



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL EN ADULTOS DE 45-65
AÑOS, EN LA PARROQUIA TOTORACOCHA, CUENCA - ECUADOR,
EN EL PERIODO AGOSTO 2017- FEBRERO 2018.

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

AUTORA: Carrión Romero, Katherine Lizbeth.

DIRECTORA: Bastidas Calva, Magda Zulay, Od. Esp

CUENCA-ECUADOR

2018

DECLARACIÓN:

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

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

.....

Autor: **Carrión Romero Katherine Lizbeth**

C.I.: 0704242601

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

Sra. Dra. Liliana Encalada Verdugo

COORDINADORA DEL DPTO. DE TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL EN ADULTOS DE 45-65 AÑOS, EN LA PARROQUIA TOTORACocha, CUENCA-ECUADOR, EN EL PERIODO AGOSTO 2017 - FEBRERO 2018”**, realizado por CARRIÓN ROMERO, KATHERINE LIZBETH, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que está expedito para su presentación.

Cuenca, Septiembre 2018

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó

DPTO. DE INVESTIGACIÓN ODONTOLÓGICA

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Sra. Dra. Liliana Encalada Verdugo

COORDINADORA DEL DPTO. DE TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL EN ADULTOS DE 45-65 AÑOS, EN LA PARROQUIA TOTORACOCHA, CUENCA-ECUADOR, EN EL PERIODO AGOSTO 2017- FEBRERO 2018”**, realizado por **CARRIÓN ROMERO KATHERINE LIZBETH**, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que está expedito para su sustentación.

Cuenca, Septiembre 2018

.....

Bastidas Calva, Magda Zulay, Od. Esp

DEDICATORIA.

A cada una de las personas que formaron parte de mi formación personal y profesional, que supieron rescatar mis mejores virtudes en medio de muchos reveses, de manera especial a mi familia, quienes han sido fuente de sabiduría y apoyo incondicional en estos años de ardua labor, a mis amigos quienes llenaron de júbilo cada peldaño por el cual tuve que escalar, y a mis maestros quienes han sembrado en mi conocimientos sólidos e indestructibles.

EPÍGRAFE.

La ciencia es el alma de la prosperidad de las naciones
y la fuente de vida de todo progreso.

Louis Pasteur.

AGRADECIMIENTOS.

A Dios quien ha sido el pilar fundamental en toda mi formación y ha cimentado un espíritu de coraje y valentía para no decaer ante las adversidades de la vida, a mis pacientes quienes han sido una pieza primordial para mi aprendizaje y han sabido estimar mi mejor faceta como profesional y ser humano, y a mi familia quienes me han apoyado a lo largo de la carrera y no me han dejado declinar.

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

ENEMDU: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo.

INEC: Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censo.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	12
ABSTRACT	13
INTRODUCCIÓN.....	14
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	15
1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
2.- JUSTIFICACIÓN.....	16
3.- OBJETIVOS	17
3.1.- OBJETIVO GENERAL	17
3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
4.- MARCO TEÓRICO	17
4.1.- CONCEPTO	18
4.1.2.- CAUSAS DE LA NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL	18
4.1.3.- CONSECUENCIAS DE LA NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL.....	20
4.1.4.- MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES CON NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL	22
4.1.5.- ESCALA DE NEGLIGENCIA DENTAL.....	23
4.1.6.- NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL DE ACUERDO AL SEXO	23
4.1.7.- NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL DE ACUERDO A LA EDAD	24
4.1.8.- NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL DE ACUERDO AL NIVEL DE OCUPACIÓN	26
4.1.9.- NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL DE ACUERDO AL NIVEL DE INSTRUCCIÓN.....	28
4.2.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	31
5.- HIPÓTESIS	36
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.	37
1.- MARCO METODOLÓGICO.....	38
2.- POBLACIÓN Y MUESTRA.....	38
2.1.- Criterios de selección.....	38
2.1.a.- Criterios de inclusión.....	38
2.1.b.- Criterios de exclusión.....	38

3.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	40
4.- INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN	41
4.1.- Instrumentos documentales	41
4.2.- Instrumentos Mecánicos	41
4.3.- Materiales utilizados	41
4.4.- Recursos	41
5.- Procedimientos para la toma de datos.....	41
6.- Procedimientos para analizar datos.....	42
6.1.- Ubicación espacial.....	44
6.1.2.- Ubicación temporal	45
7.- ASPECTOS BIOÉTICOS.....	45
CAPÍTULO III RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	46
1. RESULTADOS ESTADÍSTICOS:.....	47
2. DISCUSIÓN.....	54
3. CONCLUSIONES	57
ANEXOS.....	64
ANEXO 1. ENCUESTA BARRERAS PARA ACCEDER A SERVICIOS ODONTOLÓGICOS.....	65
ANEXO 2. BASE DE DATOS.....	66

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N°1. Frecuencia de negligencia al cuidado dental.....	48
TABLA N°2. Frecuencia de negligencia al cuidado dental de acuerdo al sexo.....	49
TABLA N°3. Frecuencia de negligencia al cuidado dental de acuerdo a la edad.	50
TABLA N°4. Frecuencia de negligencia al cuidado dental de acuerdo a la ocupación.	51
TABLA N°5. Frecuencia de negligencia al cuidado dental de acuerdo al ingreso económico.	52
TABLA N°6. Frecuencia de negligencia al cuidado dental de acuerdo al nivel de escolaridad.	53

RESUMEN

OBJETIVO: El objetivo de esta investigación fue determinar la frecuencia de negligencia al cuidado dental en adultos de 45-65 años, en la parroquia Totoracocha, Cuenca-Ecuador, en el periodo Agosto 2017- Febrero 2018. **MATERIALES Y MÉTODOS:** El diseño de esta investigación es de tipo descriptivo con enfoque cualitativo. Se evaluó a 352 adultos entre 45 a 65 años de ambos sexos pertenecientes a la parroquia Totoracocha, Cuenca – Ecuador aplicando la encuesta “Barreras para acceder a servicios odontológicos”, de las cuales 6 preguntas correspondían a negligencia al cuidado dental, cuya escala para medir dicha negligencia fue tomada del estudio correspondiente a Thomson. **RESULTADOS:** El 61% de mujeres y el 39% de hombres presentan negligencia al cuidado dental. Los adultos entre 45-49 años 28%, 50-54 años 20%, 55-59 años 19%, 60-65 años 34% presentaron negligencia al cuidado dental. Según la ocupación el 68% corresponden a adultos expuestos y el 32% a adultos no expuestos con negligencia al cuidado dental. El 31% corresponden a adultos con alto nivel de ingreso económico y el 69% a adultos con bajo nivel de ingreso económico con negligencia al cuidado dental. El 39% corresponden a adultos con alto nivel de instrucción y el 61% a adultos con bajo nivel de instrucción con negligencia al cuidado dental.

CONCLUSIÓN: El 83% de adultos entre 45-65 años de la parroquia Totoracocha, Cuenca-Ecuador, en el periodo Agosto 2017- Febrero 2018 presentó un alto índice de frecuencia de negligencia al cuidado dental, con excepto del 17% de adultos que no presentó negligencia al cuidado dental.

PALABRAS CLAVE: Negligencia, frecuencia, adultos.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The objective of this research was to determine the frequency of neglect of dental care in adults aged 45-65 years, in the Totoracocha parish, Cuenca-Ecuador, in the period August 2017 - February 2018. **MATERIALS AND METHODS:** The design of this Research is of a descriptive type with a qualitative approach. We evaluated 352 adults between 45 and 65 years of both sexes belonging to the Totoracocha parish, Cuenca - Ecuador, applying the survey "Barriers to access dental services", of which 6 questions corresponded to neglect to dental care, whose scale to measure said negligence was taken from the study corresponding to Thomson. **RESULTS:** 61% of women and 39% of men present Negligence to dental care. Adults between 45-49 years 28%, 50-54 years 20%, 55-59 years 19%, and 60-65 years 34% presented negligence to dental care. According to occupation 68% correspond to adults exposed and 32% to adults not exposed to dental care with negligence. 31% correspond to adults with a high level of economic income and 69% to adults with a low level of economic income with negligence to dental care. 39% correspond to adults with a high level of education and 61% to adults with a low level of education who neglect dental care.

CONCLUSION: 83% of adults between 45-65 years of the Totoracocha parish, Cuenca-Ecuador, in the period August 2017- February 2018 presented a high index of frequency of negligence to dental care, with the exception of 17% of adults who did not presented negligence to dental care.

KEY WORDS: Negligence, frequency, adults.

INTRODUCCIÓN

En este siglo y desde el principio de los tiempos han existido factores agravantes para que se desencadenen afecciones a nivel de la cavidad oral, y entre estos tenemos los causados por barreras que se interponen ante el acceso a servicios de la salud bucal dando como resultado una serie de conflictos psico-socio-culturales⁽¹⁾ que afectarán de manera directa al cuidado dental; siendo entonces la negligencia parte de este conjunto esencial para que exista un desequilibrio al momento de mantener una buena salud bucodental, se define este concepto de la siguiente manera: *“omisión, o descuido voluntario y consciente en la tarea cotidiana que se despliega, o bien a través de la realización de un acto contrario a lo que el deber que esa persona realiza, exige y supone”* ^(2,3).

Es por esto que el conocimiento en negligencia al cuidado dental es de gran interés tanto para pacientes como para profesionales ya que ambas partes se verán beneficiadas o afectadas debido a que si el paciente no tiene las precauciones necesarias para mantener una buena salud bucodental e ignora de manera consiente y constante los cuidados que debe tener en su cavidad oral con muy poca probabilidad se llegará al éxito de algún tratamiento y por consiguiente se verá afectada su calidad de vida.

Las afecciones por negligencia al cuidado dental tienen grandes repercusiones a corto o largo plazo, por ende, se realizará un estudio minucioso en donde por medio de una encuesta se recopilarán datos certeros que nos permitan conocer más este ámbito.

El objetivo del presente trabajo fue determinar cuál es la frecuencia de Negligencia al cuidado dental en adultos de 45-65 años, en la parroquia Totoracocha, Cuenca-Ecuador, en el periodo Agosto 2017- Febrero 2018.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO.

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La problemática de la investigación se basa principalmente en determinar la frecuencia de negligencia al cuidado dental en adultos de 45-65 años, en la parroquia Totoracocha, Cuenca - Ecuador, en el periodo Agosto 2017- Febrero 2018 y conocer cuáles son los factores que contribuirán para que se genere el desarrollo de la misma, tomando en cuenta que existen diferentes barreras al momento de mantener una buena salud bucodental afectando de manera directa su calidad de vida.

Lo que nos ha llevado a plantearnos una incógnita en la investigación que es determinar ¿Cuál es la frecuencia de negligencia al cuidado dental en pacientes de 45-65 años en la parroquia Totoracocha, Cuenca - Ecuador, en el periodo Agosto 2017- Febrero 2018?

2.- JUSTIFICACIÓN

La presente investigación tiene por objetivo determinar la frecuencia de negligencia al cuidado dental en adultos de 45-65 años en la parroquia Totoracocha, Cuenca - Ecuador, en el periodo Agosto 2017- Febrero 2018.

Este estudio cuenta con todos los permisos institucionales, recursos financieros y humanos.

La relevancia social que presenta esta investigación se basa en valorar el estado de negligencia al cuidado dental en el que se encuentra la parroquia Totoracocha. La relevancia humana está encaminada en conocer cada una de las causas que generan dicha negligencia y poder contribuir para sosegar estas atenuantes.

El presente estudio posee una originalidad nacional, debido a que no se encuentran estudios recientes sobre esta problemática, lo que le otorga alta viabilidad y confiabilidad; cabe recalcar que la investigación puede ser tomada como referente para posteriores estudios.

El involucrarnos con hallazgos que determinen o no a una persona con negligencia, tomar la iniciativa, ayudar y capacitar a nuestros pacientes, sobre todo haciendo hincapié en la prevención en el cuidado dental, mejorará de alguna manera su calidad de vida y sobre todo se fomentará el cuidado dental.

Este estudio se rige estrictamente en la primera línea de investigación "*Los factores de riesgo y su manejo en las enfermedades odonto estomatológicas*" que se basa en búsquedas con repercusiones en la comunidad mejorando el conocimiento el cual será aplicado para solucionar problemas de salud⁽⁴⁾.

3.- OBJETIVOS

3.1.- OBJETIVO GENERAL:

Determinar la frecuencia de negligencia al cuidado dental en adultos de 45-65 años, en la parroquia Totoracocha, Cuenca - Ecuador, en el periodo Agosto 2017- Febrero 2018.

3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Analizar la frecuencia de negligencia al cuidado dental de acuerdo al sexo.

Establecer la frecuencia de negligencia al cuidado dental de acuerdo a la edad.

Conocer la frecuencia de negligencia al cuidado dental de acuerdo al nivel de ocupación.

Identificar la frecuencia de negligencia al cuidado dental de acuerdo al nivel de ingreso económico.

Determinar la frecuencia de negligencia al cuidado dental de acuerdo al nivel de instrucción.

4.- MARCO TEÓRICO

4.1.- CONCEPTO

En conjunto la conducta de los individuos y el medio ambiente tienen gran relevancia en la salud, por lo que la concepción de la negligencia al cuidado dental se regirá en el equilibrio con el entorno y al concepto de salud como estilo de vida.

El término *“estilo de vida”* ⁽³⁾ se utiliza para expresar conductas en el que intervienen distintos factores tales como: ejercicio físico, alimentación, consumo de estupefacientes, el medio y el entorno en el cual se desarrollan; considerando al individuo como principal responsable de las consecuencias ante su bienestar.

Optar por un estilo de vida saludable depende del conocimiento *“saber”* y de la accesibilidad al mismo *“poder”*, y no solo de su voluntad *“querer”*⁽³⁾.

Este concepto, es mencionado por la Oficina Regional para Europa de la O.M.S (1985) enunciando: *“La salud es la capacidad de realizar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los problemas del ambiente”*⁽³⁾.

Se entiende entonces por salud a una conquista cotidiana, por la que se puede mejorar la calidad de vida, estar sano individualmente va ligado a la salud en conjunto; la prevención individual de la enfermedad está estrechamente vinculada a los problemas ecológicos, sociales y económicos de toda la comunidad ^(3,4).

Existe una estrecha relación entre el cuidado dental y el ámbito psicológico, ya que las conductas adoptadas por el paciente generan un desequilibrio a nivel de la cavidad bucal, obligándolo o no a desencadenar dicha negligencia, conociéndose como tal a la *“omisión, el descuido voluntario y consciente en la tarea cotidiana que se despliega, o bien a través de la realización de un acto contrario a lo que el deber que esa persona realiza, exige y supone”*⁽²⁾, forjando de esta manera diversas patologías que se convierten en una amenaza letal para su salud bucal y general.

4.1.2.- CAUSAS DE LA NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL

El Doctor House. 1921⁽⁵⁾ clasificó a sus pacientes de acuerdo con su actitud mental encasillando al paciente negligente en escéptico, caracterizado por no acudir constantemente al dentista, una vez que solicita y acude a su consulta es solo por alguna situación de carácter emergente, solucionado su problema se olvida de las citas consecuentes, nunca acepta con agrado las sugerencias y siempre duda de lo sugerido.

En este sentido, se considera importante conocer la calidad de vida de cada individuo, así como los factores que contribuyen a modificarla de forma positiva o negativa, tanto en el estado de salud general como en el estado de salud bucal, es importante recalcar que existen prácticas, costumbres o formas de vida que son adoptadas por el individuo a temprana edad y que son arrastradas a edades adultas.

En la etapa de la ancianidad se registra alta prevalencia de trastornos y enfermedades a nivel bucal, es así como el 30% de la población mundial entre 65-74 años carecen de órganos dentales, esto provoca a su vez un desequilibrio en el bienestar del individuo, generando complicaciones nutricionales, en la articulación y fonación de palabras, y también a nivel social y psicológico. Es imprescindible recalcar que no todo depende de ellos, ya que con la aparición de nuevas patologías a su diario vivir se verá limitada su capacidad autónoma en la ejecución de maniobras de higiene, vestido, alimentación y se encontrarán en la necesidad de estar al cuidado de terceras personas como es en el caso de individuos con deterioro cognitivo, apraxias, agnosias, Alzheimer, parálisis, Parkinson, etc. Resultándoles más complejo mantener una higiene bucal óptima, debido a que la mayoría de las personas que los cuidan no tienen los conocimientos ni habilidad adecuada que les permita satisfacer las necesidades del adulto en cuestión, siendo esta una de las causas más comunes para el desarrollo de la negligencia al cuidado dental ^(6, 7,8).

Adicionalmente a lo ya mencionado es necesario acotar que las personas con estas condiciones son más vulnerables a desarrollar enfermedades en boca debido a su estado sistémico y de discapacidad. De igual manera cuando existe alguna enfermedad sistémica asociada a una deficiente salud oral, con mucha probabilidad aumentará el riesgo de complicaciones infecciosas en individuos con enfermedades cardíacas congénitas, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas, etc ⁽⁹⁾.

Otra de las causas para el desarrollo de la negligencia al cuidado dental en pacientes edéntulos totales o parciales es aquella sensación de insatisfacción con el uso de la prótesis dental ya que en algunos casos estas se encuentran desajustadas y generan dolor e inestabilidad, por estas razones son pocas las personas que se acostumbran a usarlas, algunos llevan solo una de ellas, otros no pueden llevarlas por un largo periodo de tiempo puestas y por último aquel grupo que nunca se acostumbró y se los ha denominado *“inválidos orales o inválidos dentales”*⁽⁵⁾.

Esto por ende provoca que raramente aquellos pacientes salgan de su hogar, y cuando necesariamente tienen que hacerlo, la idea de encontrarse con algún conocido y tener que entablar alguna conversación causa un desequilibrio en su autoestima ⁽⁵⁾.

La movilidad de la prótesis a casusa de la falta de retención y estabilidad de la misma involucran singularidades en la articulación de las palabras y de manera general implican una problemática al momento de desenvolverse en su entorno natural, neutralizando de alguna manera el pensamiento usual que lleva consigo un aparato artificial ⁽⁵⁾.

De igual manera el estado anímico del individuo juega un rol de suma importancia en su higiene oral y cuidado dental, hay pacientes que a lo largo de su vida y por diversos factores desarrollan depresión, manifestándose en el deseo de sentirse bien con su cavidad oral y anulando el valor que esta tiene sobre su salud.

4.1.3.- CONSECUENCIAS DE LA NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL

El descuido voluntario y consiente del cuidado dental desencadena una serie de patologías a nivel de la cavidad oral, desde la más simple hasta la más compleja e irreversible, entre ellas se destacan las siguientes:

La caries dental es considerada como una de las causas principales de pérdida dental, su prevalencia aumenta rápidamente con los años, llegando casi a un 100% en la población adulta.

Según lo descrito por Rojas en su estudio se menciona que el conocimiento sobre salud bucal es un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad tanto en el sexo masculino como el femenino. Por ejemplificar, un paciente con conocimientos obsoletos sobre salud bucal, debido a deficiencias en la orientación escolar o en el hogar desde edades tempranas dará como resultado la formación de un individuo que difícilmente considerará su salud bucal como algo prioritario, ni los procedimientos de higiene bucal como imprescindibles para mantenerla. Por tanto, probablemente el individuo manifestará una deficiente higiene bucal con presencia de placa bacteriana con un sinnúmero de agentes bacterianos como es el estreptococo mutans, principal agente etiológico de la caries ^(10,11).

Tras la pérdida de las piezas dentales se generan varios problemas anatómicos, dentro de ellos se encuentran aquellas anomalías de los tejidos duros, la pérdida de hueso será la causa para que exista una disminución de la anchura ósea; la atrofia en la mandíbula y el maxilar involucrará fragmentos del hueso basal, principalmente en la zona posterior de la mandíbula, generando una considerable reabsorción y aumentando a su vez la probabilidad de que se origine una fractura mandibular ⁽¹⁰⁾.

Las personas desdentadas como aquellas portadoras de prótesis presentan dificultad al momento de la ingesta de alimentos, especialmente aquellos de consistencia dura y difíciles de masticar, estos individuos se ven en la necesidad de hacer modificaciones en su dieta para equilibrar los daños que provoca la ausencia o presencia de la misma, el uso de prótesis defectuosas así como su desuso conlleva a una dieta baja en nutrientes, concentraciones deficientes de vitamina A y C, poco consumo de frutas, carnes y verduras, generando un déficit nutricional consecuente a la pérdida de masa corporal, contribuyendo a su vez al deterioro progresivo del organismo con la aparición de más patologías que afectarán su calidad de vida⁽¹²⁾.

A nivel de la mucosa oral la estomatitis sub protésica es la lesión más frecuente en la edad adulta, principalmente en aquellos individuos portadores de prótesis dental. Los factores que la predisponen son: pacientes inmunodeprimidos, fumadores, mal mantenimiento de aparatos protésicos y la infección microbiana relacionada a una higiene bucal deficiente, siendo este último el que más contribuye a su desarrollo ⁽¹⁰⁾.

Varios adultos presentan una prevalencia de caries y periodontitis bastante alta, con un cuadro crónico en donde su severidad se ve aumentada con el tiempo; causándoles la pérdida de los dientes, sin embargo, las piezas dentarias que logran ser rescatadas revelan desgastes por abrasión, erosión, y atricción; incluso pueden sufrir de movilidad dentaria por la pérdida de puntos de contacto como consecuencia de la falta de órganos dentales vecinos o antagonistas, la pérdida de estos y el uso de prótesis mal adaptadas trae también como consecuencia una masticación deficiente y por ende se pueden generar alteraciones de tipo traumático en la mucosa oral⁽¹⁰⁾.

4.1.4.- MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES CON NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL

En la odontología es de vital importancia la motivación que ejerce el profesional sobre su paciente ya que las principales enfermedades bucales, como la caries dental y la periodontitis, son prevenibles y pueden ser detectadas a tiempo. El paciente tiene que tomar conciencia de la importancia que tiene su cavidad bucal con relación a todo el organismo.

La promoción y educación de la salud es una maniobra costo-efectiva, es decir que las estrategias de prevención como de promoción tienen un menor costo ante la rehabilitación o limitación del daño.

El fomentar una buena salud bucal lleva consigo alcanzar cierto impacto en la sociedad, para prevenir un sinnúmero de patologías; un buen asesoramiento dietético rico en verduras, frutas, fibra, reducción de sal y azúcares refinados, como también la ingesta de grasas saturadas, será imprescindible para generar un buen estilo de vida y evitar no solo la presencia de caries sino también enfermedades tales como: hipertensión arterial, diabetes, obesidad, enfermedades cardiovasculares, etc. Existen evidencias acerca de que las enfermedades bucales no tratadas poseen consecuencias sistémicas y agravan el curso de las enfermedades no transmisibles^(13,14).

En lo que corresponde a los problemas económicos existe una estrecha relación con el cuidado dental, generando un desequilibrio a nivel de la cavidad bucal debido a conductas que son adoptadas por el paciente a consecuencia de su déficit económico, obligándolo o

no, a desencadenar negligencia en el cuidado dental, forjando de esta manera diversas patologías que se convierten en una amenaza letal para su salud bucal y general.

4.1.5.- ESCALA DE NEGLIGENCIA DENTAL

En el año de 1986 se utilizó por primera vez la escala de negligencia al cuidado dental, la cual fue creada por William Murray Thomson, en su primer estudio realizado en el sur de Australia con una muestra de 2659 niños en edades comprendidas entre los 10 a 15 años se construyó y comprobó dicha escala; posterior a esto en el año 2002 Thomson realizó otro estudio específicamente en adultos de Nueva Zelanda, asociando con una puntuación mayor a 22 a aquellos que presentasen mayor número de piezas cariadas y ausentes, altos niveles de placa dental, uso irregular de los servicios dentales, etc.

El sistema de puntuación se encuentra comprendido por 6 preguntas, las cuales son: (Anexo 1)

- 1.- Mantiene su cuidado dental en el hogar, considera que su salud dental es importante.
- 2.- Recibe el cuidado dental que debe.
- 3.- Necesita atención dental, pero la ignora.
- 4.- Se cepilla tan bien como debería.
- 5.- Controla los alimentos entre las comidas, tan bien como puede.
- 6.- Considera que su salud dental es importante.

Los encuestados deberán elegir un solo ítem por pregunta, de acuerdo a lo que consideren más cercano a su situación. Los ítems de respuesta son:

DEFINITIVAMENTE NO		DEFINITIVAMENTE SI		
1	2	3	4	5

4.1.6.- NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL DE ACUERDO AL SEXO

Existe un gran grupo de factores tales como el sexo, factores de tipo mecánico y factores que se relacionan con la conducta del individuo, sin embargo, en cada modalidad el sexo masculino tuvo mayor predominio que el sexo femenino, debido a que sus hábitos o su

conducta se encuentra íntimamente relacionado con el descuido hacia su salud. Este grupo consume con mayor frecuencia bebidas alcohólicas y tabaco deteriorando su calidad de vida y contribuyendo para la aparición de nuevas patologías, algunos estudios han demostrado que el tabaquismo produce daños a nivel de la mucosa bucal por un mecanismo triple, por el efecto o acción del calor del cigarrillo en el proceso de combustión, el efecto químico, la presencia de los fenoles y el alquitrán, y por último un efecto mecánico por la relación directa con la mucosa.

En cuanto al alcohol este puede ser un efecto promotor y solvente, ya que al asociarse ambos generan un efecto sinérgico fatal, representado por la ecuación: *“Tabaco + Alcohol = Sinergismo”*⁽¹⁵⁾.

Para tener una idea más concisa de los efectos causados por el tabaquismo, según Pindborg.2000⁽¹⁵⁾, García P et al. 2000⁽¹⁶⁾, Franco et al. 2003⁽¹⁷⁾ y Bornstein et al. 2004⁽¹⁸⁾ este produce, por sí solo, más del 75% de las lesiones en la mucosa bucal de los hombres y en el caso específico del alcohol la incidencia es ínfima, no siendo así para aquellos casos que relacionan ambas prácticas.

En relación a los factores de tipo mecánico, según el sexo, se demostró que, de un total de 60 individuos, que se encontraban expuestos a estos elementos de riesgo, el 48.0% correspondían a dientes cuyos bordes eran filosos, el 40.0% recayó en el uso de estructuras protésicas mal ajustadas y el 12.0% restante se vinculó con la presencia de obturaciones defectuosas correspondientes al sexo masculino⁽¹⁹⁾.

En el caso de las prótesis mal adaptadas, es decir, sin una correcta retención, soporte y estabilidad la producción de daños es elevada, como lo demuestran los estudios realizados por Hilton.2002⁽¹⁹⁾, ya que la gran mayoría de los casos tuvo curso clínico asintomático y desencadenó en la evolución de entidades malignas⁽²⁰⁾.

4.1.7.- NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL DE ACUERDO A LA EDAD

Las piezas dentarias cumplen grandes funciones a nivel de la cavidad oral y de todo el organismo del ser humano es así como se vuelven indispensables al momento de la masticación, deglución, digestión y estética facial.

Sin embargo, la ausencia de menos de 20 piezas dentales promueve un deterioro significativo en el bienestar de los individuos, en especial de los adultos mayores ya que al estar en relación con el sistema digestivo se genera un deterioro en la nutrición y por ende en la fonación y estética ⁽²¹⁾.

La valoración que tienen los adultos mayores hacia su cavidad oral es considerada por ellos como parte de un proceso natural del envejecimiento y no como consecuencia del mal cuidado a lo largo del tiempo. Por lo que su percepción de salud bucal se encuentra distorsionada debido a que este grupo de personas por lo general no catalogan a una enfermedad bucal como un riesgo para su vida; esto los lleva a pensar que presentan una salud oral óptima y que los daños que se generan son consecuencia de su edad ⁽²¹⁾.

Se define al envejecimiento como *“el proceso integrado a todo un sistema multifactorial y multifuncional donde lo que se haga antes de los 60 años implicará un mejor mañana y lo que se haga durante y después de los 60 años redundará en un mañana feliz o al menos más llevadero”*. Es decir que esta etapa no solo comprende un proceso de carácter biológico, fisiológico y psicológico sino es comprendido como un destino social ya que es un ser cultural, mental y espiritual ⁽²²⁾.

También existe otra denotación que expresa que *“el envejecimiento es individual, es el resultado de nuestra carga genética y la forma de adaptarnos al teatro de nuestra vida”*⁽²³⁾.

Con las denotaciones anteriores se puede decir entonces que una persona para ser considerada con ancianidad o adulto mayor deberá cursar los 60 años, en esta etapa se da inicio al envejecimiento como tal, pero este es progresivo y puede continuar por muchos años más ⁽²¹⁾.

Entre las causas de pérdida de salud bucal por falta de cuidado dental de los adultos son:

Poca o nula prioridad al tratamiento dental ya que les dan más importancia a las enfermedades no transmisibles, lo que provoca que pocos individuos conserven sus piezas dentales hasta una edad avanzada ⁽²⁴⁾.

Deficiente higiene oral como consecuencia de una mala técnica de cepillado, y ausencia de aditamentos para el cuidado dental ⁽²⁵⁾.

Inasistencia a las revisiones periódicas, con el fin de prevenir patologías y evitar tratamientos de rehabilitación especializados evadiendo procedimientos costosos ⁽²⁶⁾.

Temor a las maniobras ejecutadas por el profesional en la consulta, al proceso de adaptación protésica o una actitud de rechazo ante la sugerencia de cambiar las prótesis por unas nuevas ya sea por las molestias que puedan generar como también por el costo económico que implica ⁽²⁶⁾.

Enfermedades propias de la cavidad oral: enfermedad periodontal y caries dental, que ocupan entre el 80% y 90% respectivamente de las afecciones a la salud bucal en la población adulta, con la consecuente pérdida de órganos dentales, y entre las patologías orales más frecuentes en la edad adulta se encuentran la candidiasis, xerostomía, recesión gingival y queilitis angular ^(27,28,29).

4.1.8.- NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL DE ACUERDO AL NIVEL DE OCUPACIÓN

En la literatura se mencionan diferentes aspectos en cuanto al descuido del paciente relacionado al nivel de ocupación, coexisten situaciones en las cuales las manifestaciones a consecuencia de la negligencia pasan desapercibidas pero que a lo largo del tiempo perjudican su calidad de vida pudiendo afectar su desempeño en la vida cotidiana ⁽³⁰⁾.

Así como existen factores de tipo biológico, existen también aquellos factores socioculturales entre los cuales se encuentra el nivel de ocupación.

En el Ecuador según lo descrito por la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo en el año 2017 se exponen resultados acerca del desempleo a nivel nacional; indicando la presencia del 4.4% de desocupación con respecto a toda la población ecuatoriana. En el área rural el desempleo fue menor al urbano con un 2.0% y 5.64% respectivamente ⁽³¹⁾.

En el año 2017 se registró que un 37.7% de los empleados urbanos contaban con afiliación al seguro general del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social a excepción del 54.9% que no contaba. Lo que nos hace pensar que el excedente de población que no lo poseen están expuestos a no estar cubiertos por un seguro que les permita en momentos de vulnerabilidad a acogerse al mismo ⁽³¹⁾.

En un estudio realizado en Mala- Perú se evidencia que todos los subgrupos de mujeres en edad fértil (15-49 años) que trabajan, trabajan y estudian, o solo estudian, y las amas de casa presentan un alto índice de ingesta de azúcares extrínsecos , el único grupo que cumple con las medidas de higiene bucal de tres veces al día con un 100% son el grupo de estudiantes, mientras que los subgrupos restantes tienen como promedio de higiene oral de dos veces al día; el subgrupo de las estudiantes y las amas de casa no visitan con frecuencia al odontólogo a diferencia de las que trabajan y estudian que si lo hacen⁽³⁰⁾.

Algunas ocupaciones se convierten en factor de riesgo para el desarrollo de diversas patologías en la cavidad oral a causa del descuido voluntario de la persona, ya que no le dan la debida importancia que merece a nuestro cuerpo, y dejan en última instancia al sistema estomatognático en el caso que se presentase alguna anomalía.

Por ejemplificar en el estudio realizado por Marilen L et al, Perú. 2013 ⁽²⁰⁾, mencionan que de un total de 123 participantes que conformaron el universo de la muestra, el 41.1% corresponde a los jubilados y el 28.4% a los agricultores con predominio de afecciones hacia los jubilados masculinos con el 83.0 %.

Por lo tanto, es notoria la relación que existen entre ambos factores como es la ocupación y la aparición de lesiones a nivel de la cavidad oral, como es el caso del grupo correspondiente a los jubilados que son los que presentan mayor edad y a su vez el estado de su boca es más deficiente, de igual manera sucede con aquellos individuos que se desarrollan en un medio rural, afines a labores agrícolas.

Cabe mencionar que para el resto de los niveles de ocupación la frecuencia es inferior y va a depender de la interacción con otros factores de riesgo ⁽²⁰⁾.

4.1.9.- NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL DE ACUERDO AL NIVEL DE INSTRUCCIÓN

La educación es un indicador socioeconómico imprescindible ya que se relacionan niveles altos de instrucción con mejor salud a través de los siguientes mecanismos: *“mayor educación de los hijos, mayores posibilidades de tomar decisiones eficientes de consumo, mejor planificación familiar, mejor inserción en la comunidad y mejor producción de salud de ellos y sus hijos”* ⁽⁴⁾.

No siempre los conocimientos de la salud bucal y los comportamientos de los individuos se encuentran en estrecha relación, existen sus excepciones.

El conocimiento se puede adquirir de distintas maneras: en lo que respecta al conocimiento cotidiano implica el reconocimiento del entorno en donde nos desarrollamos, el cual es adquirido a lo largo de la vida y como resultado de las experiencias propias de cada individuo; por otro lado, se encuentra el conocimiento científico que se considera como veraz, ya que se utilizan instrumentos y métodos para lograr alguna explicación de la realidad existente. *“Es una forma de conocimiento abierto a la revisión permanente y a la corrección de lo ya sabido”* ⁽³²⁾.

En la República del Ecuador la Ley Orgánica de Educación Intelectual *“Garantiza el derecho de las personas a una educación de calidad y calidez, pertinente, adecuada, contextualizada, actualizada y articulada en todo el proceso educativo, en sus sistemas, niveles, subniveles o modalidades; y que incluya evaluaciones permanentes”* ⁽³³⁾.

Sin embargo, en el Ecuador existen 676.945 personas consideradas analfabetas según el último censo en el año 2010 ⁽³⁴⁾.

Es evidente que la educación es muy necesaria, para que el individuo pueda a través de los conocimientos cuidar su salud general y de manera particular la dental. Estos conocimientos se los debe impartir desde temprana edad para que se convierta en una costumbre o cultura en el niño y adolescente, de esta forma se creará una disciplina en el intelecto de las personas adultas ⁽³⁴⁾.

Por esta razón todos debemos contribuir a desterrar el analfabetismo, fijándonos como un único objetivo la educación para las personas de escasos recursos económicos, que son las más afectadas a consecuencia de la falta de conocimientos que deben ser impartidos por sus familiares ⁽³⁴⁾.

Varias son las causas del analfabetismo, entre ellas tenemos la forma de vida precaria y por ende la falta de motivación para incrementar su intelecto; por esta razón es responsabilidad del estado y la sociedad, implantar una educación básica para elevar la autoestima en el cuidado de su salud y mejorar su calidad de vida.

El analfabetismo como tal no solo repercute a nivel cognitivo, sino también para el desarrollo de nuevas patologías como: infecciones a causa de las condiciones precarias en las que viven, desnutrición, enfermedades de transmisión sexual, dengue, chikungunya, etc. Las cuales se podrían evitar por medio de medidas de salud de carácter preventivo como son: controles de salud, vacunas, vitaminas, asesoramiento dietético, etc ⁽³⁴⁾.

4.1.10.- NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL DE ACUERDO AL INGRESO ECONÓMICO

La marginación y la pobreza en el mundo, es una barrera que detiene el progreso de la sociedad no solo en el ámbito de la salud sino en la vida misma, esto imposibilita a gran cantidad de personas a tener una existencia llevadera impidiendo tener una vida saludable ⁽⁴⁾.

Un sinnúmero de investigaciones empíricas posteriores en otras regiones y en diferentes períodos ha demostrado que la relación entre el nivel económico y los servicios de salud son altamente significativos, existen evidencias de los efectos sobre el ingreso económico y la salud debido a una mejor nutrición y acceso a servicios sanitarios, *“la salud puede considerarse un bien normal a niveles bajos y medios de ingreso, o un bien de lujo en los de alto ingreso”* ⁽⁴⁾.

En el Caribe y América Latina se marca notoriamente niveles de exclusión y marginalidad, así como un alto grado de deficiencia e inestabilidad en su economía.

En las últimas décadas se registró el aumento de desempleo incrementando la precariedad laboral y como consecuencia a este vaivén económico se acentuaron los movimientos migratorios. Los países de esta región se han clasificado por el Banco Mundial como aquellos con ingresos medios y bajos, con algunas excepciones de países con ingresos altos. *“El producto bruto por cada habitante alcanza los 4000 dólares anuales siendo sumamente inferior a los países de la OCDE (29.641) y por debajo del promedio mundial (5.647)”*⁽⁴⁾.

Es decir que lo que gasta un estadounidense en su salud es equivalente al ingreso por habitante de un latinoamericano.

Las personas con un nivel socioeconómico bajo tienen escaso acceso a los servicios odontológicos y por ende son utilizados de forma eventual, en situaciones emergentes y no de una manera preventiva, incrementando el riesgo de padecer alguna enfermedad periodontal según lo mencionado por Thomson et al.2010⁽³⁵⁾.

Es por esto que, la salud y el cuidado dental se encuentran en relación con el ingreso económico de cada individuo.

El sueldo básico en la República del Ecuador es de \$375 mensuales, monto insuficiente para cubrir el costo de la canasta familiar básica (\$ 701.93) y canasta familiar vital (\$503.27) las cuales incluyen servicios básicos, salud, transporte, educación, alimentos, vestido y artículos para el hogar, recalcando que la canasta vital cuenta con menos implementos para su subsistencia según el INEC⁽³⁶⁾.

Lo que quiere decir que deben trabajar por lo menos dos miembros de la familia para poder cubrir los gastos para su manutención, sin embargo, si solo labora una persona, y percibe un salario básico con gran probabilidad la idea de invertir en prevención para su propia salud ocupará un segundo plano⁽³⁶⁾.

En España se realizaron estudios concernientes al uso de servicios odontológicos dando como resultado que un 34% de la población de Cataluña había visitado al odontólogo en el último año denotándose que se encuentra por debajo de otros países desarrollados como

es el caso de los países Escandinavos con una asistencia del 80%, y el 47% para United Kingdom. Cabe recalcar que Portugal y Grecia presentaron porcentajes incluso más bajos a los de España con un 28.8 % y un 23.3%, respectivamente ⁽³⁷⁾.

El uso de los servicios dentales también se encuentra asociado de manera positiva con una mejor autopercepción de la salud oral en adultos de edad intermedia, es así como, en el estudio de Brennan et al.2012 ⁽³⁸⁾ menciona que la decadencia de la salud oral es menor en aquellos que realizan visitas periódicas al dentista.

4.2.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

En el artículo titulado Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural, Ladini F. se mencionaron aspectos relacionados con la accesibilidad de la población a los sistemas de salud, en específico el conflicto cultural que se lo califica como una interfaz social, también se mencionan diferencias entre disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad, o entre accesibilidad geográfica, financiera, administrativa y cultural. De esta manera se establece como objetivo de esta investigación analizar y discutir críticamente la noción de

accesibilidad. En este contexto, se hace énfasis en la dimensión psico-socio-cultural de la accesibilidad, a la que se propone abordar a partir del concepto de interfaz social. Para esto se realizó una revisión crítica de bibliografía para la cual se utilizaron las bases de revistas científicas Directory of Open Access Journals, EBSCO, REDALYC y SciELO ⁽¹⁾.

En el artículo denominado La construcción del concepto de salud, Gavidia V. se ha visto que las concepciones de salud son muchas. La Psicología, la Ecología, las Ciencias de la conducta y las necesidades de la propia sociedad, han ido conformando una nueva visión de la salud, dotándole de una naturaleza propia y con unas determinadas características, sin renunciar por ello a la idea de oposición a la enfermedad ⁽³⁾.

En la investigación titulada Vinculación entre salud, ingreso y educación un análisis comparativo para América Latina, London S. se mencionó las relaciones entre las condiciones socioeconómicas y la salud las cuales han sido objeto de estudio desde hace varias décadas. Si bien no hay duda en cuanto a que el ingreso, la educación y la salud están fuertemente vinculados, los lazos a través de los cuales interactúan son objeto de discusión continua. La revisión bibliográfica desarrollada destaca la necesidad de actuar proactivamente, dada la existencia de importantes trampas de desarrollo y pobreza en países con malas condiciones en sus sistemas de salud. A pesar de esto, las estadísticas señalan que se siguen gastando en promedio el 90% del total de gasto en salud en asistencia sanitaria curativa. La realidad nos muestra que mientras no se mejoren las condiciones de vida y la educación de las poblaciones más desfavorecidas, todos los esfuerzos en materia sanitaria serán insuficientes, especialmente en las economías de ingresos más bajos. Atender eficientemente una determinada patología, enviando posteriormente al paciente a una vivienda precaria, con dificultades para alimentarse correctamente y sin un nivel de conocimientos mínimos para mejorar o sostener su status de salud, solo será una medida paliativa poco duradera, ya que la probabilidad de necesitar una nueva atención en el corto o mediano plazo es alta, presionando nuevamente sobre los desbordados sistemas sanitarios. Por otro lado, la educación, el nivel de ingreso, la alimentación, etc., mejoran las acciones preventivas en materia de salud, cuyos resultados son económicamente más eficientes ⁽⁴⁾.

El artículo sobre Efectos psicológicos del edentulismo total y parcial y su nivel de satisfacción ante la rehabilitación protésica en pacientes atendidos en la clínica

odontológica de la Universidad de las Américas durante el periodo septiembre 2015- febrero 2016, Reinoso G. menciona en lo referente a la odontología que la presencia de dientes se relaciona directamente con un buen estado de salud física, social y emocional, lo que es percibido por el entorno en que cada individuo se desarrolla; por tanto cada vez se incrementa el número de personas que buscan de cualquier forma restablecer la ausencia de dientes cuando por diferentes motivos los han perdido. Actualmente en Ecuador no hay registros de prevalencia de desdentados parciales o totales; Sin embargo en América Latina es conocido que su prevalencia bordea el 40% poblacional, un alto valor dentro del aumento porcentual cada vez mayor de una población que presenta 60 años y más, así como el incremento en la esperanza de vida desde el instante de nacer. Aproximaciones en estudios realizados por la OMS, manifestaron la existencia en el mundo de adultos mayores desde el 2002, y su presencia en el futuro, de esta manera para el 2002 estimaron 600 millones, para el 2025 afirmaron que la cifra se duplicaría y en el año 2050 llegarían a 2 billones, viviendo la mayoría de ellos en territorios en desarrollo. Internacionalmente el adulto mayor se conoce como aquella persona que ha llegado a los 60 años, indistintamente de su género (mujeres y hombres). (OMS, 2010). La edad y el género del individuo en estudio tuvieron relación con la afectación psicológica tras la pérdida de sus piezas dentales de manera total o parcial; siendo las mujeres las más susceptibles y el rango de edad de 55 a 64. El nivel de insatisfacción protésico estuvo determinado por la edad (45-55 años), género (femenino) y tipo de paciente (histérico y escépticos), presentando en cada variable niveles bajos de satisfacción ⁽⁶⁾.

En el estudio de Prevalencia de caries dental y factores de riesgo asociados, Rojas H. se encontraron hallazgos sobre la de prevalencia de caries, la cual fue de 7,7 % en las mujeres y de 8,6 % en los hombres. La mayoría de los participantes en ambos sexos tenían una higiene bucal deficiente. En 24 (48 %) mujeres y en 34 (68 %) hombres, los conocimientos sobre salud bucal fueron calificados como insatisfactorios. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la higiene bucal, los conocimientos sobre salud bucal y la afectación por caries dental. La prevalencia de caries dental es alta en la población estudiada. Los factores de riesgo analizados se asocian con la afectación por caries dental ⁽⁷⁾.

En el estudio sobre el Efecto de la salud oral en la calidad de vida de adultos mayores dependientes, comuna de Hualpén, 2015, Oñate M. se encontró un estado de salud bucal deteriorado en los adultos mayores dependientes pertenecientes al Hogar José Obrero de la comuna de Hualpén, caracterizado por: Índice COPD de alto nivel de pérdidas dentarias, por tejido gingival afectado por una inflamación moderada, por el alto porcentaje de lesiones de mucosa oral, principalmente de estomatitis sub-protésica y queilitis angular, por la alta prevalencia de edentulismo de los pacientes, por las prácticas deficientes de higiene bucal . Los datos clínicos del estado bucodental, que fueron negativos, fueron el reflejo de la calidad de vida oral percibida obtenida mediante el uso del índice GOHAI, que indicó que la mayoría de los adultos mayores tenían un nivel de calidad de vida oral de moderado a bajo. En cuanto a la hipótesis esta se confirma ya que se demostró que la salud oral tiene un efecto en la calidad de vida, entonces un buen estado de salud oral influiría en el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores dependientes pertenecientes al Hogar de ancianos San José obrero, comuna de Hualpén, 2015 ⁽⁸⁾.

En el artículo titulado La promoción de la salud bucal como una estrategia para el desarrollo de la salud pública: una oportunidad para la profesión y para el país, Contreras A. Mencionó que la consulta de odontología se inicia casi siempre después de los seis años y se pierde la oportunidad de afectar de manera positiva a quienes más adelante van a ser adultos jóvenes. La atención odontológica preventiva en los niños debe iniciarse desde el primer año de vida y la educación debe dirigirse a los padres y cuidadores. El Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III) encontró una elevada prevalencia de caries en la dentición primaria, 54,8 % a los cinco años y 63,8 % a los siete años, con un índice COE D de 3,0 a los cinco años. Los niños reciben de sus padres bebidas azucaradas (un tetero antes de dormir) y esto facilita la proliferación de microorganismos y el desarrollo de caries y gingivitis. En conclusión, la promoción de la salud bucal integrada a la salud general en las poblaciones es innovadora. Al generar buenos hábitos de higiene, haciendo que los sujetos se responsabilicen por su autocuidado y adopten estilos saludables de vida, tenemos una oportunidad como profesión de trabajar por la salud de la gente, de integrarnos a los equipos de salud, de adquirir nuevos roles como salubristas y, quizá, de causar un impacto en las enfermedades no transmisibles ⁽⁹⁾.

En la investigación acerca del Estudio comunitario sobre factores de riesgo de las lesiones bucales pre-malignas y malignas en Mantua, López G. se pudo observar que las lesiones

pre-malignas y malignas del complejo bucal son más frecuentes en el sexo masculino y después de la sexta década de vida, así como los jubilados y agricultores que son más propensos al desarrollo de estas lesiones. Los labios, comisuras y tercio anterior del carrillo son sub sitios anatómicos de elevada presencia de los estados pre-neoplásicos y neoplásicos en la mucosa bucal. Los factores de riesgo responsables de la aparición de estas entidades resultaron ser los de origen mecánico o irritante local, como los dientes filosos, y el riesgo conductual, como el hábito de fumar. Como resultado positivo en el proyecto, se logró que toda la muestra eliminase las causas que justificaban la aparición de la lesión y se le brindó el seguimiento y evolución del mismo. Asimismo, se comenzó a ejecutar un plan de acciones comunitarias para la prevención y diagnóstico con el fin de mitigar los factores de riesgo y contribuir al desarrollo local en el área de salud ⁽¹⁴⁾.

En el artículo titulado Salud bucal, salud bucal percibida y calidad de vida en adultos mayores, López C. alude que los problemas de salud bucal de los adultos mayores ponen en riesgo su calidad de vida, aunque este grupo etario no lo considere así. Existen factores como el temor al dentista, presentar enfermedades no transmisibles, el costo de la atención dental, entre otras, que contribuyen al deterioro evidente de la función masticatoria, la deglución, la fonación y estética facial, aspectos que repercuten en la vida del AM. El objetivo de la presente investigación fue indagar la relación entre salud bucal real, la percepción de salud bucal y la calidad de vida en un grupo de adultos mayores. Su diseño de estudio fue descriptivo, correlacional y transversal. En donde se incluye una muestra de 34 sujetos provenientes de dos centros diferentes, a los que se les realizó una exploración bucal, así como un interrogatorio en el que se incluían los cuestionarios de salud bucal percibida y Percepción de Calidad de Vida relacionada con Salud (PICAVIRES). Resultados: Se estableció un valor de $p > 0.05$ al relacionar salud bucal real con salud bucal percibida, y $p < 0.05$ al relacionar la salud bucal y la calidad de vida ⁽¹⁷⁾.

En el estudio acerca de Cambios bucales en el adulto mayor, Sáez C. se menciona que el envejecimiento es un proceso dinámico de modificaciones morfológicas, funcionales, psicológicas y bioquímicas que se inician en el momento del nacimiento y se desarrollan a lo largo de nuestras vidas. Envejecer no es lo mismo que enfermarse; en el camino hacia el envejecimiento se van produciendo cambios en los órganos y sistemas. En el envejecimiento aumenta el riesgo de adquirir enfermedades e incapacidades, y con ello, la necesidad de trazar metas para mejorar la salud del adulto mayor. Basándose en esas

inquietudes, se propusieron describir los cambios bucales en los adultos mayores, así como determinar la relación entre sexo y alteraciones sistémicas con la aparición de cambios bucales en el adulto mayor. Se encontró un mayor porcentaje de cambios bucales en los adultos mayores desdentados totales. El reborde alveolar reabsorbido fue el cambio bucal más frecuente. En el sexo femenino se reportó el mayor número de cambios bucales y se evidenció una relación directa entre las alteraciones sistémicas y los cambios bucales, dentro de los cuales el grupo de pacientes diabéticos fue el más afectado ⁽²⁹⁾.

5.- HIPÓTESIS

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

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.

1.- MARCO METODOLÓGICO

Enfoque: Cualitativo ⁽³⁹⁾

Diseño de Investigación: Descriptivo ⁽³⁹⁾

Tipo de Investigación:

- ✦ **Por el ámbito:** De campo
- ✦ **Por la técnica:** Comunicacional de encuesta
- ✦ **Por la temporalidad:** Transversal-actual
- ✦ **Instrumentos:** Encuesta

2.- POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo conformada por 4206 habitantes de la parroquia de Totoracocha en la ciudad de Cuenca-Ecuador de acuerdo a INEC según el último censo en el año 2010; de los cuales se encuestaron a 352 adultos por medio de una técnica comunicacional aleatorizada a personas que habitan en la zona, en edades comprendidas entre 45 a 65 años, en el periodo Agosto 2017- Febrero 2018 ⁽⁴⁰⁾.

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

2.1.a.- Criterios de inclusión: se incluyeron en el presente estudio a adultos entre 45-65 años de la parroquia Totoracocha, Cuenca-Ecuador, en el periodo Agosto 2017- Febrero 2018.

2.1.b.- Criterios de exclusión: se excluyeron del estudio a personas menores a 45 años y mayores a 65 años y aquellas no pertenecientes a la parroquia de Totoracocha de la ciudad de Cuenca-Ecuador, en el periodo Agosto 2017- Febrero 2018.

Tamaño de la muestra: El tamaño de la muestra se calculó mediante la fórmula de muestreo descriptivo con variable cualitativa de población finita, con un nivel de confiabilidad de 95% y un error de 5%. La muestra fue de 273 personas, cabe recalcar que el total de encuestas registradas en el estudio epidemiológico de negligencia al cuidado dental en adultos de 45-65 años, en la parroquia Totoracocha. Cuenca-Ecuador, en el periodo Agosto 2017- Febrero 2018 fueron de 352 fichas, valor que se tomó como referente

para los cálculos pertinentes de la investigación. El total de habitantes de la parroquia Totoracocha es de 4206 correspondientes a adultos entre 45-65 años ⁽⁴⁰⁾.

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

Dónde:

N= Total de la población de 4206

Z²= 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

P= proporción esperada (en este caso 5%=0.05)

E= margen de error 5%=0,05

$$n = \frac{1,96^2 * 0,05 (1 - 0,05) * 4206}{1,96^2 * 0,05 (1 - 0,05) + 0,05^2 (4206-1)}$$

$$n = 273$$

Se ampliaron a 352 muestras (Anexo 2).

3.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA	DATO
NEGLIGENCIA	Descuido voluntario y consciente del individuo en la tarea cotidiana en la que se despliega.	Acto contrario a lo que el deber que esa persona realiza, exige y supone.	Cuantitativa	Ordinal	Negligente No Negligente
SEXO	Características genotípicas de la persona.	Características externas que diferencian al varón de la mujer.	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona.	Años de vida que tiene al momento de la aplicación de la encuesta.	Cuantitativa continua	Nominal	45-49 años 50-54 años 55-59 años 60-65 años
OCUPACIÓN	Función que se desempeña para ganar el sustento que generalmente requiere conocimientos especializados.	Actividad o profesión que desempeña.	Cualitativa	Nominal	Expuestos No expuestos
INGRESO ECONÓMICO	Valor monetario recibido por la realización de un trabajo.	Cantidad de dinero percibida en un periodo de tiempo.	Cualitativa	Nominal	Alto Bajo
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Grado de instrucción académica.	Número de años lectivos aprobados en una institución de educación.	Cualitativa	Nominal	Instrucción alta Instrucción baja

4.- INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

4.1.- Instrumentos documentales:

Se realizó la validación del instrumento el cual se dividió en dos fases, en la primera fase se elaboró un cuestionario estructurado de Thomsom²⁸ que incluye dos secciones la primera correspondiente a datos generales del encuestado y la segunda parte correspondiente a los ítems de respuesta múltiple, para evaluar la frecuencia de negligencia (41).

4.2.- Instrumentos Mecánicos:

Uso de equipo electrónico portátil para la transcripción de los datos.

4.3.- Materiales utilizados

De escritorio: Esferos, computadora, 120 copias en hojas de papel bond, etc.

4.4.- Recursos

Recursos Institucionales: UCACUE, ZONAL 6 de Educación

Recursos humanos: Investigador principal: Carrión Romero, Katherine Lizbeth.

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

Recursos financieros: Autofinanciados.

5.- Procedimientos para la toma de datos

Se solicitó el permiso correspondiente a las autoridades de la Unidad Académica de Salud y Bienestar Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca para poder encuestar en las diferentes parroquias de la ciudad de Cuenca.

Se agruparon 15 estudiantes para intervenir en cada parroquia, dividiéndose en grupos de dos o tres personas para el levantamiento de la encuesta; si el encuestado aceptaba ser entrevistado firmaría el consentimiento informado y se procedería a llenar la encuesta con los datos pertinentes.

Esta encuesta se encuentra conformada por 80 preguntas, está distribuida en 3 hojas respectivamente, de las cuales 8 preguntas corresponden a indiferencia dental, 6 preguntas a negligencia dental, 9 preguntas a automedicación, 9 preguntas de ansiedad dental, 1 pregunta de autopercepción de oclusión, 11 preguntas de Autopercepción periodontal, 16 preguntas en relación profesional/paciente, 9 preguntas referentes a aspectos generales, 7 preguntas de autopercepción y finalmente 4 preguntas de alfabetización; cabe mencionar que la encuesta cuenta con el registro de los datos del encuestado como son: cédula de identificación, sexo, edad, ocupación, parroquia, nivel de educación e ingreso económico mensual familiar aproximado. El muestreo de proporciones equivale al 95% de confiabilidad y 5 % de error, el mismo que se establece en el programa EPI INFO del departamento de investigación de Odontología, la muestra de habitantes a encuestar es de 352 personas, cumpliendo con los criterios de inclusión (entre 45 a 65 años, de ambos sexos, con consentimiento informado).

Se procedió a anillar las encuestas e ingresar la información al sistema, en el respectivo programa.

6.- Procedimientos para analizar datos:

Las encuestas fueron agrupadas en grupos de 200, las cuales fueron ingresadas al programa EPPI INFO de software de libre acceso y se verificaron los datos del encuestado, así como la concordancia de las respuestas pasando así por el respectivo control de calidad, posteriormente se exportó la base de datos a Excel en donde se creó una base de datos depurada para el respectivo análisis y conformación de las tablas dinámicas.

Para el sistema de puntuación de negligencia los encuestados deben marcar un solo ítem de respuesta, comprendido entre una escala del 1 al 5, dicha puntuación debe ser invertida de manera que las puntuaciones altas (mayores de 10 a 30) están asociados a personas con negligencia dental, y las puntuaciones bajas (de 6 hasta 10) están asociadas a personas sin negligencia dental, para obtener los resultados se sumará la puntuación de los ítems que serán de 6 a 30.

En lo que respecta al análisis de datos de la frecuencia de negligencia dental de acuerdo al sexo fueron agrupados en dos grupos respectivamente; sexo masculino y sexo femenino.

En el análisis referente a la frecuencia de negligencia al cuidado dental de acuerdo a la edad, se conformaron 4 grupos de la siguiente manera: 45-49 años, 50-54 años, 55-59 años, y finalmente de 60-65 años.

Para el análisis de la frecuencia de negligencia al cuidado dental de acuerdo a la ocupación se conformaron 2 grupos de la siguiente manera:

Expuestos:

- ↯ Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados.
- ↯ Oficiales, Operarios y Artesanos de artes mecánicas y de otros oficios.
- ↯ Ocupaciones elementales.

No expuestos:

- ↯ Ocupaciones militares.
- ↯ Directores y Gerentes.
- ↯ Profesionales científicos e intelectuales.
- ↯ Técnicos y profesionales del nivel medio.
- ↯ Personal de apoyo administrativo.
- ↯ Operadores de instalaciones y máquinas, y ensambladores.

En cuanto al análisis de datos de la frecuencia de negligencia al cuidado dental de acuerdo al ingreso económico se conformaron 2 grupos, de la siguiente manera:

- ↯ Alto: Mayor a \$375
- ↯ Bajo: Menor a \$374

Para el análisis de datos de la frecuencia de negligencia al cuidado dental de acuerdo al nivel de instrucción se conformaron 2 grupos, de la siguiente manera:

Instrucción Alta:

- ☒ Superior técnica.
- ☒ Superior universitaria.

Instrucción Baja:

- ☒ Analfabeto
- ☒ Primaria
- ☒ Secundaria

6.1.- Ubicación espacial

La capital de Azuay, Santa Ana de los Cuatro Ríos de Cuenca, está ubicada entre la latitud: 2° 53' 57" sur y longitud 79° 00' 55" oeste; a una altitud aproximada de 2583 metros encima del nivel de mar. Se encuentra localizada geográficamente en la parte sur del Ecuador, en un valle de la cordillera de los Andes. Está aproximadamente a nueve horas al sur de Quito (capital) y cuatro horas al este de Guayaquil (principal puerto).

Cuenca posee una población urbana de aproximadamente 400,000 a 700,000 habitantes en el área metropolitana más grande. Es reconocida como la capital cultural del Ecuador y su centro histórico está catalogado como el más europeo del país debido a su arquitectura colonial española de los siglos XVI y XVII. Por su ubicación geográfica se la nombró sede administrativa de la región centro sur o zona 6 conformada por las provincias de Cañar, Azuay y Morona Santiago.

Las características dominantes de la geografía de la ciudad son también el motivo de su nombre: una "cuenca" hecha por una confluencia de sus cuatro ríos. Estos son el Tomebamba (nombre de la cultura Inca), Yanuncay, Tarqui y Machángara, en orden de importancia. Los primeros tres de estos ríos se originan en el Páramo del Parque Nacional Cajas al oeste de la ciudad. Estos cuatro ríos forman posteriormente parte de la cuenca del río Amazonas.

Cuenca goza de un clima privilegiado por ubicarse dentro de un extenso valle en medio de la columna andina con una temperatura variable entre 7 a 15 °C en invierno y 12 a 25°C en verano pudiendo decir que goza de un clima primaveral todo el año.

Totoracocha se encuentra ubicada en el cantón Cuenca perteneciente a la provincia Azuay, Ecuador, es una parroquia urbana y su nombre se debe a la cantidad de lagunas, charcos y totoras que existían en el lugar junto a los bosques, de ahí se toman las partículas totora y cochas dando origen al nombre Totoracocha. Es una parroquia que ha incorporado grandes formas de vida y se considera como uno de los barrios más grandes y más poblados de la ciudad.

La parroquia cuenta con un centro de salud pública, un centro médico comunitario ubicado a continuación de la iglesia María Reina de la Paz y con diversos centros médicos particulares. Estos centros cubren las necesidades de salud a los pobladores de la parroquia.

6.1.2.- Ubicación temporal

La toma de datos se realizó entre los meses de Agosto del 2017 a Febrero del 2018, en la parroquia Totoracocha de la ciudad de Cuenca-Ecuador recolectando datos con las respectivas encuestas que reflejaron la situación relacionada con la negligencia al cuidado dental en los pacientes adultos.

7.- ASPECTOS BIOÉTICOS

El presente estudio correspondiente a negligencia al cuidado dental en adultos de 45-65 años, en la parroquia Totoracocha, Cuenca-Ecuador, 2017, no presenta conflictos bioéticos ya que la investigación no fue invasiva y no atentó contra la integridad del encuestado, al evitar ocasionar daños psicológicos, físicos y morales.

Cabe recalcar que los datos serán guardados con absoluta discreción y confidencialidad, el cuestionario también cuenta con un consentimiento informado en la parte inferior de la encuesta.

CAPÍTULO III

RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

1. RESULTADOS ESTADÍSTICOS:

Este estudio se realizó mediante una técnica comunicacional de encuesta con ítems de respuesta múltiple, para evaluar la frecuencia de negligencia en adultos de 45 a 65 años en la parroquia Totoracocha, Cuenca-Ecuador, en el periodo Agosto 2017- Febrero 2018.

TABLA N°1. Frecuencia de negligencia al cuidado dental.

CON NEGLIGENCIA		SIN NEGLIGENCIA		Total general	
n	%	n	%	n	%
291	83%	61	17%	352	100%

En la tabla N°1 se puede observar que la muestra estuvo conformada por 352 adultos de la parroquia Totoracocha, Cuenca-Ecuador correspondientes al 100% de la población encuestada, de los cuales el 83% presentó un alto grado de frecuencia de negligencia al cuidado dental.

TABLA N°2. Frecuencia de negligencia al cuidado dental de acuerdo al sexo.

	CON NEGLIGENCIA		SIN NEGLIGENCIA		Total general	
	n	%	n	%	n	%
Femenino	177	61%	27	44%	204	58%
Masculino	114	39%	34	56%	148	42%
Total	291	83%	61	17%	352	100%

CHI cuadrado $p= 0,01$

En la tabla N°2 se puede observar que existe una relación estadísticamente significativa, el sexo femenino presenta mayor frecuencia de negligencia al cuidado dental.

TABLA N°3. Frecuencia de negligencia al cuidado dental de acuerdo a la edad.

	CON NEGLIGENCIA		SIN NEGLIGENCIA		Total general	
	n	%	n	%	n	%
45-49	81	28%	14	23%	95	27%
50-54	57	20%	15	25%	72	20%
55-59	54	19%	16	26%	70	20%
60-65	99	34%	16	26%	115	33%
Total	291	83%	61	17%	352	100%

Chi cuadrado p = 0,32

En la tabla N°3 se observa que no existe relación estadísticamente significativa.

TABLA N°4. Frecuencia de negligencia al cuidado dental de acuerdo a la ocupación.

	CON NEGLIGENCIA		SIN NEGLIGENCIA		Total general	
	n	%	n	%	n	%
Expuestos	197	68%	31	51%	228	65%
No expuestos	94	32%	30	49%	124	35%
Total	291	83%	61	17%	352	100%

Chi cuadrado p = 0,01

En la tabla N°4 se evidencia que existe una relación estadísticamente significativa, el grupo de expuestos presenta mayor frecuencia de negligencia al cuidado dental.

TABLA N°5. Frecuencia de negligencia al cuidado dental de acuerdo al ingreso económico.

	CON NEGLIGENCIA		SIN NEGLIGENCIA		Total general	
	n	%	n	%	n	%
Alto	91	31%	35	57%	126	36%
Bajo	200	69%	26	43%	226	64%
Total	291	83%	61	17%	352	100%

Chi cuadrado $p=0,0001$

En la tabla N°5 se evidencia que existe una relación estadísticamente significativa, el grupo correspondiente a bajo presenta mayor frecuencia de negligencia al cuidado dental.

TABLA N°6. Frecuencia de negligencia al cuidado dental de acuerdo al nivel de instrucción.

	CON NEGLIGENCIA		SIN NEGLIGENCIA		Total general	
	n	%	n	%	n	%
Instrucción Alta	114	39%	36	59%	150	43%
Instrucción Baja	177	61%	25	41%	202	57%
Total general	291	83%	61	17%	352	100%

Chi cuadrado $p= 0,004$

En la tabla N°6 se evidencia que existe relación estadísticamente significativa, el grupo de instrucción baja presenta mayor frecuencia de negligencia al cuidado dental.

2. DISCUSIÓN

La presente investigación se realizó mediante una técnica comunicacional de encuesta, estuvo conformada por 80 preguntas, de las cuales 6 preguntas corresponden a negligencia al cuidado dental basándonos en la escala de Thomson, considerándose negligente aquel valor mayor o igual a 11 y no negligente aquel valor menor o igual a 10; cabe mencionar que la encuesta cuenta con el registro de los datos del encuestado como son: cédula de identificación, sexo, edad, ocupación, parroquia, nivel de educación e ingreso económico mensual familiar aproximado. El muestreo de proporciones equivale al 95% de confiabilidad y 5 % de error, el mismo que se establece en el programa EPI INFO del departamento de investigación de Odontología, la muestra de habitantes a encuestar es de 352 personas, cumpliendo con los criterios de inclusión (entre 45 a 65 años, de ambos sexos, con consentimiento informado).

En este estudio descriptivo se muestra una frecuencia del 83% de negligencia al cuidado dental del total de la población estudiada.

El 61% de la población correspondiente al sexo femenino presentó negligencia al cuidado dental a diferencia del sexo masculino que presentó un 39% de negligencia, esto se debe a que al número de mujeres encuestadas es mayor al número de hombres encuestados, por lo que difiere de los hallazgos encontrados según López M et. al, Mantua 2013¹⁴, en su estudio menciona factores de tipo mecánico y conductual para el desarrollo de lesiones a nivel de la cavidad oral producto de un descuido voluntario según el sexo, donde se encontró un predominio del sexo masculino en un 62.7% en ambos factores ya que el hombre tiende a ser más descuidado que la mujer, otorgándole al sexo opuesto un 37.3% , el estilo de vida del hombre genera algunas desventajas, pues los varones según esta investigación consumen en mayor cantidad alcohol y tabaco, poniendo en último plano su salud.

En el presente estudio de acuerdo a la edad en un grupo comprendido entre 60-65 años el 34% presentó negligencia al cuidado dental, el 26% restante no presentó negligencia, semejante de la investigación presentada por López G et. al, Xelapa 2014¹⁷ titulada "*Salud bucal, salud bucal percibida y calidad de vida en adultos mayores*" se corroboran aciertos en cuanto a la buena y mala salud bucal, de adultos entre 60-89 años de un total de 34

adultos mayores de la ciudad de Xalapa, Ver., de los cuales el 70.6% de los adultos mayores presentan una mala salud bucal a consecuencia de que este grupo etario considera que las alteraciones a nivel bucal son parte del envejecimiento y no de un descuido que pudo haber sido acarreado a lo largo de los años, en tanto que el 29.4% de ellos mantienen una salud bucal considerada como buena; cabe recalcar que la muestra y el rango de edad podría hacer la diferencia en los resultados, ya que son significativamente distintas, sin embargo son coincidentes.

Por ejemplificar en el estudio realizado por López M et. al, Mantua 2013¹⁴ mencionan que de un total de 123 participantes que conformaron el universo de la muestra, el 41.1% corresponde a los jubilados (expuestos) y el 28.4% a los agricultores (expuestos) estos resultados ponen de manifiesto la relación directa que existe entre el binomio de ocupación y la aparición de las lesiones, ya que evidentemente los jubilados son los de mayor edad y, por ende, el estado bucal es más deplorable en cuanto a la presencia de prótesis, estados carenciales, dientes filosos por el desgaste fisiológico, y sobre todo como se mencionó anteriormente debido al concepto de salud que ellos tienen sobre la cavidad oral. Asimismo, los agricultores desarrollan su vida en un medio rural, vinculados a labores eminentemente agrícolas, lo que provoca como resultante la combinación de todos los factores de riesgo conocidos y el aumento de manera directa en la incidencia de aparición de tales entidades. Cabe mencionar que en el estudio de López M et. al, Mantua 2013¹⁴ no se mencionan grupos de acuerdo a la ocupación que no se encuentren expuestos a presentar lesiones en la cavidad oral como consecuencia de un descuido voluntario, a diferencia de nuestro estudio que si lo tiene, representando un 32% de aquellos adultos que presentan negligencia al cuidado dental pero que no se encuentran expuestos a padecerlo de acuerdo a la ocupación, sin embargo es coincidente el 68% restante de adultos que se encuentran expuestos a la negligencia del cuidado dental de acuerdo a la ocupación.

El ingreso económico es considerado como un atenuante para el desarrollo de la negligencia, ya que muchas veces el individuo le dará más valor o importancia a otras necesidades que consideren ser resueltas en primer orden, tales como efectuar un gasto para alimentación, vestimenta, estudio, etc. dejando como última instancia la salud oral, y asistiendo solo cuando sea estrictamente urgente a una atención odontológica, lo que los conduce directamente a la negligencia al cuidado dental en el caso del grupo más vulnerable como son los de bajo ingreso económico. Según Thomson et al., 2010²⁸ y

London S et al, México 2015 ⁴, mencionan que existen estudios de individuos con niveles socio-económicos bajos, este grupo de personas tienen peor acceso a los servicios odontológicos y los utilizan más frecuentemente de forma eventual, ante problemas agudos de dolor o abscesos, que de forma preventiva, de manera que el riesgo para padecer periodontitis se incrementa también por esta causa, a diferencia de aquellos individuos con un nivel socio-económico alto, que tienen más facilidades de acceder al servicio de la salud.

En Colombia según Contreras A, Colombia 2013⁹ considera que el 45% de toda la población son pobres, es decir que su nivel de ingreso económico es bajo, y esto da lugar al ausentismo de los individuos al acceso oportuno, generando diversas afecciones a nivel bucal tal como: caries, enfermedad periodontal, lesiones bucales, entre otras. Es importante mencionar que pudo haber existido una gran diferencia de acuerdo al ingreso económico debido a que las poblaciones estudiadas difieren significativamente, sin embargo, el presente estudio tiene analogía con lo expuesto anteriormente por diversos autores ya que el 69% de adultos con bajo nivel de ingreso económico presenta negligencia al cuidado dental y solo un 31% restante correspondiente a adultos con ingreso económico alto presenta negligencia al cuidado dental.

De acuerdo al nivel de instrucción en el actual estudio descriptivo se muestran hallazgos en donde el 39% de adultos con alto nivel de escolaridad y el 61% de adultos con bajo nivel de escolaridad presentan negligencia al cuidado dental siendo el grupo más vulnerable aquellos individuos con un nivel bajo de instrucción, concordando con el estudio presentado por Campodónico C et al, Mala 2006²⁶ en su estudio menciona la relación que existe entre el grado de escolaridad y el consumo de azúcares extrínsecos, visitas al odontólogo, higiene oral, etc. Atenuantes de gran relevancia para el desencadenamiento de una negligencia en el cuidado dental, de acuerdo a su nivel instructivo se reportó que la mayoría de las mujeres en edad fértil tiene secundaria completa correspondientes al 42.5%, el 57.7% restante se asume que recibieron primaria completa y refirieron que no van al odontólogo, a diferencia de los otros grupos que refieren ir al odontólogo por lo menos una vez al año. A mayor grado de instrucción (desde educación técnica, el mayor grado encontrado) mayor frecuencia de visitas al odontólogo. Cabe mencionar que este artículo se tomó en cuenta únicamente a mujeres a diferencia de la actual investigación en donde

se realizó la investigación a ambos sexos, por lo que podrían existir diferencias, sin embargo, a pesar de las discrepancias, presenta similitud.

3. CONCLUSIONES

Al finalizar esta investigación he podido concluir en que:

La frecuencia de negligencia al cuidado dental en la población estudiada fue alta.

El sexo femenino presentó mayor frecuencia de negligencia al cuidado dental, existió una relación estadísticamente significativa.

No existió relación estadísticamente significativa entre las variables de negligencia al cuidado dental y ocupación.

El grupo de expuestos según la ocupación tuvo mayor frecuencia de negligencia al cuidado dental, existió una relación estadísticamente significativa.

El grupo de ingreso económico bajo presentó mayor frecuencia de negligencia al cuidado dental, existió relación estadísticamente significativa.

El grupo con instrucción baja presentó mayor frecuencia de negligencia al cuidado dental, existió relación estadísticamente significativa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Landini E, González V, Damore E. Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2014; p. 231-244
2. Bañuelos N. La mala práctica. *Cecamed* [Internet] 2013. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_nayarit/publicaciones/pdf/mala_practica.pdf
3. Gavidia Catalán V, Talavera M. La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales* [Internet] 2012; 0(26). Disponible en: <https://ojs.uv.es/index.php/dces/article/view/1935/1449>
4. London S, Temporelli K, Monterubblanesi P. Vinculación entre salud, ingreso y educación un análisis comparativo para América Latina. *Universidad Autónoma del estado de México* [Internet] 2015. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/510/51011904007/>
5. Reinoso M. Efectos psicológicos del edentulismo total y parcial y su nivel de satisfacción ante la rehabilitación protésica en pacientes atendidos en la clínica odontológica de la universidad de las américas durante el periodo septiembre 2015 - febrero 2016. *Udla* [Internet] 2016; 9-11. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/6048/1/UDLA-EC-TOD-2016-88.pdf>
6. Gómez Jiménez E, Ceres Martínez R. Higiene oral en el anciano. *Serie de Documentos Técnicos SEEGG nº 6*. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. [Internet] 2016. Disponible en: http://seegg.es/wp-content/uploads/2016/09/Doc_Tec_num_6_SEEGG.pdf
7. Meller C. Importancia de la odontología preventiva en el adulto mayor: Una aproximación personal. *Odontol. Prev.* [Internet] 2008;1(2):73-82. Disponible en: <http://www.medicinaoral.com/preventiva/volumenes/v1i2/73.pdf>
8. Verdezoto C. Asociación entre el edentulismo total superior, inferior y bimaxilar e IMC correspondiente a bajo peso en adultos mayores en el Hospital de atención integral al

- adulto mayor en el año 2016. Universidad central del Ecuador. [Internet] 2017. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/10590/1/T-UCE-0015-662.pdf>
9. Marulanda J, Betancur J. Salud oral en discapacitados. Revista CES Odontología. [Internet] 2011. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3696489.pdf>
 10. Duarte T. Consideraciones en el Manejo odontológico del paciente geriátrico. Revista Científica Odontológica, 2011.
 11. Rojas Herrera Isis. Prevalencia de caries dental y factores de riesgo asociados. Scielo [Internet]. 2012. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572012000400008&lng=es.
 12. Risari G. Relación entre la ingesta nutricional y dentición en adultos mayores internados en establecimientos de III nivel geriátrico. Tesis de licenciatura. Buenos Aires: Universidad Abierta Interamericana, Facultad de Medicina, 2011.
 13. Oñate M. Efecto de la salud oral en la calidad de vida de adultos mayores dependientes, comuna de Hualpén, 2015. Universidad Andrés bello [Internet] 2015:12-14. Disponible en: http://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/2742/a115478_O%C3%B1ate_M_Efecto_de_la_salud_oral_2016_Tesis.pdf?sequence
 14. Contreras A. La promoción de la salud bucal como una estrategia para el desarrollo de la salud pública: una oportunidad para la profesión y para el país. Biomédica [Internet] 2013;33(1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012041572013000100001&script=sci_arttext&tlng=pt
 15. Pindborg J. Cáncer y Pre-cáncer Bucal. Dinamarca, pp. 23-29; 114-116, 2000.

16. García P, García J. Leucoplaquia Oral. Atención Primaria. 29(1), 39-40, 2000.
17. Franco, E. I. et al. Risk factors for oral cancer in Brazil. Int. J. Cancer Research, Brasil, 49, 919, 2003.
18. Bornstein M, Benguerel M. Oral Leukoplakia. A retrospective study of clinical and histological data. Germany. J. Oral Pathol. Med., 33(7), 398-404, 2004.
19. Hilton J. Functions of oral candidiasis episodes those are highly prognostic of AIDS. USA. Stat. Med., 19(7), 2004.
20. López M, Somonte Hermes, Rabelo Y. Estudio comunitario sobre factores de riesgo de las lesiones bucales premalignas y malignas en Mantua. [Internet] 2013. Disponible en: <http://www.ciget.pinar.cu/ojs/index.php/publicaciones/article/view/114/277>
21. López G, López L, Nachón M, Hernández D. Salud bucal, salud bucal percibida y calidad de vida en adultos mayores [Internet] 2014. Disponible en: https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol14_num2/articulos/salud.pdf
22. Dulcey-Ruiz E. Envejecimiento y calidad de vida, violencia intrafamiliar. Presentado en el 5° Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud. Cartagena, Colombia, 2000.
23. Camejo T, Álvarez E, Pérez T. Salud En La Tercera Edad y Calidad de Vida. Revista Electrónica de Geriatria y Gerontología. Matanzas. Cuba. [Internet] 2002: 4(1). Disponible en: <http://www.redadultosmayores.org.ar/buscador/files/CALID007.pdf>
24. Jiménez F. Percepción de salud bucal, calidad de vida y bienestar subjetivo en ancianos. Asociación Dental Mexicana, 63 (5):181-184, 2006.
25. García A. Fundamentos teóricos y prácticos de oclusión (Primera ed.). Sao Paulo, Brasil, 2003.

26. Marín, Z. Influencia de la boca en la calidad de vida de los ancianos. Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria, 2003.
27. Monés, J. ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia? Revista Cirujanos Española, 76(2):71 -77, 2004.
28. Beck J. Riesgo de las enfermedades periodontales. Periodontología, (8):108, 2008.
29. Sáez Carriera Rolando, Carmona Maribel, Jiménez Quintana Zuilen, Alfaro Xiomara. Cambios bucales en el adulto mayor. Scielo [Internet] 2007 Dic. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072007000400011&lng=es.
30. Campodónico C, Romero M, Álvarez M. Influencia de los factores socioculturales en la salud bucal de mujeres en edad fértil de la comunidad rural de Mala. Odontología Sanmarquina [Internet] 2006, 9(1): 11-16. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/307143449>
31. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Reporte de economía laboral [Internet] 2017. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2017/05/Informe_Economia_Laboral-Mar17.pdf
32. Silvina D. Conocimientos de salud bucodental en relación con el nivel socioeconómico en adultos de la ciudad de Corrientes, Argentina. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet] 2015;33(3):361-369. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120386X2015000300005&lng=en.
33. Ministerio de Educación. Currículo de los niveles de educación obligatoria. Currículo de EGB y BGU. [Internet] 2016. Disponible en: <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/03/Curriculo1.pdf>

34. Sánchez M. El analfabetismo y su incidencia en la calidad de vida de la población de 25 a 65 años del sector los helechos del cantón Durán año 2014. Universidad de Guayaquil. [Internet] 2014. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/10093/1/TESIS-SANCHEZ-MIGUEL.pdf>
35. Thomson WM, Locker D: Dental neglect and dental health among 26-year-olds in the Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28: 414–8.
36. Sosa C. Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censos. El comercio. [Internet] 2017. Disponible en: <http://www.elcomercio.com/actualidad/inec-ingreso-familia-ecuador-sueldo.html>
37. Sanz M. Percepción de salud oral y hábitos de higiene bucodental de una muestra de la población española trabajadora y su relación con el estado de salud periodontal. Universidad Complutense de Madrid. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/38413/1/T37511.pdf>
38. Brennan D, Spencer, Thomson WM, Change in self reported oral health in relation to use of dental services over 2yr. *Eur J Oral Sci* 120,422-428, 2012.
39. Viillavicencio-Caparó E., Alvear-Córdova M., Cuenca-León K., Calderón-Curipoma M., Palacios-Vivar D., Alvarado-Cordero A. Diseños de estudios clínicos en odontología. *Revista OACTIVA UC Cuenca*. Vol. 1, No. 2, 2016. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php?journal=OACTIVAUCACUE&page=article&op=view&path%5B%5D=37&path%5B%5D=4>
40. Villavicencio Caparó E, Alvear Córdova MC, Cuenca León K, y cols. El tamaño muestral para la tesis ¿Cuántas personas debo encuestar? *Revista OACTIVA UC Cuenca*. Vol. 2. No. 1, pp 59-62. 2017.
41. Matute C, Barzallo J, Villavicencio E. Negligencia al cuidado dental. Revisión de la Literatura. *Revista Oactiva*. 2018; 3(3). Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva>

ANEXOS.

ANEXO 1. ENCUESTA BARRERAS PARA ACCEDER A SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA α:

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

Edad: _____ AÑOS Ocupación: _____

PARROQUIA: _____

OPCIONAL

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

Ingreso mensual familiar aproximado: _____

¿Cuántas personas dependen de este ingreso?: _____

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

ANEXO 2. BASE DE DATOS

EDAD	SEXO	OCUPACIÓN	INGRESO ECONÓMICO	ÍNDICE DE INGRESO	NIVEL DE INSTRUCCIÓN	P1	P2	P3	P4	P5	P6	NEGLIGENCIA	FRECUENCIAA
45	Femenino	EXPUESTOS	250,00	BAJO	BAJO	3	3	3	3	3	3	18	CON NEGLIGENCIA
45	Femenino	EXPUESTOS	430,00	ALTO	ALTO	1	2	5	1	2	1	12	CON NEGLIGENCIA
45	Masculino	NO EXPUESTOS		BAJO	BAJO	2	2	3	3	2	2	14	CON NEGLIGENCIA
45	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	3	3	2	2	2	2	14	CON NEGLIGENCIA
45	Femenino	NO EXPUESTOS	2000,00	ALTO	ALTO	1	1	1	1	1	1	6	SIN NEGLIGENCIA
45	Masculino	NO EXPUESTOS	500,00	ALTO	ALTO	3	3	3	3	3	3	18	CON NEGLIGENCIA
45	Masculino	EXPUESTOS		BAJO	ALTO	3	3	3	2	2	2	15	CON NEGLIGENCIA
45	Masculino	NO EXPUESTOS	800,00	ALTO	ALTO	1	1	1	1	1	1	6	SIN NEGLIGENCIA
45	Femenino	EXPUESTOS	266,00	BAJO	ALTO	3	3	3	3	3	3	18	CON NEGLIGENCIA
45	Femenino	NO EXPUESTOS	400,00	ALTO	ALTO	3	3	3	3	3	3	18	CON NEGLIGENCIA
45	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	ALTO	2	2	3	3	4	5	19	CON NEGLIGENCIA
45	Femenino	EXPUESTOS	800,00	ALTO	ALTO	4	1	2	2	3	5	17	CON NEGLIGENCIA
45	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	3	3	3	3	3	3	18	CON NEGLIGENCIA
45	Femenino	EXPUESTOS	266,67	BAJO	BAJO	3	3	3	3	4	1	17	CON NEGLIGENCIA
45	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	ALTO	2	4	2	2	4	2	16	CON NEGLIGENCIA
45	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	2	4	2	2	4	2	16	CON NEGLIGENCIA
45	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO		2	4	2	5	1	14	CON NEGLIGENCIA
45	Masculino	NO EXPUESTOS	1000,00	ALTO	BAJO	1	3	4	2	4	1	15	CON NEGLIGENCIA
45	Femenino	EXPUESTOS	600,00	ALTO	BAJO	1	3	4	2	4	1	15	CON NEGLIGENCIA
45	Femenino	EXPUESTOS	33,33	BAJO	BAJO	2	2	3	3	2	1	13	CON NEGLIGENCIA
45	Femenino	NO EXPUESTOS	0,00	BAJO	ALTO	5	5	5	5	5	5	30	CON NEGLIGENCIA
45	Femenino	NO EXPUESTOS	283,33	BAJO	ALTO	1	1	1	1	1	1	6	SIN NEGLIGENCIA
45	Femenino	EXPUESTOS	500,00	ALTO	BAJO	2	2	5	2	2	2	15	CON NEGLIGENCIA
46	Femenino	EXPUESTOS	250,00	BAJO	BAJO	2	2	3	3	2	2	14	CON NEGLIGENCIA

46	Masculino	NO EXPUESTOS	510,00	ALTO	BAJO	1	1	5		5	1	13	CON NEGLIGENCIA
46	Masculino	EXPUESTOS	500,00	ALTO	BAJO	3	3	2	3	3	3	17	CON NEGLIGENCIA
46	Femenino	EXPUESTOS	350,00	BAJO	BAJO	3	3	3	3	3	3	18	CON NEGLIGENCIA
46	Femenino	EXPUESTOS	1500,00	ALTO	ALTO	1	4	5	3	3	1	17	CON NEGLIGENCIA
46	Femenino	NO EXPUESTOS	500,00	ALTO	ALTO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
46	Femenino	NO EXPUESTOS	900,00	ALTO	ALTO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
46	Femenino	NO EXPUESTOS	900,00	ALTO	ALTO	1	1	1	1	1	1	6	SIN NEGLIGENCIA
46	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	4	4	4	4	4	4	24	CON NEGLIGENCIA
46	Femenino	NO EXPUESTOS	0,00	BAJO	ALTO	1	3	1	1	3	1	10	SIN NEGLIGENCIA
46	Femenino	EXPUESTOS	800,00	ALTO	BAJO	1	2	5	2	4	1	15	CON NEGLIGENCIA
46	Masculino	NO EXPUESTOS	600,00	ALTO	BAJO	1	3	4	2	5	1	16	CON NEGLIGENCIA
46	Femenino	NO EXPUESTOS	400,00	ALTO	BAJO	1	3	4	2	4	1	15	CON NEGLIGENCIA
46	Femenino	EXPUESTOS	204,25	BAJO	ALTO	2	2	2	3	2	2	13	CON NEGLIGENCIA
46	Masculino	NO EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	4	4	4	3	3	5	23	CON NEGLIGENCIA
46	Masculino	NO EXPUESTOS	800,00	ALTO	BAJO	1	1	1	1	3	1	8	SIN NEGLIGENCIA
46	Femenino	EXPUESTOS	550,00	ALTO	BAJO	1	2	3	3	3	1	13	CON NEGLIGENCIA
46	Femenino	EXPUESTOS	350,00	BAJO	ALTO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
46	Femenino	NO EXPUESTOS	555,00	ALTO	ALTO	2	1	2	1	2	1	9	SIN NEGLIGENCIA
47	Masculino	EXPUESTOS	375,00	ALTO	ALTO	2	2	2	3	3	3	15	CON NEGLIGENCIA
47	Femenino	NO EXPUESTOS	600,00	ALTO	BAJO	1	2	5	2	2	1	13	CON NEGLIGENCIA
47	Masculino	EXPUESTOS	835,00	ALTO	BAJO	1	2	3	2	3	2	13	CON NEGLIGENCIA
47	Masculino	NO EXPUESTOS	400,00	ALTO	ALTO	3	3	3	2	2	2	15	CON NEGLIGENCIA
47	Masculino	NO EXPUESTOS	375,00	ALTO	BAJO	4	4	4	4	4	4	24	CON NEGLIGENCIA
47	Femenino	NO EXPUESTOS	1500,00	ALTO	ALTO	1	1	5	4	2	1	14	CON NEGLIGENCIA
47	Masculino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	1	2	3	3	2	1	12	CON NEGLIGENCIA
47	Masculino	NO EXPUESTOS	850,00	ALTO	ALTO	3	2	3	2	3	3	16	CON NEGLIGENCIA
48	Masculino	EXPUESTOS	1500,00	ALTO	BAJO	3	2	2	2	3	3	15	CON NEGLIGENCIA
48	Masculino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	2	2	3	3	3	2	15	CON NEGLIGENCIA

48	Femenino	EXPUESTOS	800,00	ALTO	ALTO	1	1	1	1	1	1	6	SIN NEGLIGENCIA
48	Femenino	NO EXPUESTOS	300,00	BAJO	ALTO	5	5	5	5	5	5	30	CON NEGLIGENCIA
48	Femenino	EXPUESTOS	233,33	BAJO	ALTO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
48	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	2	4	2	2	4	2	16	CON NEGLIGENCIA
48	Masculino	EXPUESTOS	300,00	BAJO	BAJO	2	3	3	3	4	1	16	CON NEGLIGENCIA
48	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	4	4	4	4	3	3	22	CON NEGLIGENCIA
48	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	3	3	2	2	4	4	18	CON NEGLIGENCIA
48	Femenino	NO EXPUESTOS	0,00	BAJO	ALTO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
48	Masculino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	ALTO	5	5	5	5	5	5	30	CON NEGLIGENCIA
48	Femenino	NO EXPUESTOS	0,00	BAJO	ALTO	4	4	4	4	4	4	24	CON NEGLIGENCIA
48	Masculino	NO EXPUESTOS	0,00	BAJO	ALTO	4	4	4	4	4	4	24	CON NEGLIGENCIA
48	Femenino	NO EXPUESTOS	0,00	BAJO	ALTO	4	4	4	4	4	4	24	CON NEGLIGENCIA
48	Femenino	NO EXPUESTOS	0,00	BAJO	ALTO	4	4	4	4	4	4	24	CON NEGLIGENCIA
48	Femenino	EXPUESTOS	500,00	ALTO	BAJO	1	3	3	3	3	1	14	CON NEGLIGENCIA
48	Femenino	EXPUESTOS	300,00	BAJO	BAJO	1	3	4	2	4	1	15	CON NEGLIGENCIA
48	Femenino	NO EXPUESTOS	190,00	BAJO	ALTO	1	1	1	1	1	1	6	SIN NEGLIGENCIA
48	Masculino	NO EXPUESTOS	0,00	BAJO	ALTO	2	3	2	3	4	2	16	CON NEGLIGENCIA
48	Femenino	NO EXPUESTOS		BAJO	BAJO	2	3	3	3	2	2	15	CON NEGLIGENCIA
48	Femenino	NO EXPUESTOS		BAJO	ALTO		3	3	3	3	3	15	CON NEGLIGENCIA
48	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	3		3	3	3	3	15	CON NEGLIGENCIA
48	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	3	3	3	3	3	3	18	CON NEGLIGENCIA
48	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	ALTO	3	3	3	3	3	3	18	CON NEGLIGENCIA
49	Femenino	NO EXPUESTOS	800,00	ALTO	ALTO	2	2	4	3	4	2	17	CON NEGLIGENCIA
49	Femenino	EXPUESTOS	1200,00	ALTO	ALTO	2	3	3	3	4	2	17	CON NEGLIGENCIA
49	Masculino	EXPUESTOS	1200,00	ALTO	BAJO	1	3	4	3	2	1	14	CON NEGLIGENCIA
49	Masculino	EXPUESTOS	600,00	ALTO	ALTO	5	5	5	5	5	5	30	CON NEGLIGENCIA
49	Masculino	NO EXPUESTOS	400,00	ALTO	ALTO	1	3	1	1	3	1	10	SIN NEGLIGENCIA
49	Femenino	NO EXPUESTOS	0,00	BAJO	ALTO	1	3	1	1	3	1	10	SIN NEGLIGENCIA

49	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	1	4	1	1	4	1	12	CON NEGLIGENCIA
49	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	2	4	2	2	4	2	16	CON NEGLIGENCIA
49	Femenino	EXPUESTOS	400,00	ALTO	ALTO	2	4	2	2	4	2	16	CON NEGLIGENCIA
49	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	1	3	3	1	1	1	10	SIN NEGLIGENCIA
49	Masculino	NO EXPUESTOS	700,00	ALTO	BAJO	1	3	3	2	5	1	15	CON NEGLIGENCIA
49	Masculino	NO EXPUESTOS		BAJO	ALTO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
49	Masculino	NO EXPUESTOS		BAJO	ALTO	2	2	3	2	1	2	12	CON NEGLIGENCIA
49	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	2	4	4	4	4	2	20	CON NEGLIGENCIA
49	Masculino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	ALTO	5	5	5	5	5	5	30	CON NEGLIGENCIA
49	Femenino	EXPUESTOS	500,00	ALTO	ALTO	3	3	3	3	3	3	18	CON NEGLIGENCIA
49	Masculino	NO EXPUESTOS	500,00	ALTO	BAJO	1	1	1	1	1	1	6	SIN NEGLIGENCIA
49	Masculino	NO EXPUESTOS	800,00	ALTO	ALTO	1	1	5	3	3	1	14	CON NEGLIGENCIA
49	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	1	2	2	3	1	1	10	SIN NEGLIGENCIA
49	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	1	2	2	3	3	1	12	CON NEGLIGENCIA
49	Femenino	NO EXPUESTOS	375,00	ALTO	ALTO	2	3	2	3	2	3	15	CON NEGLIGENCIA
50	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	1	1	5	1	1	1	10	SIN NEGLIGENCIA
50	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	ALTO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
50	Masculino	NO EXPUESTOS	800,00	ALTO	ALTO	1	3	3	1	1	1	10	SIN NEGLIGENCIA
50	Masculino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	3	3	4	4	4	2	20	CON NEGLIGENCIA
50	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	4	4	3	3	4	4	22	CON NEGLIGENCIA
50	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	4	4	4	3	3	3	21	CON NEGLIGENCIA
50	Femenino	NO EXPUESTOS	0,00	BAJO	ALTO	5	5	5	5	5	5	30	CON NEGLIGENCIA
50	Masculino	NO EXPUESTOS	500,00	ALTO	ALTO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
50	Masculino	EXPUESTOS	1000,00	ALTO	BAJO	1	1	5	1	2	1	11	CON NEGLIGENCIA
50	Masculino	EXPUESTOS	700,00	ALTO	BAJO	1	2	4	3	2	1	13	CON NEGLIGENCIA
50	Masculino	EXPUESTOS	550,00	ALTO	BAJO	1	3	2	3	4	1	14	CON NEGLIGENCIA
50	Masculino	NO EXPUESTOS	266,67	BAJO	ALTO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
50	Masculino	NO EXPUESTOS	225,00	BAJO	ALTO	1	1	1	1	1	1	6	SIN NEGLIGENCIA

50	Masculino	EXPUESTOS	283,33	BAJO	ALTO	2	2	3	3	2	1	13	CON NEGLIGENCIA
50	Masculino	NO EXPUESTOS		BAJO	ALTO	1	1	1	1	1	1	6	SIN NEGLIGENCIA
50	Femenino	NO EXPUESTOS	375,00	ALTO	ALTO	2	2	2	3	3	3	15	CON NEGLIGENCIA
51	Femenino	NO EXPUESTOS	1400,00	ALTO	ALTO	2	2	3	3	4	2	16	CON NEGLIGENCIA
51	Masculino	EXPUESTOS	375,00	ALTO	BAJO	1	1	3	3	1	1	10	SIN NEGLIGENCIA
51	Femenino	EXPUESTOS	400,00	ALTO	BAJO	1	4	1	4	5	1	16	CON NEGLIGENCIA
51	Masculino	NO EXPUESTOS	800,00	ALTO	ALTO	3	2	2	2	2	1	12	CON NEGLIGENCIA
51	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	ALTO	4	5	3	2	1	2	17	CON NEGLIGENCIA
51	Femenino	EXPUESTOS	400,00	ALTO	ALTO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
51	Masculino	NO EXPUESTOS	0,00	BAJO	ALTO	2	3	2	2	3	2	14	CON NEGLIGENCIA
51	Femenino	NO EXPUESTOS	400,00	ALTO	ALTO	2	3	2	2	3	2	14	CON NEGLIGENCIA
51	Masculino	NO EXPUESTOS	500,00	ALTO	BAJO	1	1	4	1	1	1	9	SIN NEGLIGENCIA
51	Masculino	EXPUESTOS		BAJO	ALTO	2	3	3	4	3	2	17	CON NEGLIGENCIA
51	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	3	3	2	2	2	3	15	CON NEGLIGENCIA
51	Masculino	NO EXPUESTOS	500,00	ALTO	ALTO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
51	Masculino	NO EXPUESTOS	233,33	BAJO	BAJO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
51	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	ALTO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
51	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
51	Masculino	EXPUESTOS	630,00	ALTO	ALTO	2	3	3	3	3	2	16	CON NEGLIGENCIA
52	Femenino	NO EXPUESTOS	750,00	ALTO	ALTO	3	3	3	2	2	2	15	CON NEGLIGENCIA
52	Femenino	NO EXPUESTOS		BAJO	ALTO	1	1	5	2	1	1	11	CON NEGLIGENCIA
52	Femenino	NO EXPUESTOS		BAJO	BAJO	3	3	3	3	3	3	18	CON NEGLIGENCIA
52	Masculino	EXPUESTOS	600,00	ALTO	ALTO	4	4	4	4	4	4	24	CON NEGLIGENCIA
52	Masculino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	3	3	3	3	3	3	18	CON NEGLIGENCIA
52	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	4	4	5	5	3	3	24	CON NEGLIGENCIA
52	Femenino	NO EXPUESTOS	0,00	BAJO	ALTO	3	3	3	4	5	4	22	CON NEGLIGENCIA
52	Masculino	NO EXPUESTOS	600,00	ALTO	ALTO	3	3	2	2	2	2	14	CON NEGLIGENCIA
52	Masculino	EXPUESTOS	700,00	ALTO	BAJO	1	1	5	2	3	2	14	CON NEGLIGENCIA

52	Masculino	EXPUESTOS	500,00	ALTO	BAJO	2	3	5	2	3	1	16	CON NEGLIGENCIA
52	Masculino	EXPUESTOS	500,00	ALTO	BAJO	1	2	3	2	2	1	11	CON NEGLIGENCIA
52	Femenino	EXPUESTOS	500,00	ALTO	BAJO	3	2	4	2	2	2	15	CON NEGLIGENCIA
52	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
53	Masculino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	2	3	3	2	2	3	15	CON NEGLIGENCIA
53	Femenino	EXPUESTOS	520,00	ALTO	BAJO	1	2	3	2	3	3	14	CON NEGLIGENCIA
53	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	3	3	3	3	2	3	17	CON NEGLIGENCIA
53	Masculino	NO EXPUESTOS		BAJO	ALTO	4	4	3	3	2	2	18	CON NEGLIGENCIA
53	Masculino	NO EXPUESTOS	1000,00	ALTO	ALTO	1	1	1	1	1	1	6	SIN NEGLIGENCIA
53	Femenino	NO EXPUESTOS	200,00	BAJO	BAJO	3	3	3	3	3	3	18	CON NEGLIGENCIA
53	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	ALTO	3	3	3	3	3	3	18	CON NEGLIGENCIA
53	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	4	4	5	5	3	3	24	CON NEGLIGENCIA
53	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	4	4	4	4	4	4	24	CON NEGLIGENCIA
53	Femenino	NO EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	4	4	2	2	2	2	16	CON NEGLIGENCIA
53	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	4	4	3	2	2	2	17	CON NEGLIGENCIA
53	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	2	2	3	3	3	4	17	CON NEGLIGENCIA
53	Femenino	EXPUESTOS	800,00	ALTO	BAJO	1	2	4	1	1	1	10	SIN NEGLIGENCIA
53	Masculino	EXPUESTOS	600,00	ALTO	BAJO	1	2	2	2	3	3	13	CON NEGLIGENCIA
53	Masculino	NO EXPUESTOS	216,67	BAJO	BAJO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
53	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	3	3	3	2	2	2	15	CON NEGLIGENCIA
53	Masculino	NO EXPUESTOS	570,00	ALTO	ALTO	1	1	1	1	1	1	6	SIN NEGLIGENCIA
53	Masculino	EXPUESTOS	430,00	ALTO	BAJO	2	3	2	3	2	3	15	CON NEGLIGENCIA
54	Femenino	NO EXPUESTOS	872,00	ALTO	ALTO	1	3	3	1	2	1	11	CON NEGLIGENCIA
54	Masculino	EXPUESTOS	600,00	ALTO	ALTO	5	4	3	1	2	3	18	CON NEGLIGENCIA
54	Femenino	EXPUESTOS	350,00	BAJO	BAJO	4	4	4	4	4	4	24	CON NEGLIGENCIA
54	Femenino	NO EXPUESTOS	800,00	ALTO	ALTO	1	2	2	2	1	1	9	SIN NEGLIGENCIA
54	Masculino	NO EXPUESTOS	1200,00	ALTO	ALTO	1	1	5	5	3	1	16	CON NEGLIGENCIA
54	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	3	3	4	4	5	5	24	CON NEGLIGENCIA

54	Masculino	NO EXPUESTOS	700,00	ALTO	ALTO	2	2	2	1	1	1	9	SIN NEGLIGENCIA
54	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	2	2	2	3	3	3	15	CON NEGLIGENCIA
54	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
55	Masculino	NO EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	2	3	3	2	3	2	15	CON NEGLIGENCIA
55	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	1	2	5	2	4	1	15	CON NEGLIGENCIA
55	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	4	3	2	3	4	5	21	CON NEGLIGENCIA
55	Masculino	EXPUESTOS		BAJO	ALTO	1	1	1	1	1	2	7	SIN NEGLIGENCIA
55	Femenino	EXPUESTOS	100,00	BAJO	BAJO	3	3	2	2	2	2	14	CON NEGLIGENCIA
55	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	3	3	3	3	3	3	18	CON NEGLIGENCIA
55	Masculino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	4	4	4	4	4	4	24	CON NEGLIGENCIA
55	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	4	4	4	3	3	3	21	CON NEGLIGENCIA
55	Femenino	NO EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	1	1	1	1	1	1	6	SIN NEGLIGENCIA
55	Masculino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	3	3	3	3	3	3	18	CON NEGLIGENCIA
55	Masculino	NO EXPUESTOS	850,00	ALTO	ALTO	2	2	3	3	2	2	14	CON NEGLIGENCIA
55	Masculino	NO EXPUESTOS	250,00	BAJO	ALTO	2	2	3	3	2	1	13	CON NEGLIGENCIA
55	Masculino	NO EXPUESTOS		BAJO	ALTO	2	2	3	2	3	2	14	CON NEGLIGENCIA
55	Masculino	EXPUESTOS		BAJO	ALTO	3	3	3	2	2	2	15	CON NEGLIGENCIA
55	Masculino	EXPUESTOS	420,00	ALTO	ALTO	1	1	1	1	1	1	6	SIN NEGLIGENCIA
55	Masculino	NO EXPUESTOS	740,00	ALTO	BAJO	2	1	2	2	1	1	9	SIN NEGLIGENCIA
56	Masculino	EXPUESTOS	200,00	BAJO	BAJO	1	2	2	1	2	2	10	SIN NEGLIGENCIA
56	Masculino	EXPUESTOS	375,00	ALTO	ALTO	1	2	2	1	1	1	8	SIN NEGLIGENCIA
56	Femenino	EXPUESTOS	650,00	ALTO	ALTO	3	4	1	1	2	4	15	CON NEGLIGENCIA
56	Femenino	NO EXPUESTOS		BAJO	ALTO	1	2	4	2	4	1	14	CON NEGLIGENCIA
56	Masculino	EXPUESTOS	600,00	ALTO	BAJO	2	2	4	3	2	2	15	CON NEGLIGENCIA
56	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	4	4	4	5	5	5	27	CON NEGLIGENCIA
56	Femenino	EXPUESTOS	350,00	BAJO	BAJO	2	2	3	3	3	2	15	CON NEGLIGENCIA
56	Masculino	NO EXPUESTOS	0,00	BAJO	ALTO	2	3	2	3	4	1	15	CON NEGLIGENCIA
56	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	3	3	3	3	3	3	18	CON NEGLIGENCIA

56	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
56	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
56	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
56	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
56	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	3	3	3	3		3	15	CON NEGLIGENCIA
56	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	3	3	3	3	3	3	18	CON NEGLIGENCIA
57	Masculino	EXPUESTOS	480,00	ALTO	BAJO	2	3	5	1	1	1	13	CON NEGLIGENCIA
57	Femenino	EXPUESTOS	580,00	ALTO	ALTO	1	1	1	1	1	1	6	SIN NEGLIGENCIA
57	Femenino	EXPUESTOS	580,00	ALTO	ALTO	1	1	1	1	1	1	6	SIN NEGLIGENCIA
57	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	1	2	3	2	2	1	11	CON NEGLIGENCIA
57	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	5	5	5	5	5	5	30	CON NEGLIGENCIA
57	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	5	4	4	5	5	4	27	CON NEGLIGENCIA
57	Femenino	NO EXPUESTOS	500,00	ALTO	ALTO	1	2	4	3	3	1	14	CON NEGLIGENCIA
57	Masculino	EXPUESTOS	200,00	BAJO	BAJO	1	1	3	3	3	2	13	CON NEGLIGENCIA
57	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	ALTO	3	4	5	3	2	4	21	CON NEGLIGENCIA
57	Femenino	EXPUESTOS	400,00	ALTO	BAJO	2	1	2	1	2	1	9	SIN NEGLIGENCIA
57	Masculino	EXPUESTOS	850,00	ALTO	ALTO	1	1	1	1	1	1	6	SIN NEGLIGENCIA
57	Masculino	NO EXPUESTOS	175,00	BAJO	BAJO	1	1	1	1	1	1	6	SIN NEGLIGENCIA
57	Masculino	EXPUESTOS	250,00	BAJO	BAJO	1	2	2	2	1	1	9	SIN NEGLIGENCIA
57	Masculino	NO EXPUESTOS	175,00	BAJO	BAJO	1	1	1	1	1	1	6	SIN NEGLIGENCIA
57	Masculino	NO EXPUESTOS	266,67	BAJO	ALTO	2	2	3	3	2	1	13	CON NEGLIGENCIA
57	Femenino	NO EXPUESTOS		BAJO	BAJO	2		2	4	4	1	13	CON NEGLIGENCIA
57	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
57	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
57	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	3	3	3	2	2	2	15	CON NEGLIGENCIA
57	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
57	Masculino	EXPUESTOS	385,00	ALTO	BAJO	2	1	2	1	2	2	10	SIN NEGLIGENCIA
58	Masculino	EXPUESTOS	1000,00	ALTO	ALTO	2	1	4	1	5	1	14	CON NEGLIGENCIA

58	Masculino	NO EXPUESTOS	1000,00	ALTO	ALTO	1	1	1	2	2	2	9	SIN NEGLIGENCIA
58	Femenino	NO EXPUESTOS		BAJO	ALTO	1	3	2	2	3	2	13	CON NEGLIGENCIA
58	Femenino	EXPUESTOS	380,00	ALTO	BAJO	1	2	5	2	5	1	16	CON NEGLIGENCIA
58	Masculino	NO EXPUESTOS	500,00	ALTO	BAJO	1	3	3	2	5	1	15	CON NEGLIGENCIA
58	Masculino	NO EXPUESTOS	1200,00	ALTO	ALTO	1	2	5	2	4	1	15	CON NEGLIGENCIA
58	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	2	3	3	4	5	1	18	CON NEGLIGENCIA
58	Femenino	EXPUESTOS	400,00	ALTO	BAJO	3	2	3	3	2	2	15	CON NEGLIGENCIA
58	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	3	3	3	3	3	3	18	CON NEGLIGENCIA
59	Masculino	EXPUESTOS	375,00	ALTO	BAJO	1	1	5	2	3	2	14	CON NEGLIGENCIA
59	Masculino	EXPUESTOS	375,00	ALTO	BAJO	1	4	4	1	3	1	14	CON NEGLIGENCIA
59	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	3	3		3	2	4	15	CON NEGLIGENCIA
59	Masculino	EXPUESTOS	200,00	BAJO	BAJO	2	3	4	3	3	1	16	CON NEGLIGENCIA
59	Femenino	NO EXPUESTOS	3200,00	ALTO	ALTO	1	1	5	1	3	1	12	CON NEGLIGENCIA
59	Femenino	EXPUESTOS	600,00	ALTO	BAJO	1	1	5	1	3	1	12	CON NEGLIGENCIA
59	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	3	3	3	3	3	3	18	CON NEGLIGENCIA
59	Masculino	NO EXPUESTOS		BAJO	ALTO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
59	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	3	3	3	3	3	3	18	CON NEGLIGENCIA
60	Masculino	EXPUESTOS	800,00	ALTO	BAJO	2	2	2	2	3	2	13	CON NEGLIGENCIA
60	Femenino	NO EXPUESTOS	180,00	BAJO	BAJO	5	5	5	5	5	5	30	CON NEGLIGENCIA
60	Masculino	NO EXPUESTOS	900,00	ALTO	ALTO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
60	Masculino	NO EXPUESTOS		BAJO	BAJO	2	2	2	2	2	1	11	CON NEGLIGENCIA
60	Masculino	EXPUESTOS	400,00	ALTO	BAJO	1	3	5	3	1	1	14	CON NEGLIGENCIA
60	Femenino	NO EXPUESTOS	200,00	BAJO	ALTO	3	3	3	3	3	3	18	CON NEGLIGENCIA
60	Masculino	NO EXPUESTOS	0,00	BAJO	ALTO	1	3	3	1	3	1	12	CON NEGLIGENCIA
60	Masculino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	2	2	3	3	2	1	13	CON NEGLIGENCIA
60	Masculino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	3	3	2	4	3	2	17	CON NEGLIGENCIA
60	Masculino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	3	3	2	4	3	2	17	CON NEGLIGENCIA
60	Femenino	NO EXPUESTOS	0,00	BAJO	ALTO	3	3	3	3	3	3	18	CON NEGLIGENCIA

60	Masculino	NO EXPUESTOS	0,00	BAJO	ALTO	5	5	5	5	5	5	30	CON NEGLIGENCIA
60	Masculino	EXPUESTOS	1000,00	ALTO	BAJO	1	1	5	1	1	1	10	SIN NEGLIGENCIA
60	Masculino	EXPUESTOS	300,00	BAJO	BAJO	1	1	5	1	1	1	10	SIN NEGLIGENCIA
60	Masculino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	2	3	2	2	3	3	15	CON NEGLIGENCIA
60	Masculino	EXPUESTOS	350,00	BAJO	ALTO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
60	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	3	3	3	3	3	3	18	CON NEGLIGENCIA
60	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
60	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	3	3	3	3	3	3	18	CON NEGLIGENCIA
60	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
60	Masculino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
60	Masculino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
60	Masculino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
60	Masculino	EXPUESTOS	675,00	ALTO	ALTO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
61	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	ALTO	3	3	3	2	2	2	15	CON NEGLIGENCIA
61	Masculino	NO EXPUESTOS		BAJO	ALTO	2	4	3	3	5	2	19	CON NEGLIGENCIA
61	Femenino	NO EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
61	Femenino	NO EXPUESTOS	0,00	BAJO	ALTO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
61	Femenino	NO EXPUESTOS		BAJO	ALTO	3	3	3	3	3	3	18	CON NEGLIGENCIA
61	Masculino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	ALTO	4	5	3	4	4	5	25	CON NEGLIGENCIA
61	Masculino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	3	3	2	4	3	2	17	CON NEGLIGENCIA
61	Femenino	NO EXPUESTOS	0,00	BAJO	ALTO	5	5	5	5	5	5	30	CON NEGLIGENCIA
61	Femenino	EXPUESTOS	144,67	BAJO	ALTO	1	1	1	1	1	1	6	SIN NEGLIGENCIA
61	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
62	Femenino	EXPUESTOS	750,00	ALTO	ALTO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
62	Masculino	EXPUESTOS	340,00	BAJO	BAJO	3	4	4	4	4	2	21	CON NEGLIGENCIA
62	Masculino	NO EXPUESTOS	0,00	BAJO	ALTO	2	3	2	2	3	2	14	CON NEGLIGENCIA
62	Femenino	NO EXPUESTOS	400,00	ALTO	ALTO	1	3	1	1	3	1	10	SIN NEGLIGENCIA
62	Masculino	NO EXPUESTOS	700,00	ALTO	BAJO	1	3	3	2	5	1	15	CON NEGLIGENCIA

62	Masculino	NO EXPUESTOS	2000,00	ALTO	ALTO	1	1	5	4	2	1	14	CON NEGLIGENCIA
62	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	5	5	5	4	3	2	24	CON NEGLIGENCIA
62	Masculino	NO EXPUESTOS	0,00	BAJO	ALTO	2	2	3	3	2	2	14	CON NEGLIGENCIA
62	Femenino	EXPUESTOS	400,00	ALTO	BAJO	2	3	2	2	3	2	14	CON NEGLIGENCIA
62	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	1	2	4	2	2	1	12	CON NEGLIGENCIA
62	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	2	2	3	2	3	1	13	CON NEGLIGENCIA
62	Masculino	NO EXPUESTOS	470,00	ALTO	ALTO	3	3	4	3	4	3	20	CON NEGLIGENCIA
62	Masculino	NO EXPUESTOS	430,00	ALTO	ALTO	3			3		3	9	SIN NEGLIGENCIA
63	Masculino	EXPUESTOS	380,00	ALTO	BAJO	1	1	1	2	2	2	9	SIN NEGLIGENCIA
63	Femenino	EXPUESTOS	300,00	BAJO	BAJO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
63	Femenino	NO EXPUESTOS	266,60	BAJO	ALTO	3	2	3	3	3	3	17	CON NEGLIGENCIA
63	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	2	3	3	3	3	2	16	CON NEGLIGENCIA
63	Femenino	EXPUESTOS	400,00	ALTO	BAJO	2	2	3	4	5	1	17	CON NEGLIGENCIA
63	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	ALTO	5	5	5	5	5	5	30	CON NEGLIGENCIA
63	Femenino	EXPUESTOS	550,00	ALTO	ALTO	2	2	2	1	1	1	9	SIN NEGLIGENCIA
63	Masculino	EXPUESTOS	450,00	ALTO	ALTO	1	1	1	1	1	1	6	SIN NEGLIGENCIA
63	Masculino	NO EXPUESTOS	500,00	ALTO	BAJO	2	2	1	1	1	2	9	SIN NEGLIGENCIA
63	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
63	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
63	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	3	3	3	4	4	4	21	CON NEGLIGENCIA
63	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
63	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	3	3	3	3	3	3	18	CON NEGLIGENCIA
63	Femenino	EXPUESTOS	390,00	ALTO	BAJO	4	4	4	4	4	4	24	CON NEGLIGENCIA
64	Masculino	NO EXPUESTOS	700,00	ALTO	BAJO	1	1	1	5	5	1	14	CON NEGLIGENCIA
64	Femenino	EXPUESTOS	80,00	BAJO	BAJO	1	3	4	3	2	1	14	CON NEGLIGENCIA
64	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
64	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	1	4	1	4	4	1	15	CON NEGLIGENCIA
64	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	2	2	1	5	1	1	12	CON NEGLIGENCIA

64	Masculino	EXPUESTOS	500,00	ALTO	BAJO	1	2	3	3	3	3	15	CON NEGLIGENCIA
64	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	1	2	2	2	2	1	10	SIN NEGLIGENCIA
64	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
64	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
64	Femenino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
64	Masculino	EXPUESTOS	390,00	ALTO	BAJO	4	4	4	4	4	4	24	CON NEGLIGENCIA
65	Masculino	EXPUESTOS		BAJO	BAJO	3	3	3	4	2	3	18	CON NEGLIGENCIA
65	Masculino	EXPUESTOS	460,00	ALTO	BAJO	1	1	1	5	5	1	14	CON NEGLIGENCIA
65	Femenino	NO EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	3	3	3	3	3	3	18	CON NEGLIGENCIA
65	Masculino	NO EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	2	3	3	2	4	2	16	CON NEGLIGENCIA
65	Masculino	NO EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	2	3	3	2	3	2	15	CON NEGLIGENCIA
65	Masculino	NO EXPUESTOS	300,00	BAJO	BAJO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
65	Masculino	EXPUESTOS	300,00	BAJO	ALTO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
65	Femenino	EXPUESTOS	1000,00	ALTO	ALTO	2	2	3	2	2	1	12	CON NEGLIGENCIA
65	Masculino	NO EXPUESTOS	380,00	ALTO	BAJO	3	3	3	3	2	2	16	CON NEGLIGENCIA
65	Femenino	EXPUESTOS	50,00	BAJO	BAJO	1	5	5	4	4	2	21	CON NEGLIGENCIA
65	Femenino	EXPUESTOS	100,00	BAJO	BAJO	3	1	4	3	1	1	13	CON NEGLIGENCIA
65	Femenino	EXPUESTOS	100,00	BAJO	BAJO	2	5	1	3	3	2	16	CON NEGLIGENCIA
65	Femenino	EXPUESTOS	200,00	BAJO	BAJO	1	5	5	3	3	1	18	CON NEGLIGENCIA
65	Masculino	NO EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	3	3	3	3	3	3	18	CON NEGLIGENCIA
65	Masculino	EXPUESTOS	900,00	ALTO	BAJO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
65	Femenino	EXPUESTOS	200,00	BAJO	ALTO	1	1	1	2	2	1	8	SIN NEGLIGENCIA
65	Masculino	EXPUESTOS	250,00	BAJO	ALTO	1	1	1	1	1	1	6	SIN NEGLIGENCIA
65	Femenino	EXPUESTOS	166,67	BAJO	ALTO	2	2	2	1	1	1	9	SIN NEGLIGENCIA
65	Femenino	EXPUESTOS	200,00	BAJO	ALTO	2	2	3	3	2	2	14	CON NEGLIGENCIA
65	Femenino	EXPUESTOS	350,00	BAJO	ALTO	2	2	3	3	2	2	14	CON NEGLIGENCIA
65	Femenino	EXPUESTOS	300,00	BAJO	ALTO	2	2	2	3	3	2	14	CON NEGLIGENCIA
65	Masculino	EXPUESTOS	200,00	BAJO	ALTO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA

65	Femenino	EXPUESTOS	300,00	BAJO	ALTO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
65	Masculino	EXPUESTOS	200,00	BAJO	ALTO	1	1	1	1	1	1	6	SIN NEGLIGENCIA
65	Femenino	EXPUESTOS	183,33	BAJO	BAJO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
65	Femenino	EXPUESTOS	250,00	BAJO	ALTO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
65	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	ALTO	3	3	3	3	3	3	18	CON NEGLIGENCIA
65	Masculino	NO EXPUESTOS	3000,00	ALTO	ALTO	1	2	5	1	2	1	12	CON NEGLIGENCIA
65	Masculino	NO EXPUESTOS	2000,00	ALTO	ALTO	2	2	2	2	5	1	14	CON NEGLIGENCIA
65	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	3	3	3	2	2	2	15	CON NEGLIGENCIA
65	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	ALTO	2	2	3	3	4	4	18	CON NEGLIGENCIA
65	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	3	3	3	2	2	2	15	CON NEGLIGENCIA
65	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	3	3	3	4	4	4	21	CON NEGLIGENCIA
65	Femenino	NO EXPUESTOS	0,00	BAJO	ALTO	5	5	5	5	5	5	30	CON NEGLIGENCIA
65	Masculino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	BAJO	4	4	4	4	4	4	24	CON NEGLIGENCIA
65	Masculino	NO EXPUESTOS	0,00	BAJO	ALTO	4	4	4	4	4	4	24	CON NEGLIGENCIA
65	Masculino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	ALTO	2	3	3	3	3	3	17	CON NEGLIGENCIA
65	Femenino	EXPUESTOS	0,00	BAJO	ALTO	1	1	1	1	1	1	6	SIN NEGLIGENCIA
65	Masculino	EXPUESTOS	100,00	BAJO	BAJO	3	5	4	3	3	3	21	CON NEGLIGENCIA
65	Masculino	EXPUESTOS	150,00	BAJO	BAJO	1	2	3	3	2	2	13	CON NEGLIGENCIA
65	Masculino	NO EXPUESTOS		BAJO	BAJO	2	2	2	2	2	2	12	CON NEGLIGENCIA
65	Femenino	NO EXPUESTOS	380,00	ALTO	ALTO	2	2	3	1	2	2	12	CON NEGLIGENCIA