



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

“Relación entre el Nivel de Ingresos Económicos y la Indiferencia al
Cuidado Dental en adultos de más de 65 años de edad en la
Parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca en el
período abril – agosto del año 2017”

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGA

AUTORA: Barzallo Rodas, Leonor Estefania

TUTORA: Dra. Jaramillo Oyervide, Jessica, Mgt.

CUENCA

2018

DECLARACIÓN:

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

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

.....

Autor/a: Barzallo Rodas Leonor Estefania

C.I.: 0105124549

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de titulación denominado **“Relación entre el Nivel de Ingresos Económicos y la Indiferencia al Cuidado Dental en adultos de más de 65 años de edad en la Parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca en el período abril – agosto del año 2017”**, realizado por BARZALLO RODAS LEONOR ESTEFANIA, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que está expedito para su presentación.

Cuenca, Febrero 2018

.....
Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.
Coordinador Departamento de
Investigación

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Dra. Liliana Encalada Verdugo

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN – CARRERA ODONTOLOGÍA.

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE INGRESOS ECONÓMICOS Y LA INDIFERENCIA AL CUIDADO DENTAL EN ADULTOS DE MÁS DE 65 AÑOS DE EDAD EN LA PARROQUIA GIL RAMÍREZ DÁVALOS DE LA CIUDAD DE CUENCA EN EL PERÍODO ABRIL – AGOSTO DEL AÑO 2017”**, realizado por **BARZALLO RODAS LEONOR ESTEFANIA**, ha sido revisado y orientado durante su ejecución por lo que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que esta expedito para su sustentación.

Cuenca, Febrero 2018

Dra. Jessica Jaramillo

TUTORA

DEDICATORIA.

Dedico esta tesis a mis padres,
Por ser los pilares más importantes de mi vida,
Que me brindaron todo su amor y apoyo durante la carrera,
Motivándome y guiándome siempre por el camino de la superación.

A mis hermanos,
Que estuvieron conmigo en todo momento,
Siendo ejemplos de perseverancia y constancia,
Alentándome siempre a cumplir mis sueños.

EPÍGRAFE.

“Investigar es ver lo que todo el mundo ha visto, y pensar lo que nadie más ha
pensado”.

Albert Szent-Györgyi

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco a Dios y a mis padres,
Por su bondad y amor incondicional,
Que supieron guiarme por el camino del bien
Y hacer realidad mi sueño de ser una profesional.

A mis tíos Eulalia y Daniel,
Por acogerme en su hogar durante esta etapa,
Protegiéndome, guiándome y cuidándome como una hija más.

En memoria mi abuelito Heriberto,
Que mientras estuvo a mi lado,
Me brindo todo su cariño y apoyo,
Y que hoy guía mis pazos desde el cielo.

A mis compañeros, en especial a Claudia y Alejandro,
Por el apoyo mutuo, risas y enojos,
Que hoy nos han llevado a ser grandes amigos,
Y futuros colegas

Al Dr, Ebingen Villavicencio, Dra. Liliana Encalada
Y Dra. Jessica Jaramillo
Por el apoyo brindado durante el proceso
De elaboración y culminación del trabajo de investigación.

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud.

UCACUE: Universidad Católica de Cuenca.

INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

IC: Intervalo de confianza

ÍNDICE GENERAL.

INTRODUCCIÓN.....	13
CAPÍTULO I.....	14
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	14
1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
2.- JUSTIFICACIÓN	15
3.- OBJETIVOS	17
3.1.- OBJETIVO GENERAL:.....	17
3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	17
4.- MARCO TEÓRICO.....	18
4.1 NIVEL DE INGRESOS ECONÓMICOS Y SALUD BUCAL	18
4.1.a.- INDIFERENCIA	19
4.1.b. RELACION ENTRE EL NIVEL SOCIOECONOMICO Y LA SALUD	20
4.1.c- ENFERMEDADES BUCALES EN EL ADULTO MAYOR	22
4.2.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	24
5.- HIPÓTESIS.....	27
CAPÍTULO II.....	14
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	14
1.- MARCO METODOLÓGICO.....	29
2.- POBLACIÓN Y MUESTRA.....	29
3.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	30
4.- INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.	31
5.- PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.....	31
6.- PROCEDIMIENTOS PARA EN ANÁLISIS DE LOS DATOS	32
7.- ASPECTOS BIOÉTICOS	33
CAPÍTULO III.....	32
RESULTADOS, DISICUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	32
1. RESULTADOS:.....	35
2. DISCUSIÓN:	39
3. CONCLUSIONES:	41
BIBLIOGRAFÍA.....	42
ANEXOS.....	45

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1.....	36
Tabla N°2.....	37
Tabla N°3.....	38

RESUMEN

OBJETIVO: El objetivo de esta investigación fue determinar la existencia de una posible relación entre el Nivel de Ingresos Económicos y la Indiferencia al Cuidado Dental en adultos de más de 65 años de edad en la Parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca en el período abril – agosto del año 2017”. **MATERIALES Y METODOS:** Esta investigación fue de campo, comunicacional y transversal actual. La población estuvo conformada por adultos de más de 65 años de edad pertenecientes a la parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca. Se realizó la encuesta “Barrera para Acceder a Servicios Odontológicos” a 258 adultos, aplicando el cuestionario de Indiferencia al cuidado dental de Nuttall. El tamaño muestral se calculó mediante emparejamiento por conveniencia, obteniendo 26 casos y 26 controles. **RESULTADOS:** Mediante la prueba estadística Razón de Riesgo (Odds Ratio) se obtuvo el valor de 1 con un IC: 0.308, 3.247, pudiendo evidenciar que el Nivel de Ingresos económicos no es un factor riesgo a la enfermedad. **CONCLUSIÓN:** El Nivel de Ingresos económicos no representó un factor de riesgo a la Indiferencia al Cuidado dental en adultos mayores de más de 65 años en la parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca.

PALABRAS CLAVE: Indiferencia dental, ingresos económicos, adultos mayores

ABSTRACT

AIM: The objective of this research was to determine the existence of a possible relationship between the Level of Economic Income and the Indifference to Dental Care in adults over 65 years of age in the Parroquia Gil Ramírez Dávalos of the city of Cuenca in the period April - August of the year 2017. **MATERIAL AND METODHS:** This investigation was of field, communicational and transversal current. The population consisted of adults over 65 years of age belonging to the parish Gil Ramírez Dávalos of the city of Cuenca. The "Barrera to Access Dental Services" survey was conducted on 258 adults, applying the Indifference questionnaire to Nuttall dental care. The sample size was calculated by pairing for convenience, obtaining 26 cases and 26 controls. **RESULTS:** By means of the statistical test Reason Risk (Odds Ratio) the value of 1 was obtained with a CI: 0.308, 3.247, being able to show that the Level of Economic Revenues is not a risk factor to the disease. **CONCLUSIONS:** The level of economic income did not represent a risk factor for the indifference to dental care in adults over 65 years old in the Gil Ramírez Dávalos parish of the city of Cuenca.

KEY WORDS: Dental Indifference, income, older adults

INTRODUCCIÓN.

La cavidad bucal es indispensable para disfrutar de una buena condición de salud en general y tener una calidad de vida buena, se puede describir como la carencia de signos y síntomas de enfermedades. ⁽¹⁾

La salud y la posición económica de una persona dentro de la sociedad dependen en varias circunstancias, entre estas se encuentra el nivel socioeconómico, el cual se analiza desde dos puntos de vista: multidimensional que abarca factores como vivienda, inmuebles, etc., y unidimensional que son los sueldos cobrados quincenalmente o mensualmente. ⁽²⁾

La OMS reporta que las personas con menos ingresos económicos tienen una deficiente salud bucal y general, siendo reconocido como un fenómeno que se presenta a nivel mundial en la mayoría de países. El gradiente social de la salud establece que las desigualdades dentro de la salud afectan a toda la población. ⁽³⁾

Por lo tanto la salud bucal se encuentra afectada por diversos factores determinantes como el grupo social, nivel de instrucción, estilo de vida, ingresos económicos, susceptibilidad de cada individuo a la adquisición de enfermedades y la condición urbano-rural. ⁽⁴⁾

Desde un punto de vista general la mayoría de los pacientes al momento de asistir a la consulta odontológica, presentan actitudes negativas y desfavorables como la despreocupación ante los posibles diagnósticos y tratamientos. Comportamientos que se los puede calificar como indiferencia al cuidado dental que es una conducta inadecuada por causas como la desmotivación y falta de recursos económicos. Considerando a la indiferencia como un punto intermedio entre el aprecio y el desprecio, que provoca la falta de preocupación por la salud bucal, ocasionando resistencia de las personas a asistir a sus consultas odontológicas. Formando una barrera de dificultades entre el profesional y el paciente, afectándose su salud bucal y predisponiéndose a la adquisición de diferentes enfermedades. ⁽⁵⁾

El objetivo de este trabajo de titulación es determinar la existencia de una posible relación entre el nivel de ingresos económicos y la indiferencia al cuidado dental en adultos de más de 65 años de edad en la parroquia Gil Ramírez Dávalos

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente estudio se realizó mediante el diseño caso – control, que pretende medir la relación entre el Nivel de Ingresos Económicos y la Indiferencia al Cuidado dental. El tema surgió a partir del macro estudio de las Barreras para Acceder a los Servicios Odontológicos en la ciudad de Cuenca, planteado por el departamento de investigación de la carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca.

El problema de investigación que se plantea en este trabajo de titulación está dirigido a responder la pregunta ¿Existe relación entre el Nivel de Ingresos Económicos y la Indiferencia al Cuidado dental en adultos de más de 65 años de edad en la Parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca en el período abril – agosto del año 2017?

2.- JUSTIFICACIÓN

Esta investigación es importante porque nos ayudará a comprender la relación del Nivel de Ingresos Económicos y la Indiferencia al Cuidado dental, en una población adulta de más de 65 años de edad en la Parroquia Gil Ramírez Dávalos, obteniendo en este grupo etario la **relevancia humana**.

El **interés personal** de esta investigación es profundizar mi conocimiento acerca de esta problemática que me permitirá hacer más efectiva mi labor profesional y la obtención del título de odontóloga.

La **relevancia científica** está basada en el poder relacionar el Nivel de Ingresos Económicos y la Indiferencia al Cuidado dental; aportar con datos obtenidos de esta investigación, debido a la falta información que existe sobre este tema en la ciudad de Cuenca y el posible aporte para investigaciones futuras.

Como **relevancia social** el presente estudio va dirigido a una población específica de adultos mayores de más de 65 años de edad de la parroquia Gil Ramírez Dávalos de la Ciudad de Cuenca-Ecuador; siendo un estudio importante del que se obtienen posibles ventajas al conocer los datos epidemiológicos, mediante el cual el estado puede diseñar políticas de intervención para mejorar la problemática.

Esta investigación se realizó en un plazo de 10 meses desde el mes de abril del 2017 hasta enero del 2018, para el desarrollo y ejecución los recursos fueron autofinanciados. Para asegurar la viabilidad de la presente investigación se coordinó con el

Departamento de Investigación de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca a través del proyecto Barreras para Acceder a los Servicios Odontológicos.

3.- OBJETIVOS

3.1.- OBJETIVO GENERAL:

Determinar la existencia de una posible relación entre el Nivel de Ingresos Económicos y la Indiferencia al Cuidado Dental en adultos de más de 65 años en la Parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca en el período abril – agosto del año 2017”

3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Analizar la Indiferencia al Cuidado Dental en adultos de más de 65 años de edad de la parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca discriminados según el sexo.
- Analizar la Indiferencia al Cuidado Dental en adultos de más de 65 años de edad de la parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca discriminados según la edad.

4.- MARCO TEÓRICO

4.1 NIVEL DE INGRESOS ECONÓMICOS Y SALUD BUCAL

En los últimos años en varios países de Latinoamérica ha existido una disminución significativa de la pobreza y una mejora notable en la forma de vida de los habitantes. En una publicación de la Presidencia de la República “Ecuador Ama La Vida” menciona que siete países siguen con estos avances y el Ecuador es parte de esta lista, en la cual mencionan que tuvo una reducción de la pobreza del 37,1 %. ⁽⁶⁾

Entre los años 2006 y 2014 el PIB (Producto Interno Bruto) del Ecuador tuvo un crecimiento del 4,3%, el mismo que fue promovido por las ventas a alto precio del petróleo y aportaciones respaldadas por agentes externos al sector público, reduciéndose la pobreza de nuestro país de un 37 % a un 22.5%. ⁽⁷⁾

Hoy en día todos estos logros se encuentran en riesgo por el descenso del precio del petróleo y el terremoto ocurrido en abril del año 2016, aumentando significativamente el desempleo y reduciendo las inversiones públicas por parte del Gobierno. Esto ha causado una disminución de beneficios para los ecuatorianos y un aumento de los impuestos, siendo importante e indispensable que exista una mayor colaboración por parte de las empresas privadas para que se generen nuevos empleos y se fomente el desarrollo del país, reduciendo así la pobreza. ⁽⁷⁾

Existen dos clases de indicadores para el nivel socioeconómico:

Los multidimensionales, que se basan en diversos factores como: ingresos económicos, nivel de instrucción, tipo de empleo, características generales de la vivienda, acceso a los servicios básicos (luz, agua, alcantarillado) y a las tecnologías de información (servicios de internet). En el Ecuador, encontramos la encuesta del INEC denominada “Encuesta de estratificación del nivel socioeconómico” que se basa en 25 variables que incluyen todos aspectos mencionados anteriormente, siendo analizada a través de la suma de la puntuaciones de cada pregunta. ⁽⁸⁾

Los índices unidimensionales se basan principalmente en todos los ingresos o en los gastos que presenten los hogares, pero han sido criticados porque no reflejan correctamente la calidad de vida de la familia, que puede depender adicionalmente de otros factores como los multidimensionales. ⁽⁶⁾

En el año 2013 el Banco Mundial asignó cuatro clases sociales en países de Latinoamérica en relación con sus ingresos económicos: Menos de \$4 por día (pobres), de \$4 a \$10 (riesgo de ser pobres) de \$10 a \$50 por día (clase media) y más de \$50 por día (clase alta).⁽⁶⁾

Por un lado, establecer los ingresos quincenales o mensuales como indicadores del nivel socioeconómico no es una manera estable para definir el nivel de ingresos económicos, debido que estos pueden ser diferentes mes a mes, sobre todo en una región que se considera inestable como el Ecuador.⁽⁶⁾

4.1.a.- INDIFERENCIA

La falta de interés por la salud bucal es una actitud frecuente entre los pacientes que no acuden a la consulta odontológica. La desmotivación es una de las razones por la que los pacientes posponen o no acuden a sus citas.⁽⁵⁾

La indiferencia al cuidado dental se conceptualiza como: una acción que se basa en la subvaloración a gran escala de las piezas dentales, pérdida de atención por su cuidado, mantenimiento y tratamiento. Esta se manifiesta como un mal cumplimiento de las recomendaciones y consejos, elección de tratamientos cortos, posponer las citas y la no asistencia al consultorio dental.⁽⁹⁾

La inasistencia a la consulta dental se encuentra asociada también a personas que tienen un bajo nivel socioeconómico, debido a que la falta de recursos económicos limita al paciente a asistir a la consulta odontológica. Por otra parte el bajo nivel educativo de los padres y propia conlleva al desconocimiento de técnicas de cepillado. La indiferencia también se encuentra relacionada con personas que viven en áreas rurales que no tienen fácil acceso a servicios de atención odontológica.⁽¹⁰⁾

Es importante mencionar que existen otros factores de riesgo que se van a encontrar asociados a los pacientes, como por ejemplo cuando estos no siguen las instrucciones del odontólogo para asistir a las consultas programadas, no cambiando su estilo de vida en cuanto a tener un buen aseo bucal y una buena alimentación. También podemos mencionar factores que se encuentran asociados a patologías como el deterioro sensorial, de la visión y audición, cognoscitivo y otros como procesos amnésicos y deterioro mental, situaciones que conllevan a los pacientes a acostumbrarse a los signos y síntomas de las enfermedades y pasar por alto el tratamiento.⁽¹¹⁾

Además, los pacientes regularmente al analizar el riesgo-beneficio de su necesidad versus el tratamiento a elegir, toman en cuenta varios factores como: las ventajas que tiene si se realiza el tratamiento, nivel de gravedad de su enfermedad de acuerdo a sus signos y síntomas, la eficacia que tendrá el tratamiento y la adaptación que van a tener ante estos cambios. ⁽¹¹⁾

Existen varias técnicas para reducir la indiferencia al cuidado dental manejadas por el profesional odontólogo, como escuchar las verdaderas necesidades del paciente y dar a conocer la importancia y ventajas que tendrá el tratamiento e inculcar a que el paciente haga preguntas y así poder resolver todas sus dudas, enviar recordatorios de que día y hora le toca la consulta a través de una llamada telefónica o un mensaje para evitar olvidos, mantener conversaciones didácticas y entretenidas con el paciente para que acoja una actitud positiva ante el futuro tratamiento. ⁽¹²⁾

Cabe recalcar que esta condición no necesariamente se le debe asignar al paciente sino que también puede ser causado por la falta de habilidad para motivar al paciente por parte del odontólogo desde la primera consulta, no logrando que el paciente se sienta acogido y entendido, no respondiendo sus dudas, no generando un ambiente de confianza y serenidad, manejándose con actitud de superioridad y la falta de generación de una comunicación afectiva que puede llevar a la desmotivación, es decir que si el odontólogo toma en cuenta estos fundamentos, la indiferencia al cuidado dental puede ser una respuesta ligera y pasajera. ⁽¹³⁾

4.1.b. RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONOMICO Y LA SALUD

La salud es la condición de bienestar físico, mental y social, que está representado de manera individual y colectiva en todas las poblaciones siendo el resultado de distintas condiciones: biológicas, materiales, psicológicas, sociales, ambientales y culturales. Se conceptualiza como la condición de encontrarse y permanecer libre de signos y síntomas de enfermedades benignas o malignas, de manera que la persona desempeña a plenitud todas las capacidades potenciales a lo largo de cada etapa de la vida para desarrollar todas sus funciones vitales con normalidad. ⁽¹⁴⁾

En los países de Latinoamérica, se consideran adultos mayores a las personas que tienen de 65 años o más. Es el grupo etario que se encuentra expuesto a mayor cantidad de enfermedades, ya que por su edad las patologías tienen a ser progresivas y de tipo crónico – degenerativas. Esta exposición está íntimamente relacionado con el nivel de ingresos económicos debido a la falta de recursos para asistir a consultas privadas. ⁽¹⁵⁾

Durante este proceso de envejecimiento se van a ir produciendo varias deficiencias en la mayoría de los órganos y aparatos de estas personas, los cuales van perdiendo su funcionalidad haciéndolos más susceptibles a enfermedades que involucra un su sistema inmunológico de defensa más limitado; teniendo pronósticos que no siempre van a ser favorables, presentan mayor morbilidad (aguda o crónica, provocando o no incapacidades), mayor número de complicaciones durante el transcurso de la enfermedad e innumerables tratamientos médicos y odontológicos..⁽¹⁵⁾

Es importante que la preocupación y el cuidado de la cavidad oral empiece desde edades tempranas para evitar posibles complicaciones y problemas de las piezas dentarias y encías. Entre los cuidados tenemos: cepillar los dientes después de cada comida (3 veces al día), utilizar seda dental, limitar alimentos azucarados entre comidas y visitar 2 veces al año al odontólogo para su respectivo chequeo.⁽¹⁶⁾

La salud de la cavidad bucal es imprescindible para gozar de una buena salud general y una buena calidad de vida. Es la ausencia de malestares y enfermedades de la boca que limitan a la persona que la sufre en su capacidad para morder, masticar, deglutir, sonreír y hablar. Al mismo tiempo esta limitación afecta psicológicamente al paciente al éste sentir vergüenza por las alteraciones de su cavidad bucal y pérdida de la funcionalidad.⁽¹⁾

Existe una relación directa entre la salud general y la salud bucodental. Por ejemplo, la Diabetes Mellitus tiene sus primeras manifestaciones clínicas en la cavidad oral como xerostomía, queilitis, estomatitis y ulceraciones.⁽¹⁶⁾

El nivel socioeconómico como una variable social tiene un impacto importante sobre la salud, relacionándose con un trabajo estable, calidad de vida y un ingreso económico suficiente. La desigualdad en la repartición de estos recursos económicos conlleva a las personas a tener más probabilidades de enfermarse aumentando el riesgo de morir.⁽¹⁷⁾

En países que están en vías de desarrollo la salud, enfermedad, diagnóstico y tratamiento se encuentran dentro de un gradiente social; es decir que mientras más baja sea la situación socioeconómica de las personas más difícil el acceso a consultas y como resultado un peor estado de salud.⁽¹⁸⁾

Tener una mala salud oral es una problemática de salud a nivel mundial, causando principalmente la pérdida de piezas dentarias que la mayoría de las veces se encuentra asociada con la posición socioeconómica debido a la falta de recursos y conocimiento sobre la salud bucal y sus enfermedades.⁽¹⁹⁾

Hoy en día el servicio de salud en el Ecuador se encuentra dividido en 2 sectores: familias con nivel socioeconómico alto que tienen la posibilidad de pagar instituciones privadas de salud y familias de escasos recursos que dependen del sistema de salud pública para la atención de sus enfermedades. Sin embargo, a pesar de la cobertura básica de salud que tienen todas las personas, las conductas de indiferencia se observan en todos los niveles socioeconómicos, a esto también le podemos asociar a la escasez de personal y la limitada capacidad de resolución para la atención. ⁽²⁰⁾

4.1.c- ENFERMEDADES BUCALES EN EL ADULTO MAYOR

En los dientes, los cambios que más se presentan según vaya avanzando la edad son en color y la forma. Se presentan patologías que provocan que las piezas dentarias pierdan progresivamente su longitud y cantidad de esmalte. Dentro de éstas tenemos la atrición y el desgaste que hacen que la dentina se torne más prominente y a la vez pierda su traslucidez ocasionando una apariencia amarillenta del diente. La abrasión y erosión, al igual que las patologías anteriores, alteran la apariencia y forma, en donde ocurrirá la disminución del tamaño de la cámara pulpar, produciéndose un estrechamiento. Estas patologías bucales tienen en común conductas de descuido provocadas por el comportamiento indiferente del paciente. ⁽²¹⁾

Como en la mayoría de adultos mayores existe desconocimiento sobre las técnicas de cepillado, tienen una mala higiene bucal, provocada por el acúmulo de placa bacteriana en los márgenes gingivales. Como consecuencia de la gingivitis luego se observan recesiones gingivales, descubriendo el cemento y produciendo una reabsorción del hueso que va a ir reduciéndose en su altura y grosor; por otra parte, las encías pierden su punteado natural y se vuelven delgadas con tendencia al sangrado durante el cepillado. ⁽²²⁾

En lo referente a los huesos, tanto en los hombres como en las mujeres se van haciendo más frágiles entre los 35 y 70 años de edad, cambiando su matriz ósea y su composición química. Esta afecta a la dureza del hueso lo que provoca que en la cavidad bucal exista más probabilidad a la pérdida de piezas dentarias. Existen estudios que han demostrado que la pérdida de altura del hueso alveolar se encuentra íntimamente relacionado con la pérdida de inserción periodontal que se da mayormente en adultos mayores. ⁽²¹⁾

También se presentará reabsorción ósea porque las fuerzas oclusales se van a encontrar disminuidas, conllevando a una disminución de grosor y altura de las trabéculas, provocando aumento de la porosidad que inducirá a una esclerosis ósea que

aumenta la dureza pero disminuye su elasticidad, siendo más predisponente a sufrir una fractura.⁽²²⁾

Las glándulas salivales cuya función principal es la producción de saliva, ayuda a facilitar el paso de los alimentos, a la fonación, a la formación del bolo alimenticio, a la degustación y mantiene un pH adecuado.⁽²³⁾ Cuando la producción de saliva disminuye provoca xerostomía, definida como la sequedad de la cavidad bucal que puede estar causada por el uso de medicamentos como antidepresivos, analgésicos y antihipertensivos, enfermedades sistémicas como la diabetes y artritis reumatoide, estado de ansiedad y estados de deshidratación.⁽²⁴⁾

Esta patología también puede encontrarse relacionada con el control de la caries dental, infecciones como la candidiasis y varias lesiones de los tejidos blandos; al mismo tiempo pueden aparecer otro tipo de manifestaciones como el ardor de la lengua, trastornos del gusto y dificultades para el habla.⁽²¹⁾

La caries dental es un proceso de desmineralización del diente ocasionada por bacterias, que va desencadenando cavitaciones en esmalte, dentina y posteriormente hasta llegar a la pulpa. Dentro de los factores de riesgo podemos mencionar: incorrecta técnica de cepillado, grado de instrucción y nivel socioeconómico bajo, dieta alta en azúcares y la presencia de *Estreptococo Mutans*. Esta patología se puede presentar en corona o raíz, cuando se presenta en la raíz esta se encuentra provocada por la exposición del tejido radicular debido a las recesiones gingivales, que son más comunes en adultos mayores.⁽²⁵⁾

El cáncer bucal puede asociarse al comportamiento indiferente del paciente, al observar cambios en su cavidad bucal y no asistir a la consulta odontológica, perdiendo tiempo valioso para un diagnóstico y tratamiento oportuno.⁽²⁶⁾

Actualmente hay un aumento de cáncer bucal en personas jóvenes, pero el 90% de estos se diagnostican y desarrollan en personas mayores de 40 años, y más del 50% en adultos mayores de más de 65 años de edad.⁽²¹⁾

4.2.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

- **OBRA: ARTÍCULO DE REVISTA:** Desarrollo inicial de una escala para medir indiferencia dental. ⁽⁵⁾

AUTOR: Nigel M. Nuttall

RESULTADO: Se realizó una encuesta que fue evaluada a 910 adultos dentados en Escocia, en el cual utilizaron el coeficiente de correlación de The Pearson, obteniendo una tasa de respuesta del 62%. Los resultados fueron: 23% bajo, 59% medio y 18 % alto. En el cuestionario se asociaron significativamente con ser joven, hombre y trabajador de construcción. Las puntuaciones altas tuvieron menos dientes, en promedio, que el resto de la muestra y más de la mitad de ellos no tenían registro de asistir a la atención dental dentro de los 4 años. Los que asistieron a un dentista fueron más propensos a tener dientes o extraídos. La encuesta que fue aplicada se denomina “Indiferencia Dental” que consta de 8 preguntas relacionadas a la frecuencia de cepillado y de visita al odontólogo, instrumentos que utiliza para su cepillado dental, que haría si pierde una restauración o sangran sus encías y la razón principal por la que no asiste al odontólogo, cada respuesta se fue sumando de acuerdo a su puntuación y se clasificaron de acuerdo a los niveles de 0 a 1 bajo, de 2 a 4 medio o de 5 a 9 alto.

- **OBRA: ARTÍCULO DE REVISTA:** La indiferencia dental influye en la salud bucal y calidad de vida de los presos. ⁽⁹⁾

AUTORES: Marshman Z, Baker SR, Robinson PG

RESULTADOS: La muestra eran varones de 20 a 35 años que están en tres cárceles en el norte de Inglaterra, de los 700 hombres abordados, 659 completaron la entrevista y el examen clínico. Las variables que incluyeron fueron: estado socioeconómico, indiferencia dental y asistencia al consultorio dental antes de ir a la cárcel, necesidad de tratamiento, satisfacción con la apariencia de sus piezas dentarias, número de dientes con lesiones cariosas y atención dental en la cárcel. Los resultados de este estudio se asociaron con un mayor interés en la salud bucal, el uso regular anterior de los servicios dentales, la necesidad percibida de tratamiento y el uso de los servicios dentales de la cárcel. La mayoría de los participantes (57,2%) no habían utilizado el servicio dental de la cárcel, y el 39,8 tenían educación secundaria. La mayoría

de los reclusos (63,4%) informaron visitar a un dentista cuando tienen problemas de los dientes, el 20,8% informó haber asistido a chequeos y 15,8% para exámenes regulares. Con un 8,0% informando baja indiferencia al cuidado dental (0-1), el 57,5% reportó indiferencia al cuidado dental moderada (2-4) y 34,4% reportaron alta indiferencia al cuidado dental (5-8).

- **OBRA: ARTÍCULO DE REVISTA:** Confiabilidad y validez de la escala de Indiferencia al cuidado Dental. ⁽²⁷⁾

AUTORES: Erik Skaret, Magne Raadal, Gerd Kvale y Einar Ber.

RESULTADOS: Esta investigación fue realizada en el año 2000 con una muestra de 1119 jóvenes. Casi el 87% completó el cuestionario y consintió en la recopilación de información de sus fichas dentales. El 10% de la muestra fue extraída al azar, se les pidió completar el cuestionario por segunda vez, después de un tiempo de retraso de 15 semanas, para la validación de esta investigación se tomó en cuenta la frecuencia de las citas perdidas a partir de los 12 años.

- **OBRA: ARTÍCULO DE REVISTA:** Comprender la evitación y la falta de asistencia entre los adolescentes en la atención dental: una revisión integradora. ⁽²⁹⁾

AUTORES: A. Fägerstad, J. Windahl y K. Arnrup

RESULTADOS: Otro estudio importante que nos muestra la revisión de artículos encontrados en PubMed, CINAHL y PsychINFO utilizando términos y palabras clave que abarcan la evasión dental y1 no asistencia y no utilización en un rango de tiempo que van desde 1994-2014 con 21 artículos hallados. Los datos fueron extraídos, ordenados, codificados, categorizados y resumidos, los factores identificados formaron tres temas principales comunes: factores ambientales, individuales y situacionales. Siendo el foco principal de la indiferencia dental el último, mientras que los factores ambientales fueron más a menudo investigados para el resultado no-asistencia. Realizado por en el año 2015.

- **OBRA: ARTÍCULO DE REVISTA:** Negligencia e Indiferencia al Cuidado dental. Comparación de escalas. ⁽²⁸⁾

AUTORES: A. Jamieson LM, Thomson WM

RESULTADOS: La muestra fue de 478 personas que realizaron todo el cuestionario. Obteniendo un puntaje promedio de negligencia de 12.4 y la

puntuación promedio de la escala de Indiferencia al cuidado dental fue 3.1 (equivalente a media), teniendo una asociación moderada entre estas dos escalas. Para determinar la Indiferencia al cuidado dental se aplicaron preguntas relacionadas con la ocupación, motivo habitual de asistencia a la consulta, tiempo desde la última visita al odontólogo, método de pago de la última consulta, frecuencia de cepillado, autovaloración de la salud bucal y sentimientos de vergüenza debido al estado de sus dientes. Las dos escalas se encuentran asociadas en gran parte con la situación demográfica y autocuidado, siendo dos características del impacto de la salud oral.

- **OBRA: ARTÍCULO DE REVISTA:** Indicadores de posición socioeconómica del curso de vida y pérdida de dientes en adultos coreanos.

AUTORES: Dong – Hung Hang; Young – Ho Khang ⁽¹⁹⁾

RESULTADOS: El tipo de estudio fue transversal, los resultados demostraron que el bajo nivel socioeconómico de la infancia, adolescencia y adultez, influencias sociales, el grado de instrucción de los padres se encuentra asociada con la pérdida de piezas dentales en adultos mayores, pero que la falta de educación propia e ingresos económicos bajos son las principales causas del edentulismo.

- **OBRA: ARTÍCULO DE REVISTA:** “Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia”. ⁽¹¹⁾

AUTORES: Germán Enrique Silva, Esmeralda Galeano, Jaime Orlando Correa.

RESULTADOS: El objetivo del presente trabajo fue revisar la definición actual y los factores asociados a la no-adherencia al tratamiento y las metodologías que mejoran la adherencia a la terapia. Los pacientes que inadvertidamente omiten varias dosis y los médicos que atribuyen a falta de eficacia del medicamento pueden no ser conscientes que el problema subyacente es una pobre adherencia con el tratamiento prescrito. La no-adherencia es un fenómeno mundial de graves consecuencias, que se presenta en todas las edades, desde los niños hasta los ancianos. Se observa en casi todas los estados de las enfermedades crónicas y tiende a empeorar a medida que el paciente lleva más tiempo con la terapia. La complejidad del fenómeno de no-adherencia a la terapia involucra factores asociados al paciente, a la enfermedad, al ambiente, al medicamento y a la interacción médico-paciente, que requiere un abordaje multidimensional.

- **OBRA: ARTÍCULO DE REVISTA:** “Desigualdades sociales en la salud oral de los adultos en 40 países de ingresos bajos y medianos”.⁽³³⁾

AUTORES: Bishal Bhandari, Jonathon T Newton and Eduardo Bernabe.

RESULTADOS: El objetivo de este artículo fue evaluar las desigualdades sociales en la salud bucal de adultos en varios países de ingresos bajos y medios. Se evaluaron las desigualdades de riqueza en la pérdida total de dientes y las necesidades percibidas en la mayoría de los países. Sin embargo, gradientes monotónicos significativos se encontraron en 21 países para la pérdida total de dientes y en 18 países para las necesidades percibidas. Dos patrones distintivos de la desigualdad social en la salud oral se encontró en los países que utilizan el RII y el SII. Para pérdida total de dientes, pro-rico la desigualdad se encontró en 25 países (RII / SII significativo en ocho países) y se encontró desigualdad a favor de los pobres en 15 (significativa RII / SII en tres países). Para las necesidades percibidas, se encontró desigualdad en favor de los pobres en 26 países (RII / SII significativo) en seis países) y la desigualdad pro-rica se encontró en 14 (RII / SII significativo en cinco países).

5.- HIPÓTESIS

El Nivel de Ingresos económicos está inversamente relacionado con la Indiferencia al Cuidado dental en la parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca Ecuador, en el año 2017.

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.

1.- MARCO METODOLÓGICO

- **ENFOQUE:** Cuantitativo ⁽³²⁾
- **Diseño de la investigación:** Caso – Control ⁽³¹⁾
- **Nivel de investigación:** Relacional

Tipo de investigación:

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

2.- POBLACIÓN Y MUESTRA.

Este estudio refiere a adultos de más de 65 años de edad pertenecientes a la parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca-Ecuador, según las estadísticas del INEC en el censo del año 2010 encontramos 875 adultos de este grupo etario. Para el muestreo del estudio se utilizó la fórmula de conveniencia, obteniendo 26 casos y 26 controles, como resultado de las 258 encuestas obtenidas.

2.1- Criterio de selección:

2.1.a.- Criterio de inclusión: Se incluyeron en el presente estudio a personas mayores 65 años que estuvieron dispuestas a realizar la encuesta y que firmaron el consentimiento informado en la parroquia Gil Ramírez Dávalos, cuyas fichas estaban completas y sin errores de la encuesta “Barreras para el acceso Odontológico”.

2.1.b.- Criterio de exclusión: Se excluyeron del estudio a médicos y odontólogos, igualmente se excluyó a personas con capacidades especiales.

Tamaño de la muestra: El tamaño muestral se decidió por conveniencia. En total se seleccionaron 26 casos y 26 controles de 258 fichas de personas de más de 65 años de edad en la parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca. ⁽³⁰⁾

3.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO	ESCALA
Indiferencia	Estado de ánimo en que una persona no siente inclinación ni rechazo hacia otro sujeto, un objeto o un asunto determinado.	Actitud que consiste en la subvaloración significativa de las piezas dentales, falta de interés en su cuidado, mantenimiento y tratamiento.	Con indiferencia Sin Indiferencia	Cualitativo	Ordinal
Nivel de Ingresos económicos	Valor monetario que ingresa a los hogares procurados por el trabajo individual o conjunto de sus miembros.	Cantidad de ingresos económicos que obtienen los hogares para subsistir y desarrollarse.	Alto (no expuesto) Bajo (expuesto)	Cualitativo	Nominal
Sexo	Característica natural o biológica.	Roles socialmente contruidos, los comportamientos, actividades y atributos que una sociedad dada considera apropiados para los hombres y las mujeres.	Hombre Mujer	Cualitativo	Nominal
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Años de vida registrados en la encuesta durante la toma de datos.	Lo que refiera el encuestado	Cuantitativa	Ordinal

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

4.1.- Instrumentos documentales: Se utilizó la encuesta de “Indiferencia dental” diseñada por Nuttall⁽⁵⁾, la encuesta consta de 3 partes: la primera corresponde a datos generales (número de cédula, ocupación, edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico); la segunda es la encuesta propiamente dicha, que consta de 8 preguntas que dan como resultado niveles de indiferencia bajo, medio, alto; y la tercera es el consentimiento informado. Para el registro de datos de las fichas se utilizó el programa de libre acceso EPI INFO ver 7.2.

4.2.- Instrumentos mecánicos: Se utilizó una computadora de escritorio.

4.3.- Materiales: Se utilizaron materiales de escritorio: papel, esferos, etc.

4.4.- Recursos: Para llevar a cabo el estudio se necesitaron recursos institucionales, recursos humanos (Examinadores y Tutores) y recursos financieros (autofinanciados).

5.- PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS

5.1.- Ubicación espacial: La Parroquia GIL RAMIREZ DAVALOS de la ciudad de Cuenca - Ecuador, se encuentra delimitada: de desde la Calle Coronel Tálbot y la Calle Vega Muñoz, parte en sentido oriental por la Calle Vega Muñoz, hasta la Calle Benigno Malo; siguiendo en dirección sur la Calle Benigno Malo, hasta el Río Tomebamba; continúa aguas arriba por la margen norte del Río Tomebamba hasta la Calle Coronel Tálbot; de este punto toma la dirección norte la Calle Coronel Tálbot, hasta la intersección con la Calle Vega Muñoz.

5.2.- Ubicación temporal: La investigación se realizó entre los meses desde junio del 2017 a enero del 2018, recolectando datos de encuestas que reflejan el Nivel de Ingresos Económicos y la Indiferencia al Cuidado dental en población de adultos mayores de más de 65 años, las encuestas fueron tomadas entre los meses de junio y julio del 2017 y la elaboración del Pre-Proyecto de investigación previo a la obtención del título de odontóloga se realizó entre los meses de agosto y enero del 2018.

5.3.- Procedimientos de la toma de datos: Para el registro de los datos, se tomó como base las encuestas realizadas (Barreras para el acceso al servicio Odontológico,

específicamente la encuesta de Indiferencia al Cuidado dental de Nuttall), las cuales fueron ingresadas a una base de datos en el programa de libre acceso EPI INFO ver 7.2., las cuales reflejan información esencial que fue registrada considerando que el estudio buscó describir cuantitativamente la relación existente entre el Nivel de Ingresos económicos y la Indiferencia al Cuidado dental, de adultos mayores de 65 años de edad pertenecientes a la parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca-Ecuador.

Primero se localizó la parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca en la aplicación de Google Maps, se coordinó las fechas para la toma de datos, se realizó la encuesta puerta a puerta a adultos mayores de 65 años de edad, esta encuesta puede ser autoasistida o de manera personal, explicándole cada una de las preguntas, el número de adultos encuestados fueron 258 personas, las encuestas iniciaron con un saludo cordial, y la solicitud para la obtención de datos personales (Nombres, Apellidos, Edad, Nivel de Instrucción, Ocupación, Nivel de Ingreso Económico) a su vez la aprobación de la realización de la encuesta con firma del consentimiento informado.

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

Las 258 fichas originales del Cuestionario de Barreras para el acceso Odontológico, de la parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca-Ecuador 2017, reposan en los archivos del departamento de investigación de la Universidad Católica de Cuenca.

6.- PROCEDIMIENTOS PARA EN ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se ejecutó el análisis correlacional de la muestra mediante la determinación de frecuencias y porcentajes en relación a la edad, sexo, Nivel de Ingresos Económicos y la Indiferencia al Cuidado Dental. Para analizar los datos en la escala de Nuttall, si el resultado fue un valor menor a 3 la persona encuestada no presentaba Indiferencia al Cuidado Dental; caso contrario, si el valor es 3 o mayor a 3, la persona encuestada presentaba Indiferencia al Cuidado Dental. La variable Nivel de Ingresos Económicos, se clasificó en 2 niveles: "Expuestos", conformada por adultos mayores que ganaban menos de 375 dólares mensuales, y "No Expuestos" conformado por adultos mayores que ganaban más de 375 dólares mensuales.

Para determinar la relación entre el Nivel de Ingresos Económicos y la Indiferencia al Cuidado Dental se calculó la Razón de Riesgo (Odds Ratio) (medida estadística que permite la comparación entre grupos humanos que presentan condiciones de vida similares, con la diferencia de que unos se encuentran expuestos a un factor de riesgo,

mientras que el otro carece de esta característica) en personas mayores de 65 años de edad en la parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca-Ecuador.

FÓRMULA: OR: $(b \times d)/(c \times a)$

	CASOS	CONTROLES
EXPUESTOS	a	B
NO EXPUESTOS	c	D

7.- ASPECTOS BIOÉTICOS

El presente estudio no implicó conflictos bioéticos. Todos los encuestados fueron informados sobre los objetivos y la metodología del estudio. Hubo total confidencialidad con sus respuestas y se les solicitó que firmen el consentimiento informado.

CAPÍTULO III

RESULTADOS, DISICUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. RESULTADOS:

El presente estudio fue realizado con los datos epidemiológicos de adultos de más de 65 años de edad de la parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca, que constan en el archivo del departamento de investigación de la carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca, mostrando los siguientes resultados:

Tabla N°1. Distribución de la muestra de acuerdo al sexo

SEXO	CASOS	CONTROLES
HOMBRE	12	12
MUJER	14	14
TOTAL	26	26

Interpretación: En esta tabla se puede evidenciar la distribución de la muestra según el sexo. En la misma se puede comprobar que para la realización del presente estudio, incluimos el mismo número de casos y controles, tanto de sexo masculino como de sexo femenino.

Tabla N°2. Distribución de la muestra de acuerdo a la edad

EDAD	CASOS	CONTROLES
65	1	1
66	7	7
67	1	1
68	2	2
69	1	1
70	2	2
71	2	2
73	1	1
74	1	1
75	1	1
78	3	3
79	1	1
80	2	2
82	1	1
TOTAL	26	26

Interpretación: En esta tabla se puede evidenciar la distribución de la muestra según la edad, con mayor número de casos y controles en la edad de 66 años. En la misma se puede comprobar que para la realización del presente estudio, incluimos el mismo número de casos y controles.

Tabla N°3. Relación entre la exposición y la Indiferencia al Cuidado Dental

	CASOS	CONTROLES
EXPUESTOS	18	18
NO EXPUESTOS	8	8
TOTAL	26	26

OR: 1 IC: 0.308, 3.247¹

Interpretación: En esta tabla se puede evidenciar que el valor obtenido de 1 nos indica que no existe asociación entre la variable independiente (nivel de ingresos económicos) y la variable dependiente (indiferencia al cuidado dental).

2. DISCUSIÓN:

La Indiferencia al Cuidado Dental se puede conceptualizar como la despreocupación por la salud bucal. Cabe recalcar que esta condición no necesariamente se le debe atribuir al paciente sino que también puede ser causada por la falta de habilidad para motivar por parte del odontólogo desde la primera consulta. Además en este comportamiento intervienen otros factores como: ingresos económicos, bajo nivel de instrucción y experiencias, generando conductas de no adherencia al tratamiento, perjudiciales para el paciente y desmotivadoras para el odontólogo.

El resultado de esta investigación fue que no existe asociación entre el nivel de ingresos económicos y la indiferencia al cuidado dental en adultos de 65 años o más en la parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca.

Cabe destacar que se han considerado como antecedentes de investigación estudios que no tienen una correspondencia exacta con el nuestro en lo referente a la edad, características demográficas y socioeconómicas de los grupos estudiados. Sin embargo por tratarse de los únicos resultados disponibles en la bibliografía, los hemos empleado bajo esta consideración.

La investigación realizada por Marshman Z y colaboradores, en el año 2013 tuvo una muestra de 700 hombres de 20 a 35 años que están en una cárcel en el norte de Inglaterra, menciona que la indiferencia al cuidado dental se encuentra relacionada con factores predisponentes como el nivel socioeconómico y educación. Este estudio mostró, inesperadamente, que mientras menos piezas dentarias tenían los presos, menor era su nivel de indiferencia dental.⁽⁹⁾

Nuestros datos también difieren a los de la investigación realizada por Dong – Hung Hang; Young – Ho Khang, cuyos resultados demostraron que el bajo nivel de ingresos económicos desde la niñez hasta la adultez se encuentra asociada con enfermedades de la cavidad bucal, de las cuales el autor menciona principalmente la pérdida de piezas dentarias ⁽¹⁹⁾.

Un estudio realizado en la parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca en el año 2017, en base a una muestra de 102 personas entre hombres y mujeres de 18 a 65 años o más, mostró que la prevalencia de indiferencia al cuidado dental fue de un 44% de nivel alto y 56% nivel bajo. Con respecto al nivel socioeconómico se encontró una diferencia significativa, el nivel alto presentó 36% de indiferencia al cuidado dental y el

nivel bajo el 64%, siendo las personas que tienen menor ingresos económicos los que presentan mayor indiferencia al cuidado dental.

Los resultados obtenidos en la investigación realizada no coinciden con la hipótesis planteada. Esto posiblemente se deba a que los ingresos económicos no son estables a esta edad y a que el tamaño de la muestra pudo no ser representativa de la población estudiada (26 casos y 26 controles).

La información que hemos obtenido probablemente servirá para el diseño de políticas de atención primaria que permitirá contrarrestar la problemática evidenciada, al mismo tiempo que podrá servir como aporte para investigaciones futuras.

3. CONCLUSIONES:

No existe asociación entre el Nivel de Ingresos Económicos y la Indiferencia al Cuidado Dental en adultos de más de 65 años de edad de la parroquia Gil Ramírez Dávalos de la ciudad de Cuenca.

BIBLIOGRAFÍA.

1. OMS. Salud bucodental. 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
2. OMS. Equity, social determinants and public health programmes. United Kingdom: Erik Blas y Anand Sivasankara Kurup. 2010. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44289/1/9789241563970_eng.pdf
3. OMS. CLOSING THE GAP: Policy into practice on social determinants of Health. Brazil: Kumanan rasanathan. 2011. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44731/1/9789241502405_eng.pdf
4. Consuelo Cabrera; María Ignacia Arancet; Danitza Martínez; Alfredo Cueto & Sebastian Espinoza. Salud Oral en Población Escolar Urbana y Rural. Scielo. 2015; 9 (3). Disponible: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2015000300001
5. Nigel M.Nuttall. Initial development of a scale to measure dental indifference. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 1996; 24: 112-6.
6. Salvador M.; Larrea C.; Belmont P.; Baroja C. Un índice difuso de niveles socioeconómicos en Quito. EPN. 2014; 34(1). Disponible en: <http://www.revistapolitecnica.epn.edu.ec/images/revista/volumen34/tomo2/Unidicedifusodeniveles.pdf>
7. Banco Mundial. Ecuador: panorama general. Quito. 2017. Disponible en: <http://www.bancomundial.org/es/country/ecuador/overview#1>
8. INEC. Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico NSE 2011. Ecuador. 2011. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Encuesta_Estratificacion_Nivel_Socioeconomico/111220_NSE_Presentacion.pdf
9. Marshman Z, Baker SR, Robinson PG. Does dental indifference influence the oral health-related quality of life of prisoners?. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2014 ; 42: 470-780.
10. Fagerstad J, Windahl , Arnrup K. Understanding avoidance and non attendance among adolescents in dental care - an integrative review. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2015; 33: 1-13.
11. Silva G, Galeano E, Correa J. Adherencia al tratamiento. Acta Médica Colombiana. 2005; 30 (4): 268 – 273. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1631/163113820004.pdf>

12. Dilla T, Valladares A, Lizan L. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. RAE. 2009; 41 (6): 342 – 378. Disponible en: <https://medes.com/publication/49902>
13. Heredia D, Villavicencio E. Indiferencia al tratamiento dental. Odontología Activa. 2017; 2(1).
14. Alcántara G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Sapiens. 2008; 9(1): 93 – 107. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004>
15. Dávila F. INEC Perfil epidemiológico en el adulto mayor ecuatoriano. Quito. Guadalupe L. 2009. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Economicos/Evolucion_de_la_indus_Alimenticia/Beb_2001-2006/Perfil_Epidemiologico_Adul_Mayor_2006.pdf
16. Miñana V. Promoción de la salud bucodental. Scielo. 2011; 13(51). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000300010
17. Arias F. Las relaciones entre nivel de vida y salud. Alai. 2009. Disponible en: <https://www.alainet.org/es/active/35291>
18. OMS. Subsana las desigualdades de una generación. 2009. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf
19. Han DH, Khang YH. Lifecourse socioeconomic position indicators and tooth loss in Korean adults. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2016; 45 (1): 74 – 83. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cdoe.12262/full>
20. Cisneros A. Análisis y evolución de la inversión en el sector salud, en el Ecuador, en el período comprendido entre el año 2002 y el año 2010. 2013. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/6270/T-PUCE-6451.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
21. Laplace Pérez B, Legra Matos S, Fernández Laplace J, Quiñones Márquez J, Piña Suárez L. Enfermedades bucales en el adulto mayor. Scielo. 2013; 17(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000400008
22. Saez R, Carmona M. Cambios bucales en el adulto mayor. Scielo. 2007; 44(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400011
23. Troya E, Martínez J, Padilla E. Consideraciones actuales sobre la xerostomía o síndrome de boca seca. Scielo. 2014; 36(5). Disponible en:

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000500006
24. Rodriguez J, Martínez T, Fernandez L. Xerostomía y uso de medicamentos en adultos. Scielo. 2008; 45(3-4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072008000300003
 25. Castrejon R. Salud bucal en los adultos mayores y su impacto en la calidad de vida. Instituto Nacional de Geriátria. 2010. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/256001282_Salud_Bucal_en_los_Adultos_Mayores_y_su_Impacto_en_la_Calidad_de_Vida.
 26. Garcia V, Bascones A. Cáncer oral: Puesta al día. Scielo. 2009; 25(5): 239-248. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v25n5/original1.pdf>
 27. Skaret, E; Berg, E. Reliability and validity of the Dental Indifference Scale in a population of 18-year-olds in Norway. Pubmed. 2004; 32 (1): 25-30. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14961837>
 28. Jamieson LM. The Dental Neglect and Indifference scales compared. Community Dent Oral Epidemiology. 2002; 30: 75 – 178.
 29. Fagerstad, A; Windahl, J; Arnup, K. Understanding avoidance and non-attendance among adolescents in dental care - an integrative review. Community dental health. 2016; 33: 1 – 13.
 30. Villavicencio, E; Alvear, M; Cuenca, K; Calderón, M; Zhunio, K; Webster, F. et al. El tamaño muestral para la tesis. ¿cuántas personas debo encuestar?. Odontología activa. [S.l.], v. 2, n. 1, p. 59-62, abr. 2017. ISSN 2588-0624 Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php?journal=OACTIVA-UCACUE&page=article&op=view&path%5B%5D=76>
 31. Villavicencio, E; Alvear, M; Calderón, M; Palacios, D; Alvarado, A. Diseños de estudios clínicos en odontología. Odontología activa. v. 1, n. 2, 2016. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php?journal=OACTIVA-UCACUE&page=article&op=view&path%5B%5D=37>
 32. Villavicencio, E; Cuenca, K; Velez, E; Sayago, J; Cabrera, E. Pasos para la planificación de una investigación clínica. Odontología activa. V. 1, n. 1, 2016. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php?journal=OACTIVA-UCACUE&page=article&op=view&path%5B%5D=20>
 33. Bhandari B, Newton J, Bernad E. Social inequalities in adult oral health in 40 low-and. International Dental Journal. 2016. Disponible en: http://media.news.health.ufl.edu/misc/cod-oralhealth/docs/posts_frontpage/SocialInequalities.pdf

ANEXOS

ANEXO 1. ENCUESTA DE BARRERAS PARA ACCEDER A SERVICIOS ODONTOLÓGICOS.

(INDIFERENCIA AL CUIDADO DENTAL DE NUTTALL)

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

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

Edad: _____ AÑOS Ocupación: _____ PARROQUIA: _____

OPCIONAL

1. Grado de Instrucción

- | | |
|--------------------------|--------------------------------------|
| a) Sin estudios | f) Superior técnica Incompleta |
| b) Primaria incompleta | g) Superior técnica completa |
| c) Primaria completa | h) Superior universitario incompleta |
| d) Secundaria incompleta | i) Superior universitario completa |
| e) Secundaria completa | |

Ingreso mensual familiar aproximado: _____

¿Cuántas personas dependen de este ingreso?: _____

Pregunta	Marcar uno a más respuestas	Puntuación
1. Usualmente usa Ud.:		
	<ul style="list-style-type: none"> a. Un cepillo de dientes para limpiar sus dientes b. La seda o un cepillo especial para limpiar sus dientes c. Tabletas reveladoras para comprobar que sus dientes están limpios 	Valor: 1 si ninguno o si solo el literal a está marcado
2. En la actualidad:		
	<ul style="list-style-type: none"> a. Cree que hay algo mal con sus dientes, pero no es lo suficientemente malo como para ir a un dentista b. Cree que hay algo mal con sus dientes y tiene la intención de ver a un dentista pronto c. Va a realizarse un chequeo en el próximo año d. No cree que necesite ningún tratamiento por lo que no está pensando ir a un dentista ahora e. Ira pronto al dentista 	Valor: 1 si el literal a o d están marcados
3. Si pierde una calza en un diente posterior y no le dolió:		
	<ul style="list-style-type: none"> a. De inmediato va a un dentista b. Esperaría si siente dolor o algún síntoma antes de ir a un dentista c. No sería un problema que no veía a un dentista por esta razón 	Valor: 1 si el literal b o c están marcados
4. Por lo general, hace una cita para visitar a un dentista:		
	<ul style="list-style-type: none"> a. Cuando el dentista le recuerda b. Al final de la última cita c. Cuando piensa que es tiempo de ir a otro chequeo d. Únicamente cuando piensa que esta algo malo en sus dientes 	Valor: 1 si el literal d está marcado
5. Si sus encías sangran pero estas no le duelen:		
	<ul style="list-style-type: none"> a. No es un problema, no veía a un dentista por este problema b. Iría inmediatamente a una cita con el dentista c. Esperaría a ver si se presenta dolor o algún síntoma para ir al dentista 	Valor: 1 si los literales a o c están marcados
6. Acerca de todas sus citas dentales en los últimos 5 años marque la más cercana:		
	<ul style="list-style-type: none"> a. No ha tenido una cita dentaria en los últimos 5 años b. Durante los 5 años ha olvidado de asistir a sus citas dentales c. Durante los 5 años solo ha perdido una sola cita d. Durante los 5 últimos años ha cancelado una cita dental debido a que el problema desapareció 	Valor: 1 si los literales a, b o d están marcados
7. Si tuviera un diente muy doloroso:		
	<ul style="list-style-type: none"> a. Preferiría que le saquen b. Preferiría dejarlo sin tratamiento c. Preferiría realizar una restauración 	Valor: 1 si los literales a o b están marcados
8. Ud diría que la razón principal para no ir a un dentista sería:		
	<ul style="list-style-type: none"> a. Porque piensa que el tratamiento es doloroso b. Porque toma demasiado tiempo ir al dentista c. Porque siente preocupación o ansiedad cuando va al dentista d. Porque su dentista le hace sentir culpable a cerca del estado de sus dientes e. Porque cuesta mucho f. Porque no tiene tiempo para ir al dentista g. Pospone las citas, asiste al dentista regularmente 	Valor: 1 si los literales b, d o f están marcados Si el literal c está marcado no es un puntaje de indiferencia dental

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

AUTOMEDICACIÓN	ANSIEDAD
15. ¿Usted se auto médica? SI () NO ()	24. Comienzé a ponerse nervioso/a cuando el Odontólogo le invita a sentarme en la silla SI () NO ()
16. ¿Cuándo tiene una dolencia quién le recomienda la medicación? a) Médico b) Odontólogo c) Farmacéutico d) Técnico en farmacia e) Familiar f) Amistades g) Por iniciativa propia	25. Comienza a ponerse nervioso/a cuando el Odontólogo va a extraerle un diente, se siente realmente asustado en la sala de espera. SI () NO ()
17. ¿En qué tipo de dolencias Usted se automedica? (tomar medicamento sin prescripción médica) a) Fiebre b) Dolor de estomago c) Dolor de diente d) Dolor de cabeza e) Gripe f) Otros	26. Cuando va en camino al consultorio piensa que el odontologo no le va a explicar lo que hay en sus dientes SI () NO ()
18. ¿Cuándo tiene dolor de diente por qué motivos se auto medica (tomar medicamento sin prescripción médica) y no recurre al Odontólogo? a) Por indicación del técnico de farmacia b) Porque es muy cara la consulta c) Porque la clínica u Hospital está muy lejos de su casa d) Por hábito e) Otros	27. Quiere irse del consultorio cuando piensa que el Odontólogo no le va a explicar lo que hay en sus dientes SI () NO ()
19. ¿Por cuánto tiempo Usted se auto medica? (tomar medicamento sin prescripción médica) a) 1 dia b) 2 dias c) 3 dias d) O más	28. En el momento en que el Odontólogo alista la jeringa con la inyección de anestesia, cierra los ojos fuertemente. SI () NO ()
20. Dónde adquirió el medicamento: a) Farmacia b) Botica c) Bodega d) Establecimiento de salud	29. En la sala de espera suda y tiembla cuando piensa que es su turno de pasar a la consulta SI () NO ()
21. ¿Qué tipos de medicamentos consume mayormente sin prescripción médica? a) Antiinflamatorios b) Antibiótico c) Analgésicos d) Ansiolíticos e) Otros	30. Cuando va hacia el consultorio del odontólogo, se pone ansioso/a solo de pensar si tendrá que usar el taladro dental con Ud. SI () NO ()
22. ¿En qué forma farmacéutica consume los medicamentos sin prescripción médica? a) Pastillas b) Jarabe c) Suspensión d) Intramuscular e) Endovenosa	31. Cuando esta sentada en la silla de tratamiento y no sabe lo que el odontólogo esta haciendo en su boca, se pone nerviosa/o y suda SI () NO ()
23. ¿Cuál es el medio de comunicación que influye en su automedicación? a) Televisión b) Slogan c) Paneles d) Afiches e) Radio	32. En su camino hacia el consultorio del odontólogo, la idea de estar sentada en la silla de tratamiento le pone nervioso/a. SI () NO ()

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

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

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

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

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

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

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
ÍNDICE ICON



PASTAS DENTALES



ANEXO 2. TABLA DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN EL SEXO

EDAD	Femenino		Emparejamiento	Masculino		Emparejamiento
	CASO	CONTROL		CASO	CONTROL	
65	14	0		15	1	2
66	14	5	10	24	2	4
67	11	0		13	1	2
68	11	2	4	14	0	
69	9	1	2	7	0	
70	12	0		5	2	4
71	2	1	2	4	1	2
72	5	0		4	0	
73	1	0		4	1	2
74	3	1	2			
75	1	1	2	8	0	
76	0	0		1	0	
77	0	0		2	0	
78	1	0		3	3	6
79	1	0		1	1	2
80	5	0		7	2	
81	3	0		4	0	
82	3	1	2	0	0	0
83	1	0		0	1	
84	2	0		1	0	
85	0	0		1	0	
86	1	0		2	0	
87	1	0		1	0	
88	0	0		1	0	
90	2	0		1	0	
92	2	0		0	0	
95	0	0		1	0	

98	1	0		1	0	
TOTAL	106	12	24	125	15	28

ANEXO 3. CALCULO DEL ODDS RATIO

Inicio	Introducir datos	Resultados	Ejemplos	Ayuda
Fracción etiológica en expuestos (FEE)	0.0	-80.19, 44.5		
Fracción prevenible pob. (fpp)	0.0	-68.83, 28.96		
Fracción prevenible en expuestos (fpe)	0.0	-80.19, 44.5		

Cálculos basados en Odds y Límites de Confianza			
Cálculos de puntos		Límites de confianza	
Tipo	Valor	Inferior; Superior	Tipo
Odds Ratio CMLE*	1	0.2982, 3.354 [†]	Mid-P exacto
		0.2614, 3.826 [†]	Exacto de Fisher
Odds Ratio	1	0.308, 3.247[†]	Series de Taylor
Fracción etiológica en pob (FEp/OR)	0.0	-81.53, 81.53	
Fracción etiológica en expuestos (FEe/OR)	0.0	-100, 69.2	
Fracción prevenible pob. (ORFPp)	0.0	-441.6, 44.91	
Fracción prevenible en expuestos (ORFPe)	0.0	-224.7, 69.2	

*Estimador de máxima verosimilitud de Odds Ratio
(P) indica un valor P de una-cola para la asociación positiva o negativa. De otra forma, los valores P exactos de una cola son para una asociación positiva.
Martin D, Austin H (1991) Un programa eficaz para calcular el estimador de máxima verosimilitud y los límites de confianza exactos para una odds ratio común. Epidemiología 2, 359-362.
[†] &supl; Test de exclusión por límites de confianza al 95% de 0 a 1, como se indica
P-values < 0.05 and confidence limits excluding null values (0,1, or [n]) are highlighted.

Ver los primeros ítems: examinar primero la opción de los autores.

ANEXO 4. TOTAL DE ENCUESTAS REALIZADAS EN LA PARROQUIA GIL RAMIREZ DÁVALOS A ADULTOS DE 65 AÑOS O MAS.

SIN INDIFERENCIA
 CON INDIFERENCIA

EDAD	SEXO	INGRESO	NIVEL	SUMA	INDIFERENCIA
75	Femenino	289,5	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
69	Femenino	244	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
75	Masculino	390	ALTO	4	CON INDIFERENCIA
78	Masculino	375	ALTO	2	SIN INDIFERENCIA
67	Masculino	200	BAJO	4	CON INDIFERENCIA
67	Masculino	400	ALTO	3	CON INDIFERENCIA
68	Femenino	300	BAJO	2	SIN INDIFERENCIA
72	Masculino	500	ALTO	6	CON INDIFERENCIA
66	Femenino	275	BAJO	3	CON INDIFERENCIA
66	Femenino	350	BAJO	4	CON INDIFERENCIA
66	Masculino	225	BAJO	3	CON INDIFERENCIA
69	Masculino	400	ALTO	4	CON INDIFERENCIA
66	Femenino	300	BAJO	0	SIN INDIFERENCIA
67	Masculino	700	ALTO	1	SIN INDIFERENCIA
66	Femenino	150	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
73	Masculino	300	BAJO	7	CON INDIFERENCIA
67	Femenino	300	BAJO	3	CON INDIFERENCIA
66	Femenino	300	BAJO	2	SIN INDIFERENCIA
69	Femenino	250	BAJO	2	SIN INDIFERENCIA
66	Masculino	266	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
68	Femenino	400	ALTO	3	CON INDIFERENCIA
66	Masculino	240	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
66	Masculino	400	ALTO	7	CON INDIFERENCIA
67	Femenino	200	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
74	Femenino	400	ALTO	3	CON INDIFERENCIA
75	Masculino	500	ALTO	4	CON INDIFERENCIA
78	Masculino	350	BAJO	1	SIN INDIFERENCIA
68	Femenino	450	ALTO	4	CON INDIFERENCIA
65	Femenino	266,66	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
65	Masculino	333,33	BAJO	3	CON INDIFERENCIA
65	Masculino	316,66	BAJO	3	CON INDIFERENCIA
74	Femenino	400	ALTO	2	SIN INDIFERENCIA
70	Femenino	600	ALTO	3	CON INDIFERENCIA
95	Masculino	500	ALTO	4	CON INDIFERENCIA
80	Masculino	375	ALTO	1	SIN INDIFERENCIA
66	Masculino	200	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
66	Masculino	250	BAJO	5	CON INDIFERENCIA

71	Femenino	400	ALTO	5	CON INDIFERENCIA
67	Masculino	250	BAJO	8	CON INDIFERENCIA
67	Masculino	275	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
68	Femenino	365	BAJO	1	SIN INDIFERENCIA
70	Femenino	365	BAJO	7	CON INDIFERENCIA
77	Masculino	500	ALTO	6	CON INDIFERENCIA
65	Masculino	400	ALTO	3	CON INDIFERENCIA
68	Masculino	350	BAJO	7	CON INDIFERENCIA
65	Femenino	500	ALTO	3	CON INDIFERENCIA
68	Masculino	1450	ALTO	7	CON INDIFERENCIA
68	Masculino	250	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
69	Femenino	400	ALTO	6	CON INDIFERENCIA
70	Femenino	300	BAJO	7	CON INDIFERENCIA
71	Masculino	250	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
80	Masculino	126	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
80	Masculino	380	ALTO	7	CON INDIFERENCIA
80	Masculino	450	ALTO	8	CON INDIFERENCIA
80	Femenino	160	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
79	Masculino	300	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
81	Masculino	400	ALTO	6	CON INDIFERENCIA
80	Masculino	250	BAJO	7	CON INDIFERENCIA
65	Masculino	75	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
81	Femenino	150	BAJO	7	CON INDIFERENCIA
66	Femenino	190	BAJO	3	CON INDIFERENCIA
78	Masculino	66,66	BAJO	2	SIN INDIFERENCIA
68	Femenino	100	BAJO	4	CON INDIFERENCIA
68	Femenino	800	ALTO	3	CON INDIFERENCIA
75	Masculino	300	BAJO	4	CON INDIFERENCIA
66	Femenino	300	BAJO	2	SIN INDIFERENCIA
70	Masculino	166,66	BAJO	2	SIN INDIFERENCIA
72	Femenino	500	ALTO	5	CON INDIFERENCIA
78	Masculino	260	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
76	Masculino	266	BAJO	3	CON INDIFERENCIA
69	Femenino	193	BAJO	3	CON INDIFERENCIA
70	Femenino	500	ALTO	5	CON INDIFERENCIA
75	Masculino	500	ALTO	4	CON INDIFERENCIA
71	Masculino	103	BAJO	2	SIN INDIFERENCIA
65	Masculino	250	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
65	Masculino	120	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
65	Masculino	150	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
66	Masculino	175	BAJO	8	CON INDIFERENCIA
68	Masculino	900	ALTO	6	CON INDIFERENCIA
69	Masculino	800	ALTO	6	CON INDIFERENCIA
65	Masculino	233	BAJO	6	CON INDIFERENCIA

69	Masculino	450	ALTO	3	CON INDIFERENCIA
69	Masculino	300	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
80	Masculino	66	BAJO	7	CON INDIFERENCIA
81	Masculino	233	BAJO	7	CON INDIFERENCIA
70	Femenino	100	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
65	Femenino	100	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
65	Masculino	233	BAJO	7	CON INDIFERENCIA
68	Masculino	300	BAJO	7	CON INDIFERENCIA
68	Masculino	320	BAJO	7	CON INDIFERENCIA
66	Femenino	200	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
67	Femenino	300	BAJO	4	CON INDIFERENCIA
69	Masculino	137	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
70	Femenino	200	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
65	Masculino	500	ALTO	5	CON INDIFERENCIA
65	Femenino	200	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
65	Femenino	200	BAJO	7	CON INDIFERENCIA
65	Femenino	200	BAJO	3	CON INDIFERENCIA
66	Masculino	266	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
66	Masculino	500	ALTO	4	CON INDIFERENCIA
69	Femenino	200	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
70	Masculino	800	ALTO	5	CON INDIFERENCIA
70	Masculino	150	BAJO	4	CON INDIFERENCIA
66	Femenino	200	BAJO	4	CON INDIFERENCIA
70	Masculino	700	ALTO	6	CON INDIFERENCIA
66	Femenino	200	BAJO	7	CON INDIFERENCIA
65	Femenino	200	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
65	Masculino	400	ALTO	6	CON INDIFERENCIA
66	Masculino	300	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
72	Femenino	100	BAJO	4	CON INDIFERENCIA
87	Femenino	266,6	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
66	Femenino	190	BAJO	2	SIN INDIFERENCIA
66	Masculino	100	BAJO	3	CON INDIFERENCIA
66	Masculino	300	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
67	Masculino	163	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
65	Masculino	500	ALTO	3	CON INDIFERENCIA
65	Masculino	400	ALTO	5	CON INDIFERENCIA
67	Femenino	325	BAJO	7	CON INDIFERENCIA
67	Masculino	260	BAJO	3	CON INDIFERENCIA
73	Masculino	425	ALTO	7	CON INDIFERENCIA
75	Masculino	200	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
75	Femenino	400	ALTO	1	SIN INDIFERENCIA
66	Masculino	800	ALTO	1	SIN INDIFERENCIA
65	Masculino	300	BAJO	2	SIN INDIFERENCIA
83	Femenino	61	BAJO	2	SIN INDIFERENCIA

70	Femenino	300	BAJO	7	CON INDIFERENCIA
88	Masculino		BAJO	6	CON INDIFERENCIA
65	Femenino	137	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
70	Masculino	244	BAJO	8	CON INDIFERENCIA
81	Masculino	300	BAJO	3	CON INDIFERENCIA
68	Masculino	300	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
68	Femenino	413	ALTO	4	CON INDIFERENCIA
66	Femenino	300	BAJO	1	SIN INDIFERENCIA
66	Masculino	250	BAJO	3	CON INDIFERENCIA
66	Masculino	266,6	BAJO	1	SIN INDIFERENCIA
71	Masculino	875	ALTO	5	CON INDIFERENCIA
86	Masculino	200	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
81	Femenino	400	ALTO	6	CON INDIFERENCIA
70	Femenino	100	BAJO	4	CON INDIFERENCIA
80	Masculino	250	BAJO	7	CON INDIFERENCIA
80	Femenino	500	ALTO	4	CON INDIFERENCIA
67	Masculino	250	BAJO	3	CON INDIFERENCIA
65	Femenino	250	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
72	Femenino	500	ALTO	4	CON INDIFERENCIA
90	Masculino	187,5	BAJO	3	CON INDIFERENCIA
73	Femenino	200	BAJO	4	CON INDIFERENCIA
69	Masculino	200	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
81	Masculino	400	ALTO	7	CON INDIFERENCIA
69	Femenino	320	BAJO	3	CON INDIFERENCIA
71	Femenino	133	BAJO	7	CON INDIFERENCIA
66	Femenino	150	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
72	Masculino	300	BAJO	7	CON INDIFERENCIA
78	Masculino	360	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
66	Masculino	1100	ALTO	7	CON INDIFERENCIA
66	Masculino	600	ALTO	6	CON INDIFERENCIA
67	Masculino	700	ALTO	8	CON INDIFERENCIA
67	Femenino	400	ALTO	5	CON INDIFERENCIA
70	Masculino	350	BAJO	1	SIN INDIFERENCIA
70	Femenino	150	BAJO	3	CON INDIFERENCIA
73	Masculino	650	ALTO	5	CON INDIFERENCIA
73	Masculino	1200	ALTO	2	SIN INDIFERENCIA
74	Femenino	100	BAJO	4	CON INDIFERENCIA
77	Masculino	850	ALTO	7	CON INDIFERENCIA
84	Femenino	250	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
66	Masculino	100	BAJO	3	CON INDIFERENCIA
72	Femenino	350	BAJO	7	CON INDIFERENCIA
83	Masculino	350	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
69	Femenino	380	ALTO	4	CON INDIFERENCIA
80	Masculino	266	BAJO	1	SIN INDIFERENCIA

71	Masculino	300	BAJO	4	CON INDIFERENCIA
80	Femenino	250	BAJO	7	CON INDIFERENCIA
87	Masculino	150	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
67	Femenino	600	ALTO	3	CON INDIFERENCIA
82	Femenino	200	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
80	Masculino	300	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
72	Masculino	300	BAJO	3	CON INDIFERENCIA
68	Femenino	350	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
66	Masculino	200	BAJO	3	CON INDIFERENCIA
68	Femenino	65	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
71	Femenino	250	BAJO	1	SIN INDIFERENCIA
69	Masculino	300	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
78	Masculino	200	BAJO	3	CON INDIFERENCIA
81	Femenino	200	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
80	Femenino	300	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
68	Femenino	233	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
72	Femenino	200	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
68	Masculino	450	ALTO	4	CON INDIFERENCIA
68	Femenino	333	BAJO	3	CON INDIFERENCIA
66	Masculino	325	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
67	Masculino	350	BAJO	3	CON INDIFERENCIA
69	Femenino	200	BAJO	7	CON INDIFERENCIA
75	Masculino	350	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
66	Masculino	233	BAJO	4	CON INDIFERENCIA
82	Femenino	300	BAJO	1	SIN INDIFERENCIA
78	Femenino	400	ALTO	7	CON INDIFERENCIA
84	Femenino	400	ALTO	6	CON INDIFERENCIA
86	Femenino	116,6	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
65	Femenino	266,6	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
70	Femenino	140	BAJO	4	CON INDIFERENCIA
67	Femenino	150	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
75	Masculino	300	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
90	Femenino	150	BAJO	7	CON INDIFERENCIA
86	Masculino	300	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
68	Masculino	150	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
82	Femenino	166,6	BAJO	7	CON INDIFERENCIA
65	Femenino	250	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
68	Masculino	500	ALTO	4	CON INDIFERENCIA
65	Femenino	125	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
67	Femenino	133,3	BAJO	4	CON INDIFERENCIA
98	Femenino	300	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
70	Femenino	350	BAJO	4	CON INDIFERENCIA
65	Masculino	400	ALTO	3	CON INDIFERENCIA
75	Masculino	333	BAJO	4	CON INDIFERENCIA

74	Femenino	400	ALTO	3	CON INDIFERENCIA
92	Femenino	200	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
65	Femenino	200	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
79	Masculino	440	ALTO	2	SIN INDIFERENCIA
82	Femenino	225	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
70	Femenino	200	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
85	Masculino	212,5	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
98	Masculino	133,3	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
80	Femenino	233,3	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
84	Masculino	266,6	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
66	Femenino	190	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
65	Masculino	100	BAJO	7	CON INDIFERENCIA
66	Femenino	100	BAJO	4	CON INDIFERENCIA
70	Masculino	100	BAJO	4	CON INDIFERENCIA
68	Femenino	100	BAJO	4	CON INDIFERENCIA
73	Masculino	100	BAJO	4	CON INDIFERENCIA
68	Masculino	100	BAJO	4	CON INDIFERENCIA
65	Femenino	200	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
92	Femenino	200	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
72	Masculino	425	ALTO	5	CON INDIFERENCIA
68	Masculino	450	ALTO	6	CON INDIFERENCIA
68	Masculino	400	ALTO	4	CON INDIFERENCIA
68	Femenino	450	ALTO	6	CON INDIFERENCIA
71	Masculino	350	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
90	Femenino	500	ALTO	7	CON INDIFERENCIA
66	Femenino	500	ALTO	7	CON INDIFERENCIA
67	Masculino	250	BAJO	7	CON INDIFERENCIA
69	Femenino	250	BAJO	7	CON INDIFERENCIA
67	Femenino	250	BAJO	7	CON INDIFERENCIA
79	Femenino	250	BAJO	7	CON INDIFERENCIA
66	Masculino	200	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
68	Masculino	90	BAJO	4	CON INDIFERENCIA
66	Femenino	79,5	BAJO	4	CON INDIFERENCIA
67	Masculino	298	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
66	Femenino	195	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
66	Masculino	125	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
66	Femenino	50	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
67	Masculino	120	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
66	Masculino	316,66	BAJO	5	CON INDIFERENCIA
67	Masculino	66,66	BAJO	8	CON INDIFERENCIA
67	Femenino	100	BAJO	7	CON INDIFERENCIA
66	Masculino	150	BAJO	7	CON INDIFERENCIA
66	Masculino	188,66	BAJO	6	CON INDIFERENCIA
67	Femenino	550	ALTO	6	CON INDIFERENCIA

