



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

**INDIFERENCIA AL TRATAMIENTO DENTAL EN PERSONAS DE 45 A
65 AÑOS DE EDAD EN LA PARROQUIA CAÑARIBAMBA CUENCA-
ECUADOR, AGOSTO 2017-ABRIL 2018**

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

AUTORA: BERRÚ CASTILLO, MARÍA JOSÉ.

DIRECTOR: QUESADA, SEBASTIAN OD. ESP.

**CUENCA
2018**

DECLARACIÓN

Yo, **BERRÚ CASTILLO MARÍA JOSÉ** 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.

.....
BERRÚ CASTILLO MARÍA JOSÉ
CI: 0703497362

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de titulación denominado **INDIFERENCIA AL TRATAMIENTO DENTAL EN PERSONAS DE 45 A 65 AÑOS DE EDAD EN LA PARROQUIA CAÑARIBAMBA CUENCA- ECUADOR, AGOSTO 2017-ABRIL 2018** realizado por **BERRÚ CASTILLO MARÍA JOSÉ**, 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 del 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 **“INDIFERENCIA AL TRATAMIENTO DENTAL EN PERSONAS DE 45 A 65 AÑOS DE EDAD EN LA PARROQUIA CAÑARIBAMBA CUENCA- ECUADOR, AGOSTO 2017-ABRIL 2018”**, 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 del 2018

.....

OD. ESP. QUESADA SEBASTIAN

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a Dios, quien ha forjado mi camino y me ha dirigido por el sendero correcto.

A mis Padres por que han sido mi pilar fundamental para seguir adelante enseñándome que con esfuerzo, trabajo y constancia; todo es posible.

A mis hermanos y demás familiares, quienes con sus palabras de aliento no me dejaban decaer para que siguiera adelante y siempre sea perseverante y cumpla con mis ideales.

A mí amada Hija por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un mejor futuro.

A mí querido esposo por sus palabras y confianza, por su amor y brindarme el tiempo necesario para realizarme profesionalmente.

A mis amigas quienes sin esperar nada a cambio compartieron su conocimiento, alegrías, tristezas y a todas aquellas personas que durante este transcurso estuvieron a mi lado apoyándome y lograron que este sueño se haga realidad.

EPÍGRAFE

El arte de la Medicina consiste en
Entretener al paciente mientras la naturaleza
Cura la enfermedad.

-Voltaire

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis formadores y tutor Dr. Sebastián Quesada, personas de gran sabiduría quienes se han esforzado por ayudarme a salir adelante. Sencillo no ha sido el proceso, pero gracias a las ganas de transmitirme sus conocimientos he llegado a mi objetivo.

A la Universidad Católica de Cuenca, Unidad Académica de Salud y Bienestar carrera de Odontología por darme la oportunidad de formarme y a todos mis docentes por impartirme sus conocimientos y experiencias.

A todos muchas gracias que Dios los Bendiga.

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud

OHQL: Coeficiente de correlación entre calidad de vida y la salud oral.

UCACUE: Universidad Católica de Cuenca.

INDICE GENERAL

CAPÍTULO I	14
PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	15
2. JUSTIFICACIÓN	16
3.OBJETIVOS	17
3.1 OBJETIVO GENERAL	17
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	17
4. MARCO TEÓRICO	18
4.1 SALUD BUCAL	18
4.1.1. SALUD BUCAL Y CALIDAD DE VIDA	18
4.1.2. INDIFERENCIA DENTAL	18
4.1.2A PRINCIPALES INCONVENIENTES DE LOS ADULTOS DE 45 – 65 AÑOS DE EDAD RELACIONADOS A LA INDIFERENCIA DENTAL	18
4.1.2^a.1 CARIES DENTAL	19
4.1.2^a.2 ENFERMEDAD PERIODONTAL	19
4.1.2^a.3 GINGIVITIS	20
4.1.2^a.4 PERIODONTITIS	20
4.1.2B ESCALA PARA MEDIR LA INDIFERENCIA.	20
4.1.2C FACTORES QUE INFLUYEN EN LA INDIFERENCIA DENTAL	22
4.1.2D MÉTODOS PARA TRATAR LA INDIFERENCIA DENTAL	22
4.1.3 EVALUACIÓN Y MEJORAS DEL SERVICIO ODONTOLÓGICO CON RELACIÓN A LA INDIFERENCIA DENTAL.	22
4.1.4 BARRERAS PARA EL ACCESO AL SERVICIO ODONTOLÓGICO	23
4.1.5 RELACIÓN DEL SEXO Y LA SALUD BUCAL	23
4.1.6 RELACIÓN DEL NIVEL SOCIO ECONÓMICO Y SALUD BUCAL.	24
4.1.7 RELACIÓN DE LA EDAD Y SALUD BUCAL	24
4.2 ANTECEDENTES	25
5. HIPÓTESIS	29
CAPÍTULO II	30
1. MARCO METODOLÓGICO	31
2. POBLACIÓN Y MUESTRA	31
3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	33
4. INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	34
4.1 INSTRUMENTOS DOCUMENTALES	34
4.2 INSTRUMENTOS MECÁNICOS	34
4.3 MATERIALES.	34

4.4 RECURSOS.....	34
5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.....	34
5.1 UBICACIÓN ESPACIAL.....	34
5.2 UBICACIÓN TEMPORAL.....	35
5.3 PROCEDIMIENTOS DE LA TOMA DE DATOS.....	35
5.4. A. MÉTODO DE EXAMEN UTILIZADO POR LOS EXAMINADORES.....	35
5.4.B. CRITERIOS DE REGISTRO DE HALLAZGO.....	36
6. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.....	36
7. ASPECTOS BIOÉTICOS.....	37
CAPÍTULO III.....	38
1. RESULTADOS.....	39
2. DISCUSIÓN.....	43
3. CONCLUSIONES.....	45
ANEXOS.....	50

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N°1 RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE ESTRATIFICACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO.....	24
TABLA N° 2. FRECUENCIA DE LA INDIFERENCIA DENTAL EN ADULTOS 45 A 65 AÑOS DE EDAD DE LA PARROQUIA CAÑARIBAMBA	39
TABLA N° 3 INDIFERENCIA AL TRATAMIENTO DENTAL DE ACUERDO AL SEXO	40
TABLA N° 4 INDIFERENCIA AL TRATAMIENTO DENTAL DE ACUERDO A LA EDAD.	41
TABLA N° 5 INDIFERENCIA AL TRATAMIENTO DENTAL SEGÚN EL INGRESO ECONÓMICO.	41

RESUMEN

Objetivo: El presente trabajo tiene como objetivo principal medir la frecuencia de la indiferencia dental en pacientes de 45 a 65 años pertenecientes a la parroquia de Cañaribamba de la ciudad de Cuenca en el 2017-2018. **Materiales y Métodos:** Mediante una investigación cuantitativa descriptiva se ha clasificado a los puntajes obtenidos en una escala de 0 a 8 donde se considera alto de 5-8; medio de 2-4 y bajo de 0-1 en donde se considera pacientes sin indiferencia a los que posean entre 0-2 puntos y con indiferencia los que tengan tres o más; además por medio del coeficiente de Pearson conocido también como Chi cuadrado intentamos encontrar correlación entre variables. **Resultados:** Obtuvimos de un total de 462 encuestas registramos a 232 hombres y 230 mujeres verificando a 379 personas con indiferencia y 83 personas sin indiferencia. Se encontró un chi cuadrado $p=0,57$ entre las variables indiferencia y sexo la cual se sitúa por encima del rango de criterio $p=0,05$ que explica que no existe correlación entre variables también se verificó un valor de $p=0,00023$ correspondiente a la prueba chi cuadrado entre las variables indiferencia al tratamiento dental y la edad el cual se sitúa por debajo del rango de criterio $p=0,05$ el cual indica que si existe correlación entre variables por último se registró un $p=0,46$ entre las variables indiferencia al tratamiento dental y nivel socio económico el cual también se encuentra por encima del rango de criterio que muestra que no existe asociación entre variables. **Conclusiones:** Encontramos una población con una frecuencia alta correspondiente al 82% no se encontró asociación entre las variables indiferencia y sexo, no es así con la variable edad la cual si es directamente proporcional a la variable indiferencia de igual manera no se encontró asociación entre las variables indiferencia y nivel socioeconómico.

Palabras Claves: Frecuencia, indiferencia, nivel socioeconómico.

ABSTRACT

Objective: The main objective of this study is to measure the frequency of dental indifference in patients aged 45 to 65 belonging to the parish of Cañaribamba of the city of Cuenca in 2017-2018. **Materials and Methods:** Through descriptive quantitative research, the scores obtained were classified on a scale from 0 to 8 where it is considered high of 5-8; average of 2-4 and low of 0-1 where patients with no indifference are considered to have between 0-2 points and with indifference those with three or more; also by means of the Pearson coefficient also known as Chi square we try to find correlation between variables. **Results:** We obtained from a total of 462 surveys we registered 232 men and 230 women verifying 379 people with indifference and 83 people without indifference. A chi-square $p = 0.57$ was found between the indifference and sex variables, which is located above the criterion range $p = 0.05$, which explains that there is no correlation between variables. A value of $p = 0.00023$ was also verified. corresponding to the chi-square test between the indifference variables to the dental treatment and the age which is below the criterion range $p = 0.05$, which indicates that if there is a correlation between variables, a $p = 0.46$ was recorded. among the variables indifference to dental treatment and socioeconomic level which is also above the range of criteria that shows that there is no association between variables. **Conclusions:** We found a population with a high frequency corresponding to 82%, no association was found between the indifference and sex variables, it is not so with the age variable which if it is directly proportional to the indifference variable, no association was found between the variables. indifference variables and socioeconomic level.

Keywords: Frequency, indifference, socioeconomic level.

INTRODUCCIÓN

La ausencia de caries se podría considerar como el mayor referente para juzgar que una persona goza de buena salud bucal o no. La OMS afirma que el 100% de adultos poseen caries ⁽¹⁾ este referente nos permite garantizar la calidad de nuestro trabajo ya que el segmento escogido es de 45 a 65 años. Técnicamente se recomienda que toda afección bucodental requiere atención odontológica; considerando que la mala práctica odontológica aumenta el grado de riesgo y que este puede evitarse con un adecuado conocimiento adquirido a lo largo de la carrera ⁽²⁾. No se debe descartar ninguna posibilidad que provoque una afección bucal ya que su análisis y trato puede ayudarnos a mitigar este inconveniente por lo tanto grupos considerados pobres o desfavorecidos son más vulnerables al padecimiento de enfermedades bucodentales sumado factores como el tabaquismo, alcoholismo y obesidad; contribuyen a crear un problema de salud pública aún más grave ⁽³⁾. La contribución del estado para el tratamiento y prevención de este problema además de la integración con enfermedades crónicas aumentan las posibilidades de éxito y mejora ⁽¹⁾.

Podemos definir a la indiferencia dental como una conducta que en la mayoría de los casos es subestimada por los usuarios de servicios odontológicos, se considera una actitud de falta de interés hacia los conocimientos dentales manifestándose como negligencia al cuidado dental ^{(4) (5)}.

Unos de los primeros registros para medir la indiferencia al tratamiento odontológico se realizó en Escocia por Nutall NM en 1996 el cual planteo un cuestionario con el propósito de detectar las conductas que motivan la indiferencia, se basó en el control de citas y propuso una escala medible que va del 0 al 8 y se divide en tres clases que son alta de 5-8 puntos, media de 2-4 puntos y baja de 0-1 puntos la cual tomaremos como referencia para nuestro proyecto ⁽⁴⁾.

El presente trabajo tiene como propósito determinar la frecuencia de la indiferencia en personas de 45 a 65 años en la parroquia Cañaribamba que acuden por servicio odontológico, pretendiendo recabar la información necesaria que nos permita tomar una decisión trascendente además este proyecto tiene como finalidad la creación de una base de datos que contribuya en la obtención y manejo de futura información que puedan aportar con proyectos de desarrollo.

CAPÍTULO I
PLATEAMIENTO TEÓRICO

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Se pretende plantear el problema **“INDIFERENCIA AL TRATAMIENTO DENTAL EN PERSONAS DE 45 A 65 AÑOS DE EDAD EN LA PARROQUIA CAÑARIBAMBA CUENCA- ECUADOR, AGOSTO 2017 - ABRIL 2018”** por medio de fuentes secundarias que nos permitan tener resultados más exactos y ajustados a la realidad.

La interrogante principal es **¿Cuánto es la frecuencia de la indiferencia dental en personas de 45 a 65 años en la parroquia de Cañaribamba de la ciudad Cuenca Agosto 2017 - Abril 2018?**

2. JUSTIFICACIÓN

Un informe mundial sobre envejecimiento y salud amplió el concepto de envejecimiento saludable al proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. Desde el momento en satisfacer las necesidades más básicas como de comer y beber estamos expuestos a situaciones que vulneren nuestra salud, al menos podemos reducir el riesgo de contraer una enfermedad dental, para promover el envejecimiento saludable tenemos ⁽⁶⁾:

- ✓ Impulsar política pública sobre el envejecimiento saludable en todos los países
- ✓ Crear entornos amigables a todas las personas mayores
- ✓ Armonizar los sistemas de salud con las necesidades de las personas mayores
- ✓ Desarrollar sistemas de prestación de atención a largo plazo sostenible y equitativo.
- ✓ Mejorar la medición, el seguimiento y la investigación sobre el envejecimiento.

El presente tema de investigación está enfocado en determinar la frecuencia de la indiferencia al cuidado dental en personas de 45 a 65 años en la parroquia de Cañaribamba- Cuenca, teniendo una **relevancia humana** específica para este grupo, intentando mejorar la calidad de vida por medio del cuidado bucodental de un segmento tan importante para la sociedad. **La relevancia científica** es dejar un referente bibliográfico que aporte en la solución del problema específicamente, de una manera eficiente y eficaz.

También tiene una **relevancia social** que va dirigida a la comunidad de la ciudad de Cuenca para conocer el grado de indiferencia que posee la población y pues así servir de referencia bibliográfica para futuras investigaciones, además de direccionar una mejor toma de decisiones al momento de mitigar este inconveniente. El **interés personal** es realizar un trabajo de titulación en el que pueda dar a conocer la indiferencia al tratamiento odontológico como un problema frecuente que impide un buen desempeño profesional, que puede llegar a generar problemas futuros si no se trata a tiempo. Para garantizar la viabilidad del estudio se han realizado coordinaciones con las autoridades institucionales de la Unidad Académica de Salud y Bienestar, con la dirección de la carrera de odontología y con el departamento de investigación de la misma.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de la indiferencia al tratamiento dental en adultos de 45 a 65 años de edad en la parroquia Cañaribamba de la ciudad de Cuenca 2018.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la indiferencia al tratamiento dental en personas de 45 a 65 años de edad de la parroquia Cañaribamba de la ciudad de Cuenca según el sexo.
- Analizar la indiferencia al tratamiento dental en personas de 45 a 65 años de edad de la parroquia Cañaribamba de la ciudad de Cuenca según la edad.
- Comprobar la indiferencia al tratamiento dental en personas de 45 a 65 años de edad de la parroquia Cañaribamba de la ciudad de Cuenca según el nivel socioeconómico.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 SALUD BUCAL

4.1.1. SALUD BUCAL Y CALIDAD DE VIDA

Se puede definir como salud bucodental a la ausencia de enfermedades o trastornos que limitan la capacidad para morder, masticar, hablar al mismo tiempo que repercuten en el bienestar psico-social (1) así lo registra el plan de salud bucal, que existe estrecha relación entre la salud bucal y la salud integral por lo tanto repercute en la calidad de vida de la población (7).

La calidad de vida está influenciada de un modo complejo por la salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales y con el entorno (8).

4.1.2. INDIFERENCIA DENTAL

Conducta o manifestación del comportamiento que tienen ciertas personas acerca del servicio odontológico y que en la mayoría de los casos es subestimada por los usuarios. También se considera una actitud de falta de interés hacia los conocimientos del cuidado dental; esto implica un concepto subjetivo que resulta algo complejo definir y sobretodo medir; sin embargo se logró crear una escala psicométrica de 8 puntos para detectar este comportamiento. Se consiguió regular por medio de la asociación americana de psicología además para lograr su aprobación se cumplió con estándares que fueron definir la indiferencia con su respectiva base científica y cumplir con un nivel de confiabilidad y validez después de haber utilizado este servicio. (4), (5).

4.1.2a PRINCIPALES INCONVENIENTES DE LOS ADULTOS DE 45 – 65 AÑOS DE EDAD RELACIONADOS A LA INDIFERENCIA DENTAL

Las caries y las enfermedades periodontales son de los inconvenientes con mayor recurrencia a nivel mundial además de ser los principales causantes de la pérdida de dientes, los cuales son provocadas por distintos factores como pueden ser la alimentación, tabaquismo y mala higiene bucal (1), (9).

4.1.2a.1 CARIES DENTAL

La OMS registra que el 100% de adultos en todo el mundo presentan o han presentado inconvenientes con las caries se las conoce como una erosión de los dientes provocada por bacterias inducidas por factores infecciosos, diuréticos o de PH ⁽¹⁾, ⁽¹⁰⁾. Se puede tratar a las caries de dos formas la primera es de una manera operativa la que consiste con tratar la lesión en el grado que se presente y la segunda consiste en prevenirla manteniendo de forma constante una baja concentración de fluoruro en la cavidad bucal ⁽¹⁾, ⁽⁹⁾.

La profundidad y tamaño de la caries podría tener mayor incidencia en provocar un tratamiento pulpar ya que dependen de juicios de valor técnico que en algunas ocasiones son irreversibles como lo es la extracción, las posibilidades de acceso a un tratamiento aumentan cuando ⁽⁸⁾, ⁽¹¹⁾:

- Corona muy expuesta ⁽⁹⁾.
- Cuando existe exposición pulpar ⁽⁹⁾.
- Restos de malas prácticas odontológicas anteriores ⁽⁹⁾.
- Cuando la enfermedad periodontal está en un grado demasiado elevado ⁽⁹⁾.
- Necesidad protésica ⁽⁹⁾.
- Estética ⁽⁹⁾.
- Impactación ⁽¹¹⁾.

4.1.2a.2 ENFERMEDAD PERIODONTAL

Son aquellas enfermedades que afectan al periodonto el cuál rodea al diente y está constituida por encía, el cemento radicular, el hueso alveolar, el ligamento periodontal y la raíz del diente. La mezcla de bacterias, partículas y mucosidades provoca una placa pegajosa la que coordinada con la falta de higiene forma unos depósitos llamados sarro. La acumulación de sarro y placa además de las malas prácticas de higiene provocan una inflamación leve de las encías la cual se conoce como gingivitis la que al no ser tratada debidamente se convierte en una inflamación grave conocida como periodontitis a cual puede comprometer el diente ⁽¹²⁾.

4.1.2a.3 GINGIVITIS

Es una inflamación patológica de las encías provocada por bacterias, sus principales síntomas son el enrojecimiento y sangramiento de la encía. Puede tratarse sin mayor esfuerzo y recursos realizando cepillado y uso de seda dental a diario o recurriendo periódicamente al odontólogo para la limpieza esta enfermedad no ocasiona pérdida de hueso ni del tejido que sostiene al diente ⁽¹²⁾.

4.1.2a.4 PERIODONTITIS

Se considera enfermedad periodontal a las afecciones de nivel histológico que sufren las encías imposibles de ser contrarrestadas por el cuerpo en condiciones normales. Se muestran por medio de espacios o bolsas conocidas como bolsas periodontales las cuales al inflamarse destruyen el hueso y el tejido conjuntivo que mantienen a los dientes en su lugar original ^{(12), (13)}.

4.1.2b ESCALA PARA MEDIR LA INDIFERENCIA.

Nuttall propone medir la confianza o fiabilidad por medio de un coeficiente llamado el alpha de Cronbach el cuál se obtiene al aplicar una escala de Likert la que consiste en valorar a una pregunta u opinión en una escala medible mientras más se acerca a cero muestra mayor consistencia interna, existen dos tipos de escalas las impares; que tienen un punto medio para que una persona tenga la alternativa de abstenerse de contestar algo que no le parece y las pares las que tienen inducen al encuestado a elegir por una preferencia determinada ⁽⁴⁾. Existen dos clases de diseño experimental el grupo experimental y el grupo control. Al resultado se lo conoce como coeficiente de Pearson el cuál mide la correlación entre variables en una escala donde mayor a cero se entiende como correlación positiva mientras que negativa la que se aleja de 0 en dirección contraria, cuando el coeficiente de Pearson es mayor o igual a 0,05 se considera que las variables no guardan relación mientras tanto si están debajo de este margen se interpreta que tienen relación ⁽⁴⁾.

En Escocia en el año de 1996 se planteó un cuestionario con el propósito de detectar las conductas que motivan la indiferencia cualquiera que sea su origen descartando a las personas que no han asistido regularmente al odontólogo cada 6 meses durante los últimos 5 años. Esta escala se respalda en 3 clases que son alta de 5-8 puntos, media de 2-4 puntos y baja de 0-1 puntos. El estudio obtuvo resultados de validez y fiabilidad

considerables como alto se asocia significativamente con ser joven, hombre y trabajador manual e incluso los anotadores altos tienen menos dientes que el promedio y el 50% no tenía registro de atención dentro de los últimos cuatro años. Se reportó un coeficiente de Pearson de 0,79 y un alpha de cronbach de 0,71 ⁽⁴⁾.

En Turquía en el 2009 se realizó un estudio denominado correlación entre calidad de vida y la salud oral más conocida como OHQoL además de medir algunos trastornos orales la que se obtuvo determinando la naturaleza de las quejas presentadas y cuanto afectan estas en la calidad de vida. También se incluyó determinar si existe relación entre la variable salud oral con género, educación y factores nocivos. Se obtuvieron resultados como 1090 pacientes en donde se registraron 651 mujeres que corresponde al (59,7%) y 439 hombres (40,3%) respectivamente donde 220 pacientes se consideraron pacientes sanos; el 50,1% registraron caries y dolor; el 11,2 habían sufrido la pérdida de una pieza dental y registraban necesidades dentales; el 3,8% tenían los terceros molares enterrados; 2,4% trastornos estéticos y de ortodoncia; el 1,3% lesión por trauma y tan solo el 20,2% registraron chequeos de control además se encontró correlación entre las variables salud oral con género, educación y factores nocivos ⁽¹⁴⁾.

Además en Noruega en el año 2000 una prueba conocida como escala DIS en la que se envió un correo a una muestra de 1119 personas escogidas al azar en dos condados. Se pidió que el 10% realizará el cuestionario por segunda vez lo que se conoce como prueba test – retest la que es un diseño pre experimental en que un grupo de unidades a prueba se mide dos veces en algunos casos se la conoce como la prueba del antes y después la que se realizó después de 15 días. La estimación de la confiabilidad de los puntajes de suma de DIS se basó en la correlación de Pearson entre las puntuaciones de prueba-repetición y la consistencia interna (alfa de Cronbach) así mismo se utilizó regresión múltiple la que consiste que se puede elaborar un modelo con varias variables independientes. Como único criterio de validación se utilizó la frecuencia de citas. Evidenciamos que el coeficiente de Pearson para la comparación test- retest fue de 0,43. El coeficiente de correlación entre los puntajes obtenidos de la escala DIS Y la frecuencia de citas perdidas fue de 0,24. El alpha de cronbach para 8 preguntas fue de 0,35, en la que solo dos preguntas ingresaron al modelo de regresión explicando que el 15% de la varianza de la frecuencia de citas perdidas. Se concluyó que la escala DIS tiene baja confiabilidad y validez para esta población de estudio ⁽¹⁵⁾.

Es de gran importancia elaborar un cuestionario que aporte de la mejor manera en la recolección de información y posteriormente en la toma de decisión ya que la

direccionalidad que se le dé al cuestionario tendrá consecuencias directas con los resultados. Se consideran importantes los cuestionarios ya que por medio de sus preguntas de alternativa fija reducen la variabilidad de los resultados que podrían tener diferencias entre los encuestados ⁽¹⁶⁾.

4.1.2c FACTORES QUE INFLUYEN EN LA INDIFERENCIA DENTAL

La desconfianza generada por una mala práctica odontológica repercutirá negativamente y la cual la podemos medir por medio de las visitas ya que si un paciente se siente satisfecho volverá con un ritmo constante. El vínculo profesional y consumidor debe estar basado siempre en respeto y confianza como clave para lograr una buena relación ya que el paciente sentirá que se encuentra en buenas manos e inclusive el grado de ansiedad del paciente se reduce y estará dispuesto a seguir las recomendaciones ⁽¹⁷⁾.

4.1.2d MÉTODOS PARA TRATAR LA INDIFERENCIA DENTAL.

La evaluación y mejora de la calidad del servicio por medio de capacitaciones y mejoramiento tecnológico pueden contribuir en generar confianza ya que el usuario la mayoría de veces actúa de forma inconsciente y estos factores pueden contribuir para mejorar el servicio ⁽¹⁸⁾.

Servicio al cliente puede ser el hilo conductor y generador de confianza ya que los clientes se sienten que se preocupan por ellos y por ende por su salud, de esta manera crean una nueva perspectiva de los trabajadores de la salud que aunque se sometan a experiencias dolorosas tendrán siempre por delante la salud ⁽¹⁸⁾.

4.1.3 EVALUACIÓN Y MEJORAS DEL SERVICIO ODONTOLÓGICO CON RELACIÓN A LA INDIFERENCIA DENTAL.

A lo largo del tiempo se ha excluido la opinión de los consumidores sin tomar en cuenta el gran aporte que pueden generar para resolución de conflictos en este caso; de la indiferencia. Existen dos maneras de participación del usuario la primera es iniciativa propia conocida como activa y la segunda solicitada por el sistema de salud conocida como requerida. En la activa contamos con la posibilidad de elegir entre proveedores además de la técnica de recolectar quejas y reclamaciones se podría implementar por medio de un buzón de sugerencias. Otra gran alternativa son asociaciones de consumidores ya que permiten reunir a los consumidores mediante grupos de

características homogéneas, y por último tenemos la participación comunitaria que nos permite intercambiar ideas y recolectar información del entorno ⁽¹⁸⁾.

En la requerida tenemos encuestas de satisfacción pueden ser estructuradas o no, se consideran un método eficiente para recolectar información acerca del servicio brindado. También contamos con la técnica de grupos focales la que consiste en formar grupos con características parecidas y desarrollar un conversatorio; se recomienda que no sea estructurado para que sea formado inconscientemente por los integrantes se puede considerar estructurar las partes de inicio para dar las pautas a abordar, lo más importante es que nos permite evidenciar patrones de comportamiento por medio de expresiones faciales y corporales registradas siempre en video. Por último tenemos los informes de usuarios que son inducidos para medir la satisfacción y las expectativas cumplidas ⁽¹⁶⁾, ⁽¹⁸⁾.

4.1.4 BARRERAS PARA EL ACCESO AL SERVICIO ODONTOLÓGICO

Son limitantes propios de cada sociedad, que se han formado a lo largo del tiempo debido a su entorno, creencias y tradiciones se debe tomar en cuenta, que no se presentan en el mismo grado en todos los lugares los cuales repercuten de diferente manera respectivamente. La mezcla de diferentes factores puede entenderse como la identidad de una sociedad tenemos los factores culturales a la clase social o subcultura además de factores sociales que es el comportamiento de los individuos en su trato y aporte con su entorno como la familia. También tenemos los factores personales propios de cada personas como edad, sexo y por último los factores psicológicos producidos por impulsos o estímulos ⁽¹⁹⁾.

4.1.5 RELACIÓN DEL SEXO Y LA SALUD BUCAL.

A partir de la revolución liberal se entregan derechos a las mujeres y por lo tanto pasan a ser beneficiarias de la ayuda del estado en temas de salud. Antes de esto se había condenado a la mujer a una función esencial que era de cuidar y formar a la familia restringiendo su participación en la fuerza laboral remunerada por lo tanto tampoco se recaudaba beneficios por medio de impuestos también tuvo como consecuencia mayor riesgo de pobreza y menor acceso a servicios de salud de calidad ⁽⁶⁾.

En 2007 se establece y se respeta completamente los criterios de equidad, secuencia y alternancia de mujeres y hombres estipulados constitucionalmente donde se goza de igualdad de derechos y condiciones ⁽²⁰⁾.

4.1.6 RELACIÓN DEL NIVEL SOCIO ECONÓMICO Y SALUD BUCAL.

Es un indicador que asocia el dinero con la condiciones sociales de vida, existen dos formas de calcularlo la primera por cantidad de ingresos percibido que por lo general se guía por el sueldo básico de cada país y la segunda que se recomienda en 2011 por el INEC, realizó un cuestionario denominado encuesta de estratificación del nivel socioeconómico la cual tenía como objetivo identificar a los grupos socioeconómicos relevantes y sus características. Se tomó en cuenta 9 744 viviendas de 812 sectores distribuidos en las ciudades de Quito, Guayaquil, Cuenca, Ambato y Machala registrados en el 2010 en el censo nacional la cual se dividió en 5 grandes grupos tomando en cuenta nivel de educación del jefe del hogar, tipo de vivienda, afiliación al seguro privado, disponibilidad de internet, tenencia de computadora portátil, número de televisores a color, tenencia de refrigeradora, registro a una red social, uso de internet en los últimos 6 meses, tenencia de lavadora, número de vehículos del hogar, compra de vestimenta, además del ingreso económico teniendo como tope una calificación de 1 000 puntos. Es muy importante no solo tomar en cuenta el ingreso económico ya que al ser el único indicador basado en un número se va a prestar para equivocaciones de interpretación cuando estemos por encima y por debajo de esta base ^{(21), (22)}.

Tabla N°1 Resultados de la encuesta de estratificación del nivel socioeconómico.

Denominación	Puntaje	Porcentaje Relativo
A	845-1000	1,9%
B	696-845	11,2%
C+	535-696	22,8%
C-	316-535	49,3%
D	0-316	14,%

(22)

4.1.7 RELACIÓN DE LA EDAD Y SALUD BUCAL

Los sistemas de salud que atiende las necesidades y requerimientos de las personas mayores que por lo general son más crónicas y complejas, son más eficaces que los servicios que simplemente reaccionan de una manera específica ante cada acontecimiento bucal presentado. Requieren servicios fragmentados que carezcan de coordinación entre los proveedores, entornos y tiempos de atención los cuales resultan costosos tanto para los beneficiarios como para el estado. Para fomentar la salud en el envejecimiento se recomienda crear sistemas de salud que se direccionen en satisfacer las necesidades de las personas mayores ⁽⁶⁾. Además de seguir 3 enfoques para ayudar a adaptar los sistemas de salud a las necesidades de los mayores:

1. Crear servicios con atención integrada y centrada en mayores que aseguren su acceso ⁽⁶⁾.
2. Orientar los sistemas a la capacidad intrínseca o personal ⁽⁶⁾.
3. Personal sanitario capacitado ⁽⁶⁾.

4.2 ANTECEDENTES

En el artículo de revista, denominado Desarrollo Inicial de una Escala para medir la Indiferencia Dental, Nutall NM en 1996 investigó en Escocia un cuestionario con el propósito de detectar las conductas que motivan la indiferencia cualquiera que sea su origen descartando a las personas que no han asistido regularmente al odontólogo cada 6 meses durante los últimos 5 años. Esta escala se respalda en 3 clases que son alta de 5-8 puntos, media de 2-4 puntos y baja de 0-1 puntos. El estudio obtuvo resultados de validez y fiabilidad considerables como alto se asocia significativamente con ser joven, hombre y trabajador manual e incluso los anotadores altos tienen menos dientes que el promedio y el 50% no tenía registro de atención dentro de los últimos cuatro años. Se reportó un coeficiente de Pearson de 0,79 y un alpha de cronbach de 0,71 ⁽⁴⁾.

En el artículo de revista denominado Correlación entre la calidad de vida relacionada con la salud oral (OHQOL) y los trastornos orales en una población de pacientes turcos Caglayan F y Colaboradores en el año 2009 realizaron un estudio para medir algunos trastornos orales la que se obtuvo determinando la naturaleza de las quejas presentadas y cuanto afectan estas en la calidad de vida. También se incluyó determinar si existe relación entre la variable salud oral con género, educación y factores nocivos. Se obtuvieron resultados como 1090 pacientes en donde se registraron 651 mujeres que corresponde al (59,7%) y 439 hombres (40,3%) respectivamente donde 220 pacientes se consideraron pacientes sanos; el 50,1% registraron caries y dolor; el 11,2 habían sufrido la pérdida de una pieza dental y registraban necesidades dentales; el 3,8% tenían los terceros molares enterrados; 2,4% trastornos estéticos y de ortodoncia; el 1,3% lesión por trauma y tan solo el 20,2% registraron chequeos de control además se encontró correlación entre las variables salud oral con género, educación y factores nocivos ⁽¹⁴⁾.

En el artículo de revista denominado Confiabilidad y Validez de la escala de Indiferencia dental en una población de 18 años en Noruega Skaret E, Raadal M, Kvale G en el año 2000 investigaron una prueba conocida como escala DIS en la que se envió un correo a una muestra de 1119 personas escogidas al azar en dos condados. Se pidió que el 10% realizará el cuestionario por segunda vez lo que se conoce como prueba test – retest a que es un diseño pre experimental en que un grupo de unidades a prueba se mide dos veces en algunos casos se la conoce como la prueba del antes y después la que se realizó después de 15 días. La estimación de la confiabilidad de los puntajes de suma de DIS se basó en la correlación de Pearson entre las puntuaciones

de prueba-repetición y la consistencia interna (alpha de Cronbach) así mismo se utilizó regresión múltiple la que consiste que se puede elaborar un modelo con varias variables independientes. Como único criterio de validación se utilizó la frecuencia de citas. Evidenciamos que el coeficiente de Pearson para la comparación test- retest fue de 0,43. El coeficiente de correlación entre los puntajes obtenidos de la escala DIS Y la frecuencia de citas perdidas fue de 0,24. El alpha de cronbach para 8 preguntas fue de 0,35, en la que solo dos preguntas ingresaron al modelo de regresión explicando que el 15% de la varianza de la frecuencia de citas perdidas. Se concluyó que la escala DIS tiene baja confiabilidad y validez para esta población de estudio ⁽¹⁵⁾.

En el artículo de revista conocido como La Indiferencia Dental influye en la calidad de vida relacionada con la salud oral de los presos; Marshman Z, Baker SR, Robinson PG en 2014 realizaron una prueba a unos reclusos de tres prisiones ubicadas en Inglaterra el objetivo fue detectar si la indiferencia dental estaba asociada con la calidad de vida relacionada con la salud oral en donde de una muestra de 700 prisioneros solo 659 completaron la prueba los OHOoL están asociados con una menor indiferencia además de un uso regular previo de servicios dentales, necesidad percibida de tratamiento y uso de servicios dentales ⁽²³⁾.

En el libro sobre Investigación de Mercado Naresh Malhotra; Pearson Education en 2008 nos muestran que secuencia debemos seguir para poder elegir las variables adecuadas para su posterior análisis y su correspondiente toma de decisiones. Que debemos tomar en cuenta para formar un criterio capaz de direccionar la investigación hacia la mejora de beneficios. Nos indica que al tratar de medir algún servicio debemos tomar en cuenta la información que debemos levantar ya que esta tiene que ser de calidad y centrada con el objetivo de la investigación que factores debemos tomar en cuenta y de qué forma tratar de excluirlos si no suman a nuestra causa por lo contrario potencializarlos para elaborar una estrategia ⁽¹⁶⁾.

En el artículo de revista denominado “SALUD BUCODENTAL” de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2012 nos indica la importancia de tener una buena salud bucodental referenciada en datos generales a nivel mundial en una primera instancia. Luego se presenta una serie de consecuencias generadas por los distintos inconvenientes suscitados alrededor del mundo con sus respectivas causas. Por último propone una serie de tratamientos con el fin de mitigar los inconvenientes. La calidad de vida está ligada estrechamente con el estado de la salud integral por lo tanto la salud bucal contribuye en mejorar las condiciones de vida y por consiguiente la calidad de vida

tomando en cuenta la edad y las principales enfermedades que aquejan la población mundial⁽¹⁾.

En el Informe Mundial sobre el Envejecimiento la Dra. Chan DM en el año 2015 realizó la combinación de esfuerzos con el estado para garantizar la salud bucodental en la vejez son de suma importancia, ya que basa su propuesta en la concentración de esfuerzos en las necesidades en una primera instancia después se recomienda tratar con un sistema a la capacidad intrínseca y por último capacitar al personal capaz de cubrir siempre las exigencias de las personas en la vejez y estar siempre dispuestos a crear un entorno guiado en sus plenas necesidades. Se debe tomar en cuenta los factores que intervienen en ciertos grupos de edad y con ciertas características definidas ya que se puede malinterpretar⁽⁶⁾.

En el Plan Nacional de Salud Bucal el autor AYALA PRH en 2009 realizó la búsqueda en la elaboración de normas y procedimientos para la mejorar la eficiencia, eficacia, efectividad en los problemas de salud bucodental, se recomienda no descartar ningún factor desde el punto de vista científico(odontólogo) con sus consideraciones pero aún más en desde el de los consumidores ya que son ellos a los que afectan las enfermedades por esto propone concentrar esfuerzos en lograr la satisfacción del cliente la cual pueda ser medida e interpretada y tomada en cuenta para elaborar una estrategia⁽⁷⁾.

En el artículo de revista denominado Calidad de Vida en la Tercera Edad el autor Daza VCA en el año 2015 nos recomienda tener mucho en cuenta en la vejez economía, salud y lo social ya que una persona cuando llega a cierta edad avanzada tiende a tener otras clases de preferencias. Se trata del resultado de las experiencias y decisiones tomadas a lo largo de su vida que muestran sus beneficios y consecuencias que aunque en la actualidad se ha mejorado la tasa de personas que llegan con salud a la vejez esto no garantiza una calidad de vida ya que existen problemas irreversibles como psicológicos o una enfermedad mal tratada. Se recomienda no desentender a este grupo y sobretodo apuntar a un gran eje que es el bienestar o satisfacción de la vida conocida como felicidad⁽⁸⁾.

En un artículo de revista Los Métodos de Participación del usuario en la Evaluación y Mejora de la Calidad de Servicios el autor Hernandez PS en 1995 investigó y se recomienda concentrar los esfuerzos por mejorar los servicios de salud

en este caso de salud bucal centrados en calidad de servicio, satisfacción del cliente para lo que se necesita la participación directa del usuario. El tratar los inconvenientes de la mano de las personas afectadas es la mejor manera de solucionar problemas ya que este aporta información en tiempo real y verdadero induciendo a resolverlos en el menor tiempo posible, de una manera eficiente y con la menor cantidad de recursos ⁽¹⁸⁾.

5. HIPÓTESIS

A pesar de ser una investigación de enfoque cuantitativo no aplica formular hipótesis alguna, ya que el diseño de la investigación es descriptivo.

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Marco Metodológico

Enfoque: El enfoque de la investigación es Cuantitativo ⁽²⁴⁾.

Diseño de la Investigación: Descriptivo ⁽²⁴⁾.

Nivel de la Investigación: Comunicacional ⁽²⁴⁾.

Tipo de Investigación:

- ✓ **Por el Ámbito:** De campo ⁽²⁵⁾.
- ✓ **Por la Técnica:** Comunicacional ⁽²⁵⁾.
- ✓ **Por la Temporalidad:** Transversal ⁽²⁵⁾.

2. Población y Muestra

Primero se identificó el segmento el cual es personas de 45 a 65 años de edad pertenecientes a la parroquia Cañaribamba de la ciudad de Cuenca- Ecuador. Los registros de la base de datos de la población nos dieron como resultado una muestra de 2294 personas de la cual aplicando la fórmula de población finita se obtuvo como resultado 330 personas. Debido a la colaboración del grupo de investigación se logró captar 462 encuestas número de encuestas que utilizaremos para tabular. Esperamos encontrar un resultado más exacto al haber superado las expectativas de encuestas.

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

Criterios de Inclusión: Se incluirán, en el presente estudio las encuestas realizadas a personas de 45 a 65 años de edad, habitantes de la parroquia Cañaribamba. Las cuales constan en el archivo de la oficina de Investigación de la carrera de Odontología UCACUE.

Criterios de Exclusión: Se excluirán del estudio las fichas que presenten incoherencias y no se entiendan los datos además de los profesionales de la salud como los odontólogos, médicos, enfermeras paramédicos.

Esta cantidad de fichas proviene de una población de 2,294 habitantes de la parroquia de Cañaribamba, para la cual se aplicó la fórmula de muestreo, logrando un total de 330 encuestas.

Tamaño de la Muestra: Se calculó mediante la fórmula de muestreo para proporciones, con un nivel de confiabilidad del 95% y un margen de error del 5% ⁽²⁴⁾ ⁽²⁵⁾. En donde utilizamos el programa EPI INFO. Obteniendo 330 personas a aplicar la encuesta como mínimo requisito; debido al trabajo en grupo se logró recolectar 462 encuestas válidas.

FÓRMULA:

N= Tamaño de la población= 2292

Z= nivel de confianza deseado = 1,96

P= proporción de la población sin la característica deseada (fracaso)= 0,5

Q=proporción de la población sin la característica deseada (fracaso)= 0,5

E= nivel de error dispuesto a cometer= 5%

n=tamaño de la muestra

$$n = \frac{Z^2 p q N}{Z^2 p q + (N - 1)}$$

$$n = \frac{1,96^2 (0,5) (0,5) (2292)}{1,96^2(0,5) (0,5) + (2292 - 1)}$$

$$n = 330$$

3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO ESTADISTICO	ESCALA	DATO
Indiferencia	Subestimación de los problemas bucodentales, minimizando su importancia.	Grado de indiferencia mediante "Encuesta de salud bucal Universidad Católica de Cuenca"	Cualitativa	Nominal	Sin Indiferencia 0-2 Con indiferencia 3 a más
Sexo	Característica genotípica de la persona	Características que diferencia al hombre de una mujer	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento de cada persona.	Años de vida señalados en la encuesta	Cualitativa	Nominal	45-49 años 50-55 años 56-60 años 61-65 años
Nivel Socioeconómico	Valor mínimo para satisfacer las necesidades básicas.	Ingreso familiar N° de personas de familia.	Cualitativa	Nominal	Mayor igual a \$375 Menor de \$375

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

4.1 Instrumentos Documentales

Se utilizó una encuesta de recolección de la información, en el programa de libre acceso EPI INFO ver. 7.2. En donde podemos registrar los datos que se encuentran en las fichas de la Universidad Católica de Cuenca. La Encuesta “Salud Bucal” consta de 2 partes la primera recaba los datos personales como edad, sexo, nivel de instrucción. La segunda parte consta de 8 preguntas la cual intenta recolectar motivos por los cuales se mostraron indiferentes al tratamiento dental.

4.2 Instrumentos Mecánicos

Se utilizaron dos equipos mecánicos la computadora para procesar los datos y un vehículo que lo usamos para trasladarnos.

4.3 Materiales.

Útiles de escritorio (Esfero, tablero, etc.)

4.4 Recursos.

El proyecto es de carácter autofinanciado además contamos con la colaboración del departamento de investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad católica de Cuenca.

5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS

5.1 Ubicación Espacial.

La Parroquia Cañaribamba, se encuentra delimitada de la siguiente manera: al oriente la Avda. Guapondélig; al occidente desde la avenida González Suárez hasta la intersección con la avenida Max Uhle. Lo que respecta en dirección sur desde la unión de los Ríos Tomebamba y Yanuncay hasta la avenida Huayna-Cápac con la intersección de la Carrera Cacique-Duma.

5.2 Ubicación Temporal.

La investigación se dio a inicio del mes de Agosto del 2017 a Abril del 2018, recolectando datos de encuestas que reflejen el nivel de indiferencia y los factores relevantes ante el tratamiento odontológico en adultos medios de 45 a 65 años de edad.

5.3 Procedimientos de la toma de datos.

Para el registro de los datos, Se tomó en cuenta las encuestas de la parroquia “Cañaribamba”, las cuales fueron ingresadas a una base de datos en el programa EPIINFO ver 7.2, las que reflejan información epidemiológica que fue registrada con las siguientes características:

El estudio de caries dental buscó describir cualitativamente el problema en personas 45 a 65 años de edad, utilizando los parámetros de la OMS, para diagnosticar indiferencia al tratamiento, que se detalla a continuación.

5.4. a. Método de examen utilizado por los examinadores.

Las 462 fichas originales del Cuestionario de Barreras para el acceso odontológico, de la parroquia Cañaribamba de la ciudad de Cuenca-Ecuador 2017, reposan en los archivos del departamento de investigación de la UCACUE. Se tomó en cuenta la “Encuesta de Salud Bucal” (Indiferencia, ansiedad, negligencia y automedicación), nos ubicamos en la parroquia Cañaribamba, las cuales fueron ingresadas a una base de datos en el programa EPIINFO ver 7.2, estos registran información relevante. En un grupo de 16 personas el coordinador del sector dividió en parejas y asignó el número de manzanas equivalentes para cada grupo para proceder a encuestar, tomando como primer punto el saludo cordial y explicación del ¿Por qué? Y ¿Para qué? se realiza la encuesta, exponiendo el tema y procediendo en primera instancia a pedir el consentimiento informado (nombre, número de cédula y firma) y los datos del habitante (número de cédula, edad, ocupación, ingreso económico y grado de instrucción).

Una vez obtenido el consentimiento y datos del encuestado se procedió a dar lectura de cada una de las preguntas del cuestionario con una leve detención en las inquietudes dando una breve explicación de los mismos.

En la semana 5 días fueron óptimos para encuestar de los cuales comprendían los días lunes, martes, miércoles, jueves y viernes con un horario de 4 a 6 pm y uno el día sábado

de 8am a 12pm. El tiempo promedio para cada encuesta oscila entre los 10 a 20 minutos por persona.

5.4.b. Criterios de Registro de Hallazgo

Se calculó la frecuencia de Indiferencia al tratamiento dental mediante la suma de los valores obtenidos de cada una de las ocho preguntas de la encuesta realizada a las personas hombres y mujeres de la parroquia Cañaribamba, obteniendo valores que varían del 0 al 8, clasificando por dos niveles:

No indiferente: Puntuaciones que van del 0 a 2.

Con indiferencia: Puntuaciones que van del 3 a 8.

EDAD

45-49 años

50-55 años

56-60 años

61-65 años

NIVEL SOCIO ECONÓMICO

Alto: Mayor o igual a 375

Bajo: Menor de 375

6. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.

Se calculó la prevalencia de la indiferencia utilizando la siguiente fórmula:

Prevalencia= número de indiferentes/ número de examinados

Prevalencia = $379/462 = 0,82\%$

Se calculó el chi cuadro el cual es una hipótesis, que compara la distribución observada con una distribución esperada de los datos. Su rango para interpretar la respuesta son mayor a 0.05 no hay relación y menor a 0.05 hay relación.

7. ASPECTOS BIOÉTICOS.

El presente estudio no implicó conflictos bioéticos, los cuales pertenecen a la base de datos de la Universidad Católica de Cuenca, el cual contó con la autorización de los encuestados ya que se les informo los objetivos y de la metodología del estudio. Se les indicó que hay un compromiso de confidencialidad de sus datos por parte del investigador principal, luego se les solicitó que den su asentimiento. Adicionalmente al terminar su examen bucal, el participante recibió su diagnóstico firmado y una charla de educación para la salud bucal.

CAPÍTULO III

RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. RESULTADOS

Tabla N° 2. Frecuencia de la indiferencia dental en adultos 45 a 65 años de edad de la Parroquia Cañaribamba de la ciudad de Cuenca 2018.

	n	%
CON INDIFERENCIA	379	82%
SIN INDIFERENCIA	83	18%
TOTAL	462	100%

Interpretación:

Observamos que la población de estudio es muy frecuente a la indiferencia al tratamiento dental por distintas causas, correspondiente al 82% de la población de estudio.

Tabla N° 3 Indiferencia al tratamiento Dental de acuerdo al sexo

Sexo	CON INDIFERENCIA		SIN INDIFERENCIA		Total	
	N	%		%	n	%
Femenino	191	83%	39	17%	230	50%
Masculino	188	81%	44	19%	232	50%
Total	379	82%	83	18%	462	100%

$$x^2 \quad p= 0,57384008$$

Interpretación:

Se puede evidenciar que 82% de las personas que se someten a un tratamiento odontológico, se muestran indiferentes hacia el mismo y que el sexo no tiene prevalencia como lo indica el valor de x^2 $p=0,57384008$ que es mayor 0,05 lo que indica que no existe asociación.

Tabla N° 4 Indiferencia al tratamiento Dental de acuerdo a la edad.

EDAD	CON INDIFERENCIA		SIN INDIFERENCIA		TOTAL	
	n	%	n	%	N	%
DE 45 A 49	99	83%	20	17%	119	26%
DE 50 A 55	154	88%	22	13%	176	38%
DE 56 A 60	73	85%	13	15%	86	18%
DE 61 A 65	53	65%	28	35%	81	18%
Total	379	82%	83	18%	462	100%

$$x^2 \quad p = 0,00023714$$

Interpretación:

Podemos evidenciar que la edad, si tiene asociación con que una persona se muestre indiferente ya que tenemos un $x^2 \quad p = 0,00023714$ el que está por debajo del 0,05 aceptable; por lo tanto si guardan relación.

Tabla N° 5 Indiferencia al tratamiento Dental según el ingreso económico.

Ingreso	CON		SIN		Total	
	INDIFERENCIA		INDIFERENCIA			
	n	%	n	%	N	%
ALTO	87	84%	16	16%	103	22%
BAJO	292	81%	67	19%	359	78%
Total	379	82%	83	18%	462	100%

$$x^2 \text{ p}=0,46589658$$

Interpretación:

Podemos comprobar que el nivel socioeconómico no guarda asociación con que una persona usuaria del servicio de salud oral se muestre indiferente al tratamiento ya que su $x^2 \text{ p}= 0,46589658$ la cual está por encima de 0,05 a cual indica que no existe asociación.

2. DISCUSIÓN

Para esta investigación se recabaron datos de las personas adultas de 45 a 65 años que habitan en la parroquia de Cañaribamba del cantón Cuenca en el año 2018 en total se estimaron alrededor de 330 encuestas. Se superó la expectativa de encuestas logrando obtener un total de 462 encuestas, se consideró a los valores de Chi cuadrado mayores o iguales $p=0,05$ como que no tienen relación y menores a este valor como que si existe relación entre variables.

En Escocia en el año 1996 se planteó un cuestionario con el propósito de detectar las conductas que motivan la indiferencia, cualquiera que sea su origen descartando a las personas que no han asistido regularmente al odontólogo cada 6 meses durante los últimos 5 años. Encontramos un coeficiente de Pearson de 0,79 y un alpha de cronbach de 0,71 asociando al puntaje alto significativamente con ser joven, hombre y trabajador manual, así mismo Zoe Marshman en 2014 realizó un estudio a 700 hombres en donde solo 659 completaron el cuestionario, encontramos un 8% con baja indiferencia al cuidado dental (0-1); el 57,5% con indiferencia moderada (2-4) y 34,4% registraron indiferencia alta; en nuestro caso registramos 462 encuestas en donde encontramos 213 personas en el rango de 5 -8 que corresponde a 46%; 214 personas de 2-4 que corresponde a 47% y 32 personas en el rango de 0-1 que corresponde a un 7%, cabe recalcar que en nuestro estudio se estimara a los puntajes entre 0-2 sin indiferencia y de 3 a más con indiferencia encontrando 379 con indiferencia y sin indiferencia 83. También obtuvimos un coeficiente de Pearson de entre indiferencia y sexo de 0,57 que muestra que no hay relación, edad de 0,00023 que muestra que si hay relación y nivel socio económico de 0,46 que no hay relación ^{(4), (23)}.

En Turquía en 2009 se realizó un estudio denominado coeficiente de correlación entre calidad de vida y la salud oral más conocida como OHQoL además de medir algunos trastornos orales la que se obtuvo determinando la naturaleza de las quejas presentadas y cuanto afectan estas en la calidad de vida. También se incluyó determinar si existe relación entre la variable salud oral con género, educación y factores nocivos. Se obtuvieron resultados como 1090 pacientes en donde se registraron 651 mujeres que corresponde al (59,7%) y 439 hombres (40,3%) respectivamente donde 220 pacientes se consideraron pacientes sanos; el 50,1% registraron caries y dolor; el 11,2 habían sufrido la pérdida de una pieza dental y registraban necesidades dentales; el 3,8% tenían los terceros molares enterrados; 2,4% trastornos estéticos y de ortodoncia; el

1,3% lesión por trauma y tan solo el 20,2% registraron chequeos de control además se encontró correlación entre las variables salud oral con género, educación y factores nocivos⁽¹⁴⁾. Mientras que en nuestro caso solo la variable edad guarda relación directa con que una persona se muestre indiferente al tratamiento⁽¹⁴⁾.

Los adultos de las ciudades corrientes según María Silvana Dho en 2016 afirma que tienen un conocimiento de salud bucal de la siguiente manera: En una escala de 28 puntos que se utilice para evaluar conocimientos se encontró un promedio de 15 puntos donde el único grupo excluido por no tener conocimiento básicos de salud bucal fue el NSE bajo debido a la falta de acceso a ciertos elementos que facilitan la educación e información⁽²⁶⁾.

Podemos evidenciar que las posibles coincidencias de este trabajo con otras investigaciones existentes son nulas, ya que se está realizando un trabajo nunca antes ejecutado en la ciudad de Cuenca ya que resulta imposible encontrar información con respecto a la indiferencia dental en la ciudad de Cuenca.

3. CONCLUSIONES

- Observamos que la población de 45 a 65 años de edad de la parroquia Cañaribamba de la ciudad de Cuenca registra un alto índice de indiferencia al tratamiento odontológico correspondiente a 82%.
- Podemos concluir que la variable sexo no guarda relación con la variable indiferencia al tratamiento dental ya que los resultados nos muestran una distribución equilibrada correspondiente al 50% respectivamente.
- Encontramos que si existe asociación entre las variables indiferencia al tratamiento odontológico y edad. Comprobando que el rango entre los 50 y 55 años presentan un mayor índice de frecuencia correspondiente al 38%.
- Verificamos que la variable nivel socioeconómico no guarda asociación con la variable indiferencia al tratamiento odontológico en personas de 45 a 65 años de la parroquia Cañaribamba.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Salud Bucodental. Centro de Prensa OMS. 2012.
Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
2. Aguirre H. Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional. Readalyc. 2010; 78(5).
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66220238015>
3. Abadía C. Pobreza y desigualdades sociales: Un debate obligatorio en salud oral. Scielo. 2006 Enero; 12(1).
Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000100002.
4. Nuttall N. Desarrollo inicial de una escala para medir la indiferencia dental. US National Library Of Medicine. 1996 Abril; 24(112-6): p. 112-6.
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8654030>
5. Thomson W, Locker D. Descuido dental y salud dental entre personas de 26 años en el Estudio Multidisciplinario de Salud y Desarrollo de Dunedin. US National Library Of Medicine. 2000 Diciembre; 28(6).
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11106013>.
6. Chan M. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Resumen. Luxemburgo: OMS; 2015.
Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.0_1_spa.pdf;jsessionid=85E50CECCF51A87DF5AE666F49598104?sequence=1
7. Ayala E, Pinto G. Plan Nacional de Salud Bucal. Exploratorio. Ministerio de salud Publica del Ecuador; 2009.
Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20BUCAL.pdf>.
8. Aponte V. Calidad de vida en la tercera edad. Scielo. 2015; 13(2).
Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003.

9. Cuadrado P, Peñ E, Gomez F. EL concepto de caries hacia un tratamiento no invasivo. ADM. 2013; 70(2) Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2013/od132c.pdf>
10. Diccionario de la real academia de la lengua española. Definición de Caries Dental.
Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=7YzgyxM>
11. Rubio R. Calidad de vida en la tercera edad. Scielo. 2015; 13(2), Llodra Calvo. Criterios minimos de los estudios epidemiologicos de salud dental en escolares. Scielo. 1997 Mayo; 71(3).
Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000300002
12. Instituto Nacional de Investigación dental y craneofacial. Enfermedad de las encías o Enfermedad Periodontal. NIH. 2013 Agosto; 13(1142S).
Disponible en: https://www.nidcr.nih.gov/sites/default/files/201801/enfermedad-encias-enfermedad-periodontal_3.pdf
13. Carranza F, Newman M. Periodoncia Clinica. 11th ed.: Amolca; 2014.
Disponible en: <http://www.amolca.com/publicaciones/periodontologia-clinica-de-carranza-onceava-edicion/>.
14. Caglayan F, Altun O. Correlación entre la calidad de vida relaciondo con la salud oral(OHQOL) y los transtornos orales en una pobación de pacientes turcos. US National Library of Medicine Med Oral Patol Oral Cir Bucal M 2009 Nov 1;14(11):e573-8
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19680207>
15. Skaret E, Radal M. Confiabilidad y validez de la Escala de Indiferencia Dental en una población de 18 años en Noruega. US National Library of Medicine National Institutes of Health. 2000 octubre; 28(5).
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11014509>.
16. Malhotra N. Investigación de Mercados Mexico: Pearson; 2008.
Disponible en: <http://www.cars59.com/wp-content/uploads/2015/09/Investigacion-de-Mercados-Naresh-Malhotra.pdf>
17. Castellón C. Relación Odontologo - Paciente. Revista de Actualización Clínica Investiga. 2010.
Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682010001200010&script=sci_arttext.

26. Dho M. Conocimientos de salud bucodental en relación con el nivel socioeconómico en adultos de la ciudad. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2016 septiembre; 33(3).
Disponibile en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v33n3/v33n3a05.pdf>
27. Organization. Oral health surveys: Basic Methods. 3rd ed. Geneve; 1987.
Disponibile en: http://www.who.int/oral_health/publications/9789241548649/en/
28. Organization WH. Calibration of examiners for oral health epidemiological surveys. Scielo. 1993.
Disponibile en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000100016
29. Group S. Guía de Anatomía Oral y Dental. Descriptivo.
Disponibile en: http://www.silverti.com.ec/manuales/odonto/guia_de_anatomia_oral_y_dental_web.pdf
30. Lindhe J, Lang N. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 4th ed.: Panamericana. Disponibile en: <https://www.medicapanamericana.com/.../Periodontologia-Clinica-e-Implantologia-Od>.
31. Sánchez A, Naranjo T, Betancourt. Caries dental y factores de riesgo en adultos jóvenes. Distrito Capital, Venezuela. Scielo. 2009 Septiembre; 46(3).
Disponibile en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475072009000300004&script=sci_abstract

ANEXOS

ANEXO N° 2 FOTOS ENCUESTANDO.



ANEXO N°3. POBLACIÓN TOTAL DE PERSONAS DE 45 A 65 AÑOS DE LA PARROQUIA CAÑARIBAMBA.

Edad	SEXO	Suma de INDIFERENCIA	Prevalencia	GEDAD	Ingreso persona	Fingreso Económico
55	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	250	BAJO
56	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	250	BAJO
55	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	133	BAJO
58	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	167	BAJO
45	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	250	BAJO
48	Femenino	5	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	400	ALTO
52	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	500	ALTO
52	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	300	BAJO
49	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	250	BAJO
48	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	167	BAJO
50	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	167	BAJO
48	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	250	BAJO
50	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	250	BAJO
52	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	250	BAJO
53	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	200	BAJO
45	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	167	BAJO

55	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	150	BAJO
50	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	375	ALTO
49	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	200	BAJO
48	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	300	BAJO
58	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	167	BAJO
54	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	400	ALTO
50	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	300	BAJO
55	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	300	BAJO
50	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	250	BAJO
48	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	200	BAJO
55	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	200	BAJO
50	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	188	BAJO
62	Femenino	5	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	250	BAJO
55	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	200	BAJO
60	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	150	BAJO
65	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	250	BAJO
63	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	200	BAJO
55	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	200	BAJO
60	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	300	BAJO

62	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	300	BAJO
65	Masculino	1	SIN INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	188	BAJO
65	Femenino	0	SIN INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	188	BAJO
65	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	188	BAJO
65	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	250	BAJO
65	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	188	BAJO
65	Masculino	1	SIN INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	167	BAJO
65	Masculino	1	SIN INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	188	BAJO
65	Masculino	1	SIN INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	400	ALTO
65	Masculino	1	SIN INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	188	BAJO
65	Masculino	1	SIN INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	188	BAJO
52	Femenino	5	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
56	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60		BAJO
56	Femenino	1	SIN INDIFERENCIA	DE 56 A 60		BAJO
53	Masculino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 50 A 55	267	BAJO
53	Masculino	3	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	400	ALTO
51	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	245	BAJO
46	Femenino	7	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	300	BAJO
46	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	800	ALTO

57	Masculino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 56 A 60	800	ALTO
53	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	267	BAJO
48	Masculino	7	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	800	ALTO
46	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	450	ALTO
46	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	650	ALTO
46	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	400	ALTO
56	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	650	ALTO
50	Masculino	7	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
57	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	400	ALTO
49	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	400	ALTO
53	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	490	ALTO
50	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	267	BAJO
49	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	193	BAJO
61	Femenino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	350	BAJO
65	Masculino	1	SIN INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	250	BAJO
60	Masculino	3	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	350	BAJO
58	Femenino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 56 A 60	350	BAJO
57	Femenino	5	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	350	BAJO
48	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	200	BAJO

47	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	150	BAJO
58	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	350	BAJO
48	Masculino	3	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	425	ALTO
60	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	133	BAJO
46	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	220	BAJO
60	Femenino	7	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	100	BAJO
54	Femenino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 50 A 55	240	BAJO
50	Femenino	8	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	167	BAJO
57	Femenino	7	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	160	BAJO
50	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	60	BAJO
54	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	280	BAJO
60	Masculino	7	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	175	BAJO
55	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	250	BAJO
65	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	190	BAJO
50	Femenino	5	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	280	BAJO
52	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	225	BAJO
61	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	250	BAJO
59	Masculino	7	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	850	ALTO
47	Femenino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 45 A 49	190	BAJO

55	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	133	BAJO
57	Femenino	7	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	133	BAJO
54	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	400	ALTO
47	Masculino	8	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	225	BAJO
57	Femenino	7	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	150	BAJO
58	Femenino	5	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	200	BAJO
47	Femenino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 45 A 49	200	BAJO
56	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	160	BAJO
47	Masculino	3	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	267	BAJO
57	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	150	BAJO
62	Masculino	3	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	300	BAJO
47	Masculino	3	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	400	ALTO
47	Femenino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 45 A 49	233	BAJO
47	Masculino	1	SIN INDIFERENCIA	DE 45 A 49	300	BAJO
47	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	175	BAJO
58	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	267	BAJO
55	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	200	BAJO
47	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	267	BAJO
56	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	200	BAJO

55	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	425	ALTO
53	Femenino	7	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	200	BAJO
47	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	200	BAJO
58	Femenino	7	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	300	BAJO
48	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	400	ALTO
46	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	267	BAJO
50	Femenino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 50 A 55	125	BAJO
51	Femenino	7	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	267	BAJO
63	Femenino	7	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	380	ALTO
55	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	283	BAJO
48	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	175	BAJO
62	Masculino	3	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	225	BAJO
45	Femenino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 45 A 49	250	BAJO
48	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	400	ALTO
50	Femenino	5	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	380	ALTO
65	Femenino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 61 A MAS		BAJO
50	Femenino	1	SIN INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
54	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	207	BAJO
55	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO

56	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60		BAJO
52	Masculino	3	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
45	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	600	ALTO
51	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
65	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS		BAJO
62	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	600	ALTO
45	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49		BAJO
53	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	400	ALTO
55	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	120	BAJO
54	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	267	BAJO
51	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	400	ALTO
56	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60		BAJO
59	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	267	BAJO
60	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	300	BAJO
53	Femenino	5	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
50	Femenino	7	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
55	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
45	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49		BAJO
53	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	267	BAJO

45	Masculino	3	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	400	ALTO
50	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	150	BAJO
57	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60		BAJO
65	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS		BAJO
60	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60		BAJO
45	Masculino	3	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	240	BAJO
52	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
62	Masculino	3	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	120	BAJO
56	Femenino	5	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60		BAJO
54	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
50	Masculino	3	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	400	ALTO
59	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60		BAJO
53	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	300	BAJO
47	Masculino	1	SIN INDIFERENCIA	DE 45 A 49	1000	ALTO
54	Femenino	5	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	375	ALTO
61	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	400	ALTO
51	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	300	BAJO
54	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	250	BAJO
53	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	733	ALTO

53	Masculino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 50 A 55	500	ALTO
64	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS		BAJO
59	Femenino	5	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	200	BAJO
55	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	350	BAJO
56	Masculino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 56 A 60	200	BAJO
55	Masculino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 50 A 55	1167	ALTO
64	Masculino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	500	ALTO
45	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	200	BAJO
54	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	283	BAJO
59	Masculino	8	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	225	BAJO
65	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	150	BAJO
48	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	167	BAJO
51	Masculino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 50 A 55	150	BAJO
47	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	190	BAJO
57	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	200	BAJO
58	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	200	BAJO
50	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	250	BAJO
55	Masculino	8	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	425	ALTO
57	Femenino	5	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	180	BAJO

57	Femenino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 56 A 60	225	BAJO
50	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	380	ALTO
58	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	300	BAJO
45	Masculino	3	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	200	BAJO
47	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	290	BAJO
47	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	182	BAJO
51	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	600	ALTO
58	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	200	BAJO
47	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	200	BAJO
52	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	200	BAJO
50	Masculino	3	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	350	BAJO
50	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	450	ALTO
56	Femenino	0	SIN INDIFERENCIA	DE 56 A 60	250	BAJO
63	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	250	BAJO
63	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	180	BAJO
53	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	400	ALTO
55	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	300	BAJO
54	Femenino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 50 A 55	380	ALTO
62	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	200	BAJO

50	Femenino	5	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	150	BAJO
54	Femenino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 50 A 55	100	BAJO
47	Masculino	3	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	200	BAJO
54	Masculino	7	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	300	BAJO
57	Masculino	3	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	290	BAJO
63	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	300	BAJO
45	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	300	BAJO
59	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	185	BAJO
49	Femenino	7	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	250	BAJO
64	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	325	BAJO
56	Femenino	5	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	100	BAJO
46	Masculino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 45 A 49	250	BAJO
51	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	250	BAJO
53	Femenino	1	SIN INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
52	Femenino	5	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
58	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60		BAJO
65	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS		BAJO
65	Femenino	5	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS		BAJO
65	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS		BAJO

65	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS		BAJO
65	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS		BAJO
65	Femenino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 61 A MAS		BAJO
65	Femenino	1	SIN INDIFERENCIA	DE 61 A MAS		BAJO
65	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS		BAJO
65	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS		BAJO
45	Femenino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 45 A 49		BAJO
65	Masculino	1	SIN INDIFERENCIA	DE 61 A MAS		BAJO
65	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS		BAJO
65	Femenino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 61 A MAS		BAJO
65	Femenino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 61 A MAS		BAJO
65	Femenino	1	SIN INDIFERENCIA	DE 61 A MAS		BAJO
62	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS		BAJO
50	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	188	BAJO
47	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	375	ALTO
55	Masculino	3	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	375	ALTO
46	Masculino	3	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	188	BAJO
51	Masculino	3	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
58	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60		BAJO

45	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49		BAJO
47	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	375	ALTO
45	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	188	BAJO
50	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	375	ALTO
45	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49		BAJO
52	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	375	ALTO
63	Masculino	3	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS		BAJO
48	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	375	ALTO
54	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
48	Masculino	3	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49		BAJO
55	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
63	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	375	ALTO
65	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS		BAJO
45	Masculino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 45 A 49		BAJO
52	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
60	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	200	BAJO
51	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	167	BAJO
52	Femenino	7	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	175	BAJO
45	Masculino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 45 A 49		BAJO

54	Masculino	3	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
45	Masculino	1	SIN INDIFERENCIA	DE 45 A 49		BAJO
51	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	375	ALTO
60	Femenino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 56 A 60	100	BAJO
48	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	500	ALTO
48	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49		BAJO
47	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	250	BAJO
45	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	375	ALTO
57	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	300	BAJO
50	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	250	BAJO
54	Femenino	5	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
52	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	200	BAJO
45	Femenino	5	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	267	BAJO
56	Femenino	5	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	267	BAJO
53	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	200	BAJO
55	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	200	BAJO
51	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	187,5	BAJO
57	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	200	BAJO
50	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	200	BAJO

55	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	650	ALTO
45	Femenino	5	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	200	BAJO
55	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	188	BAJO
57	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	200	BAJO
50	Masculino	7	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	188	BAJO
55	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	200	BAJO
60	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	188	BAJO
48	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	188	BAJO
45	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	188	BAJO
56	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	188	BAJO
50	Masculino	7	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	188	BAJO
53	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	188	BAJO
50	Femenino	7	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	188	BAJO
59	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	150	BAJO
56	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	188	BAJO
57	Femenino	5	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	400	ALTO
45	Masculino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 45 A 49	200	BAJO
65	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	375	ALTO
46	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	400	ALTO

49	Femenino	5	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	167	BAJO
58	Femenino	5	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	167	BAJO
52	Masculino	7	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	200	BAJO
47	Femenino	5	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	250	BAJO
55	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	267	BAJO
51	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	200	BAJO
50	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	500	ALTO
46	Masculino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 45 A 49	500	ALTO
63	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	167	BAJO
49	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	250	BAJO
52	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	375	ALTO
60	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	400	ALTO
65	Masculino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	266,6	BAJO
52	Femenino	5	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	250	BAJO
55	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	300	BAJO
55	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	300	BAJO
52	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	400	ALTO
55	Femenino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 50 A 55	400	ALTO
45	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	300	BAJO

55	Masculino	3	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	167	BAJO
54	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	200	BAJO
54	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	800	ALTO
58	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	300	BAJO
48	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	400	ALTO
55	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	200	BAJO
50	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
46	Femenino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 45 A 49		BAJO
50	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
65	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	375	ALTO
46	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49		BAJO
50	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
48	Femenino	5	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49		BAJO
47	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49		BAJO
64	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS		BAJO
56	Masculino	0	SIN INDIFERENCIA	DE 56 A 60		BAJO
50	Masculino	1	SIN INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
59	Masculino	1	SIN INDIFERENCIA	DE 56 A 60		BAJO
48	Masculino	7	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49		BAJO

45	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49		BAJO
54	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
58	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60		BAJO
50	Femenino	1	SIN INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
48	Femenino	7	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49		BAJO
46	Femenino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 45 A 49		BAJO
50	Masculino	3	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
60	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60		BAJO
48	Femenino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 45 A 49		BAJO
46	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49		BAJO
51	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
50	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
52	Masculino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
50	Femenino	5	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
48	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49		BAJO
52	Femenino	1	SIN INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
50	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
58	Masculino	3	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60		BAJO
48	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49		BAJO

56	Masculino	3	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60		BAJO
63	Femenino	5	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS		BAJO
52	Masculino	3	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
55	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
56	Masculino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 56 A 60		BAJO
49	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49		BAJO
52	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
48	Masculino	1	SIN INDIFERENCIA	DE 45 A 49		BAJO
57	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60		BAJO
53	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
57	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60		BAJO
56	Masculino	3	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60		BAJO
61	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS		BAJO
46	Femenino	7	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49		BAJO
45	Femenino	5	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49		BAJO
56	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60		BAJO
55	Femenino	1	SIN INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
60	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60		BAJO
47	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49		BAJO

62	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS		BAJO
50	Femenino	5	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
49	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49		BAJO
53	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
59	Femenino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 56 A 60		BAJO
52	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
45	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49		BAJO
65	Masculino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 61 A MAS		BAJO
65	Masculino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 61 A MAS		BAJO
49	Femenino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 45 A 49		BAJO
65	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS		BAJO
45	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49		BAJO
45	Femenino	7	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49		BAJO
52	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
48	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49		BAJO
65	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS		BAJO
48	Femenino	7	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49		BAJO
46	Masculino	8	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49		BAJO
64	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS		BAJO

46	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	188	BAJO
54	Femenino	0	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
61	Femenino	0	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS		BAJO
48	Masculino	3	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49		BAJO
55	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
64	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS		BAJO
65	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS		BAJO
56	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60		BAJO
49	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49		BAJO
56	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60		BAJO
53	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
59	Masculino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 56 A 60		BAJO
62	Masculino	1	SIN INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	500	ALTO
55	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55		BAJO
63	Masculino	3	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS		BAJO
65	Masculino	1	SIN INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	187,5	BAJO
62	Masculino	1	SIN INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	187,5	BAJO
63	Masculino	0	SIN INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	450	ALTO
65	Masculino	1	SIN INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	180	BAJO

62	Femenino	5	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS		BAJO
55	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	750	ALTO
50	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	333,3	BAJO
46	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	1000	ALTO
65	Masculino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	225	BAJO
64	Femenino	5	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	250	BAJO
65	Masculino	3	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	266,6	BAJO
64	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	200	BAJO
49	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	166,6	BAJO
45	Masculino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 45 A 49	300	BAJO
51	Femenino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 50 A 55	250	BAJO
55	Masculino	1	SIN INDIFERENCIA	DE 50 A 55	325	BAJO
59	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	250	BAJO
55	Femenino	5	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	250	BAJO
62	Masculino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 61 A MAS	500	ALTO
55	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	375	ALTO
52	Masculino	3	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	375	ALTO
56	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	375	ALTO
45	Femenino	5	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	375	ALTO

46	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	375	ALTO
57	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	375	ALTO
51	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	375	ALTO
52	Femenino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 50 A 55	375	ALTO
50	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	375	ALTO
53	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	375	ALTO
50	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	375	ALTO
52	Femenino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 50 A 55	375	ALTO
52	Femenino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 50 A 55	375	ALTO
54	Femenino	5	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	375	ALTO
54	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	375	ALTO
55	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	375	ALTO
59	Masculino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 56 A 60	375	ALTO
53	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	375	ALTO
46	Femenino	5	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	375	ALTO
52	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	833,3	ALTO
59	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	375	ALTO
50	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	375	ALTO
46	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	375	ALTO

50	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	375	ALTO
51	Femenino	6	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	375	ALTO
53	Masculino	5	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	375	ALTO
47	Femenino	4	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	375	ALTO
55	Femenino	3	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	375	ALTO
46	Masculino	4	CON INDIFERENCIA	DE 45 A 49	375	ALTO
53	Femenino	5	CON INDIFERENCIA	DE 50 A 55	375	ALTO
46	Masculino	2	SIN INDIFERENCIA	DE 45 A 49	200	BAJO
59	Masculino	6	CON INDIFERENCIA	DE 56 A 60	375	ALTO