usualmente usa Ud.:	a. Un cepillo de dientes para limpiar sus dientes b. La soda 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 dolió:	a. De inmediato va a un dentista b. Esperaría si siente dolor o algún síntoma antes de ir a un dentista c. No sería un problema que no vería a un dentista por esta razón	Valor: 1 si el literal b o c están marcados
4. Por lo general, hace una cita para visitar a un dentista:	a. Cuando el dentista le recuerda b. Al final de la última cita c. Cuando piensa que es tiempo de ir a otro chequeo d. Únicamente cuando piensa que 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 dentaria en los últimos 5 años b. Durante los 5 años ha olvidado de asistir a sus citas dentales c. Durante los 5 años solo ha perdido una sola cita d. Durante los 5 últimos años ha cancelado una cita dental debido a que el problema desapareció	Valor: 1 si los literales a , b o d están marcados
7. Si tuviera un diente muy doloroso:	a. Preferiría que le saquen b. Preferiría dejarlo sin tratamiento c. Preferiría realizar una restauración	Valor: 1 si los literales a o b están marcados
8. Ud diría que la razón principal para no ir a un dentista sería:	a. Porque piensa que el tratamiento es doloroso b. Porque toma demasiado tiempo ir al dentista c. Porque siente preocupación o ansiedad cuando va al dentista d. Porque su dentista le hace sentir culpable acerca del estado de sus dientes e. Porque cuesta mucho f. Porque no tiene tiempo para ir al dentista g. Postpone las citas, asiste al dentista regularmente	Valor: 1 si los literales b , d o f están marcados Si el literal c está marcado no es un puntaje de indiferencia dental

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

Firma.....

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

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

AUTOMEDICACIÓN	ANSIEDAD
15. ¿Usted se auto médica? Si () NO ()	24. Comienz a ponerse nervioso/a cuando el Odontólogo le invita a sentarme en la silla 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	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 ()
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	26. Cuando va en camino al consultorio piensa que el odontologo no le va a explicar lo que hay en sus dientes Si () NO ()
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	27. Quiere irse del consultorio cuando piensa que el Odontólogo no le va a explicar lo que hay en sus dientes Si () NO ()
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	28. En el momento en que el Odontólogo alista la jeringa con la inyección de anestesia, cierra los ojos fuertemente. Si () NO ()
20. ¿Dónde adquirió el medicamento: a) Farmacia c) Bodega b) Botica d) Establecimiento de salud	29. En la sala de espera suda y tiembla cuando piensa que es su turno de pasar a la consulta Si () NO ()
21. ¿Qué tipos de medicamentos consume mayormente sin prescripción médica? a) Antiinflamatorios d) Ansiolíticos b) Antibiótico e) Otros c) Analgésicos	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 ()
22. ¿En qué forma farmacéutica consume los medicamentos sin prescripción médica? a) Pastillas d) Intramuscular b) Jarabe e) Endovenosa c) Suspensión	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 ()
23. ¿Cuál es el medio de comunicación que influye en su automedicación? a) Televisión d) Afiches b) Slogan e) Radio c) Paneles	32. En su camino hacia el consultorio del odontólogo, la idea de estar sentada en la silla de tratamiento le pone nervioso/a. Si () NO ()

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

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

AUTOPERCEPCIÓN PERIODONTAL	
34. ¿Piensa usted que tal vez sufra 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

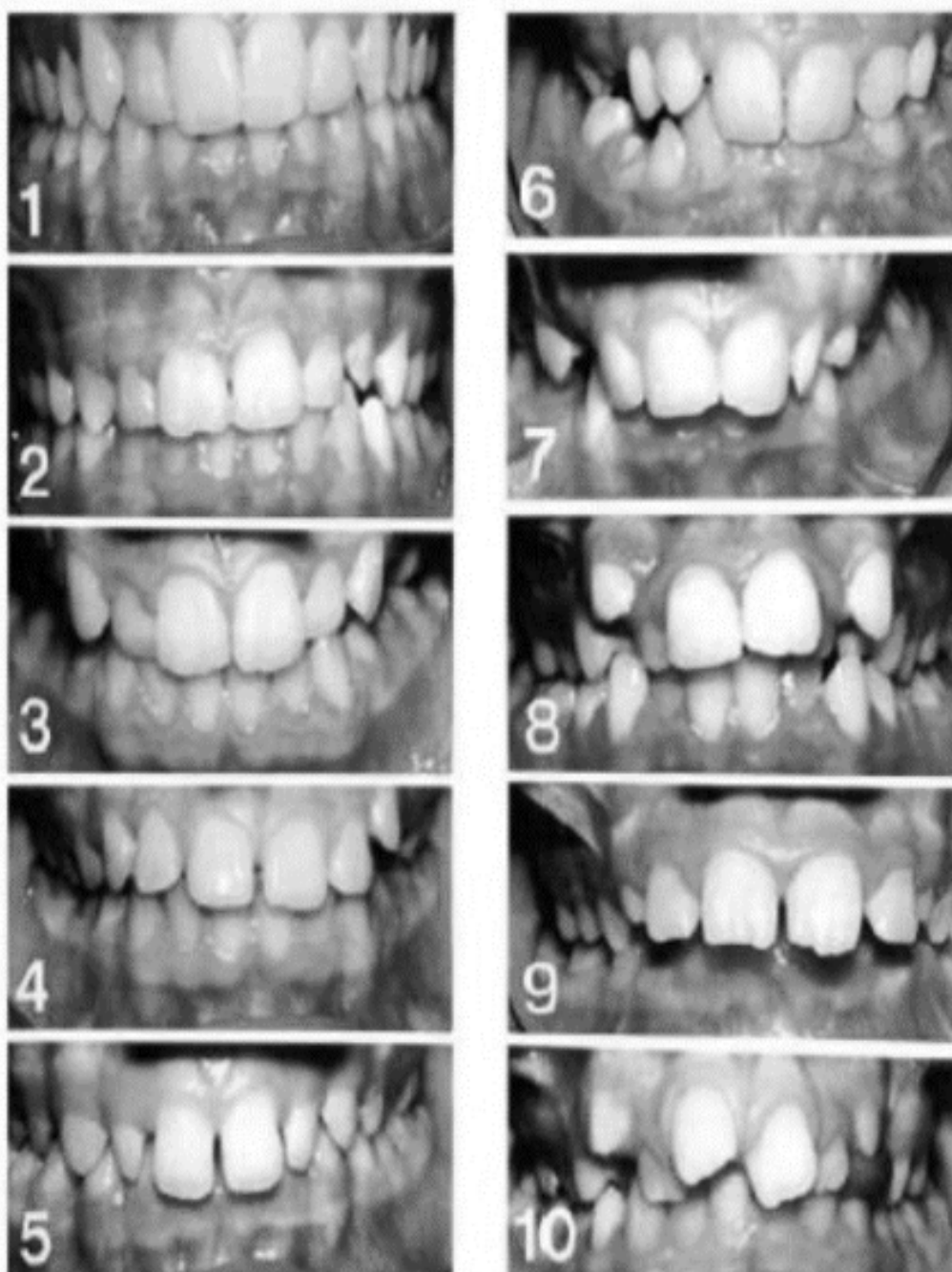
RELACION PROFESIONAL/PACIENTE	
Poco =1 Lo Justo = 2 Bueno=3 Muy Bueno =4 Excelente =5	
45. Le hace sentir cómodo:	1 2 3 4 5
46. Le trata con respeto:	1 2 3 4 5
47. Muestra interés en sus ideas acerca de mi salud dental:	1 2 3 4 5
48. Entiende sus preocupaciones principales	1 2 3 4 5
49. Le presta atención (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 necesita	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 entiende 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 pasos a 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	Lavar 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

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
ÍNDICE ICON





Anexo 3.

BASE DE DATOS GENERAL CON FICHAS SELECCIONADAS POR CONVENIENCIA SEGÚN SEXO Y EDAD. CASOS Y CONTROLES					
Edad	Sexo	Ingresopersona	Ingreso económico	Suma Neg.	Caso/control
18	Femenino	187,5	BAJO	14	CASO
18	Masculino	187,5	BAJO	16	CASO
18	Femenino	187,5	BAJO	13	CASO
18	Femenino	187,5	BAJO	15	CASO
18	Masculino	100	BAJO	14	CASO
18	Femenino	140	BAJO	12	CASO
18	Masculino	133,3333333	BAJO	22	CASO
18	Femenino	83,33333333	BAJO	11	CASO
18	Femenino	166,6666667	BAJO	14	CASO
18	Femenino	266,6666667	BAJO	14	CASO
18	Femenino	266,6666667	BAJO	14	CASO
18	Masculino	200	BAJO	12	CASO
19	Masculino	125	BAJO	16	CASO
19	Femenino	187,5	BAJO	18	CASO
19	Femenino	266,6666667	BAJO	18	CASO
19	Masculino	375	ALTO	17	CASO
19	Femenino	150	BAJO	12	CASO
20	Femenino	375	ALTO	15	CASO
20	Masculino	200	BAJO	12	CASO
20	Femenino	93,75	BAJO	20	CASO
20	Masculino	200	BAJO	13	CASO
20	Masculino	80	BAJO	18	CASO
20	Femenino	375	ALTO	13	CASO
20	Femenino	1700	ALTO	12	CASO
20	Masculino	200	BAJO	11	CASO
21	Femenino	187,5	BAJO	16	CASO
21	Masculino	187,5	BAJO	17	CASO
21	Femenino	187,5	BAJO	15	CASO
21	Masculino	187,5	BAJO	23	CASO
21	Femenino	160	BAJO	18	CASO
21	Femenino	375	ALTO	16	CASO
21	Femenino	166,6666667	BAJO	14	CASO
21	Femenino	125	BAJO	12	CASO
21	Femenino	187,5	BAJO	12	CASO
21	Masculino	93,75	BAJO	12	CASO
22	Masculino	375	ALTO	21	CASO
22	Femenino	250	BAJO	14	CASO
22	Femenino	120	BAJO	12	CASO
22	Femenino	225	BAJO	18	CASO

22	Femenino	93,5	BAJO	17	CASO
22	Femenino	375	ALTO	15	CASO
22	Masculino	250	BAJO	14	CASO
22	Masculino	375	ALTO	12	CASO
22	Masculino	100	BAJO	12	CASO
22	Masculino	187,5	BAJO	11	CASO
23	Femenino	433,3333333	ALTO	17	CASO
23	Femenino	140	BAJO	12	CASO
23	Femenino	400	ALTO	18	CASO
23	Femenino	375	ALTO	14	CASO
23	Masculino	200	BAJO	12	CASO
23	Femenino	187,5	BAJO	14	CASO
23	Masculino	480	ALTO	15	CASO
23	Femenino	175	BAJO	13	CASO
23	Masculino	100	BAJO	12	CASO
23	Masculino	100	BAJO	13	CASO
23	Femenino	350	BAJO	12	CASO
24	Masculino	1200	ALTO	11	CASO
24	Femenino	187,5	BAJO	15	CASO
24	Masculino	187,5	BAJO	15	CASO
24	Masculino	200	BAJO	12	CASO
24	Masculino	187,5	BAJO	19	CASO
24	Femenino	187,5	BAJO	24	CASO
24	Femenino	187,5	BAJO	18	CASO
24	Masculino	125	BAJO	12	CASO
24	Femenino	296,6666667	BAJO	11	CASO
24	Femenino	100	BAJO	12	CASO
24	Masculino	166,6666667	BAJO	11	CASO
24	Femenino	150	BAJO	17	CASO
24	Masculino	333,3333333	BAJO	15	CASO
24	Femenino	46,875	BAJO	14	CASO
25	Masculino	187,5	BAJO	13	CASO
25	Femenino	187,5	BAJO	18	CASO
25	Femenino	187,5	BAJO	13	CASO
25	Femenino	350	BAJO	17	CASO
25	Femenino	187,5	BAJO	18	CASO
25	Femenino	187,5	BAJO	24	CASO
25	Masculino	160	BAJO	25	CASO
25	Femenino	375	ALTO	18	CASO
25	Femenino	375	ALTO	15	CASO
25	Masculino	400	ALTO	15	CASO
25	Masculino	250	BAJO	12	CASO
25	Masculino	316,6666667	BAJO	12	CASO
25	Masculino	125	BAJO	12	CASO
25	Femenino	900	ALTO	17	CASO
25	Femenino	100	BAJO	12	CASO

25	Femenino	100	BAJO	14	CASO
25	Femenino	150	BAJO	12	CASO
26	Femenino	187,5	BAJO	19	CASO
26	Masculino	187,5	BAJO	24	CASO
26	Femenino	300	BAJO	11	CASO
26	Femenino	150	BAJO	12	CASO
26	Femenino	161,6666667	BAJO	13	CASO
26	Femenino	225	BAJO	11	CASO
26	Femenino	200	BAJO	18	CASO
26	Masculino	75	BAJO	18	CASO
26	Femenino	120	BAJO	19	CASO
26	Femenino	75	BAJO	16	CASO
27	Femenino	375	ALTO	11	CASO
27	Masculino	175	BAJO	20	CASO
27	Femenino	187,5	BAJO	13	CASO
27	Masculino	187,5	BAJO	25	CASO
27	Femenino	80	BAJO	14	CASO
27	Femenino	50	BAJO	17	CASO
27	Femenino	375	ALTO	12	CASO
27	Femenino	150	BAJO	11	CASO
27	Masculino	100	BAJO	13	CASO
27	Masculino	125	BAJO	15	CASO
27	Masculino	125	BAJO	12	CASO
27	Femenino	575	ALTO	13	CASO
27	Masculino	225	BAJO	16	CASO
27	Masculino	200	BAJO	16	CASO
27	Masculino	300	BAJO	12	CASO
27	Femenino	250	BAJO	12	CASO
27	Femenino	124,6666667	BAJO	16	CASO
28	Femenino	187,5	BAJO	11	CASO
28	Masculino	1200	ALTO	11	CASO
28	Femenino	226,6666667	BAJO	21	CASO
28	Femenino	100	BAJO	15	CASO
28	Femenino	375	ALTO	13	CASO
28	Masculino	193,5	BAJO	14	CASO
28	Femenino	387	ALTO	18	CASO
28	Femenino	125	BAJO	14	CASO
28	Masculino	150	BAJO	13	CASO
28	Femenino	166,6666667	BAJO	14	CASO
28	Femenino	126,6666667	BAJO	14	CASO
28	Femenino	100	BAJO	14	CASO
28	Femenino	125	BAJO	11	CASO
28	Femenino	375	ALTO	14	CASO
28	Femenino	316,6666667	BAJO	12	CASO
28	Masculino	216,6666667	BAJO	15	CASO
29	Masculino	600	ALTO	16	CASO

29	Masculino	375	ALTO	12	CASO
29	Femenino	375	ALTO	11	CASO
29	Femenino	100	BAJO	11	CASO
29	Femenino	125	BAJO	11	CASO
29	Femenino	187,5	BAJO	21	CASO
29	Femenino	316,6666667	BAJO	17	CASO
29	Femenino	650	ALTO	23	CASO
29	Masculino	300	BAJO	23	CASO
29	Masculino	166,6666667	BAJO	17	CASO
29	Masculino	300	BAJO	13	CASO
29	Masculino	140	BAJO	12	CASO
29	Femenino	100	BAJO	15	CASO
29	Masculino	250	BAJO	16	CASO
29	Femenino	375	ALTO	12	CASO
29	Masculino	1600	ALTO	12	CASO
29	Femenino	450	ALTO	13	CASO
30	Femenino	187,5	BAJO	15	CASO
30	Femenino	225	BAJO	16	CASO
30	Femenino	185	BAJO	12	CASO
30	Masculino	200	BAJO	11	CASO
30	Masculino	280	BAJO	18	CASO
30	Femenino	250	BAJO	14	CASO
30	Masculino	225	BAJO	24	CASO
30	Femenino	250	BAJO	12	CASO
30	Masculino	375	ALTO	11	CASO
30	Masculino	93,75	BAJO	14	CASO
30	Femenino	100	BAJO	13	CASO
30	Femenino	123,3333333	BAJO	12	CASO
30	Femenino	133,3333333	BAJO	14	CASO
30	Femenino	700	ALTO	12	CASO
30	Femenino	175	BAJO	12	CASO
30	Masculino	187,5	BAJO	18	CASO
30	Femenino	200	BAJO	15	CASO
30	Femenino	220	BAJO	17	CASO
30	Femenino	112,5	BAJO	14	CASO
30	Femenino	100	BAJO	20	CASO
30	Femenino	250	BAJO	12	CASO
30	Femenino	650	ALTO	19	CASO
30	Femenino	650	ALTO	19	CASO
31	Femenino	187,5	BAJO	15	CASO
31	Masculino	133,3333333	BAJO	12	CASO
31	Femenino	80	BAJO	15	CASO
31	Femenino	187,5	BAJO	12	CASO
31	Masculino	700	ALTO	13	CASO
31	Femenino	333,3333333	BAJO	11	CASO
31	Masculino	333,3333333	BAJO	11	CASO

31	Masculino	200	BAJO	14	CASO
31	Femenino	350	BAJO	11	CASO
31	Masculino	200	BAJO	18	CASO
31	Masculino	87,5	BAJO	18	CASO
31	Masculino	83,33333333	BAJO	15	CASO
32	Femenino	66,66666667	BAJO	16	CASO
32	Femenino	125	BAJO	19	CASO
32	Femenino	125	BAJO	13	CASO
32	Masculino	166,6666667	BAJO	21	CASO
32	Femenino	360	BAJO	16	CASO
32	Femenino	100	BAJO	16	CASO
32	Masculino	400	ALTO	18	CASO
32	Masculino	66,66666667	BAJO	13	CASO
32	Femenino	375	ALTO	14	CASO
32	Femenino	66,66666667	BAJO	16	CASO
32	Masculino	500	ALTO	12	CASO
33	Femenino	350	BAJO	15	CASO
33	Masculino	187,5	BAJO	13	CASO
33	Femenino	187,5	BAJO	17	CASO
33	Femenino	425	ALTO	21	CASO
33	Femenino	384	ALTO	11	CASO
33	Femenino	80	BAJO	24	CASO
33	Femenino	187,5	BAJO	24	CASO
33	Masculino	300	BAJO	24	CASO
33	Masculino	160	BAJO	13	CASO
33	Femenino	118,75	BAJO	15	CASO
33	Masculino	125	BAJO	13	CASO
33	Femenino	187,5	BAJO	15	CASO
33	Femenino	212,5	BAJO	16	CASO
33	Masculino	200	BAJO	17	CASO
33	Femenino	850	ALTO	13	CASO
33	Femenino	300	BAJO	11	CASO
33	Masculino	75	BAJO	24	CASO
33	Masculino	375	ALTO	16	CASO
34	Femenino	187,5	BAJO	18	CASO
34	Masculino	200	BAJO	18	CASO
34	Masculino	96,75	BAJO	17	CASO
34	Femenino	93,75	BAJO	12	CASO
34	Femenino	100	BAJO	12	CASO
34	Femenino	375	ALTO	14	CASO
34	Femenino	375	ALTO	14	CASO
34	Femenino	150	BAJO	12	CASO
34	Femenino	93,75	BAJO	13	CASO
34	Femenino	83,33333333	BAJO	12	CASO
34	Femenino	283,3333333	BAJO	11	CASO
34	Femenino	187,5	BAJO	20	CASO

34	Femenino	187,5	BAJO	17	CASO
34	Femenino	200	BAJO	17	CASO
34	Femenino	75	BAJO	12	CASO
34	Femenino	900	ALTO	18	CASO
35	Femenino	187,5	BAJO	18	CASO
35	Masculino	133,33333333	BAJO	21	CASO
35	Femenino	375	ALTO	13	CASO
35	Femenino	200	BAJO	12	CASO
35	Femenino	700	ALTO	16	CASO
35	Femenino	77,77777778	BAJO	18	CASO
35	Femenino	225	BAJO	15	CASO
35	Femenino	87,5	BAJO	17	CASO
35	Femenino	187,5	BAJO	11	CASO
35	Femenino	375	ALTO	16	CASO
35	Femenino	175	BAJO	18	CASO
35	Femenino	160	BAJO	15	CASO
35	Femenino	140	BAJO	14	CASO
35	Masculino	233,33333333	BAJO	12	CASO
36	Masculino	187,5	BAJO	13	CASO
36	Femenino	20	BAJO	17	CASO
36	Masculino	273	BAJO	14	CASO
36	Femenino	500	ALTO	13	CASO
36	Femenino	125	BAJO	21	CASO
36	Femenino	128,33333333	BAJO	13	CASO
36	Femenino	237,5	BAJO	13	CASO
36	Femenino	300	BAJO	14	CASO
36	Femenino	300	BAJO	18	CASO
36	Femenino	375	ALTO	11	CASO
36	Femenino	96	BAJO	18	CASO
37	Femenino	75	BAJO	11	CASO
37	Femenino	93,75	BAJO	11	CASO
37	Femenino	160	BAJO	17	CASO
37	Femenino	187,5	BAJO	12	CASO
37	Femenino	90	BAJO	11	CASO
37	Masculino	400	ALTO	14	CASO
37	Femenino	375	ALTO	11	CASO
37	Femenino	400	ALTO	13	CASO
37	Femenino	125	BAJO	16	CASO
37	Femenino	133,33333333	BAJO	12	CASO
37	Femenino	217,5	BAJO	15	CASO
37	Femenino	66,66666667	BAJO	12	CASO
37	Masculino	275	BAJO	12	CASO
37	Femenino	187,5	BAJO	18	CASO
37	Masculino	500	ALTO	16	CASO
37	Masculino	125	BAJO	19	CASO
37	Femenino	157,5	BAJO	12	CASO

38	Femenino	187,5	BAJO	17	CASO
38	Femenino	150	BAJO	16	CASO
38	Masculino	187,5	BAJO	19	CASO
38	Femenino	187,5	BAJO	23	CASO
38	Femenino	62,5	BAJO	18	CASO
38	Masculino	150	BAJO	18	CASO
38	Masculino	195	BAJO	16	CASO
38	Masculino	125	BAJO	16	CASO
38	Masculino	375	ALTO	13	CASO
38	Masculino	160	BAJO	13	CASO
38	Femenino	125	BAJO	13	CASO
38	Femenino	375	ALTO	15	CASO
38	Masculino	350	BAJO	12	CASO
38	Femenino	187,5	BAJO	16	CASO
38	Femenino	300	BAJO	16	CASO
38	Masculino	212,5	BAJO	15	CASO
38	Masculino	125	BAJO	16	CASO
38	Femenino	93,33333333	BAJO	21	CASO
39	Femenino	266,6666667	BAJO	11	CASO
39	Masculino	375	ALTO	11	CASO
39	Femenino	275	BAJO	19	CASO
39	Masculino	187,5	BAJO	24	CASO
39	Femenino	375	ALTO	11	CASO
39	Masculino	333,3333333	BAJO	21	CASO
39	Masculino	375	ALTO	11	CASO
39	Femenino	125	BAJO	22	CASO
39	Femenino	91,4	BAJO	15	CASO
39	Femenino	200	BAJO	12	CASO
39	Femenino	350	BAJO	12	CASO
39	Femenino	187,5	BAJO	14	CASO
39	Femenino	140	BAJO	13	CASO
39	Femenino	187,5	BAJO	17	CASO
39	Masculino	375	ALTO	15	CASO
39	Masculino	400	ALTO	16	CASO
40	Femenino	128,5714286	BAJO	20	CASO
40	Masculino	125	BAJO	12	CASO
40	Femenino	380	ALTO	16	CASO
40	Femenino	375	ALTO	16	CASO
40	Femenino	187,5	BAJO	17	CASO
40	Femenino	217,5	BAJO	20	CASO
40	Femenino	226,6666667	BAJO	15	CASO
40	Masculino	250	BAJO	18	CASO
40	Femenino	200	BAJO	14	CASO
40	Femenino	375	ALTO	14	CASO
41	Femenino	187,5	BAJO	21	CASO
41	Femenino	125	BAJO	21	CASO

41	Masculino	45	BAJO	17	CASO
41	Masculino	133,3333333	BAJO	12	CASO
41	Masculino	70	BAJO	19	CASO
41	Masculino	500	ALTO	11	CASO
41	Femenino	154	BAJO	17	CASO
41	Femenino	283,3333333	BAJO	13	CASO
41	Masculino	375	ALTO	16	CASO
41	Masculino	87,5	BAJO	17	CASO
42	Femenino	187,5	BAJO	14	CASO
42	Masculino	266,6666667	BAJO	11	CASO
42	Femenino	55,55555556	BAJO	14	CASO
42	Femenino	125	BAJO	14	CASO
42	Femenino	375	ALTO	11	CASO
42	Masculino	112,5	BAJO	15	CASO
42	Masculino	80	BAJO	15	CASO
42	Masculino	250	BAJO	14	CASO
42	Femenino	167,5	BAJO	16	CASO
42	Femenino	187,5	BAJO	16	CASO
42	Femenino	500	ALTO	14	CASO
42	Femenino	133,3333333	BAJO	13	CASO
43	Femenino	187,5	BAJO	16	CASO
43	Masculino	100	BAJO	13	CASO
43	Femenino	50	BAJO	11	CASO
43	Femenino	83,33333333	BAJO	18	CASO
43	Femenino	125	BAJO	21	CASO
43	Masculino	100	BAJO	13	CASO
43	Femenino	187,5	BAJO	16	CASO
43	Femenino	316,6666667	BAJO	12	CASO
43	Femenino	283,3333333	BAJO	16	CASO
44	Femenino	187,5	BAJO	13	CASO
44	Masculino	166,6666667	BAJO	16	CASO
44	Femenino	193,5	BAJO	11	CASO
44	Femenino	276,6666667	BAJO	12	CASO
44	Femenino	125	BAJO	14	CASO
44	Femenino	350	BAJO	15	CASO
44	Femenino	850	ALTO	11	CASO
44	Femenino	133,3333333	BAJO	16	CASO
18	Femenino	48,375	BAJO	8	CONTROL
18	Femenino	175	BAJO	8	CONTROL
18	Femenino	66,66666667	BAJO	10	CONTROL
18	Masculino	384	ALTO	10	CONTROL
19	Masculino	187,5	BAJO	7	CONTROL
19	Femenino	375	ALTO	9	CONTROL
19	Masculino	200	BAJO	10	CONTROL
20	Femenino	187,5	BAJO	9	CONTROL
20	Masculino	54,85714286	BAJO	6	CONTROL

20	Masculino	375	ALTO	9	CONTROL
20	Femenino	50	BAJO	6	CONTROL
21	Femenino	100	BAJO	10	CONTROL
21	Femenino	140	BAJO	10	CONTROL
22	Masculino	200	BAJO	6	CONTROL
22	Femenino	129	BAJO	10	CONTROL
22	Femenino	266,6666667	BAJO	9	CONTROL
23	Femenino	375	ALTO	9	CONTROL
23	Femenino	125	BAJO	9	CONTROL
23	Femenino	375	ALTO	6	CONTROL
23	Femenino	250	BAJO	7	CONTROL
23	Masculino	187,5	BAJO	7	CONTROL
23	Masculino	350	BAJO	10	CONTROL
24	Femenino	375	ALTO	8	CONTROL
24	Femenino	180	BAJO	8	CONTROL
25	Femenino	77,4	BAJO	6	CONTROL
25	Femenino	350	BAJO	8	CONTROL
25	Masculino	200	BAJO	7	CONTROL
25	Femenino	375	ALTO	6	CONTROL
25	Femenino	500	ALTO	6	CONTROL
25	Masculino	250	BAJO	5	CONTROL
26	Femenino	375	ALTO	9	CONTROL
26	Femenino	350	BAJO	8	CONTROL
27	Femenino	120	BAJO	9	CONTROL
27	Masculino	240	BAJO	9	CONTROL
28	Masculino	1200	ALTO	10	CONTROL
28	Masculino	180	BAJO	10	CONTROL
28	Femenino	120	BAJO	10	CONTROL
28	Femenino	200	BAJO	10	CONTROL
28	Femenino	533,3333333	ALTO	10	CONTROL
29	Femenino	187,5	BAJO	8	CONTROL
29	Masculino	150	BAJO	10	CONTROL
30	Femenino	300	BAJO	9	CONTROL
30	Femenino	350	BAJO	8	CONTROL
30	Femenino	400	ALTO	6	CONTROL
31	Femenino	375	ALTO	8	CONTROL
31	Femenino	400	ALTO	10	CONTROL
31	Femenino	187,5	BAJO	10	CONTROL
31	Femenino	240	BAJO	10	CONTROL
32	Femenino	125	BAJO	9	CONTROL
32	Femenino	375	ALTO	10	CONTROL
32	Masculino	200	BAJO	7	CONTROL
33	Femenino	150	BAJO	10	CONTROL
34	Masculino	375	ALTO	6	CONTROL
35	Femenino	375	ALTO	6	CONTROL
35	Femenino	125	BAJO	8	CONTROL

35	Masculino	316,6666667	BAJO	8	CONTROL
35	Masculino	600	ALTO	7	CONTROL
36	Femenino	33,33333333	BAJO	9	CONTROL
36	Femenino	125	BAJO	8	CONTROL
36	Masculino	225	BAJO	8	CONTROL
36	Femenino	375	ALTO	8	CONTROL
36	Femenino	223,3333333	BAJO	7	CONTROL
37	Femenino	375	ALTO	9	CONTROL
37	Femenino	250	BAJO	6	CONTROL
37	Femenino	375	ALTO	8	CONTROL
37	Femenino	125	BAJO	10	CONTROL
37	Femenino	125	BAJO	10	CONTROL
37	Femenino	175	BAJO	10	CONTROL
37	Masculino	195	BAJO	10	CONTROL
38	Femenino	187,5	BAJO	6	CONTROL
38	Femenino	160	BAJO	6	CONTROL
39	Masculino	266,6666667	BAJO	9	CONTROL
39	Masculino	375	ALTO	9	CONTROL
40	Masculino	100	BAJO	10	CONTROL
40	Femenino	175	BAJO	10	CONTROL
40	Masculino	266,6666667	BAJO	10	CONTROL
40	Femenino	375	ALTO	10	CONTROL
40	Masculino	250	BAJO	6	CONTROL
41	Masculino	125	BAJO	10	CONTROL
41	Femenino	187,5	BAJO	10	CONTROL
42	Femenino	375	ALTO	6	CONTROL
42	Femenino	375	ALTO	6	CONTROL
42	Femenino	187,5	BAJO	10	CONTROL
42	Femenino	26	BAJO	7	CONTROL
42	Femenino	100	BAJO	10	CONTROL
42	Femenino	375	ALTO	6	CONTROL
43	Masculino	220	BAJO	10	CONTROL
43	Masculino	40	BAJO	6	CONTROL
43	Masculino	350	BAJO	10	CONTROL
43	Masculino	300	BAJO	6	CONTROL
44	Femenino	250	BAJO	6	CONTROL
44	Femenino	387,5	ALTO	10	CONTROL

Anexo 4.

CÁLCULO DE LA MUESTRA MEDIANTE OPEN EPI

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

Aceptar para chi cuadrado

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

No válido para estudios de casos-control

Cálculos de puntos		Límites de confianza	
Tipo	Valor	Inferior, Superior	Tipo
Riesgo en Expuestos	55.71%	47.44, 63.68	Series de Taylor
Riesgo en NoExpuestos	28.95%	16.88, 44.88	Series de Taylor
Riesgo Total	50%	42.73, 57.27	Series de Taylor
Razón de Riesgo	1.925	1.145, 3.236 ¹	Series de Taylor
Diferencia de Riesgo	26.77%	10.17, 43.37*	Series de Taylor
Fracción etiológica en pob (FEP)	42.11%	15.68, 68.53	
Fracción etiológica en expuestos (FEE)	48.04%	12.65, 69.1	

Cálculos basados en Odds y Límites de Confianza

Cálculos de puntos		Límites de confianza	
Tipo	Valor	Inferior, Superior	Tipo
Odds Ratio CMLE*	3.069	1.427, 6.909 ¹	Mid-P exacto
		1.347, 7.424 ¹	Exacto de Fisher
Odds Ratio	3.088	1.421, 6.711 ¹	Series de Taylor
Fracción etiológica en pob (FEP/OR)	59.26%	33.33, 85.19	
Fracción etiológica en expuestos (FEE/OR)	67.62%	29.62, 85.1	

*Estimador de máxima verosimilitud de Odds Ratio

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

Martin D, Austin H (1991) Un programa eficaz para calcular el estimador de máxima verosimilitud y los límites de confianza exactos para una odds ratio común. Epidemiología 2, 359-362.

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