



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

“Relación entre el ingreso económico y la indiferencia al tratamiento dental en adultos de 45-65 años de edad, de la parroquia San Sebastián, Cuenca – Azuay, 2017”

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

AUTOR: Jaramillo Alba, Stalin Fernando

TUTORA: Cuenca León, Katherine de los Ángeles, MgS. BQF.

CUENCA, AZUAY, ECUADOR

2018

DECLARACIÓN:

Yo, Jaramillo Alba Stalin Fernando, 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 sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

.....

Autor: Jaramillo Alba Stalin Fernando

C.I. 1900772094

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de titulación denominado, RELACIÓN ENTRE EL INGRESO ECONÓMICO Y LA INDIFERENCIA AL TRATAMIENTO DENTAL EN ADULTOS DE 45-65 AÑOS DE EDAD, DE LA PARROQUIA SAN SEBASTIÁN, CUENCA – AZUAY, 2017. realizado por JARAMILLO ALBA STALIN FERNANDO, 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 INDIFERENCIA AL TRATAMIENTO DENTAL EN ADULTOS DE 45-65 AÑOS DE EDAD, DE LA PARROQUIA SAN SEBASTIÁN, CUENCA – AZUAY, 2017, realizado por JARAMILLO ALBA STALIN FERNANDO, 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.

.....

MgS. BQF. Katherine Cuenca León

DEDICATORIA

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor, por la paciencia que me diste en los momentos de estrés para poder continuar y no desvanecerme en el intento.

A mi madre Sonia por haberme apoyado 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 mi padre Stalin por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante en busca del triunfo y por su amor.

A mis amigos que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y que hasta ahora, seguimos siendo amigos por haberme ayudado a realizar este trabajo.

EPÍGRAFE

Cada persona brilla con luz propia entre todas las demás.

No hay dos fuegos iguales.

Hay grandes fuegos y fuegos chicos

y fuegos de todos los colores.

E. Galeano

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de tesis principalmente se lo agradezco a Dios por las infinitas oportunidades de vida, gozo y paciencia para poder llegar al lugar donde me encuentro hoy, porque has hecho realidad este sueño anhelado, a mis padres por el apoyo incondicional, por sus consejos y apoyo en los momentos más difíciles, en especial a mi madre por ser el pilar fundamental quien me ha motivado durante mi formación como profesional, poniendo su hombro en los momentos en que simplemente ya no podía más.

A la Universidad Católica De Cuenca, Unidad Académica De Salud y Bienestar, carrera de Odontología por darme la oportunidad de estudiar y ser parte de esta prestigiosa institución, a todos mis docentes por compartirme sus conocimientos y experiencias.

A mi tutora de tesis MgS. BQF. Katherine Cuenca por su esfuerzo y dedicación para poder culminar con éxito esta etapa de estudio.

A mis profesores de investigación Dr. Ebingen Villavicencio y Dra. Liliana Encalada por transmitir sus conocimientos para el desarrollo de este trabajo de tesis.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles por su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga.

LISTA DE ABREVIATURAS

DIS: Escala de indiferencia dental

OMS: Organización mundial de la salud

ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN.....	14
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
2. JUSTIFICACIÓN	17
3. OBJETIVOS.....	18
1. OBJETIVO GENERAL	18
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
4. MARCO TEÓRICO	19
4.1. NIVEL SOCIOECONÓMICO	19
4.1.a. DEFINICIÓN	19
4.1.d. RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIO-ECONÓMICO Y PROBLEMAS DE SALUD ORAL	20
4.1.e. FACTOR SOCIOECONÓMICO ASOCIADO A LA SEVERIDAD DE CARIES DENTAL	21
4.1.e.1 VARIABLES SOCIOECONÓMICAS	21
4.1.f. FACTORES SOCIO-POLÍTICOS QUE AFECTAN A LA SALUD ORAL	22
4.1.g. INDIFERENCIA DENTAL	23
4.1. g.1. DEFINICIÓN	23
4.1.h. DESARROLLO DE UNA ESCALA PARA MEDIR LA INDIFERENCIA DENTAL.....	23
4.1.j FIABILIDAD Y VALIDÉZ DE LA ESCALA DE INDIFERENCIA DENTAL	24
4.1.k. USO DE ANESTESIA GENERAL PARA DISMINUIR EL MIEDO DENTAL ..	25
4.1.l. MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO MÁS UTILIZADOS PARA EVALUAR LA INDIFERENCIA AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO	27
4.1.m. PREVENCIÓN	28
4.2 ANTECEDENTES	31

5. HIPÓTESIS	35
--------------------	----

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. MARCO METODOLÓGICO	37
2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	37
3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	38
INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	
4.1. Instrumentos documentales	39
4.2. Instrumentos mecánicos	39
4.3. Materiales	39
4.4. Recursos	39
4. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS	39
5.1. Ubicación espacial	39
5.2. Ubicación temporal	39
5.3. Procedimientos de la toma de datos	39
5. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS	42
6. ASPECTOS BIOÉTICOS	42

CAPÍTULO III

RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. RESULTADOS	44
2. DISCUSIÓN	48
3. CONCLUSIÓN	51
BIBLIOGRAFÍA.....	52
ANEXOS.....	57

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1.- DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DE ACUERDO A SEXO	45
TABLA N° 2.- DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DE ACUERDO A EDAD.....	46
TABLA N° 3.- RELACIÓN ENTRE LA EXPOSICIÓN Y LA ENFERMEDAD	47

RESUMEN

OBJETIVO: El objetivo de esta investigación fue relacionar el ingreso económico y la indiferencia al tratamiento odontológico en adultos de 45 a 65 años de edad en la parroquia San Sebastián de la Ciudad de Cuenca del año 2017. **MATERIALES Y MÉTODOS:** La metodología aplicada fue de caso control, relacional y transversal actual. Se evaluó a 182 personas (104 mujeres y 78 hombres) en edades comprendidas de 45 a 65 años, las cuales llenaron la encuesta DIS. Los datos cuantitativos fueron analizados usando la prueba ODDS RATIO para determinar las diferencias significativas entre el ingreso económico y la indiferencia al tratamiento odontológico. **RESULTADOS:** Los resultados obtenidos fueron que del total de personas con indiferencia dental un 69% tienen un ingreso económico bajo y un 31% tienen un ingreso económico alto. Según el sexo se demostró que el 57% de mujeres y el 43% de los hombres presentaron indiferencia al tratamiento odontológico. En cuanto a la edad los resultados obtenidos fueron que las edades con mayor prevalencia de indiferencia fueron de 50, 51 y 65 años con un 8-9% respectivamente. **CONCLUSIÓN:** La relación entre el ingreso económico y la indiferencia al tratamiento odontológico en personas de 45 a 65 años de edad, de la parroquia San Sebastián no fue significativa, por tanto, no existe relación entre el ingreso económico y la indiferencia al tratamiento dental, siendo el ingreso económico un factor de protección.

PALBRAS CLAVE: Indiferencia, ingreso económico, apatía dental.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The objective of this research was to relate the economic income and the indifference to the dental treatment in adults from 45 to 65 years of age in the San Sebastián parish of the City of Cuenca in the year 2017. **MATERIALS AND METHODS:** The methodology applied was of current control, relational and transversal case. A total of 182 people (104 women and 78 men) were evaluated, ranging in age from 45 to 65 years old, who completed the DIS survey. The quantitative data were analyzed using the ODDS RATIO test to determine the significant differences between the economic income and the indifference to the dental treatment. **RESULTS:** The results obtained were that of the total of people with dental indifference, 69% have a low economic income and 31% have a high economic income. According to sex, 57% of women and 43% of men showed indifference to dental treatment. Regarding age, the results obtained were that the ages with the highest prevalence of indifference were 50, 51 and 65 years with 8-9% respectively. **CONCLUSION:** The relationship between the economic income and the indifference to the dental treatment in people from 45 to 65 years of age, of the San Sebastián parish was not significant, therefore, there is no relationship between the economic income and the indifference to the dental treatment, being the economic income a factor of protection.

KEYWORDS: Indifference, economic income, dental apathy.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los servicios de atención dental difieren entre los países en cuanto a la distribución, la accesibilidad, la disponibilidad y los costos. En algunos países, los servicios completos de salud dental están fácilmente disponibles a través de sistemas privados o públicos, mientras que en otros países los servicios dentales se limitan a aliviar el dolor y los cuidados de emergencia ¹.

Por eso al hablar de indiferencia dental nos referimos a la falta de motivación o de preocupación por la salud dental que contribuye de manera significativa a la desconfianza de la gente a asistir a los chequeos dentales y poner en práctica medidas de prevención dental ².

La indiferencia al tratamiento dental se ha convertido en un problema común en la población, ya que esta falta de preocupación por la salud bucodental impide aplicar medidas preventivas y esto podría contribuir de manera importante al desarrollo de patologías orales ¹.

Para identificar grupos que requieren promoción de salud oral, individuos que estén asociados con una falta de interés en su salud dental, como la falta de cumplimiento con las instrucciones de cuidado bucal y el fracaso para completar cualquier tratamiento, se desarrolló un medio confiable para detectar el grado de indiferencia dental en la parroquia de San Sebastián, se utilizarán encuestas de una escala desarrollada por Nutall N denominada "Indiferencia dental" ^{1,3}.

Con los resultados que nos arroje esta escala se pretende crear medidas destinadas a disminuir el grado de indiferencia en esta Parroquia, ya sea a través de campañas de promoción de la salud oral o con Brigadas de vinculación con la sociedad a cargo de la Universidad Católica de Cuenca.

El objetivo principal de este trabajo es determinar los niveles de indiferencia al tratamiento dental y su relación con el ingreso económico en un lugar específico con una muestra de población, con el propósito de aportar a la comunidad científica datos sobre este factor de riesgo.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente tema de investigación surgió a partir del macro-estudio de barreras para acceder a los servicios Odontológicos en la ciudad de Cuenca, ya que está dirigido a mejorar la calidad de vida de las personas que presentan ciertos niveles de indiferencia en su cuidado dental.

Por lo tanto, este trabajo investigativo pretende responder la siguiente pregunta de investigación **¿Existe asociación entre el ingreso económico y la indiferencia al tratamiento dental en adultos de 45-65 años de edad en la Parroquia San Sebastián?**

2.- JUSTIFICACIÓN:

El presente tema de investigación está enfocado en determinar la relación entre el ingreso económico con la indiferencia ante el tratamiento dental, en población adulta de 45 a 65 años. Los resultados que se obtengan estarán destinados a inspirar a otros investigadores a investigar y determinar la relación que existe entre el ingreso económico y la indiferencia al tratamiento dental, esto en base a los niveles de indiferencia que se encuentren en la parroquia San Sebastián.

Este estudio tiene una relevancia social debido a que va dirigido a los habitantes de la parroquia de San Sebastián; además este es de gran interés para la población de Cuenca-Ecuador y podría servir también de referencia bibliográfica para futuras investigaciones de indiferencia al tratamiento odontológico.

Con el presente estudio se pretende mejorar la calidad de vida de los pobladores de esta parroquia y a la vez lograr una enseñanza sobre el cuidado oral para combatir la indiferencia al tratamiento dental.

La presente investigación tiene un nivel de originalidad a nivel nacional y de Latino América, debido a que es un nuevo estudio que en la actualidad no cuenta con aportes bibliográficos sobre la situación de factores asociados a la relación entre ingreso económico e indiferencia ante el tratamiento odontológico de la población adulta de 45 a 65 años.

Para garantizar la viabilidad de este estudio se han realizado coordinaciones, con las autoridades institucionales de la Universidad Católica de Cuenca, dirección de carrera de Odontología, dirección de investigación de la carrera de Odontología y con la cátedra de investigación de la misma y conjuntamente con el equipo destinado a realizar la presente investigación, el mismo que se encuentra conformado por los estudiantes de Décimo Ciclo.

3.- OBJETIVOS

3.1.- OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el ingreso económico y la indiferencia al tratamiento dental en adultos de 45-65 años de edad de la Parroquia San Sebastián.

3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar la muestra de acuerdo al sexo en los adultos de 45-65 años de edad de la parroquia San Sebastián.
- Analizar la muestra de acuerdo a la edad de los habitantes de la parroquia San Sebastián.

4.- MARCO TEÓRICO:

4.1 Nivel socioeconómico

4.1.a Definición

Por medio de un indicador económico se busca instaurar una discrepancia del nivel de una vivienda familiar en comparativa con otra de similares circunstancias. El índice económico se puede definir según la educación que tiene el jefe de hogar, aspectos de su hogar, los bienes que dispone el mismo, egresos de la familia, lo cual está influenciado en diversas variables: casa, estudios de la familia, total de bienes, aparatos tecnológicos y conducta de consumos ¹.

4.1.b. Niveles

Los publicistas de un estudio plantean cuatro niveles sociales en Latino América de acuerdo a sus ingresos:

Niveles socioeconómicos	
Pobres	Menos de \$4 por día
Vulnerables	De \$4 a \$10 por día
Clase media	De \$10 a \$50 por día
Clase alta	Más de \$50 por día

Fuente: Rojas P, Mazzíni M, Medrano J. Índice difuso de niveles socioeconómicos en Quito 2017 ².

4.1.c. Las desigualdades en salud asociadas al nivel socioeconómico

Las personas que habitan en comunidades y poblaciones de bajos recursos son más susceptibles a contraer patologías orales tales como: pérdida temprana de piezas dentales, enfermedad periodontal y lo más común como son las caries dentales; el factor económico, mala educación, falta de oportunidad para acceder a servicios públicos, impiden una solución rápida a la atención odontológica, y esto es un gran problema en el campo de la salud pública ².

Este tipo de problemas se puede presenciar más en los adultos mayores debido a que el proceso de envejecimiento trae consigo cambios en los tejidos y una discapacidad de adaptación en el organismo, estos cambios de las estructuras bucodentales están asociados a la falta de cuidado personal a lo largo de su vida, dando lugar al incremento de llegar a la vejez con una importante pérdida de piezas dentales³.

También se ha podido constatar que en adultos mayores con o sin dientes, los cambios etarios traen consigo una disfunción sensorial de su cavidad oral, perjudicando de esta manera el gusto del sabor, la textura y dureza de cualquier alimento y de esta manera el anciano pierde la motivación de alimentarse de una manera adecuada, siendo esto un problema que debe involucrar a las autoridades pertinentes ³.

4.1.d. Relación entre el nivel socio-económico y problemas de salud oral

Entre los problemas estomatognáticos, se pudo demostrar que el nivel económico no influye como relación a las Maloclusiones en una localidad, por lo tanto, se abren las posibilidades de explorar otros factores como cultura y educación ^{4,5}.

La relación que existe entre frecuencia de citas al odontólogo y nivel económico existe una significancia estadística, debido a que las personas acuden a sus citas dentales según su grado económico, nivel de satisfacción y costumbres frecuentes en la salud dental del resto de la población ⁶.

Por lo que esto involucra que, si quiere contrarrestar las discrepancias de la salud oral, las técnicas que se desarrollen y los recursos destinados a estos objetivos tienen que tener siempre en cuenta las diferencias que existen entre los grupos con menor y mayor ventaja social ⁷.

4.1.e. Factor socioeconómico asociado a la severidad de caries dental

El valor del índice de la caries dental es mayor en escolares por lo que este se ha vuelto en uno de los principales propósitos a resolver por parte de la OMS en el año 2000. Siendo este índice mayor en niñas que en niños con una diferencia de 2-3 veces, esto relacionado al nivel económico bajo, padres sin empleo, por lo que en este caso el nivel económico si es un factor de riesgo ^{8,11}.

Generalmente se puede decir que los niños pertenecientes a hogares de bajos recursos económicos tuvieron más experiencia y mayor grado de severidad cariogénica en la dentición primaria y permanente. Las principales diferencias encontradas en los índices de caries esto a través de las diferentes variables independientes nos muestran las desigualdades que existen en la salud oral de grupos sociales que habitan en localidades vecinas ^{9,12, 14}.

4.1.e.1 Variables socioeconómicas

4.1.e.2 Educación de los padres

Una variable concluyente tanto en el nivel como estabilidad socioeconómica es la educación de los padres ya que esto en parte influye en la calidad de vida ¹⁰.

4.1.e.3 Tamaño de la familia

También de esto va a depender la familia para poder tener acceso a los servicios de salud de buena calidad, para poder establecer a qué nivel económico pertenece cada familia se procede a realizar una operación en donde al ingreso total familiar se lo divide

para el número que conforman ese hogar y al resultado obtenido se lo ubica en los diferentes niveles socioeconómicos ¹⁰.

En muchos países que se encuentran en vía de desarrollo, la caries dental está considerada como un gran problema de salud pública, tal es el caso de Ecuador, ya que en este país la falta de programas de prevención y promoción de la salud bucal en localidades de bajo nivel económico ha dado como resultado elevados índices de caries dental ¹³.

Tanto la prevalencia como el grado de severidad aumenta con la edad, número de integrantes por familia, número de jefes responsables del sustento del hogar, menor frecuencia del cepillado dental, incremento de alimentos cariogénicos, el no acudir a las citas odontológicas y el desuso de los diferentes servicios de salud bucal ^{15,16}.

Por lo tanto, se puede decir que mientras más alto sea el nivel económico menor será el índice de caries dental, por lo que hay que enfocarse en la necesidad de aumentar los servicios de promoción y prevención de caries en las personas que habitan en localidades de bajos recursos económicos ^{17,18}.

Por eso es necesario un cambio inmediato de actitud frente a la enfermedad: reconocer el estado salud bucal y general, establecer los grupos con mayor prioridad, incremento de los programas de salud enfocados principalmente a la prevención y hacer especial énfasis en la búsqueda de nuevas estrategias como parte de una investigación ¹⁹.

4.1.f. Factores socio-políticos que afectan a la salud oral:

Se debe determinar las políticas tanto nacionales, provinciales y regionales, que actúan de manera directa en la salud bucodental, especialmente en relación a las siguientes variables como: ²⁰

*Atención primaria

*Recursos destinados a la salud dental tanto económicos como humanos.

* La prioridad que deben tener determinados grupos.

* Tipos de establecimientos que deben predominar:

Público, privado y mixto.

4.1.g. Indiferencia Dental:

4.1.g.1 Definición

La indiferencia dental es la despreocupación por parte del paciente acerca de su salud dental lo cual conlleva a un deterioro de sus tejidos bucales y al rechazo de las medidas preventivas orales, creándose así mismo un nivel de desconfianza al momento de asistir a la consulta odontológica ^{24,21}.

4.1.h. Desarrollo de una escala para medir la indiferencia dental

La falta de preocupación tiene un impacto importante en el interés de las personas al no acudir a sus citas odontológicas y de esta manera evitar las medidas de prevención de futuras patologías orales, es por esto que surgió la necesidad de desarrollar una escala para medir el nivel de indiferencia al tratamiento dental ^{22,21}.

Nutall ²¹ desarrolló un cuestionario de indiferencia dental que puede usarse para dirigir grupos que requieren actividad de promoción de la salud oral y puede resultar ser un medio fiable (88.7%) para identificar individuos que exhiben comportamientos que se podría esperar que estén asociados con una apatía en la salud dental, la falta de cumplimiento de las instrucciones de cuidado dental y el no completar el curso de su tratamiento ²¹. **(Ver anexo 1)**

4.1.i. -Escala de Indiferencia Dental

Una vez que se observó que el desinterés era una de las principales razones para no asistir a las citas odontológicas esto a través de una encuesta de salud dental nacional, Nutall, N. ²¹ desarrollo una escala para poder medir lo que el calificó como “indiferencia

dental". El nivel más alto de indiferencia dental se debía a una pérdida temprana de piezas dentales, los mismos que necesitaban un tratamiento de inmediata intervención al momento de presentarse a un odontólogo. Estos también eran pacientes irregulares, que en su mayoría eran jóvenes obreros de sexo masculino ²³. **(Anexo 2)**

Aunque, no se menciona explícitamente por alguno de los conjuntos de los autores, es razonable suponer que cada escala fue desarrollada para su uso propio como un instrumento selectivo, más que para propósitos de evaluación. Es decir, que estaban destinados a distinguir entre diferentes niveles de indiferencia dental entre los individuos o grupos, en lugar de ser para el seguimiento de los cambios individuales o grupales con el tiempo. También se examinaron las propiedades, asociaciones y 'usabilidad' de las escalas de indiferencia dental en la misma muestra de población, y para determinar si miden construcciones similares ²³.

4.1.j.- Fiabilidad y Validez de la escala de indiferencia dental

4.1.j.1 Fiabilidad

Se define como la posibilidad de que un sistema, cumpla una cierta función bajo ciertas situaciones durante un determinado tiempo, en esta encuesta la estimación de la fiabilidad de la suma de los resultados de DIS se basó en la correlación de Pearson entre las puntuaciones de test-re test y consistencia interna (alfa de Cron Bach) ²⁴.

4.1.j-2 Validez

No existe un criterio objetivo obvio para el concepto abstracto indiferencia dental, pero de acuerdo con el estudio escocés por Nuttall²¹, la asistencia dental infrecuente debe ser un factor en correlación con la puntuación de la prueba de DIS. La evaluación de la validez de DIS en este estudio fue, por tanto, analizando la frecuencia de citas perdidas registradas en los registros de tratamientos dentales como el criterio de validación ²⁴.

Un número de estudios han abordado el uso de cuidado dental y las diferentes razones para la no asistencia y el rechazo de la atención dental. La indiferencia dental es sólo una de varias razones para no asistir o evitar los chequeos dentales ²⁴.

Se ha demostrado que esta actitud se debe a una infravaloración considerable de los dientes y que esta falta de preocupación por la salud oral es frecuente en los jóvenes varones. Estas actitudes también incluyen un mal cumplimiento con las recomendaciones para el cuidado bucal y una baja asistencia por razones distintas como el miedo dental ⁴. La escala de indiferencia dental (DIS), ha indicado una buena fiabilidad y validez entre los adultos, pero el instrumento hasta ahora no ha sido probado en otras poblaciones. Desde la construcción del DIS específicamente excluye sujetos que son dentalmente ansiosos, el índice podría ser útil para medir otros factores distintos como el miedo dental en relación con las citas perdidas y canceladas ^{24,25}.

Las citas dentales perdidas son significativamente más frecuentes en los varones que en mujeres. Este hallazgo podría indicar una posible relación entre la indiferencia dental y citas dentales perdidas entre los adolescentes ^{26,24}.

Tanto la fiabilidad y validez de las escalas psicométricas pueden ser influenciados por las diferencias culturales en las actitudes, creencias y prioridades. Para probar la fiabilidad y validez, es necesario evaluar la utilidad en un contexto diferente ^{26, 24}.

Debido a que la mayoría de pacientes no pueden asistir a sus citas con el dentista es importante incrementar los esfuerzos para permitir una buena salud oral y una continuación de cuidado dental regular en la edad adulta y en la población general ^{27, 22}.

4.1.k. Uso de anestesia general para disminuir el miedo al tratamiento dental

Hay que describir, el por qué las experiencias previas al tratamiento de los niños sanos pueden ser motivos para un tratamiento dental bajo anestesia general (AG), describir experiencias y la satisfacción de los padres con este tipo tratamiento ²⁵.

4.1.k.1 Anestesia general

Es la ausencia de la sensibilidad de manera temporal de una región ya sea parcial o total de un cuerpo, inducida por la aplicación de hipnosis, alguna sustancia química o como resultado de un accidente o enfermedad que involucre las funciones motoras o sensitivas ²⁵.

4.1.k.2 Tipos de anestesia:

Local: Se refiere a cuando se involucra únicamente una pequeña parte del cuerpo. En esta, el paciente permanece alerta.

Regional: Bloquea el estímulo del dolor en una determinada zona, ya sea un brazo, pierna, etc. Por ejemplo, la anestesia aplicada frecuentemente en los partos.

General: pérdida total de la conciencia.

4.1.k.3 Razones para el uso de anestesia general

Aproximadamente el 5-15% de las personas sienten mucho miedo dental que conduce a serias dificultades en la atención. Para los casos más graves, los tratamientos dentales se han atendido bajo anestesia general (AG) ²⁵.

Las razones inmediatas reportados para el cuidado dental bajo anestesia general son caries rampante en niños menores de 5 años de la edad, la incapacidad para cooperar cuando se tratan bajo anestesia local por 5 a 8 años de edad, y cualquier caries para los grupos de edad de 16 años. La caries dental como una razón para (AG) sugiere que un niño ha tenido experiencias anteriores de dolor de muelas y dolor durante el tratamiento de la caries, o que ha habido fallos en la conducta del personal dental. La experiencia del dolor puede tener un impacto considerable en el crecimiento de miedo y ansiedad dental de un paciente. Además, miedo dental se puede aprender de los padres y los amigos, o puede seguir los problemas encontrados durante otras citas

médicas, incluso cuando el niño no tiene experiencia de primera mano de la atención dental ^{28, 25}.

El miedo dental en los niños también puede conducir a problemas de manejo de la conducta, pero no para todos los niños. Tratamiento integral de las caries de la primera infancia bajo anestesia general puede mejorar tanto la calidad de vida de un niño y su salud en general también, los mayores beneficios de ser provocada por una reducción en el dolor, y una capacidad mejorada para comer y dormir. Otros beneficios son la satisfacción de los padres con el resultado y proceso de atención, y con sus expectativas de haber sido satisfechas. En este estudio se describió las experiencias previas de tratamiento de los niños sanos como razones para su tratamiento dental bajo anestesia general, y de describir experiencias y la satisfacción de los padres con el tratamiento. El miedo dental y las experiencias repetidas de tratamientos dentales desagradables son los principales motivos de la remisión a la atención dental bajo anestesia general cuando un niño está sano ²⁵.

4.1.1.- Métodos de diagnóstico más utilizados para evaluar la indiferencia al tratamiento odontológico.

Dentro de los métodos de diagnóstico se utilizó el cuestionario (DIS) con la aprobación ética para el estudio ²³.

4.1.1.1 Método de recolección de datos:

El cuestionario se envió con una carta de presentación, hoja de información y una estampilla y una nota donde solicitó que el cuestionario sea completado por las personas del hogar mayores de 18 años ²⁴.

A todos los encuestados se les motivó explicándoles que al llenar la encuesta estarían participando en un sorteo para ganar \$ 100, esto si se devolvía el cuestionario completado²⁴.

Los datos se recogieron a partir de:

4.1.1.2 Cuestionarios por correo a los participantes:

El cuestionario (DIS) de Nutall N²¹ se envió a los participantes de forma digital a su correo electrónico, una vez completado este tenía que ser reenviado a la fuente de origen para ingresar sus datos²⁴.

4.1.1.3 Registros dentales:

En los registros de tratamiento dental se recolecto la frecuencia de citas perdidas y se utilizó esto como criterio de validación. Se pidió a los participantes que den su permiso para recopilar datos de sus registros dentales mediante la firma del cuestionario²⁴.

Un recinto esbozó el propósito del estudio y un anuncio de 10 billetes de lotería (posible ganar " mucho dinero ") extraerá al azar entre los encuestados. Se enviaron recordatorios a los participantes para que estos completaran sus encuestas. Los cuestionarios sin firmar (15 sujetos) fueron excluidos de los análisis. Las copias de los registros dentales fueron recogidas de cada una de las clínicas, y el anonimato de los pacientes se aseguró mediante la sustitución de sus nombres con números de registro²⁴.

4.1.m. Prevención:

4.1.m.1 Definición

Son medidas encaminadas no únicamente a la prevención de una patología; reduciendo los factores que aumentan la posibilidad de aparición, sino también a parar de forma total su evolución e inactivar sus secuelas una vez instauradas (OMS 1998)²¹.

4.1.m.2 Niveles de prevención en salud

Los niveles de prevención son tres correspondientes a las fases diferentes del desarrollo de una patología: primaria, secundaria y terciaria ²¹.

4.1.m.3 Prevención primaria

Son normas destinadas a impedir que aparezca una patología o complicación del estado de salud, esto mediante un control del agente causal o factor de riesgo ²¹.

El principal objetivo de esto es reducir el número de sucesos de una patología y preservar o renovar la salud. El programa de salud consiste en: control del incremento, salud educacional, tratamiento, inmunidad, correcta higiene, protección, alimentación saludable, etc. ²¹.

4.1.m.4 Prevención secundaria

Es el conjunto de normas destinadas a parar o disminuir la evolución de una patología o complicación presente en una persona ²¹.

El principal objetivo de esta prevención es disminuir el número de casos prevalentes de una patología, además de dar un correcto diagnóstico oportuno y un tratamiento eficaz, acciones destinadas a parar la enfermedad, controlar los pacientes que se encuentren en riesgo, evaluar el daño, prevenir las consecuencias, y destinar los recursos adecuados para impedir que la patología evolucione de un estado a otro ²¹.

4.1.m.5 Prevención terciaria

Es el conjunto de medidas están dirigidas a impedir, retrasar o disminuir la aparición de consecuencias de una patología o complicación de la salud, mejorando de esta manera la calidad de vida de pacientes enfermos, devolver su función, vitalidad, rehabilitación y total recuperación de su estado físico, mental y social ²¹.

Este estudio tiene como fin desarrollar y evaluar un método de cuestionario de detección de esta actitud que se describió como indiferencia dental para implementar medidas preventivas ²¹.

El personal dental debe prestar más atención a los signos de evasión dental o la no asistencia entre los niños y adolescentes de más edad, así como los dentalmente ansiosos, para ayudar a prevenir la evasión dental futuro o no asistencia y también para establecer buenas relaciones con estos pacientes ²⁴.

El sujeto puede ser “víctima”, al punto de llegar a la irresponsabilidad, y al impedimento para que el sujeto se implique en su proceso. La posición de “víctima”, puede llegar a ser un lugar peligroso donde el padecimiento, el temor, puede intimidar al otro y retenerlo. Hacerse a este nombre, “víctima”, es transformar el Nombre propio, el que se tenía antes, en algo que debe conducirse según lo determine el discurso ²⁸.

Hay que priorizar los aspectos en los que es necesario decidir la organización más adecuada de los servicios, las características de los programas que deben formularse, los problemas que merecen intervención con enfoque de Promoción y Prevención ²⁹.

Varios factores pueden modificarse en este proceso, por ejemplo, los aspectos sociales y culturales y los acontecimientos sociopolíticos a los que están expuestas las poblaciones; Éstos pueden dar forma diferencial a los hábitos y a las percepciones de la salud para las futuras generaciones ³⁰.

4.2.- ANTECEDENTES

- **Obra: Artículo de revista:** Initial development of a scale to measure dental indifference ¹.

Autor: Nigel M. Nuttall

Resultados:

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

- **Obra: Artículo de revista:** La comprensión de la evitación y la no asistencia entre los adolescentes en el cuidado dental - una revisión integradora ².

Autor: A. Fägerstad A. Windahl J. y K. Arnrup.

Resultados:

Aunque una amplia variedad de factores ambientales, individuales y de situación asociados con la evitación dental o no asistencia entre los adolescentes fueron resumidos en esta revisión, los factores asociados específicamente con la evitación dental (es decir, perdidas o citas canceladas en un sistema de cuidado dental libre) todavía necesitan ser investigado. Los factores identificados referentes a la resolución dental emanan sólo de siete estudios realizados en

Suecia y Noruega. Además de las asociaciones entre la evasión y ser un niño o un adolescente mayor, hubo asociaciones reportadas con los factores ambientales tales como la vida diaria, la situación familiar, y la disponibilidad de la atención dental. El impacto de los antecedentes culturales sobre la evitación dental queda por investigar. Los factores individuales tales como las experiencias de apoyo profesional personal, se informó de un perfil temperamental de pasividad, impulsividad o de alta sociabilidad, otras prioridades, y las creencias y actitudes hacia el cuidado dental negativos que se asocia con la evitación dental. Algunos aspectos del estilo de vida (pobres hábitos de salud oral y el uso del tabaco) se asociaron con la evitación, mientras que el consumo de alcohol se ha investigado en relación con el único no-asistencia. El tabaco, el alcohol y el abuso de drogas deben investigarse más a fondo como concomitantes para la asistencia no habitual en los sistemas de atención dental gratuita. experiencias de ansiedad y el dolor dental se asociaron con la evitación dental, eran mal estado de salud oral y antecedentes personales o familiares de evitación. Por lo tanto, las implicaciones clínicas pueden implicar prestar atención a los antecedentes individuales de los adolescentes y la situación de la vida cotidiana, para ofrecer un tratamiento individualizado de acuerdo y que toman los temores y creencias negativas o actitudes en consideración, a hacer todos los esfuerzos para evitar los tratamientos dolorosos, y para ser vigilante para detectar signos tempranos de evitación.

- **Obra: Artículo de revista:** El descuido Dental y escalas de indiferencia dental comparación ³.

Autor: Lisa M. Jamieson y W. Murray Thomson

Resultados:

Una comparación de las escalas de abandono dental y la indiferencia dental en la misma muestra de población muestran que las escalas tenían asociaciones similares con las variables sociodemográficas importante de la salud oral y. Sin embargo, el grado de concordancia entre las escalas no fue tan alto como se esperaba, lo que sugiere que pueden medir diferentes constructos. En términos prácticos, hay poca diferencia entre las escalas. Sin embargo, di fi cultades en la manipulación de datos para la escala Dental Indiferencia significa que la escala Dental La negligencia puede ser más fácil de utilizar en el ámbito de la

atención de la salud dental, en particular para tareas tales como la identificación de los grupos o individuos que podrían beneficiarse de promoción de la salud.

- **Obra: Artículo de revista:** La fiabilidad y la validez de la Escala dental Indiferencia en una población de 18 años de edad en Noruega ⁴.

Autor: Erik Skaret, Magne Raadal, Gerd Kvale y Einar Berg

Resultados:

Indiferencia dental es probablemente un fenómeno entre los adolescentes en el Servicio Dental Pública de Noruega, lo que conduce a un patrón de no asistencia, 335 más frecuente entre los varones a la edad de 16-18 años. Sin embargo, debido a la baja fiabilidad y validez encontrada en este estudio, la escala DIS sugirió por Nuttall no es un instrumento útil en su forma presente. Una reconstrucción debe incluir preguntas, que probablemente incluyan el concepto de indiferencia dental, basados en el conocimiento empírico y teórico, y la escala debe ser construida en un formato Likert. Este formato se incrementaría la dimensión de cada pregunta y la posibilidad de probar la consistencia de ellos, y de esta manera cumplir fi ll los requisitos para hacer una suma puntuación.

- **Obra: Artículo de revista:** Razones y satisfacción de los padres con el cuidado dental de los niños bajo anestesia general ⁵.

Autor: N. SAVANHEIMO N., MM VEHKALAHTI. A. PIHAKARI & M. NUMMINEN

Resultados:

Los factores más importantes que conducen a la utilización de GA, según lo informado por los padres, son el miedo dental y repetidas experiencias desagradables durante el cuidado dental, y, por lo tanto, estos siempre deben ser diagnosticados correctamente, prevenirse y controlarse.

Obra: Artículo de revista: La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca ⁶.

Autor: Rojas Alcayaga G, Misrachi Launert C

Resultados:

Las diferencias observadas son el resultado de diferencias en ansiedad o representan sesgos al momento de reportar la ansiedad. En este mismo estudio y como otra evidencia de la validez de la EAD, se administró esta prueba a pacientes con fobia dental, antes y después de recibir tratamiento para sus fobias a partir de procedimientos de desensibilización sistemática. Los resultados muestran una evidente disminución en los puntajes de la prueba concordante con un cambio de conducta hacia el tratamiento dental, por parte de los pacientes.

- **Obra: Artículo de revista:** Trastornos de la reactividad al dolor ⁷.

Autor: L. Vicente-Fatela y M. Acedo

Resultados:

Cuando se producen lesiones en áreas del cerebro que sustentan el procesamiento del estímulo doloroso, pueden tener lugar déficits en uno o varios componentes de la percepción dolorosa, y pueden producirse situaciones clínicas similares a la insensibilidad congénita al dolor. Dentro de los trastornos adquiridos se describen la asimbolia dolorosa, la analgotimia y la hemiagnosia dolorosa.

- **Obra: Artículo de revista:** La indiferencia como síntoma social ⁸.

Autor: José Fernando Velásquez V

Resultados:

Según muchos autores, entre ellos, Hobbes, Hegel, Freud, Lévinas, el fin de dicho estado y con él las condiciones para que pueda existir una sociedad, surgen, no por un proceso natural, sino por medio de una construcción, mediante un pacto llamado “afirmación social” por la cual se reconoce la humanidad del otro ser humano. Hegel señaló que este reconocimiento debe ser recíproco porque de lo contrario lo que resulta es “la tolerancia”. La tolerancia es una benigna desatención a lo diferente, y sobre lo que se tiene una apreciación negativa. Siguiendo esta misma dirección, Goethe afirmó que “tolerar significa ofender” porque se tolera sólo aquello que de antemano es objeto de rechazo.

- **Obra: Artículo de revista:** Llamado inaudible o Nación indiferente ⁹.

Autor: L Carolina Cardona

Resultados:

hay mayor demanda de servicios sanitarios, complejidad en la atención, necesidad de nuevos y avanzados recursos humanos y tecnológicos con un incremento en los costos de la atención en salud y mayor impacto social como resultado de las incapacidades y la pérdida de la vida laboral – productiva de la sociedad.

La salud mental en Colombia, una importante y olvidada área de la salud pública, revela que mientras sólo existen 1.100 siquiátras registrados, 35% de los colombianos padecen algún tipo de trastorno que requiere su atención. Desaparecido el Ministerio de Salud, su División de Salud Mental ya no existe y en consecuencia no existen estructuras del Estado encargadas de diseñar y evaluar políticas para esta enfermedad.

- **Obra: Artículo de revista:** Cómo afectan la edad y la pérdida de dientes, los impactos en la salud bucal y la calidad de vida. Un estudio comparando dos muestras nacionales ¹⁰.

Autores: James G. Steele, Anne E. Sanders, Gary D. Slade,

Resultados:

Después de corregir las covariables claves, el aumento de la edad se asoció con mejores resultados de impacto medio en ambas poblaciones. Aquellos de 30-49 años en Australia mostraron los peores resultados (los más altos). En el Reino Unido, los menores de 30 años mostraron las puntuaciones más altas. En ambos países, los adultos mayores de 70 años mostraron puntuaciones mucho mejores que el resto ($P < 0,001$). Cuando se corrige la edad, El efecto independiente de la pérdida de dientes fue que las peores puntuaciones se encontraron donde había menos de 17 dientes naturales en el Reino Unido y menos de 21 dientes en Australia.

5.- HIPÓTESIS

El ingreso económico está asociado a la indiferencia al tratamiento dental.

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1.- MARCO METODOLÓGICO

Enfoque: El enfoque de la investigación es cuantitativo ³²

Diseño de la Investigación: Caso control ³³

Nivel de Investigación: Relacional

Tipo de Investigación:

- **Por el ámbito:** De campo
- **Por la técnica:** Comunicacional
- **Por la temporalidad:** Retrospectivo, Transversal

2.-POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio fue de 455 encuestas y una muestra de 182 correspondientes a adultos de 45 -65 años de la parroquia de San Sebastián que corresponde al total de fichas registradas en el estudio de Barreras para acceder a los servicios Odontológicos – Cuenca. **(Anexo 2)**

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 estudio, las encuestas de adultos que tengan de 45 a 65 años de edad cumplidos, oriundos de la parroquia San Sebastián.

2.1. b. Criterios de exclusión: Se excluirán del estudio a los adultos profesionales en odontología y a familiares cercanos que formen parte del mismo hogar.

2.2 Tamaño de la muestra:

Se calculó mediante el muestreo no probabilístico por conveniencia mediante el emparejamiento de acuerdo a casos - controles y sexo, de lo cual se obtuvo 104 encuestas de sexo femenino y 78 de sexo masculino con un total de 182 encuestados. Posteriormente en la base de datos se homólogo la edad y enfermedad, sin considerar el nivel de ingreso ni sexo y se encontró 39 casos y 39 controles de sexo masculino y en el sexo femenino 52 casos y 52 controles. **Ver tabla 1**

3.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN COCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADORES	TIPO	ESCALA	DATO
Indiferencia al tratamiento dental	Despreocupación por parte del paciente acerca de su salud dental lo cual conlleva a un deterioro de sus tejidos bucales y al rechazo de las medidas preventivas orales.	Desinterés al cuidado dental y comportamiento desagradable en la consulta dental.	Cuestionario (DIS)	Cualitativa ordinal	Ordinal	Con Indiferencia (Puntuación 3-8) Sin Indiferencia (Puntuación 0-2)
Nivel socioeconómico	Atributo del hogar que caracteriza su inserción social y económica.	Índice monetario que define el nivel económico según el ingreso familiar.	<u>Ingreso familiar</u> N° Integrantes de la Familia	Cualitativo ordinal	Ordinal	Alto (>374) Bajo (0-374)
Sexo	Características genotípicas de la persona.	Datos que se encuentra en la encuesta.	Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal	Hombre Mujer
Edad	Tiempo transcurrido en años a partir del nacimiento de un individuo.	Años registrados en la encuesta al momento de la toma de datos.	De 45 a 65 años	Cuantitativa	De Razón	De 45 a 65 años

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

4.1.- Instrumentos documentales:

Se utilizará la encuesta **(DIS)** de NUTTALL¹ con preguntas que evaluarán los niveles de indiferencia al tratamiento dental. **Ver anexo 1.**

4.2.- Instrumentos mecánicos:

Para la toma de datos se utilizarán, laptop, tablero, OPEN EPI.

4.3.- Materiales:

Entre los materiales que se emplearán están, los materiales de escritorio.

4.4.- Recursos:

Para llevar a cabo el estudio se necesitarán recursos financieros, humanos e institucionales (permiso de del departamento de Investigación).

5.-PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.

5.1.-Ubicación espacial.

La parroquia San Sebastián en la Ciudad de Cuenca; es una Parroquia de gran extensión y con un número de población importante para la realización de este estudio.

5.2.-Ubicación temporal.

La investigación se realizó desde el mes de junio 2017 hasta enero 2018, el cual inicio con la recolección de datos mediante encuestas, que reflejan la relación entre el ingreso económico y la indiferencia al tratamiento odontológico en la población de 45 a 65 años del año en curso, las encuestas fueron tomadas entre los meses de junio y julio del 2017.

5.3.- Procedimientos de la toma de datos.

Para el registro de los datos, se tomó en cuenta la ubicación de la parroquia San Sebastián, que se encuentra comprendida dentro de los siguientes límites: se parte desde el límite Urbano nor-occidental establecido en el Plano Director del Desarrollo Urbano de Cuenca (P.D.D.U.C.), en dirección oriental hasta la prolongación norte de la Avenida del Chofer para continuar por la vereda occidental de esta Avenida en dirección Sur, y desde este punto sigue una línea imaginaria hasta encontrarse con la Avenida de la Circunvalación; se cruza esta avenida en dirección sur y avanza por la vereda

occidental de la calle Abraham Sarmiento hasta la intersección de la Carrera Vega Muñoz; continúa en dirección oriental de la vereda sur de la Calle Vega Muñoz, hasta la vereda occidental de la carrera Coronel Tálbot; en sentido sur por la vereda occidental de la calle Coronel Tálbot hasta la intersección del Río Tomebamba; continúa aguas arriba por la margen norte del Río Tomebamba hasta el Límite Urbano, para seguir por dicho Límite en sentido norte hasta llegar al punto de partida.

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

El estudio de indiferencia al tratamiento odontológico, tuvo el objetivo de encontrar la relación con el ingreso económico en personas de 45 a 65 años de edad, utilizando Escala de Indiferencia Dental (DIS), para relacionar con el ingreso económico.

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

Para el llenado de las encuestas, se formaron parejas de encuestadores y se partió desde un punto determinado, yendo de casa en casa, en donde primero pedimos permiso a las personas a encuestar, indicándoles que somos estudiantes de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca y que si nos pueden ayudar a llenar una encuesta relacionada al cuidado de salud bucal.

El estudio de indiferencia al tratamiento dental buscó describir cuantitativamente el problema y los factores causantes en adultos de 45 a 65 años de edad, utilizando como base científica la escala de medición de indiferencia al tratamiento odontológico (DIS) de NUTALL ¹.

Una vez firmada la autorización por el adulto, el encuestador empezará a realizar las preguntas de la encuesta.

Se comenzará por preguntar el nombre y edad del encuestado, posteriormente se realiza el interrogatorio haciendo que este señale o comunique su respuesta de cómo se siente, basándose en las preguntas y la puntuación de cada pregunta.

5.3.b.-Criterios de registro de hallazgos

Se archivaron las encuestas en un folder, agrupando por edades. Cuando se realiza la encuesta, los datos se consignan y se registra en el programa EPIINFO, cada ficha se registró con los datos correspondientes el número de cedula, edad, nombre, sexo,

ocupación, ingreso mensual familiar aproximado y para cuantas personas depende del ingreso, y cada una de las respuestas se marcan según lo que nos indique el encuestado.

Criterios de Respuestas del Nivel de Indiferencia.

Criterios de Evaluación del nivel de Indiferencia basado en la puntuación de

Respuestas:

Pregunta 1:

Valor: 1 si ninguno o si ni el literal b ni el literal c están marcados

Pregunta 2:

Valor: 1 si el literal a o d están marcados

Pregunta 3:

Valor: 1 si el literal a o d están marcados

Pregunta 4:

Valor: 1 si el literal d está marcado

Pregunta 5:

Valor: 1 si los literales a o c están marcados

Pregunta 6:

Valor: 1 si los literales a b o d están marcados

Pregunta 7:

Valor: 1 si los literales a o b están marcados

Pregunta 8:

Valor: 1 si los literales b d o f están marcados

Si el literal c está marcado no es un puntaje de indiferencia dental

Para determinar la indiferencia se determinó por la suma de los 8 ítems, permitiendo la presencia o ausencia de indiferencia al tratamiento odontológico, si el resultado era de 0 a 2 determina ausencia de indiferencia (controles), en cambio si el resultado era 3 a 8

determina la presencia de indiferencia (casos), este procedimiento se realizó en el programa Microsoft Excel, posteriormente se analizó la variable Ingreso económico, la misma que se obtuvo un ingreso capital y este era dividido por el número de dependientes, el resultado fue estratificado en un nivel de ingreso alto y bajo, fue asignado a un nivel de bajo (expuesto) a ingresos menores a 375 dólares y mayores a este, pertenece a un nivel alto (no expuesto). Posteriormente se calculó el Odds Ratio, mediante el software OpenEpi. **(Anexo 5)**

6.- PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

Se calculará utilizando la siguiente fórmula:

$$O.R. = \frac{a * d}{b * c}$$

Tabla 4. Odds ratio (OR) estudios de casos y controles.

	EXPOSICIÓN	NO EXPOSICIÓN	TOTAL
ENFERMOS (CASOS)	a	b	a+b
CONTROLES (ENFERMOS)	c	d	c+d
TOTAL	a+c	b+d	a+c+b+d

Fuente: Villavicencio E, Alvear M, Cuenca K, Calderón M, Zhunio K, Webster F. El tamaño muestral para la tesis. ¿cuántas personas debo encuestar? ³⁴

7.- ASPECTOS BIOÉTICOS

Se les indicará que hay un compromiso de confidencialidad de sus datos por parte del investigador principal y que sus derechos no serán vulnerados y los datos que nos proporcionen serán utilizados únicamente para esta investigación, y se les solicitó que firmen el Consentimiento Informado.

El presente estudio no implicará conflictos bioéticos, debido a que todos los adultos encuestados van a ser informados por escrito de los objetivos y de la metodología del estudio.

CAPÍTULO III

RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1.- RESULTADOS

El presente estudio fue realizado con los datos obtenidos de la parroquia San Sebastián, que constan en el archivo del departamento de investigación de la carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca, mostrando los siguientes resultados:

Tabla N° 1. Indiferencia al tratamiento odontológico de acuerdo al sexo en adultos de 45 a 65 años de la parroquia San Sebastián, Cuenca-Azuay, 2017.

	CASOS		CONTROLES		Total general
	N	%	N	%	
Femenino	52	57 %	52	57 %	104
Masculino	39	43 %	39	43 %	78
Total general	91	100 %	91	100 %	182

Interpretación: En la tabla número uno podemos observar la muestra distribuida en hombres y mujeres con y sin indiferencia al tratamiento odontológico, en la que existe un mayor número de casos de mujeres con indiferencia dental con un 57% y en hombres tenemos un 43%.

Tabla N° 2. Indiferencia al tratamiento odontológico de acuerdo a la edad en adultos de 45 a 65 años de la parroquia San Sebastián, Cuenca-Azuay, 2017.

	CASOS	CONTROLES	Total general
45	6	6	12
46	2	2	4
47	5	5	10
48	4	4	8
49	5	5	10
50	8	8	16
51	9	9	18
52	7	7	14
53	3	3	6
54	6	6	12
55	2	2	4
57	3	3	6
58	4	4	8
59	1	1	2
60	6	6	12
61	1	1	2
62	2	2	4
63	4	4	8
64	5	5	10
65	8	8	16
Total general	91	91	182

Interpretación: En la tabla dos se observa el número de personas por edad que presentan indiferencia al tratamiento odontológico, mostrándose una mayor prevalencia en personas de 50, 51 y 65 años de edad con un porcentaje del 8-9%.

Tabla N° 3. Relación del ingreso económico con la indiferencia al tratamiento odontológico en adultos de 45 a 65 años de edad en la parroquia San Sebastián, Cuenca-Azuay, 2017.

	CASOS		CONTROLES		Total general
	N	%	N	%	
EXPUESTOS	63	69 %	57	63 %	120
NO EXPUESTOS	28	31 %	34	37 %	62
Total general	91	100 %	91	100 %	182

OR: 1,342; IC: 95% Min: 0,7254; Max: 2,483

La proporción de casos expuestos es del 69%, y la proporción de controles expuestos respecto al total de controles es del 63%.

La medida de asociación calculada con Odds Ratio que indica cuanto es más probable que se presente la indiferencia en expuestos que en no expuestos dio como resultado 1,342 siendo su índice de confianza 95% (0,72-2,48) por lo que se concluye que el ingreso económico bajo no es un factor de riesgo para que se presente la indiferencia al tratamiento odontológico y si un factor de protección.

2.DISCUSIÓN

Para el presente estudio se adquirieron datos de las personas adultas de 45 a 65 años de edad que habitan en la parroquia San Sebastián del cantón Cuenca, en el año 2017. En total se realizaron 455 encuestas a las personas que se encontraban dentro de este rango etario correspondientes a ambos sexos, femeninos y masculinos debido a que este estudio está realizado a conveniencia, porque al aplicar la fórmula en el programa Open Epi, este nos da como resultado un valor alto y el tiempo para la realización de este estudio es corto.

Del total de estas encuestas (455) se tomaron 182 fichas, de estas, 91 pertenecen a los casos y 91 a los controles, del total de casos y controles, 52 pertenecen al sexo femenino (57%) y los 39 restantes al sexo masculino (43%).

Este desinterés por parte de las personas al no asistir a sus citas con el odontólogo es lo que impulsa el deseo de saber el motivo causal de esta apatía, con el fin de aportar conocimientos acerca de esta realidad que tiene lugar en esta parroquia urbana, para esto se empleó el indicador DIS, que nos muestra resultados valorados en diferentes puntuaciones para finalmente ubicar estos de acuerdo al grado de indiferencia dental.

Una vez que se hizo la depuración de los datos, se encontró que la indiferencia al tratamiento dental fue mayor en las mujeres con un 57% frente a un 43% correspondiente a los hombres, de esta manera se observa que la falta de interés es muy prevalente en el sexo femenino, al comparar este resultado con el estudio realizado por FLORES, J. en la ciudad de Quito en 2016, donde a través de la percepción por parte de pacientes y el criterio clínico de los profesionales en las edades comprendidas entre 30 y 50 años, la mayor tasa de indiferencia dental fue en mujeres con un 58 %. (31)

De igual manera al analizar la indiferencia al tratamiento dental según el grupo etario en este estudio se encontró que la mayor prevalencia fue en personas de 51 años de edad con un 9,8 % dato que coincide con el estudio de FLORES, J. donde el rango de indiferencia de pacientes que tenían entre 51-55 años de edad era del 10%. (32)

Al relacionar el nivel de indiferencia al tratamiento dental con el ingreso económico, este nos da como resultado un mayor porcentaje en personas indiferentes con bajos recursos económicos con un 69%, PIEDAD, N. en su estudio nos da a conocer que las desigualdades sociales van en vía de crecimiento, es decir que grupos sociales con deficientes recursos económicos son más susceptibles a adquirir cualquier tipo de patología oral ocasionando por la falta de interés en su salud bucal. (2)

Los adultos mayores que tenían entre 60-65 años y de bajos recursos económicos fueron los que mayores complicaciones presentaban a nivel de su cavidad bucal siendo el nivel socioeconómico un factor de riesgo ya que este tipo de pacientes no tenían acceso a un servicio odontológico de calidad. (3)

Las personas acuden a las citas con el odontólogo de acuerdo a su nivel económico es decir los individuos que menos recursos tienen menor es su frecuencia de visitas a la consulta dental, por lo que esto se convierte en un factor determinante al elegir el tratamiento dental, creando de esta manera una apatía en los pacientes. (6)

El cuidado dental y las técnicas de higiene en el cuidado bucal está relacionado directamente al nivel económico, entonces si nuestro objetivo está enfocado en disminuir este desinterés las medidas que se apliquen deben estar enfocadas con las desigualdades económicas y nivel social. (7)

Una vez establecida la relación entre indiferencia al tratamiento dental en adultos de 45 a 65 años de edad de la parroquia San Sebastián y el ingreso económico, nuestro estudio nos dio como resultado un Odds Ratio (OD) de 1,34 lo que significa que el ingreso económico bajo es un factor de riesgo para la indiferencia al tratamiento dental.

3. CONCLUSIONES

No existe asociación entre ingreso económico y la indiferencia al tratamiento odontológico en personas de 45 a 65 años de edad, de la parroquia San Sebastián.

Al analizar la indiferencia al tratamiento odontológico de acuerdo al sexo, se determinó que el mayor índice de indiferencia se da en el sexo femenino con un 57% frente a un 43 % correspondiente al sexo masculino.

En cuanto a la indiferencia al tratamiento odontológico y la edad, se pudo observar mayor indiferencia en adultos de 50, 51 y 65 años de edad, de la parroquia San Sebastián.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1) Salvador M, Larrea c, Belmont P, Baroja C. Un índice difuso de niveles socioeconómicos en Quito. Escuela Politécnica Nacional 2014 [citado 2017 Oct 30]. Available from: <http://www.revistapolitecnica.epn.edu.ec/images/revista/volumen34/tomo2/Unidicedifusodeniveles.pdf>
- 2) Rojas P, Mazzíni M, Medrano J. Pérdida dentaria y rehabilitación protésica. Polo del conocimiento 2017 [citado 2017 Oct 30]. Available from: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/83>
- 3) Misrachi C, Sepúlveda H, Lamadrid S. Situación Protésica y Conductas Asociadas en Adultos Mayores de Nivel Socioeconómico Medio-Alto y Bajo. Revista Dental de Chile 2002 [citado 2017 Oct 30]. Available from: http://www.revistadentaldechile.cl/temas%20abril%202002/PDFs_abril_2002/Situacion%20Protesica%20y%20Conductas%20Asociadas...%20.pdf
- 4) Ferreira C, García K, Macías L, Pérez A, Tomsich C. Mujeres y hombres del Ecuador en cifras. Instituto Nacional de Estadística y censos 2010 [citado 2017 Oct 30]. Available from: https://lookaside.fbsbx.com/file/Mujeres_y_Hombres_del_Ecuador_en_Cifras_III.pdf?token=AWzQkJig3GOsYy7xgzJXcsTbESuK_LeXiiJtl1zCri0b15X2k4utHJNfwJKj-tOGho3Gciq-4elcT5BW26kv8hlaxJU1nSZr_wTGGXaX2KicNyvx-B9Vfizk45Z8-ljChWM2IIAmUhgPHwhoPbjeP5XMG-R7j0JJqeUptMH1NCanQ
- 5) Murrieta J, Arrieta C, Juárez L, Linares C, Gonzales M, Meléndez A. Prevalencia de maloclusiones en un grupo de estudiantes universitarios mexicanos y su posible asociación con la edad, el sexo y el nivel socioeconómico. Revista Facultad de Odontología 2009 [citado 2017 Oct 30]. Available from: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/odont/article/view/10768>
- 6) Valencia M, Urgirles S, Cuenca K. Factores socio-culturales determinantes en la elección de un tratamiento odontológico. Revista Odontología Activa 2017 [citado 2017 Oct 30]. Available from: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php?journal=OACTIVA-UCACUE&page=article&op=view&path%5B%5D=65>

- 7) Medina C, Segovia A, Rodríguez R, Maupomé G, Ávila L, Pérez R. Asociación del nivel socioeconómico con la higiene bucal en preescolares bajo el programa de odontología preventiva del IMSS en Campeche. Scielo 2006 [citado 2017 Oct 30]. Available from:http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S0016-38132006000500001&script=sci_arttext&tlng=es
- 8) Nieto V, Nieto M, Lacalle J, Kader L. Asociación del nivel socioeconómico con la higiene bucal en preescolares bajo el programa de odontología preventiva del IMSS en Campeche. Revista Española de Salud Pública 2001 [citado 2017 Oct 30]. Available from:http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272001000600006&script=sci_arttext&tlng=pt
- 9) Medina C, Maupomé G, Pelcastre B, Ávila L, Vallejos A, Casanova A. Desigualdades socioeconómicas en salud bucal: caries dental en niños de seis a 12 años de edad. Scielo 2006 [citado 2017 Oct 30]. Available from:http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0034-83762006000400005&script=sci_arttext
- 10) Casanova J, Medina C, Maupomé G, Pelcastre B, Ávila L, Vallejos A, Casanova A. Factores socioeconómicos y dentales asociados a la utilización de servicios odontológicos. Centro de Investigación en Sistemas de Salud 2004 [citado 2017 Oct 30]. Available from:<http://repository.uaeh.edu.mx/bitstream/bitstream/handle/123456789/12070/09.pdf?sequence=1>
- 11) Márquez M, Rodríguez R, Rodríguez Y, Estrada G, Aroche A. Epidemiología de la caries dental en niños de 6-12 años en la Clínica Odontológica La Democracia. Scielo 2009 [citado 2017 Oct 30]. Available from:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000500012
- 12) Reinoso N, Villavicencio E. Caries dental en escolares de 12 años de sayausí (Cuenca) Ecuador. Universidad Católica de Cuenca 2016 [citado 2017 Oct 30]. Available from:<http://dspace.ucacue.edu.ec/handle/reducacue/7104>
- 13) Montero D, López P, Castrejón R. Prevalencia de caries de la infancia temprana y nivel socioeconómico familiar. Scielo 2011 [citado 2017 Oct 30].

Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2011000200004

- 14) Casanova J, Medina C, Maupomé G, Pelcastre B, Ávila L, Vallejos A, Casanova A. Desigualdades socioeconómicas en salud bucal: caries dental en niños de seis a 12 años de edad. Scielo 2006 [citado 2017 Oct 30]. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762006000400005

- 15) Limaylla R, Chein S. Factores familiares, socioeconómicos y de comportamiento en salud oral asociados a la severidad de caries en escolares adolescentes. Odontología Sanmarquina 2009 [citado 2017 Oct 30]. Available from: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/odontologia/2009_n2/pdf/a04v12n2.pdf

- 16) Freundlich T. Prevalencia, severidad de caries y características socioeconómicas de niños escolares entre 6 y 8 años de edad, inscritos en colegios municipales de la zona norte del gran santiago. Universidad de Chile 2016 [citado 2017 Oct 30]. Available from: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/143287/Prevalencia-severidad-de-caries-y-caracter%C3%ADsticas-socioecon%C3%B3micas-de-%20ni%C3%B1os-escolares-entre-6-y-8-a%C3%B1os.pdf?sequence=1>

- 17) López L. Relación entre caries dental y estrato socioeconómico en gestantes atendidas en Instituciones de Salud Públicas y Privadas, Iquitos- 2013. Universidad Nacional de la Amazonía peruana 2015 [citado 2017 Oct 30]. Available from: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/3794>

- 18) Molina L, Irigoyen M, Castañeda E, Sánchez G, Bogna R. Caries dental en escolares de distinto nivel socioeconómico. Revista Mexicana de Pediatría 2002 [citado 2017 Oct 30]. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2002/sp022b.pdf>

- 19) Escobar G, Ortiz A, Mejía L. Caries dental en los menores de veinte años en colombia: un problema de salud pública. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2003 [citado 2017 Oct 30]. Available from: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/759>

- 20) Llodra J, Bravo M, Cortés F. Encuesta de Salud Oral en España (2000). Scielo 2002 [citado 2017 Oct 30]. Available

from:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2002000200003

- 21) Nuttall N. Initial development of a scale to measure dental indifference. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996 [cited 12 Juny 2017]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0528.1996.tb00825.x/full>

- 22) Fägerstad A, Windahl J, Arnrup K. La comprensión de la evitación y la no asistencia entre los adolescentes en el cuidado dental. *Community Dental Salud* 2015 [cited 12 Juny 2017]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28509515>

- 23) Jamieson L, Thomson W. The Dental Neglect and Dental Indifference scales compared. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002 [cited 12 Juny 2017]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1600-0528.2002.300302.x/full>

- 24) Skaret E, Raadal M, Kvale G, Berg E. La fiabilidad y la validez de la Escala dental Indiferencia en una población de 18 años de edad en Noruega. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000 [cited 12 Juny 2017]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11014509>

- 25) Savanheimo N, Vehkalahti M, Pihakari A, Nummine J. Razones y satisfacción de los padres con el cuidado dental de los niños bajo anestesia general. *International Journal of Pediatric Dentistry* 2005 [cited 12 Juny 2017]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16238655>

- 26) 1. Rojas G, Misrachi C. La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca [Internet]. *Scielo.isciii.es*. 2017 [cited 12 Juny 2017]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852004000500004

- 27) Fatela L, Acedo M. Trastornos de la reactividad al dolor [Internet]. *Scielo.isciii.es*. 2017 [cited 14 Juny 2017]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000100007

- 28) Velásquez J. La indiferencia como síntoma social. 2008 Feb [citado 2017 Jun 05]. Available from: http://www.eol.org.ar/virtualia/018/pdf/colombia_velasquez.pdf

- 29)** Cardona L. Salud: "Llamado inaudible o Nación indiferente. 2010. [Internet]. 2013 Jul [citado 2017 Jun 04]. Available from: <http://revistas.uptc.edu.co/index.php/shs/article/view/1889>
- 30)** Steele, J, Sanders A, Slade G, Allen P, Lahti S, Nuttall N, & Spencer A. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. 2004 Community dentistry and oral epidemiology, 32(2), 107-114. Available from: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.0301-5661.2004.00131.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=www.ncbi.nlm.nih.gov&purchase_site_license=LICENSE_DENIED
- 31)** Flores J. Causas más frecuentes en la pérdida dental basada en percepciones de pacientes mayores de 30 años y criterios clínicos de profesionales odontólogos en la ciudad de Quito. UDLA Odontología. Quito 2016 [citado 2018 enero 26]. Available from: <http://200.24.220.94/bitstream/33000/6455/1/UDLA-EC-TOD-2016-98.pdf>
- 32)** Villavicencio-Caparó E, Alvear-Córdova M, Cuenca-León K, Calderón-Curipoma M, Palacios-Vivar D, Alvarado-Cordero A. Diseños de estudios clínicos en odontología. Oactiva. 2016 Mayo-Agosto; I(2).
- 33)** Villavicencio E, Cuenca K, Velez E, Sayago J, Cabrera A. Pasos para la planificación de una investigación clínica. Oactiva. 2016 Enero; I(1).
- 34)** Villavicencio E, Alvear M, Cuenca K, Calderón M, Zhunio K, Webster F. El tamaño muestral para la tesis. ¿cuántas personas debo encuestar?. Revista OActiva UC Cuenca 2017 [citado 2017 Oct 30]. Available from: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php?journal=OACTIVA-UCACUE&page=article&op=view&path%5B%5D=76&path%5B%5D=126>

ANEXOS:

ANEXO 1:**ENCUESTA (DIS) NUTTALL****1. Usualmente usa Ud.:**

- a. Un cepillo de dientes para limpiar sus dientes
- b. La seda o un cepillo especial para limpiar sus dientes
- c. Tabletas reveladoras para comprobar que sus dientes están limpios

Valor: 1 si ninguno o si ni el literal b ni el literal c están marcados

2. En la actualidad:

- a. Cree que hay algo mal con sus dientes, pero no es lo suficientemente malo como para ir a un dentista
- b. Cree que hay algo mal con sus dientes y tiene la intención de ver a un dentista pronto
- c. Va a realizarse un chequeo en el próximo año
- d. No cree que necesite ningún tratamiento por lo que no está planeando ir a un dentista ahora
- e. Ira pronto al dentista

Valor: 1 si el literal a o d están marcados

3. Si pierde una calza en un diente posterior y no le dolió:

- a. De inmediato va a un dentista
- b. Esperaría si siente dolor o algún síntoma antes de ir a un dentista
- c. No sería un problema que no vería a un dentista por esta razón

Valor: 1 si el literal a o d 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 e 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. Pospone las citas, asiste al dentista regularmente

Valor: 1 si los literales b d o g están marcados Si el literal c está marcado no es un puntaje de indiferencia dental

ANEXO2: Nivel de indiferencia según el puntaje de la Escala de Indiferencia Dental (DIS)

Nivel de indiferencia dental	
Baja	puntuación 0-1
Media	puntuación 2-4
Alta	puntuación 5-9

Fuente: Jamieson L, Thomson W. The Dental Neglect and Dental Indifference scales compared 2002 ²³

ANEXO 3: Distribución de la muestra por edad en adultos de 45 a 65 años de la parroquia San Sebastián, Azuay Ecuador, 2017.

EDAD	CASOS CON INDIFERENCIA		TOTAL	CONTROLES SIN INDIFERENCIA		TOTAL	TOTAL GENERAL
	Femenino	Masculino		Femenino	Masculino		
45	14	16	30	3	3	6	36
46	10	11	21		2	2	23
47	10	9	19	1	4	5	24
48	12	13	25	4	0	4	29
49	7	7	14	2	3	5	19
50	11	8	19	6	2	8	27
51	8	4	12	6	3	9	21
52	3	8	11	3	4	7	18
53	16	5	21	2	1	3	24
54	12	5	17	3	3	6	23
55	8	11	19	0	2	2	21
56	7	6	13	0	0	0	13
57	8	12	20	3	0	3	23
58	5	7	12	4	0	4	16
59	3	4	7	1	0	1	8
60	12	5	17	3	3	6	23
61	3	7	10	1	0	1	11
62	9	6	15	1	1	2	17
63	4	6	10	2	2	4	14
64	3	3	6	3	2	5	11
65	24	22	46	4	4	8	54
TOTAL GENERAL	189	175	364	52	39	91	455

ANEXO 4: Ficha: Escala de Indiferencia Dental (DIS).

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.:		Valor: 1 si ninguno o si solo el literal a está marcado
	<ul style="list-style-type: none"> a. Un cepillo de dientes para limpiar sus dientes b. La seda o un cepillo especial para limpiar sus dientes c. Tabletas reveladoras para comprobar que sus dientes están limpios 	
2. En la actualidad:		Valor: 1 si el literal a o d están marcados
	<ul style="list-style-type: none"> 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 esta planeando ir a un dentista ahora e. Ira pronto al dentista 	
3. Si pierde una calza en un diente posterior y no le dolió:		Valor: 1 si el literal b o c están marcados
	<ul style="list-style-type: none"> 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 	
4. Por lo general, hace una cita para visitar a un dentista:		Valor: 1 si el literal d está marcado
	<ul style="list-style-type: none"> a. Cuando el dentista le recuerda b. Al final de la última cita c. Cuando piensa que es tiempo de ir a otro chequeo d. Únicamente cuando piensa que esta algo malo en sus dientes 	
5. Si sus encías sangran pero estas no le duelen:		Valor: 1 si los literales a o c están marcados
	<ul style="list-style-type: none"> a. No es un problema, no vería a un dentista por este problema b. Iria inmediatamente a una cita con el dentista c. Esperaría a ver si se presenta dolor o algún síntoma para ir al dentista 	
6. Acerca de todas sus citas dentales en los últimos 5 años marque la más cercana:		Valor: 1 si los literales a , b o d están marcados
	<ul style="list-style-type: none"> 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 	
7. Si tuviera un diente muy doloroso:		Valor: 1 si los literales a o b están marcados
	<ul style="list-style-type: none"> a. Preferiría que le saquen b. Preferiría dejarlo sin tratamiento c. Preferiría realizar una restauración 	
8. Ud diría que la razón principal para no ir a un dentista seria:		Valor: 1 si los literales b , d o f están marcados
	<ul style="list-style-type: none"> 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. Pospone las citas, asiste al dentista regularmente 	Si el literal c está marcado no es un puntaje de indiferencia dental

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

Firma.....

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. Comenzá 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	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	

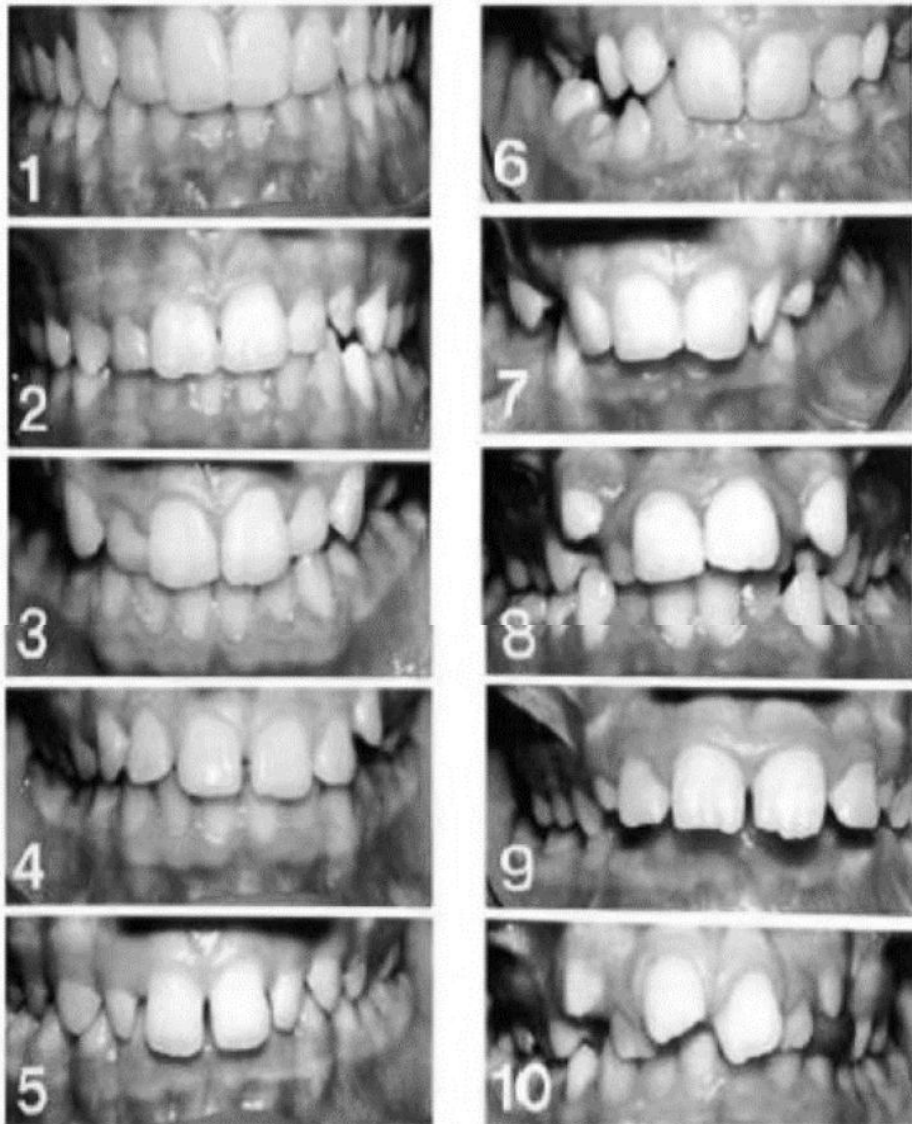
RELACION PROFESIONAL/PACIENTE	
Poco =1 Lo justo = 2 Bueno=3 Muy Bueno =4 Excelente =5	
45. Le hace sentir cómodo:	1 2 3 4 5
46. Le trata con respeto:	1 2 3 4 5
47. Muestra interés en sus ideas acerca de mi salud dental:	1 2 3 4 5
48. Entiende sus preocupaciones principales	1 2 3 4 5
49. Le presta atención (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
54. Le alienta a hacer preguntas	1 2 3 4 5
56. Le involucra en las decisiones que toma incluyendo planes por hacer	1 2 3 4 5
58. Muestra cuidado y preocupación	1 2 3 4 5
59. Se toma el tiempo necesario con ud	1 2 3 4 5

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

AUTOPERCEPCIÓN			
En los últimos 6 meses. Los dientes cariados te han causado dificultad para:			
Nº		Afectados Si/No	Severidad
69	Comer alimentos (comidas, helados)	Si → No	1 2 3
70	Hablar claramente	Si → No	1 2 3
71	Lavarse los dientes	Si → No	1 2 3
72	Descansar (incluyendo dormir)	Si → No	1 2 3
73	Mantener un buen estado de animo (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 5: Cálculo de Odds Ratio

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	52.5%	43.63, 61.22	Series de Taylor
Riesgo en NoExpuestos	45.16%	33.42, 57.47	Series de Taylor
Riesgo Total	50%	42.81, 57.19	Series de Taylor
Razón de Riesgo	1.163	0.8418, 1.605 ^a	Series de Taylor
Diferencia de Riesgo	7.339%	-7.934, 22.61 ^o	Series de Taylor
Fracción etiológica en pob (FEP)	9.677%	-10.53, 29.88	
Fracción etiológica en expuestos (FEE)	13.98%	-18.79, 37.71	

Cálculos basados en Odds y Límites de Confianza

Cálculos de puntos		Límites de confianza	
Tipo	Valor	Inferior, Superior	Tipo
Odds Ratio CMLE*	1.34	0.7227, 2.496 ^a 0.6935, 2.604 ^a	Mid-P exacto Exacto de Fisher Series de Taylor
Odds Ratio	1.342	0.7254, 2.483 ^a	
Fracción etiológica en pob (FEp OR)	17.65%	-15.88, 51.17	
Fracción etiológica en expuestos (FEe OR)	25.49%	-37.85, 59.73	

*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.

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

ANEXO 6: Base de datos.

N°	Edad	SEXO	Ingreso por persona	FACTOR DE RIESGO	Suma de indiferencia	PREVALENCIA	CASOS Y CONTROLES
455	45	Femenino	66,6666667	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
472	45	Masculino	100	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
485	60	Femenino	166,6666667	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
487	57	Femenino	233,3333333	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
490	59	Masculino	180	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
491	48	Femenino	120	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
533	53	Masculino	200	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
534	61	Masculino	333,3333333	Bajo	7	CON INDIFERENCIA	CASO

535	58	Femenino	250	Bajo	7	CON INDIFERENCIA	CASO
536	51	Femenino	300	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
537	45	Masculino	250	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
565	52	Masculino	212,5	Bajo	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
567	50	Masculino	187,5	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
568	49	Masculino	90	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
574	50	Femenino	375	Alto	3	CON INDIFERENCIA	CASO
575	64	Masculino	125	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
577	61	Femenino	375	Alto	6	CON INDIFERENCIA	CASO
578	62	Femenino	375	Alto	3	CON INDIFERENCIA	CASO
623	45	Masculino	375	Alto	5	CON INDIFERENCIA	CASO
624	46	Femenino	875	Alto	5	CON INDIFERENCIA	CASO
634	47	Masculino	300	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
645	47	Masculino	375	Alto	4	CON INDIFERENCIA	CASO
646	47	Masculino	375	Alto	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
647	48	Masculino	1000	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
649	50	Femenino	1000	Bajo	0	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
650	51	Femenino	375	Alto	1	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
651	51	Femenino	375	Alto	1	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
652	52	Femenino	375	Alto	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
653	54	Masculino	375	Alto	3	CON INDIFERENCIA	CASO
654	55	Masculino	375	Alto	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
655	55	Masculino	375	Alto	1	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
656	56	Femenino	375	Alto	4	CON INDIFERENCIA	CASO
657	60	Masculino	375	Alto	3	CON INDIFERENCIA	CASO
658	60	Masculino	375	Alto	6	CON INDIFERENCIA	CASO
659	62	Femenino	1666,66667	Alto	3	CON INDIFERENCIA	CASO
660	62	Femenino	37,5	Bajo	8	CON INDIFERENCIA	CASO

661	63	Masculino	375	Alto	7	CON INDIFERENCIA	CASO
662	64	Masculino	375	Alto	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
663	64	Femenino	375	Alto	1	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
667	63	Masculino	375	Alto	3	CON INDIFERENCIA	CASO
668	64	Femenino	375	Alto	4	CON INDIFERENCIA	CASO
671	57	Femenino	120	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
672	56	Femenino	187,5	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
673	51	Masculino	150	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
674	47	Masculino	150	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
677	61	Femenino	150	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
679	57	Femenino	187,5	Bajo	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
681	54	Femenino	350	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
688	46	Masculino	250	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
690	47	Femenino	180	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
691	58	Femenino	246,5	Bajo	1	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
692	60	Femenino	133,333333	Bajo	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
694	62	Masculino	250	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
695	62	Masculino	225	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
696	57	Femenino	166,666667	Bajo	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
698	50	Femenino	182,5	Bajo	1	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
699	64	Masculino	233,333333	Bajo	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
700	56	Femenino	175	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
701	50	Femenino	266,666667	Bajo	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
702	62	Femenino	182,5	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
703	49	Masculino	233,333333	Bajo	1	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
704	52	Masculino	112,5	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
706	53	Masculino	100	Bajo	1	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
709	51	Masculino	125	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
710	62	Masculino	300	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
711	54	Femenino	185,333333	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO

712	52	Masculino	266,666667	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
713	53	Masculino	200	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
714	65	Masculino	400	Alto	5	CON INDIFERENCIA	CASO
715	62	Femenino	225	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
716	65	Masculino	400	Alto	3	CON INDIFERENCIA	CASO
718	50	Masculino	166,666667	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
723	57	Masculino	450	Alto	3	CON INDIFERENCIA	CASO
726	55	Masculino	182,5	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
727	61	Masculino	2500	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
728	58	Femenino	133,333333	Bajo	1	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
729	48	Femenino	300	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
736	52	Masculino	200	Bajo	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
737	62	Femenino	200	Bajo	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
738	60	Femenino	100	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
739	51	Femenino	180	Bajo	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
740	55	Masculino	150	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
741	47	Femenino	146,75	Bajo	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
754	48	Femenino	550	Alto	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
792	51	Masculino	375	Alto	3	CON INDIFERENCIA	CASO
797	56	Femenino	550	Alto	4	CON INDIFERENCIA	CASO
798	50	Femenino	375	Alto	5	CON INDIFERENCIA	CASO
799	48	Femenino	600	Alto	4	CON INDIFERENCIA	CASO
802	46	Femenino	140	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
809	49	Femenino	420	Alto	5	CON INDIFERENCIA	CASO
811	54	Femenino	390	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
817	59	Femenino	233,333333	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
828	47	Masculino	400	Alto	3	CON INDIFERENCIA	CASO
829	48	Femenino	125	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO

831	65	Femenino	333,333333	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
833	45	Masculino	225	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
838	55	Masculino	375	Alto	3	CON INDIFERENCIA	CASO
839	58	Femenino	375	Alto	4	CON INDIFERENCIA	CASO
841	47	Femenino	166,666667	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
842	45	Masculino	200	Bajo	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
843	62	Masculino	187,5	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
844	54	Masculino	150	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
845	46	Masculino	166,666667	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
846	51	Femenino	375	Alto	5	CON INDIFERENCIA	CASO
854	57	Masculino	166,666667	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
870	54	Femenino	166,666667	Bajo	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
872	58	Masculino	89,25	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
873	50	Femenino	300	Bajo	1	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
874	46	Masculino	200	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
875	55	Masculino	266,666667	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
876	51	Masculino	365	Bajo	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
878	46	Masculino	300	Bajo	1	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
879	51	Masculino	182,5	Bajo	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
880	63	Masculino	400	Alto	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
882	63	Femenino	365	Bajo	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
883	48	Masculino	120	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
884	50	Masculino	466,666667	Alto	4	CON INDIFERENCIA	CASO
887	65	Femenino	375	Alto	3	CON INDIFERENCIA	CASO
905	50	Masculino	75	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
911	58	Femenino	150	Bajo	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
912	45	Femenino	266,666667	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
913	63	Femenino	187,5	Bajo	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
917	50	Femenino	300	Bajo	7	CON INDIFERENCIA	CASO

921	53	Femenino	150	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
928	50	Femenino	120	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
935	60	Femenino	200	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
936	65	Masculino	250	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
966	45	Femenino	375	Alto	3	CON INDIFERENCIA	CASO
967	45	Masculino	375	Alto	6	CON INDIFERENCIA	CASO
968	45	Femenino	375	Alto	1	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
969	47	Masculino	375	Alto	7	CON INDIFERENCIA	CASO
970	47	Femenino	375	Alto	3	CON INDIFERENCIA	CASO
971	47	Femenino	375	Alto	3	CON INDIFERENCIA	CASO
972	48	Masculino	375	Alto	7	CON INDIFERENCIA	CASO
973	48	Masculino	875	Alto	5	CON INDIFERENCIA	CASO
974	51	Femenino	375	Alto	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
984	53	Femenino	375	Alto	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
985	54	Masculino	625	Alto	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1003	48	Femenino	400	Alto	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1004	55	Femenino	600	Alto	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1005	58	Masculino	700	Alto	7	CON INDIFERENCIA	CASO
1006	57	Masculino	450	Alto	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1007	63	Masculino	375	Alto	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1008	57	Masculino	600	Alto	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1012	47	Femenino	550	Alto	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1013	47	Masculino	600	Alto	1	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1014	48	Femenino	750	Alto	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1018	55	Femenino	375	Alto	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1019	56	Femenino	375	Alto	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1020	56	Masculino	375	Alto	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1021	58	Femenino	400	Alto	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL

1022	60	Femenino	375	Alto	3	CON INDIFERENCIA	CASO
1023	60	Femenino	375	Alto	3	CON INDIFERENCIA	CASO
1024	61	Femenino	375	Alto	0	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1025	62	Femenino	375	Alto	3	CON INDIFERENCIA	CASO
1026	63	Masculino	375	Alto	1	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1037	65	Femenino	375	Alto	7	CON INDIFERENCIA	CASO
1042	65	Masculino	99,25	Bajo	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1051	65	Masculino	375	Alto	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1053	45	Masculino	375	Alto	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1094	55	Masculino	375	Alto	3	CON INDIFERENCIA	CASO
1097	65	Masculino	375	Alto	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1099	65	Masculino	375	Alto	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1100	47	Femenino	375	Alto	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1130	46	Masculino	250	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1131	53	Femenino	120	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1135	52	Masculino	150	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1137	51	Femenino	80	Bajo	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1139	51	Masculino	200	Bajo	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1141	60	Femenino	166,666667	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1143	45	Femenino	166,666667	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
1149	54	Femenino	300	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1151	60	Femenino	187,5	Bajo	8	CON INDIFERENCIA	CASO
1153	63	Masculino	400	Alto	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1155	58	Femenino	187,5	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1157	53	Femenino	133,333333	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1158	47	Masculino	266,666667	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
1159	45	Femenino	133,333333	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO

1163	60	Masculino	450	Alto	3	CON INDIFERENCIA	CASO
1169	49	Femenino	121,666667	Bajo	1	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1170	46	Masculino	250	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
1173	46	Femenino	182,5	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1174	53	Femenino	500	Alto	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1176	59	Femenino	133,333333	Bajo	7	CON INDIFERENCIA	CASO
1181	51	Femenino	75	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
1182	52	Femenino	200	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1191	65	Femenino	133,333333	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1205	65	Masculino	375	Alto	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1216	56	Femenino	125	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1222	59	Femenino	125	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1223	46	Masculino	100	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1224	60	Masculino	133,333333	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1225	61	Masculino	375	Alto	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1227	57	Femenino	90	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1228	46	Femenino	100	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1229	48	Femenino	375	Alto	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1230	53	Femenino	125	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1231	56	Masculino	133,333333	Bajo	7	CON INDIFERENCIA	CASO
1232	45	Femenino	116,666667	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1233	54	Masculino	375	Alto	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1234	48	Masculino	200	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1235	53	Femenino	375	Alto	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1236	57	Masculino	166,666667	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO

1237	51	Masculino	133,333333	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1252	57	Masculino	183,333333	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1260	58	Masculino	166,666667	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1263	55	Femenino	233,333333	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1265	45	Femenino	187,5	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1269	65	Masculino	400	Alto	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1270	50	Femenino	375	Alto	3	CON INDIFERENCIA	CASO
1280	65	Femenino	500	Alto	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1282	57	Masculino	375	Alto	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1283	65	Masculino	375	Alto	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1284	45	Masculino	375	Alto	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1289	52	Femenino	266,666667	Bajo	0	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1290	50	Masculino	250	Bajo	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1295	64	Masculino	150	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1296	54	Femenino	200	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1300	55	Masculino	300	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1304	57	Masculino	400	Alto	7	CON INDIFERENCIA	CASO
1305	62	Femenino	116,666667	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1308	49	Masculino	83,333333	Bajo	7	CON INDIFERENCIA	CASO
1309	54	Femenino	300	Bajo	0	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1314	61	Masculino	66,666667	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1325	47	Femenino	235	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
1326	54	Femenino	200	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1327	49	Femenino	600	Alto	3	CON INDIFERENCIA	CASO
1331	46	Femenino	180	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1332	53	Femenino	150	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1333	48	Masculino	175	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO

1334	46	Femenino	166,666667	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
1335	45	Masculino	125	Bajo	7	CON INDIFERENCIA	CASO
1336	49	Masculino	133,333333	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1337	49	Masculino	166,666667	Bajo	7	CON INDIFERENCIA	CASO
1338	50	Masculino	133,333333	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1339	51	Femenino	150	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1340	48	Femenino	80	Bajo	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1341	48	Femenino	375	Alto	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1342	55	Femenino	375	Alto	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1343	55	Femenino	133,333333	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1344	53	Femenino	133,333333	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1345	52	Femenino	93,75	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1346	54	Femenino	375	Alto	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1347	56	Masculino	125	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1348	54	Masculino	375	Alto	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1349	54	Masculino	375	Alto	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1350	53	Masculino	150	Bajo	7	CON INDIFERENCIA	CASO
1351	47	Masculino	375	Alto	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1352	46	Femenino	375	Alto	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1353	48	Femenino	375	Alto	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1355	65	Masculino	300	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
1356	65	Femenino	375	Alto	3	CON INDIFERENCIA	CASO
1360	65	Masculino	375	Alto	3	CON INDIFERENCIA	CASO
1363	63	Femenino	175	Bajo	7	CON INDIFERENCIA	CASO
1369	65	Masculino	375	Alto	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1374	46	Masculino	225	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO

1381	53	Femenino	450	Alto	3	CON INDIFERENCIA	CASO
1383	54	Femenino	266,666667	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1384	56	Masculino	250	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1385	48	Femenino	150	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1386	65	Femenino	150	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1387	48	Femenino	182,5	Bajo	1	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1388	60	Femenino	200	Bajo	1	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1390	49	Masculino	600	Alto	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1419	63	Masculino	100	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
1426	54	Femenino	375	Alto	1	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1430	65	Masculino	183,333333	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1431	65	Masculino	100	Bajo	1	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1436	65	Femenino	75	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1447	65	Femenino	164,25	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1449	65	Masculino	325	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
1450	65	Femenino	75	Bajo	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1451	65	Femenino	250	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1452	65	Femenino	180,75	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1456	48	Masculino	375	Alto	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1457	45	Femenino	150	Bajo	7	CON INDIFERENCIA	CASO
1460	45	Masculino	375	Alto	7	CON INDIFERENCIA	CASO
1461	45	Masculino	120	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1462	46	Masculino	375	Alto	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1463	54	Femenino	140	Bajo	7	CON INDIFERENCIA	CASO
1464	50	Femenino	200	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1465	46	Femenino	375	Alto	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1466	57	Masculino	375	Alto	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1467	45	Femenino	375	Alto	6	CON INDIFERENCIA	CASO

1468	58	Masculino	375	Alto	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1470	65	Masculino	500	Alto	1	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1476	65	Femenino	60	Bajo	7	CON INDIFERENCIA	CASO
1480	65	Masculino	62,5	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1484	65	Masculino	200	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1488	57	Femenino	112,5	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1517	46	Masculino	800	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1518	58	Femenino	350	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1519	51	Femenino	300	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1520	45	Femenino	650	Alto	3	CON INDIFERENCIA	CASO
1521	53	Femenino	400	Alto	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1525	60	Femenino	137,5	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1528	46	Femenino	33,3333333	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
1529	50	Femenino	66,6666667	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1530	48	Masculino	140	Bajo	7	CON INDIFERENCIA	CASO
1531	49	Femenino	133,333333	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1532	48	Masculino	150	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1533	50	Masculino	100	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1534	53	Femenino	75	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1535	54	Masculino	83,3333333	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1536	55	Masculino	50	Bajo	7	CON INDIFERENCIA	CASO
1537	45	Femenino	250	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1538	49	Femenino	150	Bajo	8	CON INDIFERENCIA	CASO
1540	45	Femenino	166,666667	Bajo	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1545	46	Masculino	300	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1550	65	Femenino	250	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO

1551	64	Masculino	250	Bajo	7	CON INDIFERENCIA	CASO
1552	63	Femenino	425	Alto	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1553	53	Femenino	233,333333	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1564	52	Femenino	200	Bajo	1	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1569	60	Masculino	250	Bajo	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1570	65	Femenino	225	Bajo	7	CON INDIFERENCIA	CASO
1580	54	Femenino	150	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1591	50	Femenino	375	Alto	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1592	52	Masculino	150	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1593	50	Masculino	83,3333333	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1594	45	Femenino	375	Alto	3	CON INDIFERENCIA	CASO
1595	49	Masculino	158	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1596	47	Masculino	175	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1598	53	Femenino	375	Alto	7	CON INDIFERENCIA	CASO
1600	55	Masculino	550	Alto	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1604	45	Masculino	240	Bajo	1	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1606	49	Masculino	120	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1608	47	Femenino	125	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
1609	45	Masculino	175	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1610	51	Femenino	375	Alto	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1611	55	Femenino	166,666667	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1612	52	Femenino	150	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1613	46	Masculino	133,333333	Bajo	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1615	53	Masculino	172,5	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1616	63	Femenino	375	Alto	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1617	65	Femenino	375	Alto	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1618	48	Femenino	175	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO

1619	64	Femenino	375	Alto	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1620	61	Masculino	166,666667	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1621	65	Femenino	375	Alto	3	CON INDIFERENCIA	CASO
1622	61	Femenino	375	Alto	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1623	62	Femenino	375	Alto	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1624	57	Masculino	150	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1625	58	Masculino	225	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1626	57	Femenino	166,666667	Bajo	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1627	53	Femenino	300	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1628	62	Femenino	166,666667	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1629	52	Masculino	350	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1630	60	Masculino	375	Alto	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1631	48	Masculino	266,666667	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1632	53	Femenino	300	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1633	57	Femenino	400	Alto	3	CON INDIFERENCIA	CASO
1634	47	Femenino	200	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1635	63	Femenino	300	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1636	50	Femenino	225	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1638	65	Femenino	50	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1639	65	Femenino	62,5	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1640	65	Femenino	133,333333	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1641	65	Femenino	120	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1699	65	Femenino	133,333333	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
1736	65	Masculino	375	Alto	7	CON INDIFERENCIA	CASO
1739	65	Femenino	375	Alto	1	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1744	65	Masculino	375	Alto	3	CON INDIFERENCIA	CASO

1753	65	Femenino	375	Alto	8	CON INDIFERENCIA	CASO
1756	65	Masculino	375	Alto	3	CON INDIFERENCIA	CASO
1759	65	Masculino	375	Alto	3	CON INDIFERENCIA	CASO
1772	65	Masculino	375	Alto	7	CON INDIFERENCIA	CASO
1778	65	Femenino	375	Alto	3	CON INDIFERENCIA	CASO
1779	52	Masculino	275	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1780	45	Femenino	66,6666667	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1781	60	Femenino	500	Alto	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1782	64	Femenino	600	Alto	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1783	64	Femenino	150	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1784	64	Femenino	300	Bajo	1	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1785	49	Masculino	333,333333	Bajo	1	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1786	48	Femenino	66,6666667	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1787	60	Femenino	233,333333	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1788	48	Femenino	93,75	Bajo	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1789	49	Femenino	250	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1790	56	Masculino	126,666667	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1791	45	Masculino	150	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1792	45	Masculino	100	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1793	50	Masculino	300	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1794	62	Masculino	250	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1795	45	Masculino	83,3333333	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1797	45	Femenino	300	Bajo	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1798	45	Masculino	300	Bajo	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1799	45	Femenino	370	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1805	49	Femenino	250	Bajo	1	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1806	53	Masculino	125	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1808	57	Femenino	375	Alto	3	CON INDIFERENCIA	CASO

1809	59	Masculino	500	Alto	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1810	54	Masculino	333,333333	Bajo	1	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1811	60	Femenino	300	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1812	57	Femenino	375	Alto	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1815	65	Femenino	375	Alto	0	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1820	56	Femenino	375	Alto	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1821	60	Masculino	333,333333	Bajo	1	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1822	52	Masculino	375	Alto	7	CON INDIFERENCIA	CASO
1825	55	Femenino	400	Alto	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1826	48	Masculino	200	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1827	48	Masculino	250	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
1828	61	Masculino	233,333333	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1829	46	Masculino	333,333333	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1830	51	Femenino	200	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1832	65	Femenino	250	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
1834	65	Masculino	300	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1844	51	Femenino	375	Alto	3	CON INDIFERENCIA	CASO
1845	55	Masculino	240	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1846	50	Masculino	200	Bajo	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1847	59	Masculino	166,666667	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1848	47	Masculino	250	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1849	60	Masculino	375	Alto	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1853	53	Femenino	180	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
1858	45	Masculino	140	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1859	55	Masculino	216,666667	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1860	57	Masculino	75	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1861	57	Masculino	200	Bajo	7	CON INDIFERENCIA	CASO

1862	59	Masculino	375	Alto	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1863	61	Masculino	400	Alto	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1864	62	Masculino	166,666667	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1865	51	Femenino	400	Alto	0	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1866	55	Masculino	266,666667	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1867	60	Femenino	400	Alto	8	CON INDIFERENCIA	CASO
1874	65	Masculino	400	Alto	7	CON INDIFERENCIA	CASO
1875	47	Masculino	233,333333	Bajo	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1876	57	Femenino	250	Bajo	7	CON INDIFERENCIA	CASO
1877	55	Femenino	116,666667	Bajo	7	CON INDIFERENCIA	CASO
1878	49	Femenino	100	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1883	48	Masculino	166,666667	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1884	52	Masculino	180	Bajo	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1885	58	Masculino	175	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1886	56	Masculino	166,666667	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1887	63	Masculino	233,333333	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
1888	52	Masculino	150	Bajo	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1889	58	Masculino	200	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1890	53	Femenino	266,666667	Bajo	1	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1891	47	Masculino	500	Alto	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1892	49	Femenino	800	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1893	62	Masculino	683,333333	Alto	1	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1895	50	Femenino	500	Alto	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1896	59	Femenino	833,333333	Alto	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1897	47	Femenino	300	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1905	65	Femenino	666,666667	Alto	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1906	50	Femenino	275	Bajo	2	SIN INDIFERENCIA	CONTROL
1907	60	Femenino	296,666667	Bajo	3	CON INDIFERENCIA	CASO
1908	50	Femenino	375	Alto	4	CON INDIFERENCIA	CASO

1909	46	Femenino	100	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1910	45	Masculino	187,5	Bajo	4	CON INDIFERENCIA	CASO
1911	52	Masculino	375	Alto	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1924	58	Femenino	83,3333333	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1925	49	Masculino	90	Bajo	5	CON INDIFERENCIA	CASO
1926	50	Femenino	30	Bajo	7	CON INDIFERENCIA	CASO
1927	54	Femenino	125	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO
1928	54	Femenino	75	Bajo	6	CON INDIFERENCIA	CASO