



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL EN ADULTOS MAYORES
A 65 AÑOS DE EDAD, EN LA PARROQUIA TOTORACOCHA,
CUENCA-ECUADOR, EN EL PERIODO
AGOSTO 2017- FEBRERO 2018.**

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DE TÍTULO DE ODONTÓLOGA

AUTORA: Castro Melgar, Jacqueline Estefanía.

DIRECTORA: Bastidas Calva, Magda Zulay, Od. Esp.

CUENCA

2018

DECLARACIÓN:

Yo, **Castro Melgar Jacqueline Estefanía** 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.

.....

Castro Melgar Jacqueline Estefania

C.I.: 0107414351

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

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 MAYORES A 65 AÑOS DE EDAD, EN LA PARROQUIA TOTORACOCHA, CUENCA-ECUADOR, EN EL PERÍODO AGOSTO 2017-FEBRERO 2018”**, realizado por, **CASTRO MELGAR JACQUELINE ESTEFANÍA**, 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, Septiembre 2018

.....
Dr. Ebingen Villavicencio Caparó

DPTO. DE INVESTIGACIÓN ODONTOLOGÍA

CERTIFICACIÓN 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 MAYORES A 65 AÑOS DE EDAD, EN LA PARROQUIA TOTORACOCHA, CUENCA-ECUADOR, EN EL PERÍODO AGOSTO 2017-FEBRERO 2018”**, realizado por **CASTRO MELGAR JACQUELINE ESTEFANÍA**, 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, Septiembre 2018

.....
Tutor/a: Bastidas Calva, Magda Zulay, Od. Esp.

DEDICATORIA

A Dios, por haberme dado salud y la oportunidad de llegar hasta esta etapa de mi vida para cumplir mis objetivos.

A mis padres, por haberme dado su apoyo incondicional en todo momento, por sus consejos, valores, por la motivación constante y lo más importante por creer en mí, gracias a ellos he podido formarme con una muy buena educación tanto académicamente, como en la vida diaria.

EPÍGRAFE

Establecer metas es el primer paso para
transformar lo invisible en visible.

Anthony Robb

AGRADECIMIENTO

Principalmente a Dios, que es amor, fuerza y una guía en mi vida, me ha permitido concluir mis metas sin detenerme. A mis padres por el apoyo durante toda mi carrera, a los docentes de la universidad por su enseñanza, por ser también un apoyo y dar la motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales, y como no a los pacientes que gracias a ellos se adquiere destreza y habilidad para nuestra profesión. De manera especial a mi tutora que con gran paciencia ha sido guía para la elaboración de esta tesis.

ABREVIATURAS

OMS: Organización mundial de la salud

INEC: Instituto nacional de estadísticas y censos

DNS: Escala de Negligencia Dental

ENEMDU: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo

ÍNDICE

RESUMEN.....	12
ABSTRACT	13
INTRODUCCIÓN.....	14
CAPÍTULO I.....	15
PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	15
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
2. JUSTIFICACIÓN	17
3. OBJETIVOS	18
3.1. OBJETIVO GENERAL:	18
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	18
4. MARCO TEÓRICO	19
4.1. NEGLIGENCIA.....	19
4.1.1. NEGLIGENCIA DENTAL.....	19
4.1. 2.a. SEGÚN EL CUIDADO DENTAL DE LA PERSONA	19
4.1.2.b. SEGÚN EL TIPO DE ATENCIÓN	20
4.1.3. TIPOS DE PACIENTES EN LA EDAD ADULTA.....	20
4.1.4. CAUSAS DE LA NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL	20
4.1.5. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	21
4.1.5.a. Edad.....	21
4.1.5.b. Sexo	22
4.1.5.c. Ingreso Económico	22
4.1.5.d. Nivel de instrucción.....	23
4.1.5.e. Ocupación	24
4.1.6. CONSECUENCIAS POR NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL	26
4.1.7. ESCALA DE NEGLIGENCIA DENTAL	27
4.1.8. MANEJO ADECUADO DEL ADULTO MAYOR.....	27
4.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	29
5. HIPÓTESIS	33
CAPÍTULO II	34
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	34
1. MARCO METODOLÓGICO	35
2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	35
2.1.a. Criterios de Inclusión	35

2.1.b. Criterios de Exclusión	35
Tamaño de la muestra:.....	35
3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	37
4. INSTRUMENTOS MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS	39
4.1. Instrumentos Documentales	39
4.2. Instrumentos Mecánicos.....	39
4.3. Materiales.....	39
4.4. Recursos	39
5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.....	39
5.1. Ubicación espacial.....	39
5.3. Procedimiento de la toma de datos	40
5.3.a. Método utilizado por los examinadores:	40
6. PROCEDIMIENTO PARA EL ANALISIS DE DATOS	40
7. ASPECTOS BIOÉTICOS.....	41
CAPÍTULO III	42
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	42
1. RESULTADOS	43
2. DISCUSIÓN	50
3. CONCLUSIONES.....	53
III. BIBLIOGRAFÍA.....	54
ANEXOS	59
ANEXO 1	60
ANEXO 2	61

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N°1. Frecuencia de negligencia al cuidado dental.....	44
TABLA N°2. Frecuencia de negligencia al cuidado dental de acuerdo con el sexo....	45
TABLA N°3. Frecuencia de negligencia al cuidado dental de acuerdo con la edad....	46
TABLA N°4. Frecuencia de negligencia al cuidado dental de acuerdo con el ingreso económico.....	47
TABLA N°5. Frecuencia de negligencia al cuidado dental de acuerdo con el nivel de instrucción.....	48
TABLA N°6. Frecuencia de negligencia al cuidado dental de acuerdo con la ocupación.....	49

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia de la negligencia al cuidado dental en adultos mayores a 65 años, en la parroquia Totoracocha, en la Ciudad de Cuenca-Ecuador, en el periodo agosto 2017-febrero 2018. **Materiales y Métodos:** La metodología aplicada fue de tipo cuantitativo, el diseño fue descriptivo, la técnica comunicacional, con temporalidad transversal actual. La muestra estuvo constituida por 273 personas con sus respectivas encuestas. Los datos se obtuvieron con un 95% de confiabilidad y un 5% de margen de error para posteriormente obtener la muestra del estudio, se tomó en cuenta las variables edad, sexo, ingreso económico, nivel de instrucción y ocupación, para poder relacionar si estos factores inciden en la frecuencia de negligencia al cuidado dental. Utilizamos la escala de negligencia de Thomson que consta de 6 preguntas, el valor total de las preguntas lo valoramos mayor a 11 ó igual considerados como negligentes y menor a 10 o 10 como no negligentes. **Resultados:** Los datos obtenidos nos indican que existe un porcentaje mayor respecto a casos de negligencia representado por un 62% y con respecto a aquellos que no son negligentes con un 38% y de acuerdo con las variables edad, sexo y la ocupación se demostró que no tienen relación con la negligencia al cuidado dental, a diferencia de las variables ingreso económico y nivel de instrucción si presentan diferencia significativa. **Conclusión:** La frecuencia de negligencia al cuidado dental en la parroquia Totoracocha es alta por lo que nos demuestra que puede favorecer a una serie de alteraciones en la cavidad oral, respecto a la prueba estadística se demostró que en los adultos mayores a 65 años de acuerdo a la edad, el sexo y la ocupación no tienen relación con la negligencia al cuidado dental, a diferencia de las variables ingreso económico y nivel de instrucción si hay relación significativa con la negligencia al cuidado dental.

PALABRAS CLAVE: Negligencia dental, frecuencia, adultos mayores a 65 años.

ABSTRACT

Objective: To determine the frequency of neglect of dental care in adults over 65 years old, in the Totoracocha parish, in the City of Cuenca - Ecuador, in the period August 2017 - February 2018. **Materials and Methods:** The methodology applied was quantitative, the design was descriptive, the communication technique, with current transverse temporality. The sample consisted of 273 people with their respective surveys. The data were obtained with a 95% reliability and a 5% margin of error to subsequently obtain the sample of the study, taking into account the variables age, sex, income, level of education and occupation, to be able to relate if these factors affect the frequency of neglect to dental care. We use the Thomson negligence scale consisting of 6 questions, the total value of the questions we value greater than 11 or equal considered as negligent and less than 10 or 10 as not negligent. **Results:** The data obtained indicate that there is a higher percentage with respect to cases of negligence represented by 62% and with respect to those that are not negligent with 38% and according to the variables age, sex and occupation it was shown that they do not have relationship with the negligence to the dental care, unlike the variables economic income and level of instruction if they present significant difference. **Conclusion:** The frequency of neglect to dental care in the Totoracocha parish is high, which shows that it can favor a series of alterations in the oral cavity. Regarding the statistical test, it was shown that in adults over 65 years of age according to the Age, sex and occupation are not related to the neglect of dental care, unlike the variables of economic income and level of education if there is a significant relationship with the negligence of dental care.

KEYWORDS: Dental negligence, frequency, adults over 65 years.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad los países latinoamericanos han logrado dar un gran paso en el acceso y cobertura de la salud. El acceso universal a la salud implica la eliminación de las barreras de acceso geográfico, cultural, y financiero ⁽¹⁾.

En el año 2017 la carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca formó una macro investigación poblacional en cuanto a las barreras culturales, con respecto al acceso a servicios de salud bucal, con el afán de estudiar la alfabetización en salud bucal, indiferencia al cuidado odontológico, negligencia al cuidado dental, automedicación en odontología y la ansiedad al tratamiento dental ⁽¹⁾.

Se define a la negligencia dental como, el no tomar precauciones para mantener una buena salud oral y la imposibilidad de obtener el cuidado dental necesario. Según Thomson, define a la negligencia dental como las conductas y actitudes asociados con el abandono dental que contribuyen a una salud oral deficiente ⁽²⁾.

Se ha observado que el uso de servicios de salud odontológicos se ve afectado por aspectos como: edad, sexo, educación, ingreso económico, ocupación, disponibilidad de servicios, ubicación geográfica, aspectos culturales, actitudes frente a la salud, valores, estilos de vida, experiencias previas de atención, entre otros ⁽³⁾.

Como consecuencia de negligencia al cuidado dental por parte de los adultos mayores, existen enfermedades bucodentales, como la caries dental, la periodontitis, cáncer de boca y faringe que son un problema de salud de alcance mundial que afecta a los países industrializados y cada vez con mayor frecuencia a los países en desarrollo, en especial entre las comunidades más pobres ha afirmado hoy la Organización Mundial de la Salud (OMS) ^(4, 5).

El objetivo del presente trabajo fue determinar la frecuencia de negligencia al cuidado dental en adultos mayores a 65 años de edad, de la parroquia Totoracocha, en la Ciudad de Cuenca-Ecuador, en el periodo Agosto 2017-Febrero 2018.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El adulto mayor puede estar sometido a múltiples trastornos en su salud general, como también se enfrenta a padecer un deterioro en su salud bucal, es común en esta etapa el uso de prótesis dentales, y la toma frecuente de medicamentos que desencadenan una serie de alteraciones en la cavidad bucal, de manera importante influye en estas posibles consecuencias los factores sociodemográficos como: sexo, edad, nivel de instrucción, ingreso económico y ocupación, cabe recalcar que repercute según el cuidado que se haya tenido desde su niñez hasta la edad adulta mayor.

Esta problemática se genera debido a que gran parte de la población desconoce información acerca de la atención de la cavidad oral, influye de manera importante las revisiones periódicas con el odontólogo, ya que no asistir a la consulta provoca que la prevención a la salud dental no se cumpla; lo cual afecta su salud integral, incluso algunos no tienen solvencia económica que les permita cubrir otros gastos que ellos consideran no importantes, dejando de lado su cuidado dental y a su vez perjudica su calidad de vida.

El presente estudio surgió a partir de la macro investigación de barreras para acceder a los servicios odontológicos, planteado por el departamento de investigación de la carrera de odontología de la Universidad Católica de Cuenca.

La interrogante principal de esta investigación fue ¿Cuál es la frecuencia de la negligencia al cuidado dental en adultos mayores a 65 años de edad, en la parroquia Totora-cocha, Cuenca-Ecuador, en el periodo Agosto 2017- Febrero 2018?.

2. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio de investigación fue dirigido a los adultos mayores a 65 años, de la parroquia Totoracocha, Cuenca - Ecuador, con la finalidad de poder obtener datos reales de los principales factores que conllevan a la negligencia del cuidado dental.

Para esta investigación se utilizó la encuesta de Barreras para el acceso de servicios odontológicos, de la Universidad Católica de Cuenca, basada en la encuesta de William Murray Thomson, llamada Escala de Negligencia Dental (DNS).

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.

Toda la población estudiada se beneficiará de este trabajo de investigación, pues se podrá determinar con datos reales la frecuencia de negligencia al cuidado dental de acuerdo con los factores sociodemográficos (edad, sexo, nivel de instrucción, ingreso económico y ocupación), podría servir también de referencia bibliográfica para futuros estudios y tesis de estudiantes de la carrera de Odontología.

El interés de este estudio se enfoca en un ámbito personal ya que se desea obtener con el mismo, el título profesional de Odontóloga otorgado por la Universidad Católica de Cuenca.

Valorando las líneas de investigación el presente estudio corresponde a la primera línea de investigación “*Los factores de riesgo y su manejo en las enfermedades odonto estomatológicas*”, que tiene la finalidad de repercutir en la comunidad, mejorando los conocimientos con respecto a los problemas de salud bucal o necesidades de atención, que deben ser estudiados por la Odontología con el fin de resolver problemas de carácter comunitario ⁽⁶⁾.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la frecuencia de la negligencia al cuidado dental en adultos mayores a 65 años, en la parroquia Totoracocha, en la Ciudad de Cuenca-Ecuador, en el periodo Agosto 2017-Febrero 2018.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Analizar la frecuencia de negligencia al cuidado dental de acuerdo con el sexo.
- Identificar la frecuencia de negligencia al cuidado dental de acuerdo con la edad.
- Determinar la frecuencia de negligencia al cuidado dental de acuerdo con el ingreso económico.
- Describir la frecuencia de negligencia al cuidado dental de acuerdo con el nivel de instrucción.
- Determinar la frecuencia de negligencia al cuidado dental de acuerdo con la ocupación.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. NEGLIGENCIA

Según Kumar A, *“la palabra negligencia se deriva a principios del siglo XVI del latín descuido “desatendido” y del verbo neglegere, de neg “no” + “legere” que significa elegir”*. La negligencia es un tipo de maltrato, se refiere a la falta de cuidado de la persona a pesar del conocimiento de lo que debe hacer y no hace, una conducta negligente implica un riesgo para uno mismo, se produce por el descuido de las posibles consecuencias de la salud, causado por nuestra propia acción ⁽⁷⁾.

4.1.1. NEGLIGENCIA DENTAL

Jamieson y Thomson, definen a la negligencia dental como una serie de comportamientos y actitudes no adecuadas de una persona, que conlleva a consecuencias desfavorables para la salud bucal ⁽²⁾.

Se le conoce también a la negligencia dental como el fracaso del cumplimiento adecuado de la atención odontológica para el mantenimiento apropiado de la cavidad oral, puede ocurrir en cualquier momento de la vida, dándose por diferentes motivos como son los factores sociodemográficos, la edad, el sexo, el ingreso económico, el nivel de instrucción y la ocupación ⁽⁸⁾.

La negligencia dental comienza desde la infancia, atravesando la adolescencia hasta finalmente llegar a la vejez, cabe recalcar que aumenta con la edad, siendo los adultos mayores quienes generalmente se ven afectados ⁽²⁾.

4.1.2. CLASIFICACION DE NEGLIGENCIA DENTAL

4.1. 2.a. SEGÚN EL CUIDADO DENTAL DE LA PERSONA

- **Negligencia activa**

Descuido intencional de las personas al no cumplir las responsabilidades al cuidado dental ⁽⁷⁾.

- **Negligencia pasiva**

Descuido inconsciente de las personas en las responsabilidades al cuidado dental, por falta de conocimientos odontológicos, o por recursos económicos que no están a su alcance ⁽⁷⁾

- **Descuido por discapacidad**

Descuido que posee una persona para cumplir sus responsabilidades al cuidado dental a causa de una discapacidad física, mental o combinada ⁽⁷⁾.

4.1.2.b. SEGÚN EL TIPO DE ATENCIÓN

- **Descuido de prevenir la enfermedad oral**

Es el abandono de prevenir alguna enfermedad oral como resultado de la experiencia de cualquier tipo de afección dental ya sea tratada o no tratada, como lesiones dentales traumáticas y el dolor dental ⁽⁷⁾.

- **Descuido del tratamiento oral**

Es el abandono al tratamiento necesario, como resultado de la experiencia de caries no tratadas, lesiones dentales traumáticas y dolor dental ⁽⁷⁾.

4.1.3. TIPOS DE PACIENTES EN LA EDAD ADULTA

Caballero J, et al, clasificó a los adultos mayores de 65 años en 2 tipos de pacientes:

Pacientes autónomos o válidos: este tipo de pacientes pueden acudir y desplazarse por sí solo al odontólogo ⁽⁹⁾.

Pacientes geriátricos e inválidos: estos pacientes tienen diversos grados de incapacidad psíquica o física por lo que necesitan de otras personas para poder realizar sus actividades ⁽⁹⁾.

4.1.4. CAUSAS DE LA NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL

Para los adultos mayores el tratamiento dental pasa a segundo término, ya que consideran como prioridad la atención de otras enfermedades y tampoco lo ven como algo que ponga en riesgo su vida o que ocasione deterioro a su salud general ^(9,10).

En la actualidad los adultos mayores tienen creencias con respecto a la atención dental, al pensar que las prótesis dentales son el mejor sustituto de la dentición, en algunos casos los propios ancianos son los que solicitan la pérdida de sus piezas dentales sanas; piensan que perder dientes, tenerlos desgastados, o con alguna alteración, es consecuencia del proceso natural de envejecimiento más no, una consecuencia del mal cuidado dental y atención que han brindado a sus órganos dentarios desde la infancia.

Esto ha provocado que muy pocas personas conserven todos sus dientes, o que muchas veces se resignen a sus molestias con los pocos dientes que han conservado⁹.

La falta de información que posee un adulto acerca de la salud y atención de la cavidad oral influye de manera importante en la falta de revisiones periódicas con el odontólogo, ya que no asistir a la consulta provoca que la prevención a la salud dental no se cumpla y no se mantenga, lo cual perjudica su salud integral. El rechazo ante la consulta dental se debe al temor de las maniobras dentales, al proceso de adaptación a las prótesis, o el rechazo a cambiar las que se tiene por unas nuevas, por el costo económico y por las molestias que esto implica ^(9,10).

Las personas con capacidades especiales ya sean físicas o mentales presentan más vulnerabilidad a padecer negligencia al cuidado dental, el problema es aún más grave cuando los adultos mayores requieren del cuidado de otra persona porque no pueden valerse por sí mismo. Por lo general la mayoría de estas personas residen en hogares de ancianos y no obtienen el cuidado necesario de su cavidad oral ^(7,9).

La forma de vida también condiciona la salud de las personas, es decir están más propensos a enfermar como es el caso de los fumadores, alcohólicos y personas con una alimentación inadecuada, incrementando el riesgo de accidentes o enfermedades⁽¹¹⁾.

4.1.5. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

4.1.5.a. Edad

Debido a los cambios que se presentan en el envejecimiento, estos afectan a la salud general y como no a la salud bucal, para los adultos mayores el tratamiento dental no es lo primordial, ya que ellos consideran como prioridad la atención de otras patologías y al cuidado dental no lo ven como algo que ponga en riesgo su vida, por lo que, estas actitudes y comportamientos condicionan a la aparición de enfermedades orales ⁽¹²⁾.

Estudios realizados en Cuba indicaron que al llegar a la edad adulta mayor los hábitos de higiene bucal disminuyen, debido a que en algunos casos los adultos mayores presentan alguna discapacidad que puede ser física o mental, por lo tanto, no pueden valerse por sí mismos y necesitan de otras personas para poder cumplir adecuadamente el cuidado de su cavidad oral. La edad también condiciona la estructura de los dientes, esto ocurre entre las edades de 55 y 65 años en donde son más frecuentes las caries radiculares ⁽⁴⁾.

En comunidades Costarricenses existe una seria problemática bucal en personas adultas mayores, la población de 60 años y más obtuvo una condición mayor de pérdida dental. Al igual que en América Latina, como es el caso de Chile, la frecuencia de pérdida dentaria de personas que asisten a acilos de ancianos es también frecuente y se encontró que conservaban un promedio de seis dientes ⁽¹³⁾.

En los adultos mayores frecuentemente se presenta la periodontitis, la cual está afectando a más de la mitad de las personas de entre 65 y 74 años haciendo que las encías comiencen a retraerse y en los casos más graves el hueso que sostiene a los dientes se destruye, si no recibe tratamiento puede llevar a la pérdida dentaria ⁽¹⁴⁾.

El envejecimiento no es solamente un proceso biológico, fisiológico y psicológico, sino un destino social donde lo que se haga antes de los 60 años repercutirá en el mañana y lo que se haga durante y después de los 60 años nos ayudará para tener un mañana feliz y digno de vivirlo ⁽⁴⁾.

4.1.5.b. Sexo

Gutiérrez M et al, manifiesta que de 122 pacientes mayores a 60 años tanto el sexo femenino como masculino presentaron un porcentaje similar de alteraciones bucales ⁽¹⁵⁾.

Otros estudios indican que el sexo femenino debido a eventos psicológicos asociados a cambios hormonales que influyen en su estilo de vida, hace que las mujeres estén más expuestas. Por su preocupación por la higiene y estética ellas acudan en mayor frecuencia a solicitar tratamientos odontológicos. A comparación del sexo masculino que aparentemente en su mayoría se dedican al trabajo y en algunos casos están ocupados casi todo el día siendo excusas que utilizan para justificar el hecho de no tener tiempo de cepillarse los dientes o preocuparse por el cuidado de su salud bucal ⁽¹⁶⁾.

El estilo de vida juega un rol muy importante en el cuidado dental; el sexo masculino presenta mayor inclinación a ciertos hábitos o consumo de sustancias nocivas como el cigarrillo y el alcohol, siendo estos un factor de riesgo para que aumente la carga bacteriana de la flora oral y se desencadene una serie de complicaciones futuras en el individuo, se ven más expuestos a índices elevados de cáncer oral ⁽¹⁶⁾.

4.1.5.c. Ingreso económico

En la actualidad el ingreso económico de la población adulta mayor está determinada por diversas fuentes: trabajo, ahorros, jubilación, pensión, etc. Se vincula directamente el ingreso económico y tipo de consumo, dependiente de la edad y el estado de salud de la persona, las características de su residencia y los servicios que corren por cuenta

del estado. Se basa en el acceso y disposición por parte del adulto mayor de ingresos monetarios periódicos y suficientes para satisfacer sus necesidades y mejorar su calidad de vida ⁽⁹⁾.

A partir del análisis de indicadores de ingresos y gastos es posible evaluar la situación económica de las personas de la tercera edad, que por los años trabajados y su aporte al régimen de Seguridad Social perciben una pensión mínima por concepto de vejez, y además constituyen la parte de la población adulta mayor más vulnerable económicamente y propensa a experimentar riesgos ⁽⁹⁾.

El nivel de ingreso de los individuos es un indicador clásico sobre las desigualdades sociales y su efecto en la salud, sin embargo, varios estudios han criticado ya que después de cierto nivel de ingreso económico promedio por persona, los aumentos al ingreso parecen no mejorar el nivel de salud de la población, al menos de manera significativa, lo que quiere decir que el ingreso económico sería solo un factor, mas no significa que por que el adulto mayor tiene un ingreso económico bajo va tener un mal cuidado a su cavidad oral. Otros autores comentan que el nivel de ingreso puede afectar la salud, mejorar o no la nutrición, el acceso al agua potable y saneamiento, y el acceso a la atención sanitaria ⁽⁹⁾.

La salud puede considerarse un bien normal a niveles bajos y medios de ingresos o un bien de lujo en los de altos ingresos, el incremento del ingreso provoca un aumento en los gastos sanitarios. Si bien un mayor gasto no asegura una mejor salud, puede ser una muestra del esfuerzo que realiza una sociedad para mejorar la salud de su población ⁽¹⁶⁾.

En Ecuador el sueldo básico es de 375\$ mensuales, valor insuficiente para cubrir el costo de la canasta familiar básica (\$ 701.93) y canasta familiar vital (\$503.27) que consiste en servicios básicos, salud, transporte, educación, alimentos, vestido y artículos para el hogar lo que quiere decir que deben trabajar por lo menos dos miembros de la familia para poder cubrir los gastos para su subsistencia, si solo trabaja una persona y percibe un salario básico existe la probabilidad de que la prevención para su salud oral ocupará un segundo lugar ⁽¹⁷⁾.

4.1.5.d. Nivel de instrucción

Un nivel de educación posibilita el acceso a un mejor empleo y oportunidad de vida, este factor por ende contribuye a un estilo de vida saludable que conduce el mejor estatus de salud ^(18,19).

Según el INEC, en el Ecuador, el sistema de educación actual refleja datos importantes en cuanto al nivel de instrucción nacional, en el grupo etario de 65 años a más ⁽²⁰⁾.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	MUJERES	VARONES
Sin estudios	369. 164	285.518
Preescolar	69. 237	71.564
Educación básica	3.712.921	3.743.766
Bachillerato	1.288.451	1.272.147
Superior	971. 021	874.217

INEC. Ecuador. (2010)

Dho M. (2015), documenta que los conocimientos de salud bucodental se encuentran directamente relacionados con el nivel de instrucción, estos conocimientos son adquiridos en lo cotidiano y por otro lado el conocimiento científico que corresponde al grado de instrucción que haya llegado la persona ⁽²¹⁾.

4.1.5.e. Ocupación

El empleo o la ocupación facilita el acceso a los recursos sanitarios y en el caso de no poseer ninguna ocupación el individuo se expone a no percibir ningún beneficio favorable en el cuidado de la salud bucal ⁽⁹⁾.

Según el Ministerio de inclusión económica y social el 82,9 % de los adultos mayores, es decir de 65 años en adelante emplean su tiempo en realizar tareas manuales, esto debido a que el nivel educacional de los mismos es bajo y el 17,1 % restante ocupan cargos como funcionarios públicos, personal administrativo, profesionales o técnicos⁽²²⁾.

Clasificación de la ocupación según el INEC (2012)

Grupo 1: directores y gerentes

Los políticos, cuyos cargos se basan en definir y prescribir las leyes y reglamentos del gobierno nacional ⁽²³⁾.

Grupo 2: profesionales científicos e intelectuales

En este grupo, se encuentran las ocupaciones, en donde se necesitan los conocimientos necesarios de alto nivel y experiencia en materia de ciencias físicas y biológicas o ciencias sociales, de informática y humanas ⁽²³⁾.

Grupo 3: técnicos y profesionales de nivel medio

Ocupaciones en las que se necesitan conocimientos técnicos y pericia de algunas especialidades de las ciencias físicas y biológicas o de las ciencias sociales y las humanas ⁽²³⁾.

Grupo 4: personal de apoyo administrativo

En este grupo, encontramos las ocupaciones que requieren conocimientos y la experiencia necesarios para ordenar, almacenar y encontrar información ⁽²³⁾.

Grupo 5: trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados

Ocupaciones que necesitan los conocimientos y la experiencia necesarios para la venta de mercancías en un comercio o en mercados ⁽²³⁾.

Grupo 6: agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros

En este grupo encontramos las ocupaciones, en donde las tareas necesitan, conocimientos y experiencia, para la obtención de productos agrícolas, silvicultura y la pesca ⁽²³⁾.

Grupo 7: oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios

En este grupo están las ocupaciones, cuyas tareas principales requieren conocimientos y experiencia para ejecutar oficios de artesanía y artes mecánicas, además, exige la capacidad y adiestramiento para manejar máquinas y herramientas para la fabricación de productos que saldrán al mercado ⁽²³⁾.

Grupo 8: operadores de instalaciones, máquinas y ensambladores

Ocupaciones que para su ejecución necesitan conocimientos y experiencia para atender y vigilar el funcionamiento de máquinas e instalaciones industriales ⁽²³⁾.

Grupo 9: ocupaciones elementales

Ocupaciones para cuyo desempeño necesitan de los conocimientos y la experiencia necesaria para cumplir funciones generalmente sencillas y rutinarias realizadas con la ayuda de herramientas manuales, y para las cuales se requiere a veces un esfuerzo físico, escasa iniciativa o capacidad de juicio ⁽²³⁾.

Grupo 0: ocupaciones militares

Las integran los miembros permanentes del ejército, la marina, la aeronáutica u otras ramas o servicios, así como las personas reclutadas por conscripción ⁽²³⁾.

En el Ecuador, según el INEC (2017), la tasa de empleo a nivel nacional fue de 95,6%, y el desempleo fue de 4,4% ⁽²³⁾.

4.1.6. CONSECUENCIAS POR NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL

La mayoría de los cambios en la cavidad oral ocurren en la medida que la persona envejece, son notorios al igual que los que ocurren en otros órganos, es difícil distinguir los verdaderos cambios fisiológicos normales del proceso envejecimiento, de los procesos subclínicos de enfermedad ⁽²⁴⁾.

Las caries dentales se hace más recurrente en las poblaciones de adultos mayores debido a que estos tienen un perfil diferente en cuanto a su cuidado y atención odontológica, con respecto a las generaciones que les precedieron, la incidencia de caries de la raíz en personas mayores de 60 años es casi el doble de la reportada en adultos alrededor de 30 años, el 64% de las personas mayores de 80 años presentan caries radicular y más del 96% presentan lesiones de la corona, el incremento de la incidencia de la caries radicular es un factor importante para presentar enfermedad periodontal ⁽²⁴⁾.

La enfermedad periodontal ocurre con una ligera pérdida de la inserción de los tejidos y del hueso alveolar, debido a que, en el adulto mayor con enfermedad periodontal, ocurren cambios moleculares en las células periodontales que intensifican la pérdida de hueso. Estas afectaciones pueden estar asociados con alteraciones en la diferenciación y proliferación de los osteoblastos y osteoclastos ⁽⁴⁾.

El cáncer de boca y faringe son un problema de salud de alcance mundial que afecta a los países industrializados y cada vez más a los países en desarrollo, en especial entre las comunidades más pobres, ha afirmado hoy la Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽⁴⁾.

Entre las lesiones presentes en los pacientes rehabilitados con prótesis total o parcial, prevalece el estado inflamatorio, provocando lesiones como: estomatitis subprótesis, úlcera traumática, émulis fisurado ⁽¹⁵⁾.

Otras alteraciones que podría presentar los adultos mayores serían, problemas de la articulación temporomandibular, eucoplasia, liquen plano, neoplasias primarias,

manifestaciones orales de enfermedades sistémicas, repercusión oral de fármacos, queilitis, entre otras ⁽⁹⁾.

4.1.7 ESCALA DE NEGLIGENCIA DENTAL

La escala de negligencia al cuidado dental se comenzó a utilizar en el año de 1996, en un inicio solo se medía en niños de acuerdo con las respuestas de los padres ⁽²⁾.

La escala de la negligencia constituye un elemento importante para determinar si una comunidad es vulnerable a padecer alteraciones en su cavidad oral. La escala dental es un buen método para valorar la negligencia dental con características de un índice de salud satisfactorio; se mide fácil y no está afectada por el proceso de examen clínico a la persona ⁽²⁵⁾.

Preguntas de negligencia al cuidado dental, según Thomson

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

4.1.8 MANEJO ADECUADO DEL ADULTO MAYOR

Para lograr que el adulto mayor, tenga un mejor cuidado de su salud, es importante aportar información que sea breve y sencilla, que comprenda consejos para promover un envejecimiento activo y saludable, para poder enfrentar situaciones y problemas frecuentes ⁽¹⁵⁾.

El mantener la salud bucal permite al adulto mayor poder alimentarse adecuadamente, así como hablar y sonreír. La Gerontología, rama de la odontología nos permite estudiar el estado de la salud oral de un adulto mayor ⁽¹⁵⁾.

“La Gerontología aparece como una disciplina que pretende sensibilizar e influir a los profesionales del área de la salud para que se pueda reducir la inactividad e ignorancia de los ancianos con relación a sus bocas y estructuras dentales, con el fin de procurarles un mayor bienestar y calidad de vida” ⁽¹⁵⁾.

Se puede contribuir en el cuidado de la cavidad oral de un adulto mayor brindando programas de atención domiciliaria, visitas a las residencias u hogares de ancianos para educar directamente al adulto o bien a través de sus cuidadores ⁽¹⁸⁾.

Los programas educativos que mejor funcionan conciernen a los que utilizan la forma verbal directa. A través de esta se puede dar información sobre cepillado dental, limpieza y conservación de prótesis e higiene de la cavidad oral, al tiempo que se va involucrando progresivamente a cada anciano en el autocuidado, dándoles a conocer que la boca es una parte integrada en el resto o conjunto del organismo y cuando aparece una enfermedad en ella puede originar anomalías ⁽²⁶⁾.

4.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

En un artículo de revista denominado escalas de negligencia dental e indiferencia dental en Dunedin South, Estados Unidos, Jamieson L, Thomson W, realizaron un estudio con una muestra aleatoria de 600 residentes, se valoró mediante un cuestionario de autoinforme que contiene la escala Dental Neglect y la escala Dental Indifference, se recopilaron datos de uso del servicio sociodemográfico y dental, de acuerdo al estudio los resultados que se obtuvo fueron, 478 personas (78.2%) devolvieron el cuestionario, y el puntaje promedio de negligencia dental fue de 12.4 (SD 4.4). La puntuación media de la escala de Indiferencia Dental fue de 3.1 (SD 1.9). La asociación entre los puntajes de las escalas fue moderada ($r = 0,58$; $P < 0,01$) y solo hubo un grado moderado de concordancia entre los dos. Las dos escalas tenían asociaciones en gran parte similares con las características sociodemográficas, de cuidado bucal y de autocuidado, y con la salud oral, aunque se encontraron algunas asociaciones con la escala de Indiferencia dental. Se descubrió que la escala de negligencia dental era más fácil de usar que la escala de indiferencia dental porque no requería un algoritmo complejo para calcular los puntajes de escala. El grado de concordancia entre las escalas de negligencia dental y de indiferencia dental no fue tan alto como se esperaba ⁽²⁾.

En el presente estudio acerca de las enfermedades bucales en el adulto mayor en Holguín. Laplace B, Legrá S, Laplace JF, et al. Indican que el número de adultos mayores está incrementándose notablemente a nivel mundial. Se realizó una revisión bibliográfica de las principales investigaciones procesadas en la base de datos Medline, con el objetivo de actualizar los conocimientos sobre las enfermedades bucales que con mayor frecuencia afectan al adulto mayor. Los ancianos tienen un riesgo mayor de desarrollar enfermedades crónicas de la boca y que incluyen las infecciones, caries, periodontitis, pérdida dentaria, lesiones benignas de la mucosa y cáncer bucal. Otras condiciones que aparecen son la xerostomía y la candidiasis bucal. Es función del estomatólogo de ayudar a mantener una buena salud bucal mediante la identificación de los factores de riesgo, el reconocimiento y diferenciación de los cambios normales propios de la edad de los patológicos y la solución de los problemas de salud bucal que les afectan para ofrecerles una mayor calidad de vida ⁽⁴⁾.

En el presente artículo denominado dental neglect en India, Kumar A, presenta que los servicios dentales deben abordar las necesidades de niños y adultos vulnerables. Los adolescentes deben ser aconsejados, motivados sobre su salud oral y sus razones para un comportamiento negligente deben ser abordadas, se debe garantizar un nivel mínimo de atención bucal a las personas mayores vulnerables que residen en hogares de

ancianos. Los dentistas pueden proporcionar información valiosa y asistencia a los médicos sobre los aspectos orales y dentales del abuso y la negligencia infantil. Teniendo en cuenta la importancia de una dentición saludable en la digestión, conocer el papel de la dentición primaria en el intercambio de dientes y conocer las consecuencias de las infecciones y los dolores de muelas en la vida social del niño, debemos sentir que es nuestro deber detectar y tratar los casos de negligencia en lo más temprano para una mejor calidad de vida ⁽⁷⁾.

En un artículo de revista denominado el anciano en la odontoestomatología. España, Caballero JF, Caballero JC, indican que los ancianos por variados motivos frecuentan atención dental y por lo general son examinados con frecuencia por el médico de familia u otro especialista. La Gerodontología es una disciplina que pretende sensibilizar e influir a los profesionales sobre la ignorancia de los ancianos con relación a su cavidad oral, con el fin de procurarles un mayor bienestar y calidad de vida. En el presente artículo se revisa las características del acto dental geriátrico, los objetivos de la gerodontología, estado de salud oral de los ancianos y la atención dental en el consultorio, en el domicilio y en el medio residencial ⁽⁹⁾.

En un estudio denominado salud bucal, salud bucal percibida y calidad de vida en adultos mayores López G. Lopez L, Nachon G, et al. Indagaron la relación entre salud bucal real, la percepción de salud bucal y la calidad de vida en un grupo de adultos mayores, indican que las enfermedades bucales en su mayoría son irreversibles y los daños tienden a ser mayores en los ancianos. Existen factores como el temor al dentista, presentar enfermedades no transmisibles, el costo de la atención dental, entre otras, que contribuyen al deterioro evidente de la función masticatoria, la deglución, la fonación y estética facial, aspectos que repercuten en la vida del adulto mayor, se evaluó con una muestra de 34 adultos mayores. Se estableció un valor de $p > 0.05$ al relacionar salud bucal real con salud bucal percibida, y $p < 0.05$ al relacionar la salud bucal y la calidad de vida, y se concluyó que la salud bucal de los adultos mayores está en discordancia a la percepción que tienen sobre ella y a su calidad de vida ⁽¹⁰⁾.

Un estudio denominado Situaciones de salud bucal en personas adultas mayores: problemas y desafíos, en San José, Costa Rica, Brenes W, Hoffmaister F, identifican el estado de salud bucal, las prácticas de autocuidado, la calidad de las prótesis y el uso de los servicios de salud de las personas adultas mayores que asisten a clubes de interacción social, se investigó a 234 personas adultas mayores de ambos sexos. Los principales resultados del estado de salud bucal fueron el 53% de las personas adultas mayores estudiadas han perdido la totalidad de sus dientes y el 38,4% con pérdida

dental parcial que requiere de rehabilitación protésica para satisfacer la capacidad masticatoria. De las personas que conservan al menos un diente en boca, la caries activa es prevalente en el 77,7% y las periodontopatías en el 52,9% de esta población y el 83,5% tiene un deficiente control de la placa dental. El 63,9% de las prótesis superiores y en el 74,2% de las prótesis inferiores necesitan ser reacondicionadas o renovadas por prótesis bien concebidas. Se concluyó que el estado de salud bucal de las personas adultas mayores estudiadas en la presente investigación puede ser catalogado como un relevante problema de salud pública debido a la acumulación de daños por problemas bucodentales de la población ⁽¹³⁾.

En el presente artículo acerca de las lesiones en la mucosa oral de pacientes mayores de 60 años y portadores de prótesis en Holguín. Gutiérrez M, Sánchez Y, Castillo Y, comentan que la pérdida de dientes es resultado de caries dental y la enfermedad periodontal y están más afectados los ancianos. Distribuyeron los pacientes según la edad y sexo para identificar las lesiones presentes en la mucosa oral según el tipo de prótesis, tiempo y frecuencia de su uso, se realizó un estudio de una serie de casos en 122 pacientes mayores de 60 años de uno y otro sexo rehabilitados protésicamente y con lesiones en la mucosa oral. Se realizó interrogatorio y examen clínico. Se utilizó el cálculo porcentual y los resultados se presentan en tablas de distribución de frecuencia simple. Se aplicó χ^2 con un nivel de significación del 95% en EPIDAT 3,1. El 56,6% de los pacientes estaba en el grupo de 60 a 69 años de edad, 52,4% eran del sexo femenino y 47,6% del masculino. La estomatitis subprótesis representó 80,3% de las lesiones y fue mayoritaria tanto, en pacientes portadores de prótesis totales, como parciales. El 49,2% de los pacientes tenían prótesis de más de 10 años y el 65,6% la usaban tanto de día como de noche ⁽¹⁵⁾.

En un estudio denominado conocimientos de salud bucodental en relación con el nivel socioeconómico en adultos de la ciudad de Corrientes en Argentina. Dho M, analizó los conocimientos de salud bucodental y su relación con el nivel socioeconómico en individuos adultos, se realizó a través de una encuesta domiciliaria se recolectó información referente a las variables de estudio. Se determinó el tamaño de la muestra fue aleatoria 381 de las viviendas a encuestar, que se complementó con un muestreo no probabilístico por cuotas para la selección de los individuos a entrevistar. 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. Las personas de NSE medio y bajo presentaron un nivel significativamente menor de conocimientos de salud bucodental⁽²¹⁾.

En un estudio denominado Cambios bucales en el adulto mayor en la Habana, Cuba. Sáez R, Carmona M, Jiménez Z, et al. Indican que el envejecimiento aumenta el riesgo de adquirir enfermedades e incapacidades, y con ello, la necesidad de trazar metas para mejorar la salud del adulto mayor. Con relación a estas inquietudes describieron los cambios bucales en los adultos mayores, así como determinaron la relación entre sexo y alteraciones sistémicas con la aparición de cambios bucales en el adulto mayor. Se encontró un mayor porcentaje de cambios bucales en los adultos mayores desdentados totales. El reborde alveolar reabsorbido fue el cambio bucal más frecuente. En el sexo femenino se reportó el mayor número de cambios bucales y se evidenció una relación directa entre las alteraciones sistémicas y los cambios bucales, dentro de los cuales el grupo de pacientes diabéticos fue el más afectado ⁽²⁴⁾.

En el presente artículo sobre el impacto de la salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores en Cartagena, Colombia, Díaz S, Arrieta K, Ramos K, Asociaron la salud bucal y calidad de vida en adultos mayores. Se evaluaron variables sociodemográficas, familiares, índice de Salud Oral Geriátrico y diagnóstico de salud bucal. Al realizar la prueba X^2 se encontró significación estadística entre una salud bucal deficiente y el impacto negativo sobre la calidad de vida, según GOHAI ($p = 0,01$) y al asociar este último y los problemas de origen endodóntico (OR: 3,5; IC 95%: 1,4-8,4; $p = 0,004$), hipertensión arterial (OR: 4,44; IC 95%:1,5-12; $p = 0,005$) y vivir con más de 5 miembros en la familia (OR: 3,38; IC 95%: 1,34-8,49; $p=0,009$). En la regresión logística estos factores constituyeron el modelo que mejor explicaba el detrimento en la calidad de vida relacionada con la salud bucal ($p= 0,0001$; $X^2= 21,31$). Los problemas endodónticos comprometen la calidad de vida en los adultos mayores. Es necesario un enfoque psicosocial de la salud bucal que incluya otros factores capaces de comprometer el bienestar ⁽²⁷⁾.

5. HIPÓTESIS

Este estudio no requiere hipótesis por ser un estudio de tipo descriptivo.

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. MARCO METODOLÓGICO

Enfoque de la investigación: Cuantitativo ⁽²⁸⁾

Diseño de la investigación: Descriptivo ⁽²⁹⁾

Nivel de investigación: Descriptivo ⁽²⁹⁾

Tipos de investigación:

- ✓ **Por el ámbito:** De campo
- ✓ **Por la técnica:** Comunicacional de encuesta
- ✓ **Por la temporalidad:** Transversal-Actual

2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Según las estadísticas del INEC, en el censo del año 2010 en la parroquia Totoracocha se encontró 1.585 habitantes mayores a 65 años, la muestra que se utilizó en el presente estudio estuvo constituida por 273 adultos mayores a 65 años ⁽³⁰⁾.

2.1. Criterios de selección:

2.1.a. Criterios de Inclusión

Fueron incluidos en este estudio los adultos mayores a 65 años de la parroquia Totoracocha que aceptaron voluntariamente ser encuestados.

2.1.b. Criterios de Exclusión

- ✓ Personas que no estén dentro del rango de edad.
- ✓ Odontólogos.
- ✓ Personas con discapacidad mental.

Tamaño de la muestra:

El tamaño de la muestra se calculó mediante la formulación del muestreo Z alfa con un nivel de confiabilidad del 95% y un error del 5%, se utilizó el programa EPI INFO versión 7.2.

Para obtener el tamaño muestral se utilizó la siguiente fórmula:

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

n= Tamaño de la muestra

N-1= Total de la población 1.585

Z = 1.96⁽²⁸⁾

P= Proporción esperada (0.5)

Q = (0.5)⁽²⁸⁾

E = (0.05)²

$$n = \frac{1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5 \cdot 1.585}{1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5 + 0.05^2 \cdot (1.584)}$$

$$n = \frac{0.96 \cdot 1.585}{0.96 + 3.96}$$

$$n = \frac{1521.6}{4.92}$$

n = 273

3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo estadístico	Escala	Dato
Negligencia dental	Comportamientos y actitudes de una persona, que conlleva a consecuencias desfavorables para la salud bucal.	Acto contrario a lo que el deber de esa persona realiza exige y supone.	Cualitativa	Ordinal	Mayor a 11 o igual= negligente Menor a 10 o igual= No negligente
Sexo	Características genotípicas de la persona.	Conjunto de particularidades que caracterizan a los humanos en masculino y femenino.	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	Años de vida que tiene al momento de la aplicación de la encuesta.	Cuantitativo	Nominal	Mayores de 65 años. De 66 a 70 años De 71 a 80 años De 81 a 90 años

Ingreso Económico	Valor monetario recibido por la realización de un trabajo.	Cantidad de dinero percibida en un periodo de tiempo.	Cuantitativo	Nominal	Mayor a \$ 375 alto Menor a \$375 bajo
Nivel de Instrucción	Grado de instrucción académica.	Número de años lectivos aprobados en una institución de educación	Cuantitativo	Nominal	Primer Nivel: Analfabetos, Preescolar y educación básica. Segundo Nivel: Secundaria Tercer Nivel: Superior Universitario. Cuarto Nivel: Posgrado
Ocupación	Función que desempeña para ganar el sustento.	Actividad o profesión que desempeña un individuo.	Cualitativo	Nominal	1. Directores y gerentes 2. Profesionales científicos e intelectuales 3. Técnico y profesionales de nivel medio. 4. Personal de apoyo administrativo 5. Trabajadores de los servicios, vendedores de comercios y mercados. 6. Agricultores 7. Oficiales operarios y artesanos 8. Operadores de instalaciones y máquinas. 9. Ocupaciones elementales 10. Ocupaciones militares

4. INSTRUMENTOS MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

4.1. Instrumentos Documentales

Se utilizó el cuestionario de Barreras para el acceso de servicios odontológicos de la Universidad Católica de Cuenca, en específico la encuesta de William Murray Thomson, llamada Escala de Negligencia Dental (DNS), la cual determina si existe o no negligencia en el individuo, la encuesta en si está conformada por las siguientes covariables: edad, sexo, nivel de instrucción, ingreso económico y ocupación, constó de tres partes: datos generales de la persona, datos de la escala numeral de negligencia al cuidado dental y consentimiento informado⁽³¹⁾. (ANEXO1)

Para el registro de datos se utilizó el programa virtual y de libre acceso llamado EPI INFO ver 7.2.

4.2. Instrumentos Mecánicos

Para la toma de datos se utilizaron tableros, computadoras laptops e impresoras.

4.3. Materiales

Se utilizó materiales de escritorio, fotocopias de las fichas de encuesta.

4.4. Recursos

Para llevar a cabo este estudio se necesitó recursos económicos que fueron auto financiados, recursos institucionales (Departamento de investigación de la Carrera de Odontología), recursos humanos.

5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS

5.1. Ubicación espacial

Totoracocha se encuentra ubicada al norte del cantón Cuenca perteneciente a la provincia del Azuay, es una parroquia urbana y su nombre se da por la cantidad de lagunas charcos y totoras que existían en el lugar junto a los bosques y de ahí se toman las partes de totora y cochas, dando origen al nombre Totoracocha. Es una parroquia que ha incorporado grandes formas de vida y se considera como uno de los barrios más grandes y poblados de la ciudad. Limita con las calles Río Upano y paseo de los Cañarís hasta la Ave. Yanaurco.

5.2. Ubicación temporal

La investigación se llevó a cabo entre los meses de Agosto del año 2017 y Febrero del 2018, recolectando datos con las respectivas encuestas que refleja la situación relacionada con negligencia al cuidado dental en los adultos mayores de 65 años.

5.3. Procedimiento de la toma de datos

Para el registro de la toma de datos, se utilizó la ficha de Barreras al acceso de servicios de salud de la Universidad Católica de Cuenca, se asignó a 15 personas del proyecto barreras para la toma de datos en la parroquia Totoracocha, después de coordinar las fechas se subdividió a 2 y 3 personas, por las distintas calles de la parroquia, inmediatamente se procedió a realizar las encuestas, la parte final de la encuesta consta del consentimiento informado el cual fue firmado por los encuestados, se les indicó que la información es para calcular y encontrar resultados estadísticos, serán guardados de manera confidencial y utilizados únicamente para fines de la investigación. Al finalizar el proceso de las encuestas se ingresó al sistema virtual Epi Info.

5.3.a. Método utilizado por los examinadores:

El encuestador visitó cada domicilio de los habitantes de la parroquia Totoracocha y se procedió a pedir la respectiva autorización, para iniciar la encuesta una vez firmado el consentimiento y aceptada la autorización se empezó a llenar una a una las respectivas preguntas.

6. PROCEDIMIENTO PARA EL ANALISIS DE DATOS

Para el análisis de datos utilizamos la encuesta de negligencia dental de Thomson que consta de 6 preguntas, las cuales se valora del 1 al 5, definitivamente no cuando la persona encuestada puntúa la pregunta con el número 1 o 2, un valor intermedio si indica el 3, definitivamente si cuando indica el 4 o 5. El valor total de las 6 preguntas lo valoramos, como negligente si tiene mayor a 11 o igual y no negligente si tiene 10 o igual. Una vez obtenido el número total de encuestas anilladas e ingresadas mediante el programa EPI INFO de acceso libre, se verifica mediante el control de calidad que todas las encuestas estén correctamente registradas y sin ningún error. Una vez finalizada se procede a exportar la base de datos del EPI INFO al programa Exel, posteriormente la base de datos es depurada para realizar la tabla dinámica con lo que se obtiene los resultados de la conformación de la muestra.

Obtenido los resultados se calculó la prueba estadística de Chi cuadrado y para comprobar se utilizó el programa OPEN EPI. (ANEXO2)

7. ASPECTOS BIOÉTICOS

El presente estudio de investigación no implicó conflictos bioéticos, ya que la investigación no fue invasiva y no atentó contra la integridad de los habitantes de la parroquia, se les informó acerca de los objetivos y de la metodología del estudio, por lo que les pedimos a las personas encuestadas que coloquen su firma en la parte inferior de la hoja para el consentimiento informado. Finalmente, se les indicó que los datos obtenidos solo son útiles en esta investigación y que hay un compromiso de confidencialidad por parte del investigador.

CAPÍTULO III

RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. RESULTADOS

El presente estudio de investigación se realizó con encuestas sobre las barreras al acceso de salud en adultos mayores a 65 años, en la parroquia Totoracocha, Cuenca-Ecuador, en el periodo Agosto 2017-Febrero 2018, que se reflejan en la base de datos que se presentó al departamento de investigación de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca.

Tabla N° 1. Frecuencia de negligencia al cuidado dental

NEGLIGENTE		NO NEGLIGENTE		Total general	
n	%	n	%	n	%
169	62%	104	38%	273	100%

Interpretación: En el estudio se encuestaron 273 adultos mayores a 65 años, de los cuales 169 casos equivalente al (62%) demostraron presentar mayor frecuencia de negligencia al cuidado dental y 104 casos equivalente al (38%) no presentaron negligencia al cuidado dental.

Tabla N° 2. Frecuencia de negligencia al cuidado dental de acuerdo con el sexo

	NEGLIGENTE		NO NEGLIGENTE		n	%
	n	%	n	%		
Femenino	95	35%	63	23%	158	58%
Masculino	74	27%	41	15%	115	42%
Total	169	62%	104	38%	273	100%

p=0.4782

Interpretación: En la tabla 2 se observa que existe un mayor predominio del sexo femenino por presentar mayor frecuencia de negligencia al cuidado dental con 95 casos equivalente al 35%, a diferencia de los hombres con 74 casos equivalente al 27%. Por lo tanto no hay diferencia significativa entre el sexo y su relación con la negligencia al cuidado dental.

Tabla N° 3. Frecuencia de la negligencia al cuidado dental de acuerdo con la edad

	NEGLIGENTE		NO NEGLIGENTE		Total general	
	n	%	n	%	N	%
De 66 a 70	89	33%	55	20%	144	53%
De 71 a 80	58	21%	41	15%	99	36%
De 81 a 90	22	8%	8	3%	30	11%
Total	169	62%	104	38%	273	100%

p=0.3457

Interpretación: En la tabla 3 se observa en cuanto al rango por edad, el grupo etario con más negligencia es el de 66 a 70 años con 89 casos equivalente al 33% y con menos negligencia el grupo de 81 a 90 años con 22 casos equivalente al 8%. Demostrando que no hay diferencia significativa en cuanto a la edad y la negligencia al cuidado dental.

Tabla N° 4. Frecuencia de negligencia al cuidado dental de acuerdo con el ingreso económico

	NEGLIGENTE		NO NEGLIGENTE		Total general	
	n	%	n	%	N	%
INGRESO BAJO	124	45%	53	19%	177	65%
INGRESO ALTO	45	17%	51	19%	96	35%
Total	169	62%	104	38%	273	100%

p= 0.00016

Interpretación: En la tabla 4 las personas con bajo nivel de ingreso presentan mayor frecuencia de negligencia al cuidado dental, con 124 casos equivalente al 45%, a diferencia del ingreso económico alto con 45 casos equivalente al 16%. Es decir que si hay diferencia significativa en relación a las dos variables estudiadas.

Tabla N° 5. Frecuencia de negligencia al cuidado dental de acuerdo con el nivel de instrucción.

	NEGLIGENTE		NO NEGLIGENTE		Total general	
	n	%	n	%	N	%
INSTRUCCIÓN BAJO	119	44%	55	20%	174	64%
INSTRUCCIÓN ALTO	50	18%	49	18%	99	36%
Total	169	62%	104	38%	273	100%

p=0.0034

Interpretación: En la tabla 5 se observa, que las personas con nivel de instrucción bajo presentan mayor frecuencia de negligencia al cuidado con 119 casos equivalente al 44%, a comparación de las personas de nivel de instrucción alto con 50 casos equivalente al 18%. Es decir que si existe diferencia significativa las dos variables.

Tabla N°6. Frecuencia de negligencia al cuidado dental de acuerdo con la ocupación.

	NEGLIGENTE		NO NEGLIGENTE		Total general	
	n	%	n	%	n	%
NO EXPUESTOS	34	12%	13	5%	47	17%
EXPUESTOS	135	49%	91	33%	226	83%
Total	169	62%	104	38%	273	100%

p=2.62

Interpretación: En la tabla 6 se observa, que son mayormente negligentes los individuos que se encuentran expuestos de acuerdo con la ocupación 135 casos equivalente al 49%, a diferencia de los individuos que no se encuentran expuestos con 34 casos equivalente al 12%. Es decir que no hay diferencia significativa entre las dos variables negligencia y ocupación.

2. DISCUSIÓN

El presente estudio se ejecutó con el objetivo de determinar la frecuencia de negligencia al cuidado dental en adultos mayores a 65 años de edad, en la parroquia Totoracocha, en la ciudad de Cuenca – Ecuador, en el periodo Agosto 2017 – Febrero 2018.

La muestra total de esta investigación fue de 273 adultos mayores, los cuales formaron parte del estudio de forma voluntaria y accedieron a completar el cuestionario libremente.

En el presente estudio de tipo descriptivo el resultado de acuerdo a la frecuencia de negligencia al cuidado dental, corresponde al 62% de habitantes de esta edad que cometen negligencia al cuidado dental y el 38% restante no son negligentes, obteniendo resultados similares López G et. al, México 2014¹⁰ en su estudio titulado “*Salud bucal, salud bucal percibida y calidad de vida en adultos mayores*” quienes realizaron un estudio con una muestra constituida por 34 adultos mayores de la ciudad de Xalapa, los cuales se encontraban entre los 60 y 89 años, se observó que el 70.6% de los adultos mayores tienen una mala salud bucal debido a que su percepción deficiente, ya que piensan que las enfermedades son parte de su edad y no del mal cuidado, a excepción del 29.4% que mantienen una salud bucal considerada como buena. En otro estudio realizado por Díaz S et. al, Colombia 2012²⁷, se evaluó por medio de un test la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud bucal y se observó que el 74,1% de los encuestados manifestaron un alto impacto en su salud bucal, el 16,6% tuvo una percepción baja y el 9,7% una percepción moderada, concluyendo con los resultados anteriores existe alta frecuencia de negligencia al cuidado dental. Difiriendo de los estudios mencionados, Skaret E, et. al, Noruega 2007⁽³²⁾, realizaron una investigación con una muestra de 263 personas, mediante un cuestionario con preguntas acerca del descuido de su salud oral, se observó que la negligencia dental fue del 20% por lo que se demostró menor frecuencia de negligencia al cuidado dental.

Con respecto a la frecuencia de negligencia al cuidado dental de acuerdo con el sexo, con una muestra aleatorizada, se observó que el 35% del sexo femenino tiene mayor frecuencia de negligencia al cuidado dental a diferencia del sexo masculino con el 27%. A diferencia del estudio de Álvarez C, Ecuador 2017⁽³³⁾, quien valoró a los adultos de 65 a 85 años, el tamaño muestral se calculó mediante 25 casos y 25 controles (adultos mayores), se observó en el estudio que el 28% del sexo masculino tiene mayor frecuencia de negligencia al cuidado dental a comparación del sexo femenino con el 22% en discrepancia al estudio de Mildred S et. al, Cuba 2013⁽¹⁵⁾, quien realizó un estudio con una muestra de 122 pacientes, reflejó que existe mayor frecuencia de

padecer lesiones bucales en el sexo femenino equivalente al 52,4% (n=63) a comparación del sexo masculino equivalente al 47,6%(n=58) de igual manera se encontraron hallazgos similares de acuerdo con el estudio de Hartman G, Cuba. 2011⁽³⁾, quien evaluó mediante una encuesta a 377 jubilados aleatoriamente de acuerdo con el sexo de los cuales el 64.7% del sexo femenino tiene mayor riesgo de padecer alguna enfermedad a diferencia del sexo masculino con un porcentaje equivalente al 35.3%.

Cabe recalcar que en la presente investigación el número de mujeres (n=158) excede al de los hombres (n=115) por lo que pueden existir diferencias en relación con los anteriores estudios ya mencionados.

En los resultados del presente estudio, frecuencia de negligencia al cuidado dental de acuerdo con la edad, se encontraron hallazgos significativos en los diferentes grupos etarios en especial en aquel conformado por adultos entre 66 a 70 años equivalente al 33% (n=89), seguido por el grupo de 71 a 80 años correspondiente al 21% (n=58) y con menos negligencia el grupo de 81 a 90 años equivalente al 8% (n=22) similar a la investigación de García D, Ecuador 2017⁽³⁴⁾, quien encuestó a 428 personas mayores de 65 años, obteniendo una mayor frecuencia al cuidado dental en el grupo etario entre 67, 75 y 79 años al igual que el estudio presentado por Mildred S et. al, Cuba 2013¹⁵, quien realizó un estudio titulado "*Lesiones en la mucosa oral de pacientes mayores de 60 años y portadores de prótesis*", con una muestra de 122 pacientes, reflejó que los individuos de 60- 69 años con 69 casos presentaron el 56,6% de frecuencia al padecer alguna lesión a consecuencia del uso de la prótesis, seguido del grupo de 70 -79 años con 41 casos equivalente al 33,6 % y en menor cuantía los mayores de 80 años con 12 casos equivalente al 9,8% concluyendo que el grupo de 60-69 años tienen mayor frecuencia a padecer lesiones bucales a causa del descuido hacia su cavidad oral.

La tabla del ingreso económico, presentó un 45% (n=124) de personas con un ingreso económico bajo obtuvo mayor negligencia al cuidado dental, a diferencia de las personas con un ingreso económico alto equivalente al 16%(n=45). Se puede observar un Chi cuadrado menor a 0.05, es decir que, si tiene diferencia significativa, entre las dos variables, con discrepancia al estudio de García D, Ecuador 2017⁽³²⁾, que realizó una investigación sobre el ingreso económico y la negligencia al cuidado dental obteniendo un valor de odds ratio de 1.6, es decir, determinó que el nivel de ingreso económico no es un factor de riesgo para el desarrollo de negligencia a diferencia de Caballero JF et, al, España 2012⁽⁹⁾, que menciona la importancia del nivel de ingreso

económico ya que se encuentra en estrecha relación con la salud, fundamentalmente debido a que la economía de la mayoría de los adultos mayores no cubre sus necesidades básicas.

De acuerdo con el Nivel de instrucción, los resultados del presente estudio indican que tienen mayor negligencia las personas de nivel de instrucción bajo con un valor correspondiente al 44%(n=119), a comparación de las personas de nivel de instrucción alto, equivalente al 18% (n=50). Se puede observar un Chi cuadrado menor a 0.05 es decir que si tiene diferencia estadísticamente significativa entre las dos variables. Gonzales E, Cuba 2007⁽³⁵⁾, valoró una muestra de 55 adultos mayores, se observa que los conocimientos adecuados incrementan según aumenta el grado de instrucción, en el caso de los analfabetos (instrucción baja) se observó el 30%, a comparación de los universitarios con el 72,7% (instrucción alta), se concluyó que hay una menor frecuencia de negligencia al cuidado dental en la instrucción alta ya que poseen mejores conocimientos, por lo tanto, tienen un mejor cuidado en su salud oral.

Finalmente, en el presente estudio se observó que existe mayor negligencia al cuidado dental por parte de los individuos que se encuentran expuestos de acuerdo con la ocupación con un equivalente al 49% (n=135), a diferencia de los individuos que no se encuentran expuestos equivalente al 12% (n=34). Se puede observar en los resultados un Chi cuadrado mayor a 0.05, lo que significa que no hay diferencia significativa entre las dos variables negligencia y ocupación. Matute M, Ecuador 2017⁽³⁶⁾, difiere en su estudio realizado debido que el OR es de 1.38, lo que significa que la ocupación en algunos casos puede ser un factor de protección y en otros un factor de riesgo.

Por ser un tema relevante e innovador dentro de nuestro medio, la presente investigación muestra cierto nivel de dificultad en cuanto a la comparación con otros estudios a nivel nacional, por lo que se recomienda tomar el presente trabajo como referente para futuras investigaciones. Este estudio colaborara para solucionar los problemas de negligencia al cuidado dental.

3. CONCLUSIONES

- En el presente estudio se determinó que la frecuencia de negligencia al cuidado dental es alta en la población de los adultos mayores a 65 años de edad de la parroquia Totoracocha.
- Se demostró que no hay relación estadísticamente significativa, entre las variables de negligencia al cuidado dental y el sexo.
- No existe relación estadísticamente significativa, entre las variables de negligencia al cuidado dental y la edad.
- Se determinó que, hay relación estadísticamente significativa entre las dos variables, negligencia al cuidado dental y el ingreso económico.
- Existe relación estadísticamente significativa entre las dos variables, negligencia al cuidado dental y el nivel de instrucción.
- Finalmente se demostró que no hay diferencia significativa entre las variables de negligencia al cuidado dental y la ocupación.

III. BIBLIOGRAFÍA

1. Villavicencio E. Barreras Para El Acceso A servicios de Salud Bucal. Odontología Activa Revista Científica. Vol.2.Nº2. Mar, 2018. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/323652672_BARRERAS_PARA_EL_ACCESO_A_SERVICIOS_DE_SALUD_BUCAL
2. Jamieson L, Thomson W. The Dental Neglect and Dental Indifference scales compared. Community Dent Oral Epidemiol. Estados Unidos. Jun 2002. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12000339>
3. Hartman G. Evaluación de la situación económica del adulto mayor que percibe pensión mínima por vejez. Observatorio de la Economía Latinoamericana. Nº169. Cuba .2012. Disponible en: <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/cu/2012/ghr.html>
4. Laplace B, Legrá S, Laplace JF, et al. Scielo. Enfermedades bucales en el adulto mayor. Vol.17.Nº4. Holguín. Dic 2013. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156043812013000400008
5. Petersen P, Bourgeois D, Bratthall G, et al. Sistemas de información sobre salud bucodental: hacia la medición de los progresos de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades bucodentales. Organización Mundial de la Salud. 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>
6. Villavicencio E. Líneas de investigación en Odontología. Activa Revista Científica. Aug 2016. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/319218852_Lineas_de_investigacion_en_Odontologia
7. Kumar A. Dental Neglect. Research & Reviews. India. Abril 2015. Disponible en <http://www.rroij.com/open-access/dental-neglect-a-review.php?aid=53395>
8. Sarkar P, Dasar P, Nagarajappa S, et al. Impacto de la Escala de negligencia dental en el estado de salud oral entre diferentes profesionales en la ciudad de Indore: un estudio transversal. Revista Clinical Diagnostic Research. Vol.9. Oct 2015. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4625340/>

9. Caballero JF, Caballero JC. El anciano en la odontoestomatología. Rev Esp Geriatr Gerontol. Vol. 33. Nº91. España. 2012. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-el-anciano-odontoestomatologia-13006031>
10. López G, Lopez L, Nachon G, et al. Salud bucal, salud bucal percibida y calidad de vida en adultos mayores. Revista Médica. Vol.14. Nº 2. Dic 2014. Disponible en: https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol14_num2/articulos/salud.
- 11 London S, Temporelli K, Monterubblanesi P. Forma de vida. Redalyc. Jun.2015. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/510/51011904007/>
- 12 _Galbán P, Sansó F, Díaz Canel A, et al. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Rev Cubana Sal Púb. Vol.33.Nº1. Cuba. Feb 2009. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v33n1/spu10107.pdf>
- 13 Brenes W, Hoffmaister F. Situaciones de salud bucal en personas adultas mayores: problemas y desafíos. Scielo. Vol.25.Nº3-4. Dec 2004. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-29482004000200003
- 14 Rodríguez H. García F. Echemendía Y. Salud bucal y nivel de información en los adultos mayores. Scielo. Vol.17.Nº3. Dic 2015. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212015000300009
- 15 Gutiérrez M, Sánchez Y, Castillo Y. Lesiones en la mucosa oral de pacientes mayores de 60 años y portadores de prótesis. Scielo. Vol.17. No.4 Holguín. Dic. 2013. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000400005
- 16 Mazarro G. Análisis de las diferencias de género en el cuidado bucodental. Ciencia. Madrid. Nov 2012. Disponible en: [file:///C:/Users/Estefania/Downloads/241 CIENCIA Diferencias genero.pdf](file:///C:/Users/Estefania/Downloads/241%20CIENCIA%20Diferencias%20genero.pdf)

- 17 Salvador M, Larrea C, Belmont P, Baroja C. Un índice difuso de niveles socioeconómicos en Quito. Revista Epn. Vol.34.Nº1. Ecuador. Oct 2014. Disponible en:<http://www.revistapolitecnica.epn.edu.ec/images/revista/volumen34/tomo2/Unindexadifusodeniveles.pdf>.
18. Santos H. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. Revista Cubana de Salud Pública. Vol.37.Nº2. México. 2011. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2011.v37n2/10.1590/S0864-34662011000200007/>
19. Ferreira C, García k, Macías L, Pérez A, et al. Mujeres y hombres del Ecuador en cifras iii. INEC. Ecuador. 2011. Disponible en: file:///C:/Users/Ili/Downloads/Mujeres_y_Hombres_del_Ecuador_en_Cifras_III.pdf
20. Morales V. Estudio de la situación sociodemográfica y socioeconómica. INEC. Ecuador. 2018. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Economicos/Evolucion_de_la_indus_Aliment_Beb_2001-2006/Poblac_Adulto_Mayor.pdf
21. Dho M. Conocimientos de salud bucodental en relación con el nivel socioeconómico en adultos de la ciudad de Corrientes, Argentina. CONICET. Vol33. N2.Junio.2015. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v33n3/v33n3a05.pdf>
22. INEC. Clasificación de Ocupaciones en el Sistema Estadístico Nacional.2014. Disponible en <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Agenda-Nacional-Igualdad-Intergeneraci%C3%B3n.pdf>
23. Sacco N, Riveiro M. La Clasificación de Ocupaciones en el Sistema Estadístico Nacional. Scielo. No.51. Buenos Aires. Jun 2016. Disponible en : <http://aplicaciones2.ecuadorencifras.gob.ec/SIN/metodologias/CIUO%2008.pdf>

24. Sáez R, Carmona M, Jiménez Z, et al. Cambios bucales en el adulto mayor. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Estomatología. CUBA. Dic 2007. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/est11407.htm
25. McGrath C, Sham A, Ho D, et al. El impacto de la negligencia dental en la salud oral: un estudio basado en la población en Hong Kong. Pubmed. Feb 2007. Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17378343>
26. Savio I. Guía de Cuidados de Salud Para Adultos Mayores. Programa del adulto mayor ASSE. 2011. Disponible en: https://www.bps.gub.uy/bps/file/8115/1/ guia_del_adulto_mayor.pdf
27. Díaz S, Arrieta K, Ramos K. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. Rev Clin Med Fam . Vol.5.Nº.1. Noruega. 2012. Disponible en: <http://www.cdjournal.org/issues/24-4-december-2007/41-assessment-of-the-reliability-and-validity-of-the-dental-neglect-scale-in-norwegian-adults>
28. Villavicencio E., Cuenca K, Vélez E, Sayago J, Cabrera A. Pasos para la planificación de una investigación clínica. Odontología activa UCACUE. Ecuador. 2016. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php?journal=OACTIVAUCACUE&page=article&op=view&path%5B%5D=20&path%5B%5D=22>
29. Villavicencio E, Alvear M, Cuenca K, Calderón M, Palacios D, Alvarado A. Diseños de estudios clínicos en odontología. Vol. 1, No. 2, 2016. Revista OACTIVA UC Cuenca. 2016. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php?journal=OACTIVAUCACUE&page=article&op=view&path%5B%5D=37&path%5B%5D=46>
30. Villavicencio E, Alvear MC, Cuenca K, y cols. El tamaño muestral para la tesis ¿Cuántas personas debo encuestar?. Revista OACTIVA UC Cuenca. Vol.2.Nº1. Ecuador. 2017. Disponible en <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/175/234>

31. Matute C, Barzallo J, Villavicencio E. Negligencia al cuidado dental. Revista OACTIVA UC. Vol3. N°3. Ecuador. 2018. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/181>
32. Skaret E , Astrøm A , Haugejorden O, et al. Evaluación de la fiabilidad y validez de la Escala de negligencia dental en adultos noruegos. Pubmed. Noruega. Dic 2007. Disponible en: <http://www.cdjournal.org/issues/24-4-december-2007/41-assessment-of-the-reliability-and-validity-of-the-dental-neglect-scale-in-norwegian-adults>
33. Álvarez C. Relación entre la ocupación laboral y la negligencia al cuidado dental en adultos de 65 a 85 años en la parroquia Gil Ramírez Dávalos en la ciudad de Cuenca Ecuador, en el año 2017. Ecuador. Febrero 2018. Disponible en: <http://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/reducacue/7678/1/TESIS%20CD%20FINAL%20PDF.pdf>
34. García D. Relación entre el nivel de ingreso económico y la negligencia al cuidado dental en personas mayores de 65 años, de la parroquia Huayna Capac de la ciudad de Cuenca, 2017. Ecuador. Febrero 2018. Disponible en : <http://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/reducacue/7714/1/Relacion%20entre%20el%20nivel%20de%20ingreso%20econ%C3%B3mico%20y%20la%20negligencia%20a>
35. Gonzales E. Aspectos principales de la salud bucal del adulto mayor. Junio 2000 <http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/saludadulto.pdf>
36. Matute M. Relación entre la ocupación y la negligencia al cuidado dental, en adultos jóvenes de 18 a 44 años de edad, en la parroquia Bella Vista en Cuenca Ecuador en el año 2017. Ecuador. Febrero.2018. Disponible en: <http://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/reducacue/7731/1/TESIScari%20FINAL.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1

ENCUESTA BARRERAS PARA ACCEDER A SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

CI: _____ Sexo: Masculino () Femenino () TIEMPO: _____ Min
 Edad: _____ AÑOS Ocupación: _____ PARROQUIA: _____

OPCIONAL

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	

Ingreso mensual familiar aproximado: _____

¿Cuántas personas dependen de este ingreso?: _____

NEGLIGENCIA DENTAL					
Califique del 1 al 5 si está de acuerdo con esta frase:	Definitivamente no			Definitivamente si	
	1	2	3	4	5
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

PUNTOS DE CORTE

NEGLIGENCIA	11 y MAYOR A 11	CASO
(preguntas de la 9 a la 14)	MENOR A 10 incluye 10	CONTROL

VARIABLE 2 "Exposición"	EXP/NO EXP	VALORES
OCUPACIÓN	EXP	5-7-9
	NO EXP	0-1-2-3-4-6-8
GRADO DE INSTRUCCIÓN	ALTO (NO EXP)	Superior Técnica-Superior Universitaria
	BAJO (EXP)	Analfabeto-Primaria-Secundaria
NIVEL INGRESO ECONÓMICO	ALTO (NO EXP)	375 A MÁS
	BAJO (EXP)	MENOR A 374

ANEXO 2

TABLA DE DATOS DEPURADA

EDAD	SEXO	OCUPACIÓN	INGRESO ECONÓMICO	NIVEL DEL INSTRUCCIÓN	NEGLIGENCIA
70	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NEGLIGENTE
70	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NEGLIGENTE
70	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NEGLIGENTE
69	Masculino	EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NEGLIGENTE
72	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NEGLIGENTE
69	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NO NEGLIGENTE
72	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NEGLIGENTE
86	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
69	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
66	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NO NEGLIGENTE
67	Masculino	NO EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NEGLIGENTE
70	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NO NEGLIGENTE
69	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NO NEGLIGENTE
71	Masculino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NEGLIGENTE
67	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NO NEGLIGENTE
66	Femenino	NO EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NEGLIGENTE
68	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
70	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NEGLIGENTE
67	Masculino	EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NEGLIGENTE
66	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NO NEGLIGENTE
67	Femenino	NO EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
69	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NO NEGLIGENTE
75	Masculino	EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NEGLIGENTE
67	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
66	Masculino	NO EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
66	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
66	Femenino	NO EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
74	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
66	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NEGLIGENTE
67	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
68	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
66	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NEGLIGENTE
69	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NEGLIGENTE
66	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NEGLIGENTE
67	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NEGLIGENTE
71	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NEGLIGENTE

68	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NEGLIGENTE
70	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NEGLIGENTE
66	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NEGLIGENTE
69	Masculino	EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NEGLIGENTE
73	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
72	Masculino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NEGLIGENTE
82	Masculino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NO NEGLIGENTE
69	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NO NEGLIGENTE
66	Masculino	EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NEGLIGENTE
70	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NEGLIGENTE
80	Masculino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NO NEGLIGENTE
72	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
90	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NEGLIGENTE
90	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
74	Masculino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NEGLIGENTE
74	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
66	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NO NEGLIGENTE
69	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
68	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
75	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
67	Masculino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NEGLIGENTE
66	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NEGLIGENTE
70	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
78	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
66	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
74	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
83	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NO NEGLIGENTE
80	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NO NEGLIGENTE
76	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
78	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
66	Masculino	NO EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
72	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
83	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
72	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
68	Femenino	NO EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
82	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
67	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
70	Masculino	NO EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
78	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
68	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
72	Masculino	NO EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NEGLIGENTE
68	Masculino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NEGLIGENTE
72	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NO NEGLIGENTE
82	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
69	Femenino	NO EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE

80	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NO NEGLIGENTE
73	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
73	Femenino	NO EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
68	Masculino	NO EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NEGLIGENTE
67	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NO NEGLIGENTE
80	Masculino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NEGLIGENTE
75	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
68	Masculino	NO EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NEGLIGENTE
70	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NEGLIGENTE
66	Masculino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NO NEGLIGENTE
67	Masculino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NO NEGLIGENTE
67	Masculino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NO NEGLIGENTE
66	Masculino	EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NO NEGLIGENTE
66	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NO NEGLIGENTE
66	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NO NEGLIGENTE
66	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NEGLIGENTE
66	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NO NEGLIGENTE
66	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NO NEGLIGENTE
70	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NEGLIGENTE
69	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NO NEGLIGENTE
67	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NEGLIGENTE
70	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NO NEGLIGENTE
67	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NO NEGLIGENTE
68	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NO NEGLIGENTE
66	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NO NEGLIGENTE
70	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NEGLIGENTE
68	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NEGLIGENTE
66	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NEGLIGENTE
69	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NO NEGLIGENTE
67	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NO NEGLIGENTE
66	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NO NEGLIGENTE
66	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NEGLIGENTE
66	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NO NEGLIGENTE
68	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NO NEGLIGENTE
66	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NO NEGLIGENTE
67	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NO NEGLIGENTE
69	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NO NEGLIGENTE
67	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
70	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NO NEGLIGENTE
85	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NO NEGLIGENTE
79	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
75	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NO NEGLIGENTE
81	Masculino	NO EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NO NEGLIGENTE
72	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NO NEGLIGENTE
75	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NO NEGLIGENTE

66	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NO NEGLIGENTE
68	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NO NEGLIGENTE
71	Masculino	NO EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NO NEGLIGENTE
66	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NO NEGLIGENTE
70	Masculino	NO EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NO NEGLIGENTE
69	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NO NEGLIGENTE
68	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NO NEGLIGENTE
66	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NO NEGLIGENTE
78	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NO NEGLIGENTE
85	Masculino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NEGLIGENTE
70	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
68	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
84	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
71	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
68	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NEGLIGENTE
67	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
78	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
69	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
67	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
75	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
78	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NEGLIGENTE
85	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NEGLIGENTE
70	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
67	Masculino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NEGLIGENTE
71	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
70	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
73	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
82	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
72	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
68	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NEGLIGENTE
74	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
76	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
67	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NEGLIGENTE
66	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
68	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NO NEGLIGENTE
70	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NO NEGLIGENTE
71	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NO NEGLIGENTE
73	Masculino	NO EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NO NEGLIGENTE
69	Femenino	NO EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NO NEGLIGENTE
67	Masculino	NO EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NEGLIGENTE
68	Masculino	EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NO NEGLIGENTE
78	Masculino	EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NO NEGLIGENTE
80	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NO NEGLIGENTE
75	Masculino	NO EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NO NEGLIGENTE
76	Masculino	NO EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NO NEGLIGENTE

66	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NO NEGLIGENTE
77	Masculino	NO EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NO NEGLIGENTE
82	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NEGLIGENTE
69	Masculino	NO EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NO NEGLIGENTE
76	Masculino	NO EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NO NEGLIGENTE
90	Femenino	NO EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NEGLIGENTE
66	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
66	Masculino	NO EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
73	Masculino	NO EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NEGLIGENTE
71	Femenino	NO EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NEGLIGENTE
68	Femenino	NO EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NEGLIGENTE
71	Masculino	NO EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
80	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NEGLIGENTE
68	Masculino	NO EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
72	Femenino	NO EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
74	Masculino	NO EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
86	Femenino	NO EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
88	Masculino	NO EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
82	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
86	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NO NEGLIGENTE
74	Masculino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NEGLIGENTE
72	Masculino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NO NEGLIGENTE
66	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NO NEGLIGENTE
69	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NEGLIGENTE
67	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NEGLIGENTE
69	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NEGLIGENTE
69	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NEGLIGENTE
66	Masculino	NO EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NEGLIGENTE
66	Masculino	NO EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NEGLIGENTE
66	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NEGLIGENTE
70	Masculino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NEGLIGENTE
82	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NO NEGLIGENTE
70	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NO NEGLIGENTE
80	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NEGLIGENTE
76	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NO NEGLIGENTE
80	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NO NEGLIGENTE
79	Masculino	EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NO NEGLIGENTE
75	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NO NEGLIGENTE
72	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NO NEGLIGENTE
71	Masculino	EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NO NEGLIGENTE
70	Masculino	EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NO NEGLIGENTE
66	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NO NEGLIGENTE
68	Masculino	NO EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NO NEGLIGENTE
82	Femenino	NO EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NEGLIGENTE
67	Femenino	NO EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE

83	Masculino	NO EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
69	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NEGLIGENTE
87	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
88	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
76	Masculino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NEGLIGENTE
74	Femenino	NO EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
71	Masculino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NEGLIGENTE
74	Masculino	NO EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NO NEGLIGENTE
81	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NO NEGLIGENTE
68	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NO NEGLIGENTE
78	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
85	Masculino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NEGLIGENTE
82	Masculino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NEGLIGENTE
69	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NO NEGLIGENTE
68	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
76	Masculino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NEGLIGENTE
80	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
74	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
69	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NO NEGLIGENTE
79	Masculino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NO NEGLIGENTE
75	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NO NEGLIGENTE
78	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NO NEGLIGENTE
75	Masculino	NO EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NO NEGLIGENTE
71	Masculino	NO EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NEGLIGENTE
72	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NEGLIGENTE
69	Femenino	NO EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NEGLIGENTE
82	Masculino	NO EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NEGLIGENTE
68	Masculino	EXPUESTOS	ALTO	ALTO	NEGLIGENTE
66	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NEGLIGENTE
70	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NO NEGLIGENTE
70	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NO NEGLIGENTE
71	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NO NEGLIGENTE
72	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NO NEGLIGENTE
73	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NO NEGLIGENTE
74	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NO NEGLIGENTE
75	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NO NEGLIGENTE
75	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NO NEGLIGENTE
75	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NO NEGLIGENTE
76	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NO NEGLIGENTE
76	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NO NEGLIGENTE
77	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NO NEGLIGENTE
79	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NO NEGLIGENTE
80	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NO NEGLIGENTE
81	Femenino	EXPUESTOS	ALTO	BAJO	NO NEGLIGENTE
80	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE

68	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
70	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
76	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
68	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
69	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
80	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	ALTO	NEGLIGENTE
66	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
75	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
77	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
66	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
80	Femenino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE
76	Masculino	EXPUESTOS	BAJO	BAJO	NEGLIGENTE