



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Relación entre el nivel de Instrucción y la Negligencia al
cuidado dental en pacientes de 45 a 65 años, de la parroquia
San Sebastián de la ciudad de Cuenca, 2017

TRABAJO DE TITULACIÓN
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGA

AUTORA: Chalán Guamán Elvia Narcisa.

DIRECTOR: Matute Bueno Sebastián Od. Esp.

CUENCA

2018

DECLARACIÓN

Yo, Chalán Guamán Elvia Narcisa 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.

Chalán Guamán Elvia Narcisa

C.I.: 1102944335

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de titulación denominado “Relación entre el nivel de Instrucción y la Negligencia al cuidado dental en pacientes de 45 a 65 años, de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Cuenca, 2017.” realizado por CHALÁN GUAMÁN ELVIA NARCISA, 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

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Dra. Liliana Encalada Verdugo

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACION- CARRERA ODONTOLOGIA

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado, "Relación entre el nivel de Instrucción y la Negligencia al cuidado dental en pacientes de 45 a 65 años, de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Cuenca, 2017."; realizado por CHALÁN GUAMÁN ELVIA NARCISA, 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, marzo 2018

Od. Esp. Matute Bueno Sebastián

DEDICATORIA

El presente trabajo dedico a mi esposo Luis Alberto, mis hijos Nancy, José Luis, Sebastián y Narcisa Elizabeth y a toda mi familia por apoyarme incondicionalmente a pesar de todas las dificultades, que vivieron conmigo, cada momento de angustia durante mis estudios universitarios. A mis familiares que me cuidan y me apoyan desde el cielo.

Elvia Narcisa Chalán

EPIGRAFE

“No te rindas, por favor no cedas, aunque el frío queme, aunque el miedo muerda, aunque el sol se esconda y se calle el viento, aún hay fuego en tu alma, aún hay vida en tus sueños”.

Mario Benedetti

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme un día más de vida y por guiarme en cada uno de mis pasos y darme la fuerza y fortaleza para seguir adelante. A mis maestros que formaron parte de este proceso integral de mi formación, a mi esposo y toda mi familia que me apoyaron en todo momento. A mi asesor de tesis Dr. Sebastián Matute Bueno por guiarme en la redacción de mi tesis, a mis amigos y compañeros por su ayuda durante el transcurso de mi formación académica.

LISTA DE ABREVIATURAS

DNS: Escala de Negligencia Dental.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
Introducción.....	3

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Planteamiento de la investigación.....	17
2. Justificación.....	18
3. Objetivos.....	19
3.1. Objetivo general.....	19
3.2. Objetivos específicos.....	19
4. Marco teórico.....	20
4.1. Bases teóricas.....	20
4.1.a. Sistema educativo ecuatoriano.....	20
4.1.b. Negligencia dental.....	22
4.1.c. Consecuencias de la negligencia dental en personas mayores.....	22
4.1.c.1. Tipos de caries.....	23
4.1.d. Cambios de la cavidad bucal en personas adultas.....	24
4.1.d.1. La salud bucodental en personas mayores.....	25
4.1.e. Tratamiento oral en personas mayores.....	26
4.1.e.1. Divergencias sociales en la atención a la salud bucodental.....	27
4.1.f. Manejo odontológico del paciente adulto.....	28
4.2. Antecedentes de la investigación.....	31
5. Hipótesis.....	37

CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Marco metodológico.....	39
2. Población y muestra.....	39
2.1. Criterios de selección.....	39
2.1.a. Criterios de inclusión.....	39

2.1.b. Criterios de exclusión.....	39
3. Operacionalización de variables	40
4. Instrumentos, materiales y recursos para la recolección de datos	40
4.1. Instrumentos documentales	40
4.2. Instrumentos mecánicos	41
4.3. Materiales	41
4.4. Recursos	41
5. Procedimiento para la toma de datos.....	41
5.1. Ubicación espacial.....	41
5.2. Ubicación temporal	41
5.3. Procedimiento de la toma de datos.....	41
6. Procedimiento para el análisis de datos.....	42
7. Aspectos bioéticos.....	42

CAPÍTULO III

RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Resultados.....	44
2. Discusión.....	47
3. Conclusiones	49
Bibliografía.....	50

ANEXOS

Anexo 1. Encuesta.....	55
Anexo 2. Total de registros	56
Anexo 3. Distribución caso control.....	64

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Relación entre la exposición y la enfermedad.....	44
Tabla 2. Distribución de la muestra por sexo	45
Tabla 3. Distribución de la muestra por edad.....	46

RESUMEN

OBJETIVO: Relacionar el nivel de instrucción y la negligencia al cuidado dental en pacientes de edades comprendidas entre 45 a 65 años de edad, en la parroquia de San Sebastián en el año 2017. **MATERIALES Y MÉTODOS:** El enfoque investigativo es cuantitativo y el diseño de caso-control, por lo cual es de carácter descriptivo. La muestra fue calculada por conveniencia, con un total de 455 personas para la aplicación de encuestas. De los cuales 115 calificaron para caso y 115 para control. La investigación forma parte del estudio sobre factores asociados “Barreras para acceder a servicios odontológicos en la Ciudad de Cuenca.” Se utilizó una ficha para la recolección de datos, la cual consta de 6 partes: la primera que incluye los datos generales de la persona, la segunda sobre la indiferencia dental según la encuesta de Nuttall, la tercera es acerca de la negligencia según Thompson, la cuarta sobre la automedicación según Andrea Cohni, la quinta incluye ansiedad según Corah y la sexta sobre la autopercepción de la persona. **RESULTADOS:** La media de edad fue 54 años de la muestra general; por sexo, en el femenino es de 55 años y en el masculino, 53 años. Se registran 67 casos negligentes en mujeres y en la misma frecuencia, aquellos que no lo son; en cuanto al sexo masculino, 48 casos negligentes y 48 no negligentes. En términos porcentuales el 58% de mujeres fueron negligentes y 58% no negligentes; el 42% de hombres presentan equidad según la condición. **CONCLUSIÓN:** Se conoció que el nivel de instrucción en relación a la negligencia no es significativo con un Odds ratio 1,5975 siendo su índice de confianza 95% (0,92-2,77).

PALABRAS CLAVE: Negligencia dental, comportamiento de riesgo, enfermedades dentales, salud oral, factores de riesgo.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Study the relationship between the level of instruction and negligence to dental care in patients aged between 45 and 65 years of age, in the parish of San Sebastian in 2017. **MATERIALS AND METHODS:** The research approach is quantitative and case-control design, so it is descriptive. A convenience sampling method was used, with a total 455 people surveyed, of which 115 qualified for case and 115 for control. The research is part of the study on associated factors "Barriers to access to dental services in the City of Cuenca." A data collection, the form was used to gather information, the form consists of 6 parts: the first includes general information about person, the second about the dental indifference according to the Nuttal Survey, the third about the negligence according to Thompson, the fourth about self-medication according to Andrea Cohni, the fifth includes anxiety according to Corah and the sixth about the person's self-perception. **RESULTS:** The mean age was 54 years of the general sample (115 cases) and by sex, the mean age were 55-year-old for women and 53-year-old for men. There are 67 cases of negligence in women and in the same frequency those that are not. For men 48 negligent cases and 48 non-negligent cases were found. In percentage terms, the total of negligent and non-negligent women added up to 58% while negligent and 58% non-negligent men added up to remaining 42% accordingly under the same condition. **CONCLUSION:** From the observer data we conclude that the relationship between the level of instruction and negligence is not significant with an Odds Ratio of 1.5975 in a 95% confidence interval (0,92-2,77).

KEY WORDS: Dental malpractice, risk behavior, dental diseases, oral health, risk factors.

INTRODUCCIÓN

Las condiciones de salud de un grupo humano, reflejan el desarrollo social del mismo y demuestran como el estado ha sido capaz de solventar un derecho sobre su pueblo, por tanto, los problemas de salud dental no quedan ajenos a esta concepción. De manera que los indicadores en salud dental de un grupo social, sea este referido a una pequeña parte de un todo o a su totalidad, ponen en evidencia la gestión de sus gobernantes en temas de salud pública ^(1,2) por lo que el presente estudio se realiza considerando dicha acepción, y es que se direcciona a una pequeña parte de la población referida a la provincia del Azuay, cantón Cuenca, parroquia San Sebastián, segmento entre 45 a 65 años de edad.

Ahora bien, al referirse a un estudio de salud dental, es preciso considerar aspectos como el número de sujetos que compone la población total por sexo y grupos etarios, además de tener presente la tasa de fecundidad, mortalidad, morbilidad, invalidez, crecimiento e incluso desarrollo en tanto estos se comprenden como los componentes prioritarios para identificar el estado de salud de un grupo humano. ⁽¹⁾

De manera que el presente estudio no solo se consideran los componentes mencionados, además tiene presente las condiciones humanas desde una perspectiva biológica, su relación con el medio ambiente, el estilo de vida del grupo etario de estudio y sin restar importancia, el sistema de salud en atención odontológica actual, en tanto estos factores también forman parte de las consideraciones en salud de la población. ⁽³⁾

Por ello el estudio titulado “Relación entre el nivel de Instrucción y la Negligencia al cuidado dental en pacientes de 45 a 65 años, de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Cuenca, 2017” procura un abordaje inicialmente específico al determinar la condición negligente del grupo etario en cuestión, pero también procura contextualizarlo considerando aspectos característicos de las personas en dichas edades, comprendiendo que en el país y específicamente en la localidad de estudio, existen variables que intervienen en el comportamiento de las personas que potencialmente pueden influenciar su autopercepción de la realidad y por tanto reflejarse en sus actitudes para sí mismos, denotando así su negligencia.

El abordaje en salud bucal en el Ecuador, indistintamente de su provincia, cantón o parroquia, responde a particularidades del contexto, y como se explicó en párrafos previos, depende también de factores de desarrollo propios de una población, así como de condicionantes biológicas que también la caracterizan.

Así en el presente estudio, el análisis de la negligencia al cuidado dental, se comprende como el resultado de factores concretos tales como el comportamiento de las personas y su percepción en cuanto a hábitos de higiene dental se refiere, conocimiento sobre los mismos, consideraciones de asistencia a los servicios de salud dental, prácticas saludables y todos ellos relacionados con la responsabilidad que representa para cada persona el cumplirlos, por lo que en cierta forma son aspectos subjetivos pues cada sujeto tendrá una concepción elaborada de su salud dental y lo que para uno puede ser negligente para otro no lo es. ^(4,5)

Por ello se precisa comprender si la instrucción formal, entendida como la educación recibida en centros educativos autorizados y avalados por la entidad competente en Ecuador, es una variable que debe ser considerada dentro de comportamientos riesgosos en salud como lo es la negligencia al cuidado dental.

Entonces, se ha planteado como objetivo de esta investigación, el relacionar el nivel de instrucción con la negligencia dental en adultos medios de 45 a 65 años de edad de la Parroquia San Sebastián en la Ciudad de Cuenca, en el año 2017, para lo cual se plantea una investigación de campo que es aplicada a la población a través de un cuestionario diseñado para ello, basado en Thompson acerca de comportamientos negligentes.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Planteamiento de la investigación

Este proceso investigativo tiene como función principal conocer si las personas con edades comprendidas entre 45 y 65 años de edad de la parroquia San Sebastián, son negligentes con su salud dental, por lo tanto el grupo etario de estudio está considerado de especial interés por el Ministerio de Salud del Ecuador, al ser propenso a problemas de salud, pero sobre todo porque es en la edad adulta cuando se reflejan las consecuencias de una mala higiene y cuidados dentales, dichos comportamientos pueden perdurar con los años, siendo perjudicial para el individuo.

Así, el presente estudio se enmarca en las líneas de investigación de la carrera de Odontología de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca.

Por ello, lo que motiva esta investigación es conocer ¿Cuál es relación entre el nivel de instrucción y la negligencia al cuidado dental en pacientes de edades comprendidas entre 45 a 65 años en la parroquia de San Sebastián en el año 2017?

2. Justificación

La relevancia científica de este tema de investigación se enfoca principalmente en los pacientes de 45 a 65 años de edad que poseen una dentición permanente, lo cual infiere en la vulnerabilidad de este grupo poblacional para la caries dental.

Desde la perspectiva humana, la relevancia recae en que mediante este proyecto de investigación se podrá saber el grado de negligencia en este grupo poblacional y dichos resultados pueden ser empleados en futuras propuestas para ejecutar programas de salud que ayuden a prevenir comportamientos de riesgo.

En relación con la relevancia social, la comunidad a la que va dirigido este estudio es la ciudad de Cuenca, principalmente a sus parroquias urbanas, específicamente a San Sebastián; siendo el proyecto de interés también para otras comunidades del Ecuador debido a la similitud de sus características epidemiológicas. Además, se espera que el presente trabajo sirva como antecedente para futuras investigaciones a realizarse sobre esta temática, ya sea en el mismo contexto u otro.

El presente estudio tiene un nivel de originalidad nacional, debido a que no se cuenta con estudios recientes sobre la situación de salud bucodental causada por negligencia odontológica en la población referida, además responde a un interés particular por parte de la investigadora en cuanto el tema es de vital interés para el proceso de profesionalización y titulación en la carrera de odontología, permitiendo no solo poner en práctica aquellos conocimientos y destrezas adquiridas durante el período de estudio, si no por permitir desarrollar un criterio investigativo en la persona referida a problemas de salud dental que se encuentran latentes en la sociedad y que se pondrán de manifiesto en el futuro próximo del ejercicio de la profesión.

Finalmente es pertinente manifestar que para garantizar la viabilidad del proyecto se han realizado coordinaciones, con las autoridades de la carrera de Odontología, Departamento de Investigación y Unidad de Titulación, con la dirección de la carrera de Odontología y con la cátedra de investigación de la misma a fin de contar con el respaldo y direccionamiento que el estudio demanda.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

- Relacionar el nivel de instrucción y la negligencia al cuidado dental en pacientes de edades comprendidas entre 45 a 65 años de edad, en la parroquia de San Sebastián en el año 2017.

3.2. Objetivos específicos

- Analizar la muestra según el sexo en pacientes entre las edades comprendidas entre 45 a 65 años de edad, en la parroquia de San Sebastián.
- Analizar muestra según la edad, en pacientes de edades comprendidas entre 45 a 65 años de edad, en la parroquia de San Sebastián en el año 2017.

4. Marco teórico

4.1. Bases teóricas

4.1.a. Sistema educativo ecuatoriano

El sistema educativo ecuatoriano se ha caracterizado por su evolución desde los años noventa, modificándose los índices de analfabetismo a nivel de las personas adultas además de ser extensivo a más sectores de la sociedad, incorporando programas bilingües y para niños con discapacidades en la modalidad de educación general básica. Pero entre los cambios más representativos de la EGB ha sido la modificación de los programas de enseñanza en cuanto a los contenidos, pues se ha dado gran importancia a la atención de temas relacionados con la salud del ser humano, entre ellos se destaca la salud reproductiva o educación sexual, y el bienestar integral del ser humano, es decir la salud en términos de reconocimiento de las enfermedades, el incentivo a las personas para acceder a servicios de atención médica, el cuidado del cuerpo humano, e incluso la salud dental. Esto en cuanto a la educación en los primeros años de vida, pues a nivel formativo superior se ha potenciado la especialización en diferentes ramas conforme la elección del individuo, procurando un mayor acceso de estudiantes a las especialidades que contribuyen al desarrollo del país y se alinean con el cambio de la matriz productiva, es decir carreras técnicas. ⁽⁶⁾

Por otra parte en el Ecuador, el sistema de educación se clasifica en cinco niveles, tres de los cuales corresponden a la formación básica que se considera durante los primeros dieciocho años de vida del ser humano, estos son: la formación inicial, la cual se considera hasta los cinco años, además se divide en dos momentos, así se tiene el inicial caracterizado por no ser una instrucción escolar sino de estimulación para el desarrollo hasta los tres años, y el inicial dos que va hasta los cinco años y en el cual ya se imparten conocimientos específicos. ⁽⁷⁾

Continúa con la formación básica, esta comprende la educación general básica (EGB) que ocurre entre el primero a cuarto nivel, posteriormente se presenta el básico medio entre quinto a séptimo nivel y finalmente básica superior que se extiende hasta el décimo nivel. Este proceso ocurre entre los cinco años hasta los catorce en promedio. Luego sucede la formación de bachiller, este nivel es el último de la formación básica, y también es conocido como la etapa colegial y acoge a los educandos entre los quince a diecisiete años. Estos niveles de educación básica son de acceso gratuito en Ecuador y de acuerdo con las

estadísticas nacionales, es la formación predominante en grupos poblacionales específicos como de áreas rurales. ⁽⁷⁾

En continuidad a la EGB, se otorga, de igual manera, gratuidad para la educación superior ya sea esta técnica o de tercer nivel. La formación técnica se ha potenciado en los últimos diez años y ofrece titulación con dos años de estudio para Técnico y tres años para Tecnólogo. En cuanto a la formación conocida como de tercer nivel esta se otorga en universidades, el tiempo de estudio promedio es de cinco años previo a la obtención de títulos profesionales en licenciatura, ingeniería y otros de acuerdo a las diferentes especialidades. ⁽⁷⁾

En cuanto a la modalidad de estudio en el nivel superior técnico, tecnológico y universitario completo, se puede identificar tres tipos: los estudios presenciales, semipresenciales y a distancia. En el caso de los estudios presenciales, estos comprenden la asistencia de forma regular a la institución educativa, conforme los horarios y disposiciones de la entidad, por lo cual pueden ser en la mañana, tarde o noche, e incluso el registro del estudiante es cuantificado y calificado por el número de horas completadas en las asignaturas. ⁽⁷⁾

Los estudios semipresenciales son aquellos que no demandan la asistencia regular al establecimiento pues la mayoría de las horas clase suceden de manera virtual, es decir por medio de plataformas que cada institución pone a disposición de los estudiantes para que efectúen sus actividades académicas. Sin embargo, eventualmente los estudiantes deben asistir a la sede a horas clase que generalmente son conocidas como de reforzamientos, además para rendir exámenes. ⁽⁷⁾

Otra de las modalidades, se refiere a los estudios a distancia, en cuyo modo de aprendizaje no requiere que el estudiante se presente en la sede en ningún momento de su proceso formativo. Las clases ocurren de forma virtual, por conexiones a clases en línea, foros, conversaciones y diferentes métodos que emplean los docentes para que se efectúen las actividades académicas. En esta modalidad, la persona tiene libertad en sus horarios de acceso a las plataformas y generalmente este tipo de estudio se ha orientado a personas que trabajan por lo que cuentan con escaso tiempo para el aprendizaje. ⁽⁷⁾

4.1. b. Negligencia dental

La negligencia dental, es la derivación de un comportamiento caracterizado por la impericia e imprudencia del individuo, por tanto, no se busca de atención o tratamiento que devuelva la salud oral. Se asocia la negligencia dental con una inadecuada salud bucal. ^(8,9) Por lo tanto, la negligencia al cuidado dental se refiere a una práctica poco saludable de las personas respecto a su salud bucodental con conciencia de ello pero que continúa presentándose periódicamente, lo que generalmente trae consigo diferentes problemas dentales.

Este comportamiento generalmente está asociado con el conocimiento del individuo respecto a los hábitos de higiene y cuidado bucodental, tanto el cuidado de sus dientes deja de ser importante para la persona y ésta potencialmente desarrolla enfermedades o afecciones a futuro tales como problemas gingivales, periodontales, caries, incluso problemas digestivos y un desequilibrio en la salud general. ⁽¹⁰⁾

De esta manera es posible distinguir una negligencia dental de tipo voluntario y otra conocida como general. La negligencia identificada como voluntaria o premeditada se presenta cuando el individuo no acude a atención por parte de un profesional cuando así lo requiere; en cuanto a la negligencia general esta se presenta debido al desconocimiento de la persona respecto a la salud en general pudiendo derivarse de una educación baja, además de las condiciones socioeconómicas que limitan sus comportamientos, por ejemplo, alimentación inadecuada, falta de higiene y el no acceso a atención oportuna en salud ante cualquier patología. ⁽¹¹⁾

Así la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha manifestado que las personas cuyo comportamiento se caracteriza por ser negligente respecto a su cuidado dental, tiene mayores probabilidades de desarrollar patologías en relación a dientes y boca, pues el indicador mundial demuestra que el 90% de personas están expuestas a ello. ⁽¹²⁾

4.1.c. Consecuencias de la negligencia dental en personas mayores

En la edad adulta, es más frecuente la presencia de enfermedades dentales, debido a la mala higiene bucal y a la negligencia por parte de las personas en cuanto a su salud bucodental que ha perdurado desde años atrás. Entre las patologías más comunes está la caries, siendo esta la más frecuente en las personas adultas con una prevalencia del 64%^(13,14) debido al predominio de bacterias cariogénicas en tanto el PH es apto para su

desarrollo, derivado de malos cuidados bucales y falta de atención odontológica oportuna ⁽¹⁴⁾, además de una alimentación predominante a base carbohidratos que potencian el crecimiento bacteriano. ⁽¹⁵⁾

También se presentan enfermedades periodontales y en la edad adulta es más frecuente debido a las alteraciones en el tejido celular periodontal que acelera la pérdida de hueso y debido a una menor higiene dental, que conduce a la acumulación de placa bacteriana. ^(16,17) Por otra parte, el cáncer bucal también puede presentarse, debido a diversos factores entre ellos el consumo de bebidas alcohólicas y cigarrillo, que son los más importantes, estos aumentan el riesgo de padecer cáncer oral y faríngeo en un 75% de los casos. ⁽¹⁷⁾

La xerostomía, es otra patología importante en la edad adulta, en tanto se refiere a la sequedad en la boca por la alteración en el funcionamiento de las glándulas salivales, provocando menor producción de saliva que es común a medida que avanza la edad, puede presentarse otras sintomatologías asociadas como: ardor, alteraciones gustativas, problemas para deglutir e incluso hablar. Su relación directa obedece a la caries, procesos infecciosos y lesiones de tejido blando. ⁽¹⁸⁾

Además, se presenta la candidiasis bucal, sobre todo cuando el adulto tiene problemas de salud como cáncer de la cavidad bucal debido a que su sistema inmunológico está comprometido, a causa de quimioterapias o radioterapias; y también en aquellas personas que padecen de diabetes, ingesta crónica de antibióticos, y por otras patologías médicas. Su presencia se caracteriza por lesiones blanquecinas en la mucosa labial. ⁽¹⁸⁾

Existen también alteraciones temporo-mandibulares: causan dolor y una disfunción en las articulaciones y músculos, derivando en problemas de oclusión, entre las causas más comunes de este tipo de trastorno encontramos: prótesis mal ajustadas, trauma por golpe o accidente, ocasionando problemas al masticar, limitando la movilidad de la mandíbula, e incluso provocando problemas auditivos. ^(17,18)

4.1. c.1. Tipos de caries

Previo a identificar los tipos de caries, es necesario considerar que su descripción se realiza debido a que es una de las condiciones más frecuentes que presentan las personas adultas, por lo que se considera necesario identificar su tipología ya que entre una y otra existen diferencias que marcan el contraste en la salud de una persona ⁽¹⁴⁾, así se tiene:

De puntos, fosas y fisuras: su localización generalmente es en las caras oclusales de los molares y premolares, originada por la concentración de placa bacteriana acidificada lo que permite la rápida multiplicación de las bacterias, las cuales atacan las paredes del esmalte y por ende la desmineralizan. Usualmente es de avance rápido. ⁽¹⁴⁾

De superficies lisas: se encuentra normalmente en incisivos, caninos, premolares y molares. Esta puede originarse debido a una alteración salival o a la acumulación de placa bacteriana en las caras libres de la pieza dental. ⁽¹⁴⁾

Caries radicular: afecta principalmente a adultos mayores que tienen encías enfermas (retracción gingival), esta se ubica en la raíz de las piezas dentales a nivel vestibular aunque con menos frecuencia también en caras linguales y palatinas, debido a la acumulación de placa bacteriana a nivel radicular. ⁽¹⁴⁾

Caries recurrente: es decir aquella que aparece junto a restauraciones mal realizadas caries recidivantes o corona mal ajustada. ⁽¹⁴⁾

Caries aguda y crónica: la primera se presenta en la población joven asociada con la ingesta de carbohidratos procesados y mala higiene dental y es de evolución rápida, mientras la segunda es común en personas adultas debido a que la cámara pulpar es más pequeña. Esta es de curso lento y prolongado. ⁽¹⁴⁾

4.1.d. Cambios de la cavidad bucal en personas adultas

Conforme la edad de una persona avanza, suceden cambios en el organismo y a nivel de la cavidad bucal, así en los dientes se identifica un notorio cambio en su color, debido al desgaste del diente, evidenciando la dentina, razón por la cual las piezas dentales se ven amarillas.¹⁰ Además se presenta una reducción en cuanto al nivel de vascularización repercutiendo en los procesos de recuperación cariosa. ^(8,19)

También se presentan alteraciones en la mucosa bucal y el periodonto: la mucosa se afina y se seca, sin embargo, esto se debe a la edad. Se debe tener consideración a factores como la alimentación inadecuada, carencia de vitaminas, entre otros. ⁽²⁰⁾

Además, se presentan modificaciones óseas a partir de los 35 años hasta aproximadamente los 70 años, caracterizado por la presencia de problemas periodontales,

los cuales por la falta de control periódico produce alteraciones a nivel de hueso y por ende pérdida de piezas dentales sin la presencia de caries. ⁽²¹⁾

Por otra parte, existen modificaciones de las glándulas salivales ocasionando una menor producción de saliva. Pueden presentarse alteraciones en el gusto y problemas para digerir los alimentos. las modificaciones en las glándulas salivales, también pueden ser consecuencia del consumo de medicamentos lo que ocasiona sequedad, siendo esta una característica de las personas en la edad adulta. ⁽²²⁾

4.1. d.1. La salud bucodental en personas mayores

Para definir la salud bucodental en personas mayores es necesario definir el concepto de salud, así de acuerdo con la OMS se comprende como el estado de bienestar general en el que la enfermedad se encuentra ausente y el sujeto presenta un equilibrio total, es decir a nivel físico, psíquico y social. ⁽²³⁾

Por lo tanto, la salud bucodental en personas mayores comprende “la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio y paladar fisurado, enfermedades periodontales, caries dental y pérdida de piezas dentales; además otras enfermedades y trastornos que afectan a la cavidad bucal”. ⁽²⁴⁾

De esta manera la salud bucal y dental tiene una relación directa con el equilibrio del ser humano en todos los aspectos que lo conforman, siendo importante para ello, considerar componentes de índole social, económico, formativo (educación) y cultural (creencias, zona de vivienda urbana o rural). ⁽²⁴⁾

Por otra parte, los problemas bucodentales no necesariamente son producto del envejecimiento por el paso de los años, sino que se debe al descuido dental de las personas a lo largo de su vida; además de una nutrición inadecuada, una mala técnica de cepillado, y el uso de cepillos inadecuados. Por lo que es necesario ayudar a las personas mayores a prevenir enfermedades dentales, minimizarlas y detenerlas. Cabe mencionar que dentro de aquellos factores a considerarse en la población para el direccionamiento de programas de salud están la edad, el sexo y el nivel de instrucción. ⁽²⁵⁾

Así, por ejemplo, en España se identificó que la prevalencia de la caries entre los 65 años a los 74 años es del 94%, cuya edad crítica fue los 35 años, es decir que a partir de ella se identificaron los primeros signos, sin embargo, no se les prestó la debida importancia, e

incluso el 86% presentó problemas periodontales. Demostrándose por tanto repercusiones en la calidad de vida de las personas debido a la presencia de dolor, baja autoestima, problemas para masticar, sangrado de las encías y mal aliento. ⁽²⁵⁾

Ante lo expuesto, diversos autores han explicado que la calidad de vida en relación a la salud bucodental se comprende por aquellos elementos que influyen la vida de las personas. ^(26,27) Así, por ejemplo, considerando las características individuales, se conoce que las personas de sexo femenino tienen menor calidad de vida debido a su salud bucal ya que durante el embarazo sufren alteraciones a nivel hormonal lo que ocasiona problemas gingivales y caries a causa de la alteración del pH en la cavidad oral. Además, se sabe que los individuos con un nivel de instrucción bajo o una condición socioeconómica limitada, se exponen a una calidad de vida menor, en tanto tienen limitaciones para el acceso a los servicios básicos y atención en salud, por lo que presentan alteraciones en sus condiciones bucodentales. ^(28,29)

En cuanto a la percepción, esta puede ser una condicionante en la calidad de vida de las personas debido a como consideran su salud bucal. ⁽²⁸⁾ Las variables del entorno por su parte, consideran condiciones que denotan la calidad de vida asociada al acceso a salud pues no es lo mismo un área rural donde existe menor cobertura que en el área urbana, por lo tanto, los individuos que viven en zonas limitadas presentan más problemas en su salud oral. ⁽²⁹⁾

Ante esta realidad, la presente investigación encaja en la búsqueda de mayores indicadores epidemiológicos en personas adultas con la finalidad de ser un aporte para los programas de salud dental que ayuden a la población a mejorar sus condiciones de bienestar y de vida.

4.1.e. Tratamiento oral en personas mayores

Como ya se ha identificado, en diversos estudios, las personas mayores en muchas ocasiones no acceden a consulta odontológica para chequeos de su salud dental por voluntad propia, debido a sus experiencias anteriores, pues años atrás los tratamientos solían ser más invasivos e inclusive muy dolorosos. Sin embargo, en la actualidad en la Odontología se han renovado dichas prácticas y los avances en el área son cada vez más significativos, con nuevas técnicas y procedimientos en beneficio de los pacientes. ⁽³⁰⁾

Por lo tanto, siendo las personas de edad adulta quienes mayormente presentan complicaciones de salud dental, su bienestar es importante. Para ello se han desarrollado programas de prevención en cuanto al cuidado de la salud bucal potenciando charlas de motivación, indicando técnicas de cepillado, el uso de hilo dental, enjuagues bucales y acudir al odontólogo para el debido control de su salud dental. ⁽³⁰⁾

4.1. e.1. Divergencias sociales en la atención a la salud bucodental

Al considerar la salud, es indispensable tener presente que no solo depende de las condiciones relacionadas al individuo, si no a su interacción con el entorno y las instancias de atención. ⁽³¹⁾ Por lo tanto, el sistema educativo y las condiciones económicas de un país son importantes variables a tomar en cuenta al momento de establecer los elementos de riesgo en relación a la salud de las personas, ya que éstas condicionan el acceso de las personas a la atención médico- odontológica. ⁽³²⁾

Todo lo expuesto, es el fundamento para explicar las desigualdades en salud conforme la edad de los individuos, condiciones sociales, sexo, zona de vivienda e incluso su etnia. Ya que estos factores han sido relacionados con el acceso a los servicios de salud, además que los diferentes estudios han demostrado que son condicionantes en cuanto al desarrollo de comportamientos de riesgo que afectan a su salud. ⁽³²⁾

Ahora bien, ante lo expuesto, las investigaciones demuestran que la desigualdad puede ser encontrada a nivel mundial, siendo más latente en países cuyas condiciones económicas son críticas o limitadas, e incluso dentro de un mismo territorio se han evidenciado diferencias significativas entre áreas urbanas y rurales. Es decir que las condiciones socioeconómicas de un individuo son las que permiten identificar las diferencias en salud dentro de cada contexto social, al ser las que determinan el status de cada persona en la sociedad. ⁽³³⁾

Entonces, al considerar la salud de las personas mayores, es preciso tomar en cuenta sus condiciones socioeconómicas ya que de ellas depende el que un individuo tenga más probabilidad de presentar complicaciones de salud. Las diferencias en cuanto a la salud bucal no escapan de esta condición, es decir, que mucho depende de los factores sociales, pero también de aquellos personales, en tanto estos pueden definir la capacidad de acceso a cuidados y tratamiento odontológico, y a la presencia de enfermedades del sistema estomatognático. ⁽³³⁾

La salud bucodental de una población en particular es el resultado de la relación entre las condiciones socioeconómicas y el acceso a los servicios de atención. Cabe mencionar que el uso de los servicios en salud oral, está condicionado por factores sociales e individuales, al respecto existe un modelo que permite comprender el comportamiento de las personas ante el acceso a la atención odontológica. El modelo efectúa una definición de aquellas condiciones que permiten conocer por qué un individuo accede a servicios sanitarios y el por qué los usa, así los clasifica en factores de predisposición, facilitadores y de necesidad. En relación a los factores de predisposición se encuentra el sexo, la edad, los valores, la instrucción, además contempla condiciones biológicas, y la percepción de los individuos en torno a su salud dental debido a que esto influencia en su decisión de acceder a los servicios de salud odontológica. ^(33,34)

Por su parte, en relación a las personas adultas, se sabe que su decisión de usar el servicio de salud dental para su beneficio está condicionada por su actitud y su nivel de conocimiento de los buenos hábitos bucodentales, es decir que acceden al profesional de la Odontología por su voluntad y sabiendo que será para su bien. Pero dejan de asistir al control dental cuando deben realizarse curaciones, esto se fundamenta en su conocimiento previo de experiencias pasadas, de manera que prefieren dejar avanzar sus problemas dentales. ⁽³⁴⁾

4.1.f. Manejo odontológico del paciente adulto

Es evidente que el organismo humano envejece a medida que transcurren los años, pero no todos lo hace de la misma manera y peor aún al mismo tiempo y ritmo. Así, sucede también con el aparato estomatognático que sufre alteraciones, por ello la importancia del ejercicio profesional cuando se habla de pacientes adultos y más aún adultos mayores. Esto considerando que la población adulta se ha incrementado de manera notable, provocando modificaciones a nivel social y demográfico, lo que en años futuros implicará una mayor demanda de atención en salud en las distintas áreas, una de ellas la salud oral. ⁽³⁵⁾

Por ello es indispensable que se promueva el cuidado de la salud oral en todas las etapas de la vida, por lo que los profesionales de la odontología deben actuar para prevenir las enfermedades dentales que pueden provocar la pérdida de piezas dentarias, esto desde la infancia hasta la vejez, dirigiéndose a cada grupo poblacional, además es necesario que manejen adecuadamente su diagnóstico en personas adultas a fin de procurar una mejor salud oral a medida que se envejece. ⁽³⁵⁾

El odontólogo debe entender y tener pleno conocimiento de los cambios que se producen en la boca y dientes a medida que se envejece a fin de poder planificar los tratamientos y atención a las personas mayores. También, es necesario conformar grupos de trabajo interdisciplinarios con la finalidad de analizar el cómo se debe tratar a las personas con situaciones especiales, ya sean estas por condiciones propias de su edad, adquiridas por problemas de salud o inclusive relacionadas a factores socioeconómicos, con el objetivo de retroalimentarse de sobre las mejores técnicas profesionales para el abordaje de cada caso. ⁽³⁵⁾

De esta manera se explica que el profesional de la odontología, en la actualidad, cumple un rol muy importante en lo que respecta a la salud bucal de las personas en todos sus niveles de desarrollo, pese a ello existen posiciones radicales las cuales asumen que la práctica odontológica moderna se da desde una concepción netamente estética y no tanto de salud, por lo que se ha generado un discurso ético alrededor de dicha profesión. Esto se debe a que se consideran que algunos procedimientos dentales se realizan por cumplir estándares estéticos por lo que muy poco se toma en cuenta su funcionalidad con el paso de los años, e incluso se ha llegado a mencionar que algunos de los procesos dentales como implantes, prótesis o restauraciones, podrían repercutir en edades adultas en relación a la calidad de vida. ⁽³⁵⁾

Por lo tanto, la práctica odontológica en personas adultas debe darse desde 5 consideraciones: estado oral, salud general, funcionalidad, autonomía y realidad, los cuales deben ser tomados en cuenta desde la primera consulta a partir de la historia clínica y de la observación del comportamiento del individuo. ⁽¹³⁾

El estado oral considera la valoración de las piezas dentales, prótesis, oclusión, salivación, condiciones pulpaes, salud periodontal, la salud general implica tomar en cuenta la salud general del individuo de acuerdo con su edad, por su parte la funcionalidad se refiere a las capacidades de la persona para efectuar determinadas actividades con responsabilidad y conciencia de manera individual, con énfasis en la disposición para cuidarse a sí misma. En cuanto a la autonomía, esta toma en cuenta si una persona adulta depende de otra persona para la toma de decisiones sobre sí. Y finalmente la realidad, se refiere a la consideración de factores como la salud bucodental y su representatividad en la vida del individuo, así como sus condiciones sociales y económicas. ⁽¹³⁾

A partir de ello, es posible establecer el proceder odontológico partiendo de la detección de los síntomas, es decir si existe o no ausencia de dolor y condiciones normales en la

salivación, deglución, gusto, para luego tomar en cuenta la funcionalidad, considerada está en la masticación y en la ingesta de una alimentación sana. Luego se debe prestar atención a la patología, tomando en cuenta si existe alguna alteración en la salud de la cavidad bucal y finalmente valorar la estética en el paciente, considerando aspectos como estándares de aceptación en la sociedad referidos a la apariencia. ⁽¹³⁾

Por lo tanto, es posible manifestar que el comportamiento de las personas adultas referidas a su salud bucal, es influenciada en su mayoría de ocasiones por experiencias previas y aprendizajes anteriores, sobre todo en edades infantiles, a más de ello se consideran los factores socioeconómicos y condiciones biológicas. De forma que por todo ello es indispensable reforzar la prevención de comportamientos de riesgo o negligentes que ponen en peligro la salud dental siendo evidentes sus consecuencias en edades adultas como las planteadas en el presente estudio entre 45 a 65 años.

4.2. Antecedentes de la investigación

- **Obra:** Las escalas de negligencia dental y de indiferencia dental comparadas.

Autor: Jamieson LM. Thomson WM. ⁽¹²⁾

Resultados: En total, 478 personas (78,2%) devolvieron el cuestionario. La puntuación media de negligencia dental fue 12,4 (SD 4,4). La puntuación media de la escala de indiferencia dental fue de 3,1 (SD 1,9). La asociación entre las puntuaciones de la escala fue moderada ($r=0,58$; $P=0,01$), y solo hubo un moderado grado de concordancia entre los 2. Las dos escalas tuvieron asociaciones en gran parte similares con características sociodemográficas, de atención oral y de autocuidado, y de impacto en la salud oral, aunque se encontraron ligeramente más asociaciones con la escala de negligencia dental. Se descubrió que la escala de negligencia dental era más fácil de usar que la escala de indiferencia dental porque no requería un algoritmo complejo para calcular las puntuaciones de escala. El grado de concordancia entre las escalas de negligencia dental y de indiferencia dental no fue tan alto como se esperaba, lo que sugiere que las escalas también pueden medir diferentes constructos. Sin embargo, las asociaciones en gran parte similares con importantes variables de salud oral y sociodemográficas de las escalas sugieren lo contrario. Aunque la escala de indiferencia dental fue más fácil de usar en la práctica.
- **Obra:** Un estudio epidemiológico basado en la escuela sobre el abandono dental entre adolescentes en una zona desfavorecida en el Reino Unido.

Autor: Sarri G. Evans P. Stansfeld S. Marcenés W. ⁽³⁶⁾

Resultados: En este estudio se ha utilizado datos transversales de la fase III de la investigación con la encuesta sobre la salud de adolescentes de East London (RELACHS); un estudio epidemiológico longitudinal basado en la escuela que siguió a una muestra aleatoria representativa de alumnos en 29 escuelas secundarias en 3 distritos del interior del noreste de Londres. Los participantes fueron examinados clínicamente y respondieron a un cuestionario supervisado. DN se evaluó con relación DPN (medida por referencia a la experiencia de condiciones dentales y/o dolor dental) y DTN (que es medido por referencia a la experiencia de al menos una condición dental no tratada y/o dolor dental). Las condiciones dentales incluyeron caries dental y lesiones dentales traumáticas. Como resultados se obtuvo que 4 de cada 10 adolescentes del estudio experimentaron DPN y 5 de cada 10 DTN experimentados. Los adolescentes con necesidades educativas especiales sin una declaración, los refugiados y los “cuidadores” de una autoridad local experimentaron una mayor proporción de ambos tipos de DN. En un área urbana deprimida, la proporción de

adolescentes con DN (DPN ó DTN) fue significativa. Los adolescentes refugiados y cuidan de los niños pueden estar más expuestos al riesgo de DN.

- **Obra:** Enfermedades bucales en el adulto mayor.

Autor: Artículo: Laplace BD. Legrá SM. Fernández LJ. Quiñones MD. Piña SL. Castellanos AL. ⁽³⁷⁾

Resultados: El número de adultos mayores, está incrementándose notablemente a nivel mundial, en nuestro país constituye un reto para las autoridades sanitarias y los sistemas de salud pública. Se realizó una revisión bibliográfica de las principales investigaciones procesadas en la base de datos Medline, con el objetivo de actualizar los conocimientos sobre las enfermedades bucales que con mayor frecuencia afectan al adulto mayor. Los ancianos tienen un riesgo mayor de desarrollar enfermedades crónicas de la boca y que incluyen las infecciones (caries, periodontitis), pérdida dentaria, lesiones benignas de la mucosa y cáncer bucal. Otras condiciones que aparecen con mayor frecuencia son la xerostomía (generalmente secundaria a medicaciones) y la candidiasis bucal. Es función del estomatólogo ayudar a estos pacientes a mantener una buena salud bucal mediante la identificación de los factores de riesgo, el reconocimiento y diferenciación de los cambios normales propios de la edad de los patológicos y la solución de los problemas de salud bucal que les afectan para ofrecerles una mayor calidad de vida.

- **Obra:** Salud bucal, salud bucal percibida y calidad de vida en adultos mayores.

Autor: Artículo: López CG. López BL. Nacho MG. Hernández LD. ⁽³⁸⁾

Resultados: Las enfermedades bucales en su mayoría, son irreversibles y los daños tienden a ser mayores en los ancianos. En un corto plazo los estomatólogos afrontarán el reto de brindar atención bucal a numerosos adultos mayores (AM) para conservar su cavidad bucal de manera funcional. Los problemas de salud bucal de los AM ponen en riesgo su calidad de vida, aunque este grupo etario no lo considere así. Existen factores como el temor al dentista, presentar enfermedades no transmisibles, el costo de la atención dental, entre otras, que contribuyen al deterioro evidente de la función masticatoria, la deglución, la fonación y estética facial, aspectos que repercuten en la vida del AM. **Objetivo:** Indagar la relación entre salud bucal real, la percepción de salud bucal y la calidad de vida en un grupo de AM. **Material y Método** estudio descriptivo, correlacional, transversal. En donde se incluye una muestra de 34 sujetos provenientes de dos centros diferentes, a los que se les realizó una exploración bucal, así como un interrogatorio en el que se incluían los cuestionarios de salud bucal percibida y Percepción de Calidad de Vida relacionada con Salud (PICAVIDES). **Resultados:** Se

estableció un valor de $p > 0.05$ al relacionar salud bucal real con salud bucal percibida, y $p < 0.05$ al relacionar la salud bucal y la calidad de vida. Conclusiones: La salud bucal de los adultos mayores está en discordancia a la percepción que tienen sobre ella y a su calidad de vida.

- **Obra:** Caracterización de la salud bucal de las personas mayores de 65 años de la ciudad de Manizales.

Autor: Artículo: Joya LD. Quintero LE. ⁽³⁹⁾

Resultados: Estudio descriptivo realizado en 318 adultos seleccionados aleatoriamente. El muestreo fue probabilístico con un nivel de confianza del 95%, un margen de error del 5% y $p = 0,30$. Se incluyeron variables sociodemográficas, afiliación al SGSS, valoración de la ATM mediante el índice de Helkimo, estado de salud periodontal mediante los índices ESI y CPITN; se evaluó la higiene oral a través del índice de O'Leary y se aplicó el índice de COP-D y radicular para valorar tejidos duros. Se evaluó el estado protésico y mucosa bucal. Resultados: El promedio de edad de la población fue de 74 años con predominio del sexo femenino. El 40% de la población reportó signos y síntomas para el índice de Helkimo, el clicking fue el ruido articular predominante. El ESI total aplicado fue de 66,7-4,5; y según el CPITN, el 95% de la población evaluada requería algún tipo de tratamiento periodontal. El promedio de COP-D fue de 23 y el índice radicular de 17,5%. El 87% de la población evidenció edentulismo parcial o total y el 60,5% necesidad de prótesis; 31% presentó lesiones de tejidos blandos como úlcera traumática, aumento tisular por prótesis y estomatitis subprotésica. Conclusión: La salud bucal del adulto mayor revela el escaso cuidado de la misma a lo largo de la vida de esta población. Se requiere que las autoridades sanitarias en salud amplíen y ejecuten los programas preventivos y de intervención, encaminados al mejoramiento de la salud bucal de esta población.

- **Obra: Artículo de revista:** Dental Neglect-a Review.

Autor: Kumar A. ⁽¹¹⁾

Resultado: La salud oral es fundamental para la salud general y el bienestar. Una boca sana permite a un individuo hablar, comer y socializar sin experimentar una enfermedad activa, incomodidad o vergüenza. La enfermedad oral es una de las enfermedades más costosas relacionadas con la dieta y el estilo de vida. El costo de tratar la caries dental por sí solo podría agotar fácilmente el presupuesto total de atención de la salud de un país para los niños. Sin embargo, el costo de la negligencia también es alto en términos de sus impactos financieros, sociales y personales. La Organización Mundial de la Salud ha declarado que la negligencia debe distinguirse de las circunstancias de la

pobreza, lo que implica que la negligencia solo puede ocurrir en casos donde sea razonable recursos están disponibles para la familia o el cuidador. Hay una gran incertidumbre en torno a las estimaciones de la frecuencia y la gravedad de la negligencia dental en todo el mundo. La negligencia dental es frecuente en todos los segmentos de la sociedad y se observa en todas las, estratos étnicos, religiosos y profesionales. El concepto de negligencia dental puede ofrecer un vínculo viable entre la salud dental y los factores culturales, sociales y de actitud que hasta ahora han recibido poca atención. La investigación del abandono dental como un fenómeno podría permitir una mejor comprensión de las contribuciones relativas del comportamiento individual, ambiente y factores estructurales a la ocurrencia de enfermedades dentales.

- **Obra: Artículo de revista:** The Dental Neglect Scale in adolescents.

Autor: Coolidge T. Heima M. Johnson EK. Weinstein P. ⁽⁴¹⁾

Resultado: Se ha encontrado que la negligencia dental está relacionada con la mala salud bucal, la tendencia a no haber tenido chequeos de rutina y un período de tiempo más prolongado desde la última consulta dental en muestras de niños y adultos. Se ha descubierto que la Escala de negligencia dental (DNS, Dental Neglect Scale) es una medida válida de negligencia dental en muestras de niños y adultos, y también puede ser válida para adolescentes. Administramos el DNS a una muestra de adolescentes e informamos sobre las relaciones entre el DNS y el estado de salud oral, si el adolescente ha estado recientemente en el dentista para chequeos de rutina o si el adolescente actualmente va al dentista o no. También informamos las confiabilidades internas y de prueba-reprueba del DNS en esta muestra, así como también los resultados de un análisis factorial exploratorio. En resumen, encontramos una buena evidencia de la fiabilidad y validez del DNS en una muestra de adolescentes. Por lo tanto, la escala parece funcionar de manera similar en adolescentes, ya que se ha encontrado que se realiza en adultos.

- **Obra:** Factores de riesgo de periodontopatías en pacientes adultos.

Autor: Páez Y. Tamayo B. Batista A. García Y. Guerrero I. ⁽⁴²⁾

Resultados: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en pacientes del consultorio 19 del policlínico Pedro Díaz Coello de Holguín, en el período entre septiembre de 2013 a febrero de 2014. El universo de la investigación fue de 152 pacientes, la muestra estuvo conformada por 80 pacientes diagnosticados con enfermedades periodontales. Se estudiaron algunas variables como sexo, edad y factores de riesgo locales. De los pacientes afectados con enfermedades periodontales 43 correspondieron al sexo femenino (53,7 %) y 37 al sexo masculino (46,2 %). Los

pacientes presentaron periodontitis con predominio del grupo de 35-59 años con 90.3%. Los factores de riesgo significativos de enfermedad periodontal fueron la higiene bucal deficiente, caries dental, maloclusión y dientes perdidos no restituidos. La odontología iatrogénica y el tabaquismo no representaron factores de riesgo significativos. La gingivitis predominó en personas jóvenes y la periodontitis en personas de mayor edad, sin diferencias entre sexos. Presentaron mayor riesgo de enfermedad periodontal los pacientes con deficiente higiene bucal, caries, maloclusión y pérdida dentaria.

- **Obra:** Comportamiento de la salud bucal de la población perteneciente a la Clínica Estomatológica Centro.

Autor: Torres L. Pérez A. López E. Machado S. Pérez R. Sardiñas E. ⁽⁴³⁾

Resultados: se realizó un estudio observacional descriptivo en 1487 personas pertenecientes al área de atención de la Clínica Estomatológica Centro de la ciudad de Ciego de Ávila, en el período comprendido de enero a diciembre del año 2014. Los datos se obtuvieron en las viviendas de las familias objeto de estudio y se aplicó la encuesta de salud buco-dental a los mayores de 15 años. La población, en su mayoría, es adulta. Los factores de riesgo que más incidieron fueron la deficiente higiene bucal y los antecedentes de caries. En la población menor de 19 años el índice de dientes con caries con obturación permanente fue de 4,2 en los varones de 10-19 años. Entre los adultos el 47,6% de los pacientes masculinos están afectados con alguna periodontopatía; el 36,5%, de los pacientes masculinos de la tercera edad necesitan prótesis. La clasificación epidemiológica que predominó fue “enfermo”. Los principales problemas detectados fueron la caries dental, la enfermedad periodontal, la disfunción masticatoria y, en menor grado, las maloclusiones. El nivel de conocimientos sobre salud bucodental de la población en estudio se evaluó de “regular”, según los resultados de la encuesta aplicada.

- **Obra:** Conocimientos de salud bucodental en relación con el nivel socioeconómico en adultos de la ciudad de Corrientes, Argentina.

Autor: Dho MS. ⁽⁴⁴⁾

Resultados: Se determinó el tamaño de la muestra estableciéndose un nivel de confianza del 95% (381 individuos) para la generalización de los resultados. Se aplicó un diseño muestral aleatorio simple para la selección de las viviendas a encuestar, que se complementó con un muestreo no probabilístico por cuotas para la selección de los individuos a entrevistar. Resultados: Los individuos adultos de la Ciudad de Corrientes presentan en general un nivel de conocimientos de salud bucodental aceptable, pues

en una escala de 0 a 28 puntos utilizada para valorar los conocimientos, se registró un mínimo de 15 puntos. Los individuos de NSE bajo presentan un nivel de conocimientos de salud bucodental similar a los individuos de NSE medio-alto/alto. Las personas de NSE medio-bajo presentaron un nivel significativamente menor de conocimientos de salud bucodental. Conclusión: Estos resultados deberían contemplarse en el diseño estrategias de intervención que incidan en los determinantes socioculturales del proceso salud-enfermedad.

5. Hipótesis

La negligencia al cuidado dental está relacionada con el nivel de instrucción.

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Marco metodológico

- **Enfoque:** Cuantitativo. ⁽⁴⁵⁾
- **Diseño de la investigación:** Caso-Control. ⁽⁴⁶⁾
- **Nivel de investigación:** Relacional. ⁽⁴⁶⁾
- **Tipo de investigación:**
 - **Por el ámbito:** De campo.
 - **Por la técnica:** Comunicacional.
 - **Por la temporalidad:** Retrospectivo. ⁽⁴⁶⁾

2. Población y muestra

En la parroquia San Sebastián hay una población aproximada de 39.690 habitantes de los cuales 17.5386 tienen edades entre 45 a 65 años, siendo mujeres un total de 1.316 y un total de hombres de 1.091 según datos de CEPAL/CELADE del año 2012.

La muestra fue calculada por conveniencia, en tanto según el cronograma de levantamiento, fueron las estimadas a conseguir por parte de la investigadora, estableciéndose así un total fue de 455 personas para la aplicación de encuestas. La investigación forma parte del estudio sobre factores asociados “Barreras para acceder a servicios odontológicos en la Ciudad de Cuenca.” ⁽⁴⁷⁾

2.1. Criterios de selección

Para la formalización de la población se tendrá en cuenta los siguientes criterios de selección.

2.1.a. Criterios de inclusión

- Personas de 45 a 65 años de edad pertenecientes a la parroquia San Sebastián que no fuesen profesionales de Odontología o de la salud en general.
- Personas cuya firma esté sentada en el consentimiento firmado.

2.1.b. Criterios de exclusión

- Médicos y odontólogos.

- Personas con discapacidad física, intelectual, motriz.
- Personas que residan en otras parroquias diferentes a la especificada para la investigación.

3. Operacionalización de variables

Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operativa	Indicador	Tipo	Escala
Nivel de instrucción	Hace referencia al grado académico que ha realizado.	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Primaria Secundario Superior técnica Superior universitario	Cualitativo	Nominal
Negligencia al cuidado dental	Falta de cuidado u omisión de la asistencia al odontólogo para prevención y tratamiento de enfermedades bucodentales	Número de casos existentes con negligencia al cuidado dental	Bajo Medio Alto	Cualitativo	Thomson
Sexo	Características genotípicas de la persona.	Características externas que diferencian al varón de la mujer.	Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Personas de 45 a 65 años.	Años cumplidos	Cuantitativo	Intervalo

4. Instrumentos, materiales y recursos para la recolección de datos

4.1. Instrumentos documentales

Se utilizó una ficha para la recolección de datos, la cual constan de 6 partes: la primera que incluye los datos generales de la persona, la segunda sobre la indiferencia dental según la encuesta de Nuttall, la tercera es acerca de la negligencia según Thompson, la cuarta sobre la automedicación según Andrea Cohni, la quinta incluye ansiedad según Corah y la sexta sobre la autopercepción de la persona.

4.2. Instrumentos mecánicos

Para la toma de datos no se utilizó instrumentos mecánicos.

4.3. Materiales

- Materiales de escritorio.
- Institucionales: Universidad Católica de Cuenca

4.4. Recursos

- Autofinanciados

5. Procedimiento para la toma de datos

5.1. Ubicación espacial

La parroquia San Sebastián, se encuentra comprendida dentro de los siguientes límites: norte con la Avenida del Chofer hasta la Avenida de la Circunvalación; se cruza esta avenida en dirección sur y avanza a la calle Abraham Sarmiento hasta la intersección de la Carrera Vega Muñoz; continúa en dirección oriental por la Calle Vega Muñoz, hasta la Coronel Tálbot; en sentido sur por la calle Coronel Tálbot hasta la intersección del Río Tomebamba; continúa aguas arriba por el Río Tomebamba hasta el Límite Urbano.

5.2. Ubicación temporal

La presente investigación se realizó entre los meses mayo a diciembre 2017, las encuestas recolectaron datos que reflejan la escala de negligencia al cuidado dental en la población cuencana, dichas encuestas fueron tomadas en los meses de junio y julio del 2017.

5.3. Procedimiento de la toma de datos

Una vez calibradas las fichas, cada estudiante previamente fue familiarizado con la estructura de la encuesta para poder realizarla eficazmente. Se realizaron 90 encuestas por investigador, los datos fueron tomados puerta a puerta, se informó a cada persona en qué consistía la encuesta y acerca del consentimiento informado.

El llenado de la encuesta inicio con datos personales como son: número de cedula, edad, nivel de instrucción, ocupación, ingreso económico y cuantas personas dependen de ese ingreso, posteriormente se aplicó la encuesta de indiferencia, negligencia, automedicación, ansiedad y autopercepción. Las encuestas fueron realizadas tres días por semana y una vez tomados los datos se procedió a la revisión de cada ficha para comprobar que su llenado fue correcto.

6. Procedimiento para el análisis de datos

La muestra se calculó por conveniencia, por lo que se trabajó con 455 personas que voluntariamente accedieron a participar en la investigación. A partir de esta muestra se realizó un pareamiento de datos considerando las variables edad, sexo y ansiedad, obteniéndose 115 casos y 115 controles.

Luego de haber identificado los casos y controles, se elaboraron tablas de 2 x 2 con ayuda de la tabla dinámica de Excel y se trabajó con criterios de frecuencia y porcentaje para el análisis e interpretación final. Además, a través de la formula Odds Ratio, se comprobó la relación entre las variables nivel de instrucción y negligencia al tratamiento dental tomando en cuenta las siguientes consideraciones:

- Proporción casos expuestos: $\text{Expuestos} / \text{Expuestos} + \text{No expuestos}$.
- Controles expuestos: $\text{Expuestos} / \text{Expuestos} + \text{No expuestos}$.
- OR: $\text{Casos expuestos} \times \text{Controles no expuestos} / \text{Casos no expuestos} \times \text{Controles expuestos}$.

7. Aspectos bioéticos

El presente estudio no implicó conflictos bioéticos, ya que todas las personas fueron informadas acerca de los temas de la encuesta, se les indicó que hay un compromiso de confidencialidad de sus datos por parte del investigador principal y se les solicitó que firmen el consentimiento informado.

CAPÍTULO III

RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Resultados

En el estudio para determinar la relación entre el nivel de instrucción y la negligencia al cuidado dental en pacientes de edades comprendidas entre 45 a 65 años de edad, en la parroquia de San Sebastián en el año 2017 dio como resultado:

Tabla 1. Relación entre la exposición y la enfermedad

Instrucción	Caso	Control	Total
Bajo	82	70	152
Alto	33	45	78
Total	115	115	230

OR: 1,5975 IC: 95% Min. 0,9208 Max. 2,7712

La proporción de casos, es decir personas negligentes con instrucción baja (expuestos) respecto al total es del 71%, por lo tanto, el 29% son personas negligentes no expuestas. La proporción de controles (no negligentes) con educación baja (expuestos) en relación al total es de 61%, de manera que el 39% de personas es no negligente y no expuesta a la condición.

Respecto a la medida de asociación calculada con Od Ratio, esta fue de 1,5975 siendo su índice de confianza 95%, sin embargo pese a ser superior a la puntuación referencias de 1, no es considerada válida en cuanto el valor mínimo se estimó en 0,92, lo que indica que en estudios posteriores la muestra podría puntuar por debajo del indicador, concluyéndose que no existe relación entre el nivel de instrucción y la negligencia al cuidado dental; consecuentemente la educación es un factor de protección.

Tabla 2. Distribución de la muestra por sexo

Sexo	Caso	Control	Total
Femenino	67	67	134
Masculino	48	48	96
Total	115	115	230

Respecto a la negligencia al cuidado dental por sexo, se obtuvo una distribución pareja entre hombres y mujeres con o sin negligencia. Así, se registran 67 de casos negligentes en mujeres y en la misma frecuencia aquellas que no lo son. En cuanto al sexo masculino, 48 casos negligentes y 48 no negligentes. En términos porcentuales el 58% de mujeres fueron negligentes y no negligentes respectivamente y el 42% de hombres presentan equidad según la condición.

Tabla 3. Distribución de la muestra por edad

Edad	Caso	Control	Total
45	8	8	16
46	1	1	2
47	11	11	22
48	5	5	10
49	6	6	12
50	9	9	18
51	9	9	18
52	5	5	10
53	7	7	14
54	6	6	12
55	6	6	12
56	3	3	6
57	8	8	16
58	1	1	2
59	1	1	2
60	8	8	16
61	3	3	6
62	7	7	14
63	2	2	4
64	4	4	8
65	5	5	10
Total	115	115	230

La negligencia al cuidado dental, para la conformación de la muestra de caso control fue distribuida por edad equitativamente, para lo cual se realizó un pareamiento entre casos y controles, obteniéndose 115 para cada condición, cuya media de edad fue 54 años de la muestra general y por sexo, en el femenino de 55 años y en el masculino de 53 años. En la Tabla 2 se identifica como fue distribuida la muestra por edad.

2. Discusión

El estudio para determinar la relación entre el nivel de instrucción y la negligencia al cuidado dental en pacientes de edades comprendidas entre 45 a 65 años de edad, en la parroquia de San Sebastián en el año 2017 permitió obtener datos relevantes respecto a la población de estudio tales como:

La negligencia al cuidado dental está presente en el 58% de mujeres y el 42% de hombres cuyas medias de edad respectivamente son de 55 y 53 años respectivamente, tendencia que concuerda con el aporte de Espinoza et al ⁽²⁷⁾ y Yiengprugsawan et al ⁽²⁸⁾, en tanto indican que el sexo femenino es quien tiene una disminución considerable en su calidad de vida respecto a su salud dental, y aunque en la presente investigación no se ha medido la repercusión de un comportamiento negligente respecto a la calidad de vida, es conocido que éste repercute considerablemente sobre la misma como lo indica la Academia Estadounidense de Odontología Pediátrica ⁽⁹⁾ pues se trata de una práctica poco saludable del que un individuo tiene consciencia sin embargo lo continua haciendo y deriva en complicaciones como la pérdida de dientes o enfermedades, es decir lo que se denomina como un proceder imprudente.

Esto quedo comprobado por Coolidge et al ⁽⁸⁾, quienes afirman la relación entre negligencia y mala salud bucodental. En relación a ello Joya y Quintero ⁽³⁹⁾, demostraron que salud bucal de individuos entre 65 años y más era decadente y lo había sido en el transcurso de su vida, por lo cual presentaron necesidad de tratamiento para problemas periodontales, además un 87% se caracterizó por endentulismo parcial o total, el 60% requería prótesis y un 31% poseía lesiones en sus tejidos blandos.

Además, conforme Páez et al ⁽⁴²⁾, son las mujeres quienes mayoritariamente se ven afectadas por enfermedades periodontales en un 54% de los casos mientras los hombres en un 46%, estas asociadas a la mala higiene dental, caries, piezas no restituidas y presencia de maloclusiones en un grupo etario entre 35 a 59 años, siendo más probable que en edades menores se presente gingivitis y a mayor edad periodontitis. Tal cual lo explica una investigación realizada por el Gobierno de Australia ⁽³⁰⁾, y es que a los 35 años se considera una edad crítica pues es en ella que identificaron comportamientos riesgosos para la salud que luego fueron inminentes entre los 65 a 74 años.

En cuanto a la instrucción en relación a la negligencia al cuidado dental, objetivo de la presente investigación, se evidenció que no existe una relación significativa entre las

variables con un indicador de 1,5975 calculado con Odds ratio (0,92-2,77) siendo un factor de protección, pese a ello se presenta un 71% de casos con educación menor y el 29% con formación alta

Estos resultados difieren con los hallazgos de Dho ⁽⁴⁴⁾, quien identificó que las personas con menores conocimientos, pertenecientes a un nivel socioeconómico medio bajo eran quienes menor conocían sobre salud dental. Así lo explican también Pizarro et al ⁽³²⁾ y Gilbert et al ⁽³³⁾ en cuanto a la tendencia de las personas mayores respecto al cuidado de su salud bucodental se ven influenciados por el sexo, edad, valores e instrucción, siendo muy importante para ellos al momento de decidir si acceder o no a servicios dentales su actitud y conocimiento para prevenir enfermedades y otras complicaciones, sin embargo, cuando se trata de curación estos mismos factores se convierten en limitantes.

Es decir, según Sáez ⁽¹⁸⁾ el conocimiento previo de las personas adultas respecto al procedimiento odontológico en dolencias específicas está sustentado en sus experiencias pasadas, referidas a procedimientos que fueron traumáticos, dolorosos, invasivos, lo que hace que sean reacios a ciertas conductas que en la actualidad no solo son parte del cuidado dental si no necesarias para la salud integral del ser humano.

Por ello Laplace et al ⁽³⁷⁾ expresaron que es importante ayudar a las personas mayores y más aún al adulto a procurar una buena salud oral a fin de mejorar su calidad de vida, más aún al saber de qué este grupo presenta altas probabilidades de desarrollar enfermedades infecciosas, pérdida de piezas dentales, cáncer bucal, candidiasis, entre otras. Además, de acuerdo con Kumar ⁽¹¹⁾ el costo de la negligencia, en cualquier edad, es elevado para un pueblo en términos económicos, sociales y personales, por lo que es indispensable para Dho ⁽⁴⁴⁾ el planteamiento estratégico para intervenir en aquellos aspectos que condicionan el proceso salud-enfermedad y lograr un cambio en la población, hacia comportamientos saludables.

Ello tomando en cuenta que la salud es definida como el estado de bienestar general en el que la enfermedad se encuentra ausente y el sujeto presenta un equilibrio total, es decir a nivel físico, psíquico y social de acuerdo como lo explica la Organización Mundial de la Salud. ⁽²³⁾

3. Conclusiones

En el estudio para determinar cuál es la relación entre el nivel de instrucción y la negligencia al cuidado dental en pacientes de edades comprendidas entre 45 a 65 años de edad, en la parroquia de San Sebastián en el año 2017 se concluye lo siguiente:

- No existe relación entre el nivel de instrucción y la negligencia al cuidado dental en personas de 45 a 65 años de edad, de la parroquia San Sebastián en cuanto la medida de asociación calculada con $Od\ Ratio$ fue de 1,5975, sin embargo pese a ser superior a la puntuación referencias de 1, no es considerada válida en cuanto el valor mínimo se estimó en 0,92, lo que indica que en estudios posteriores la muestra podría puntuar por debajo del indicador, por lo que la variable educación es un factor de protección.
- La negligencia al cuidado dental según el sexo en pacientes entre las edades comprendidas entre 45 a 65 años de edad, en la parroquia de San Sebastián, se presentó en una distribución uniforme entre hombres y mujeres negligentes y no negligentes. Así, se registran un 58% de mujeres negligentes y no negligentes respectivamente y el 42% de hombres de igual manera con negligencia y sin ella.
- La muestra según la edad, en pacientes de edades comprendidas entre 45 a 65 años de edad, en la parroquia de San Sebastián en el año 2017, dio como resultado una media etaria de 54 años para el total general y por sexo, se obtuvo 55 años en las mujeres y 53 años en los hombres. Además, se evidenció que entre los 45 a 65 años la muestra concentra un 63% de casos, es decir que a medida que la edad avanza, menores son los casos registrados con negligencia.

Bibliografía

1. San Martín H. Martín SC. Carrasco JL. Epidemiología, Teoría, investigación y práctica. Madrid: Ediciones Díaz de Santos. 2011:411-28.
2. Narey DB. Aldereguía HJ. Medicina social y salud pública en Cuba. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 2010:21-2.
3. Salleras SL. Educación sanitaria, Principios, métodos y aplicaciones. Madrid: Ediciones Díaz Santos, 2010:18-20.
4. Mena SA. Rivera L. Epidemiología bucal. Conceptos básicos Venezuela: Editorial Ofedo/udual, 1992:27-31.
5. Herazo AB. Clínica del sano en Odontología. Bogotá: Ediciones ECOE, 2012:6-20.
6. Torres, M. Astorga, A. García, J. Luna, M. Mena, S. Roablino, M. Rodríguez, H. Terán, R. Ministerio de Educación, Cultura, Deportes y Recreación. Propuesta de la mesa de educación. Quito; 2013.
7. Asamblea Nacional del Ecuador. Ley Órganica de Educación Intercultural Bilingüe. [Online].; 2011
8. Coolidge, T. Heima, M. Johnson, E. Weinstein, P. La Escala de negligencia dental en adolescentes. BMC Oral Health. 2009; 9(2).
9. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of Dental Neglect. Review Council. Council on Clinical Affairs. Latest Reaffirmation. 2016.
10. Rivas MN. Procesos cognitivos y aprendizaje significativo. Inspección de Educación, Documentos de trabajo, 19. La suma de todos; Madrid. 2012.
11. Kumar, A. Denegación dental: una revisión. Instituto de Ciencias Odontológicas de Bangalore. India. 2015.
12. Jamieson LM. Thomson WM. The Dental Neglect and Dental Indifference scales compared. Community Dent Oral. Epidemiol CBlackwell Munksgaard. 2002; 30: 168-75.
13. Axelsson P. Nyström B. Lindhe J. The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. J Clin Periodontol 2014;31(9):749-57.
14. Cullinan M. Ford P. Seymour G. Periodontal disease and systemic health: current status. Aust Dent J 2009;54:S62-S69.
15. Spanish Geriatric Oral Health Research Group. Oral health issues of Spanish adults aged 65 and over. The Spanish Geriatric Oral Health Research Group. Int Dent J 2011 Jun;51(3 Sppl):228-234.
16. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Departamento de Estadísticas, Presupuesto y Estudio. Histórico de estadísticas de pensiones publicadas, 2013.

17. Hassel AJ. Rolko C. Koke U. Leisen J. Rammelsberg P. A German version of the GOHAI. *Community Dent Oral Epidemiol* 2013;36(1):34-42.
18. Sáez SP. Aspectos de salud bucal en personas mayores. *Fundación Agrupació Mútua. Catalá*. 2016.
19. Petersen PE. Priorities for research for oral health in the 21st century – the approach of the WHO global oral health programme. *Community Dent Health* 2015;22(2):71-4.
20. Kandelman D. Petersen PE. Ueda H. Oral health, general health, and quality of life in older people. *Spec Care Dentist* 2013;28:224-36.
21. Katsoulis J. Schimmel M. Avrampou M. Stuck AE. Mericske-Stern R. Oral and general health status in patients treated in a dental consultation clinic of a geriatric ward in Bern, Switzerland. *Gerodontology* 2012;29(2):e602-e610.
22. Sabbah W. Tsakos G. Chandola T. Sheiham A. Watt RG. Social gradients in oral and general health. *J Dent Res* 2011;86(10):992-96.
23. Organización Mundial de la Salud. Nota Informativa No. 318 febrero. 2014.
24. Organización Panamericana de la Salud. Por la Salud Oral de las Américas. 2011.
25. Gift HC. Atchison KA. Drury TF. Perceptions of the natural dentition in the context of multiple variables. *J Dent Res*. 1998;77(7):1529-38.
26. Piuvezam G. Saúde bucal de idosos institucionalizados no Brasil. Natal, RN. Tesis Doctoral. Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2011.
27. Espinoza I. Thomson WM. Gamonal J. Arteaga O. Disparities in aspects of oral-health-related quality of life among Chilean adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 2013;41(3):242-50.
28. Yiengprugsawan V. Somkotra T. Seubsman SA. Sleigh AC. Thai Cohort Study Team. Oral health-related quality of life among a large national cohort of 87,134 Thai adults. *Health Qual Life Outcomes* 2011;9(1):42.
29. Castell F. Serrate P. Intersectoral Health Strategies: From Discourse to Action]. *MEDICC Review* 2010;12(1):48.
30. Australian Government. Department of Health and Ageing. Better oral health in residential care. *Professional Portfolio*. 2014.
31. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las Desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Reporte Final. 2013.
32. Pizarro V. Ferrer M. Domingo SA. Benach J. Borrell C. Pont A et al. The utilization of dental care services according to health insurance coverage in Catalonia (Spain). *Community Dent Oral Epidemiol* 2009;37(1):78-84.

33. Gilbert GH. Duncan P. Shelton BJ. Social determinants of tooth loss. *Health Serv Res* 2013;38:1834-62.
34. Zimmerman S. Sloane PD. Cohen LW. Barrick AL. Changing the Culture of Mouth Care: Mouth Care Without a Battle. *The Gerontologist*. 1 de febrero de 2014;54(Suppl1):S25-34.
35. Spanish Geriatric Oral Health Research Group. Oral health issues of Spanish adults aged 65 and over. The Spanish Geriatric Oral Health Research Group. *Int Dent J* 2011 Jun;51(3 Sppl):228-234.
36. Sarri G. Evans P. Stansfeld S. Marcenés W. A school-based epidemiological study of dental neglect among adolescents in a deprived area of the UK. *Br Dent J*. 2012;213(10):E17.
37. Laplace BD. Legrá SM. Fernández LJ. Quiñones MD. Piña SL. Castellanos AL. Enfermedades bucales en el adulto mayor. *Correo científico médico. CCM*. 2013; 17(4): oct-dic.
38. López CG. López BL. Nacho MG. Hernández LD. Salud bucal, salud bucal percibida y calidad de vida en adultos mayores. *Revista médica UV*. 2014: julio-diciembre.
39. Joya LD. Quintero LE. Caracterización de la salud bucal de las personas mayores de 65 años de la ciudad de Manizales, 2008. *Hacia promoc. salud*. 2015; 20(1): 140-152.
40. Kumar A. Dental Neglect- A Review. Instituto de Ciencias Odontológicas de Bangalore Bengaluru, Karnataka 560029, India 2015.
41. Coolidge T. Heima M. Johnson EK. Weinstein P. The Dental Neglect Scale in adolescents. *BMC Oral Health*. 2009;9(2).
42. Páez Y. Tamayo B. Batista A. García Y. Guerrero I. Factores de riesgo de periodontopatía en pacientes adultos. *Correo Científico Médico. Holguín*. 2015; 19(2) abr.-jun.
43. Torres L. Pérez A. López E. Machado S. Pérez R. Sardiñas E. Comportamiento de la salud bucal de la población perteneciente a la Clínica Estomatológica Centro. Clínica Estomatológica Centro Ciego de Ávila. *MEDICIEGO* 2015;.21(4).
44. Dho M. Conocimiento de salud bucodental en relación con el nivel socioeconómico en adultos de la ciudad de Corrientes, Argentina. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2015; septiembre; 33(3): p. 1-3.
45. Villavicencio E. Cuenca K. Vélez E. Sayango J. Cabrera A. Pasos para la planificación de una investigación clínica. *Odontología Activa*. 2016; 1(1): 75-78.
46. Villavicencio E. El diseño de casos y controles en odontología. Universidad Peruana Cayetano. Heredia Lima-Perú. 2017.

47. Villavicencio E. Alvear MC. Cuenca K. Calderón M. Zhunio O. Webster F. El tamaño muestral para la tesis. ¿Cuántas personas debo encuestar? *Odontología active*. 2017; 2(1).

ANEXOS

Anexo 1. Encuesta

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

NEGLIGENCIA DENTAL					
Califique del 1 al 5 si está de acuerdo con esta frase :	Definitivamente no			Definitivamente 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 medica? SI () NO ()	24. Comienz a ponerse nervioso/a cuando el Odontólogo le invita a sentarme en la silla Si () NO ()
16. ¿Cuándo tiene una dolencia quién le recomienda la medicación? a) Médico e) Familiar b) Odontólogo f) Amistades c) Farmacéutico g) Por iniciativa propia d) Técnico en farmacia	25. Comienza a ponerse nervioso/a cuando el Odontólogo va a extraerle un diente, se siente realmente asustado en la sala de espera. Si () NO ()
17. ¿En qué tipo de dolencias Usted se automedica? (tomar medicamento sin prescripción médica) a) Fiebre d) Dolor de cabeza b) Dolor de estomago e) Gripe c) Dolor de diente f) Otros	26. Cuando va en camino al consultorio piensa que el odontologo no le va a explicar lo que hay en sus dientes Si () NO ()
18. ¿Cuándo tiene dolor de diente por qué motivos se auto medica (tomar medicamento sin prescripción médica) y no recurre al Odontólogo? a) Por indicación del técnico de farmacia d) Por hábito b) Porque es muy cara la consulta e) Otros c) Porque la clínica u Hospital está muy lejos de su casa	27. Quiere irse del consultorio cuando piensa que el Odontólogo no le va a explicar lo que hay en sus dientes Si () NO ()
19. ¿Por cuánto tiempo Usted se auto medica? (tomar medicamento sin prescripción médica) a) 1 día c) 3 días b) 2 días d) O más	28. En el momento en que el Odontólogo alista la jeringa con la inyección de anestesia, cierra los ojos fuertemente. Si () NO ()
20. Dónde adquirió el medicamento: a) Farmacia c) Bodega b) Botica d) Establecimiento de salud	29. En la sala de espera suda y tiembla cuando piensa que es su turno de pasar a la consulta Si () NO ()
21. ¿Qué tipos de medicamentos consume mayormente sin prescripción médica? a) Antiinflamatorios d) Ansiolíticos b) Antibiótico e) Otros c) Analgésicos	30. Cuando va hacia el consultorio del odontólogo, se pone ansioso/a solo de pensar si tendrá que usar el taladro dental con Ud. Si () NO ()
22. ¿En qué forma farmacéutica consume los medicamentos sin prescripción médica? a) Pastillas d) Intramuscular b) Jarabe e) Endovenosa c) Suspensión	31. Cuando esta sentada en la silla de tratamiento y no sabe lo que el odontólogo esta haciendo en su boca, se pone nerviosa/o y suda Si () NO ()
23. ¿Cuál es el medio de comunicación que influye en su automedicación? a) Televisión d) Afiches b) Slogan e) Radio c) Paneles	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 ()

Anexo 2. Total de registros

Edad	Sexo	Pareo	Instrucción	Negligencia
45	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
45	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
45	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
45	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
45	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
45	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
45	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
45	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
45	Femenino	No aplica	Alto	Negligente
45	Femenino	No aplica	Alto	Negligente
45	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
45	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
45	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
45	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
45	Femenino	Control	Alto	No negligente
45	Femenino	Control	Alto	No negligente
45	Femenino	Control	Bajo	No negligente
45	Masculino	Caso	Bajo	Negligente
45	Masculino	Caso	Bajo	Negligente
45	Masculino	Caso	Alto	Negligente
45	Masculino	Caso	Alto	Negligente
45	Masculino	Caso	Bajo	Negligente
45	Masculino	No aplica	Alto	Negligente
45	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
45	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
45	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
45	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
45	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
45	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
45	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
45	Masculino	No aplica	Alto	Negligente
45	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
45	Masculino	Control	Alto	No negligente
45	Masculino	Control	Alto	No negligente
45	Masculino	Control	Alto	No negligente
45	Masculino	Control	Alto	No negligente
45	Masculino	Control	Bajo	No negligente
46	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
46	Femenino	No aplica	Alto	Negligente
46	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
46	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
46	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
46	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
46	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
46	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
46	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
46	Femenino	Control	Alto	No negligente
46	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
46	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
46	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
46	Masculino	No aplica	Alto	Negligente
46	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
46	Masculino	No aplica	Alto	Negligente
46	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
46	Masculino	No aplica	Alto	Negligente
46	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
46	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
46	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
46	Masculino	No aplica	Alto	Negligente

46	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
46	Masculino	No aplica	Alto	Negligente
47	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
47	Femenino	Caso	Alto	Negligente
47	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
47	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
47	Femenino	Caso	Alto	Negligente
47	Femenino	Control	Alto	No negligente
47	Femenino	Control	Alto	No negligente
47	Femenino	Control	Bajo	No negligente
47	Femenino	Control	Bajo	No negligente
47	Femenino	No aplica	Alto	No negligente
47	Masculino	Caso	Bajo	Negligente
47	Masculino	Caso	Alto	Negligente
47	Masculino	Caso	Alto	Negligente
47	Masculino	Caso	Bajo	Negligente
47	Masculino	Caso	Bajo	Negligente
47	Masculino	Caso	Alto	Negligente
47	Masculino	No aplica	Alto	Negligente
47	Masculino	Control	Alto	No negligente
47	Masculino	Control	Alto	No negligente
47	Masculino	Control	Bajo	No negligente
47	Masculino	Control	Alto	No negligente
47	Masculino	Control	Bajo	No negligente
47	Masculino	Control	Alto	No negligente
48	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
48	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
48	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
48	Femenino	No aplica	Alto	Negligente
48	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
48	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
48	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
48	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
48	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
48	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
48	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
48	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
48	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
48	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
48	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
48	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
48	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
48	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
48	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
48	Femenino	Control	Bajo	No negligente
48	Femenino	Control	Bajo	No negligente
48	Masculino	Caso	Alto	Negligente
48	Masculino	Caso	Bajo	Negligente
48	Masculino	Caso	Alto	Negligente
48	Masculino	No aplica	Alto	Negligente
48	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
48	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
48	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
48	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
48	Masculino	No aplica	Alto	Negligente
48	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
48	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
48	Masculino	Control	Bajo	No negligente
48	Masculino	Control	Bajo	No negligente
48	Masculino	Control	Alto	No negligente
49	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
49	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
49	Femenino	Caso	Alto	Negligente
49	Femenino	No aplica	Alto	Negligente
49	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
49	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
49	Femenino	Control	Bajo	No negligente

49	Femenino	Control	Alto	No negligente
49	Femenino	Control	Alto	No negligente
49	Masculino	Caso	Bajo	Negligente
49	Masculino	Caso	Bajo	Negligente
49	Masculino	Caso	Bajo	Negligente
49	Masculino	No aplica	Alto	Negligente
49	Masculino	No aplica	Alto	Negligente
49	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
49	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
49	Masculino	Control	Bajo	No negligente
49	Masculino	Control	Bajo	No negligente
49	Masculino	Control	Bajo	No negligente
50	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
50	Femenino	Caso	Alto	Negligente
50	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
50	Femenino	Caso	Alto	Negligente
50	Femenino	No aplica	Alto	Negligente
50	Femenino	No aplica	Alto	Negligente
50	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
50	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
50	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
50	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
50	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
50	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
50	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
50	Femenino	Control	Bajo	No negligente
50	Femenino	Control	Alto	No negligente
50	Femenino	Control	Alto	No negligente
50	Femenino	Control	Bajo	No negligente
50	Masculino	Caso	Bajo	Negligente
50	Masculino	Caso	Bajo	Negligente
50	Masculino	Caso	Bajo	Negligente
50	Masculino	Caso	Alto	Negligente
50	Masculino	Caso	Bajo	Negligente
50	Masculino	Control	Bajo	No negligente
50	Masculino	Control	Bajo	No negligente
50	Masculino	Control	Bajo	No negligente
50	Masculino	Control	Bajo	No negligente
50	Masculino	Control	Bajo	No negligente
51	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
51	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
51	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
51	Femenino	Caso	Alto	Negligente
51	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
51	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
51	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
51	Femenino	No aplica	Alto	Negligente
51	Femenino	Control	Alto	No negligente
51	Femenino	Control	Alto	No negligente
51	Femenino	Control	Bajo	No negligente
51	Femenino	Control	Bajo	No negligente
51	Femenino	Control	Bajo	No negligente
51	Femenino	Control	Bajo	No negligente
51	Masculino	Caso	Alto	Negligente
51	Masculino	Caso	Alto	Negligente
51	Masculino	Caso	Alto	Negligente
51	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
51	Masculino	Control	Bajo	No negligente
51	Masculino	Control	Bajo	No negligente
51	Masculino	Control	Bajo	No negligente
52	Femenino	Caso	Alto	Negligente
52	Femenino	Caso	Bajo	Negligente

52	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
52	Femenino	Control	Bajo	No negligente
52	Femenino	Control	Alto	No negligente
52	Femenino	Control	Bajo	No negligente
52	Masculino	Caso	Bajo	Negligente
52	Masculino	Caso	Bajo	Negligente
52	Masculino	No aplica	Alto	Negligente
52	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
52	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
52	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
52	Masculino	No aplica	Alto	Negligente
52	Masculino	No aplica	Alto	Negligente
52	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
52	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
52	Masculino	Control	Alto	No negligente
52	Masculino	Control	Bajo	No negligente
53	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
53	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
53	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
53	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
53	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
53	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
53	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
53	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
53	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
53	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
53	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
53	Femenino	No aplica	Alto	Negligente
53	Femenino	Control	Bajo	No negligente
53	Femenino	Control	Bajo	No negligente
53	Femenino	Control	Bajo	No negligente
53	Femenino	Control	Alto	No negligente
53	Femenino	Control	Alto	No negligente
53	Femenino	Control	Bajo	No negligente
53	Masculino	Caso	Bajo	Negligente
53	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
53	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
53	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
53	Masculino	No aplica	Alto	Negligente
53	Masculino	Control	Bajo	No negligente
54	Femenino	Caso	Alto	Negligente
54	Femenino	Caso	Alto	Negligente
54	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
54	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
54	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
54	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
54	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
54	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
54	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
54	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
54	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
54	Femenino	Control	Bajo	No negligente
54	Femenino	Control	Bajo	No negligente
54	Femenino	Control	Alto	No negligente
54	Masculino	Caso	Alto	Negligente
54	Masculino	Caso	Bajo	Negligente
54	Masculino	Caso	Bajo	Negligente
54	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
54	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
54	Masculino	Control	Alto	No negligente
54	Masculino	Control	Alto	No negligente

54	Masculino	Control	Alto	No negligente
55	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
55	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
55	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
55	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
55	Femenino	No aplica	Alto	Negligente
55	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
55	Femenino	Control	Alto	No negligente
55	Femenino	Control	Bajo	No negligente
55	Masculino	Caso	Bajo	Negligente
55	Masculino	Caso	Bajo	Negligente
55	Masculino	Caso	Bajo	Negligente
55	Masculino	Caso	Alto	Negligente
55	Masculino	No aplica	Alto	Negligente
55	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
55	Masculino	No aplica	Alto	Negligente
55	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
55	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
55	Masculino	Control	Alto	No negligente
55	Masculino	Control	Alto	No negligente
55	Masculino	Control	Alto	No negligente
55	Masculino	Control	Bajo	No negligente
56	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
56	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
56	Femenino	No aplica	Alto	Negligente
56	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
56	Femenino	No aplica	Alto	Negligente
56	Femenino	Control	Bajo	No negligente
56	Femenino	Control	Bajo	No negligente
56	Masculino	Caso	Bajo	Negligente
56	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
56	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
56	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
56	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
56	Masculino	Control	Alto	No negligente
57	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
57	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
57	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
57	Femenino	Caso	Alto	Negligente
57	Femenino	Caso	Alto	Negligente
57	Femenino	Control	Bajo	No negligente
57	Femenino	Control	Alto	No negligente
57	Femenino	Control	Bajo	No negligente
57	Femenino	Control	Bajo	No negligente
57	Femenino	Control	Bajo	No negligente
57	Femenino	No aplica	Bajo	No negligente
57	Masculino	Caso	Bajo	Negligente
57	Masculino	Caso	Bajo	Negligente
57	Masculino	Caso	Bajo	Negligente
57	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
57	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
57	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
57	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
57	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
57	Masculino	Control	Bajo	No negligente
57	Masculino	Control	Bajo	No negligente
57	Masculino	Control	Bajo	No negligente
58	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
58	Femenino	No aplica	Alto	Negligente
58	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
58	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente

58	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
58	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
58	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
58	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
58	Femenino	Control	Bajo	No negligente
58	Masculino	No aplica	Alto	Negligente
58	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
58	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
58	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
58	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
58	Masculino	No aplica	Alto	Negligente
58	Masculino	No aplica	Alto	Negligente
59	Femenino	Caso	Alto	Negligente
59	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
59	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
59	Femenino	Control	Alto	No negligente
59	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
59	Masculino	No aplica	Alto	Negligente
59	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
59	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
60	Femenino	Caso	Alto	Negligente
60	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
60	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
60	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
60	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
60	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
60	Femenino	Control	Bajo	No negligente
60	Femenino	Control	Alto	No negligente
60	Femenino	Control	Bajo	No negligente
60	Femenino	Control	Alto	No negligente
60	Femenino	Control	Bajo	No negligente
60	Femenino	Control	Bajo	No negligente
60	Femenino	No aplica	Bajo	No negligente
60	Femenino	No aplica	Alto	No negligente
60	Femenino	No aplica	Bajo	No negligente
60	Masculino	Caso	Bajo	Negligente
60	Masculino	Caso	Bajo	Negligente
60	Masculino	Control	Alto	No negligente
60	Masculino	Control	Bajo	No negligente
60	Masculino	No aplica	Bajo	No negligente
60	Masculino	No aplica	Bajo	No negligente
60	Masculino	No aplica	Alto	No negligente
60	Masculino	No aplica	Alto	No negligente
61	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
61	Femenino	Control	Bajo	No negligente
61	Femenino	No aplica	Bajo	No negligente
61	Femenino	No aplica	Alto	No negligente
61	Masculino	Caso	Alto	Negligente
61	Masculino	Caso	Bajo	Negligente
61	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
61	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
61	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
61	Masculino	Control	Alto	No negligente
61	Masculino	Control	Bajo	No negligente
62	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
62	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
62	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
62	Femenino	Caso	Alto	Negligente
62	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
62	Femenino	Control	Alto	No negligente
62	Femenino	Control	Alto	No negligente
62	Femenino	Control	Bajo	No negligente

62	Femenino	Control	Bajo	No negligente
62	Femenino	Control	Bajo	No negligente
62	Masculino	Caso	Bajo	Negligente
62	Masculino	Caso	Bajo	Negligente
62	Masculino	No aplica	Alto	Negligente
62	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
62	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
62	Masculino	Control	Bajo	No negligente
62	Masculino	Control	Alto	No negligente
63	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
63	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
63	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
63	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
63	Femenino	Control	Bajo	No negligente
63	Masculino	Caso	Alto	Negligente
63	Masculino	No aplica	Alto	Negligente
63	Masculino	No aplica	Alto	Negligente
63	Masculino	No aplica	Alto	Negligente
63	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
63	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
63	Masculino	No aplica	Alto	Negligente
63	Masculino	No aplica	Alto	Negligente
63	Masculino	Control	Bajo	No negligente
64	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
64	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
64	Femenino	Control	Bajo	No negligente
64	Femenino	Control	Bajo	No negligente
64	Femenino	No aplica	Bajo	No negligente
64	Femenino	No aplica	Alto	No negligente
64	Masculino	Caso	Alto	Negligente
64	Masculino	Caso	Bajo	Negligente
64	Masculino	Control	Bajo	No negligente
64	Masculino	Control	Alto	No negligente
64	Masculino	No aplica	Bajo	No negligente
65	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
65	Femenino	Caso	Alto	Negligente
65	Femenino	Caso	Alto	Negligente
65	Femenino	Caso	Alto	Negligente
65	Femenino	Caso	Bajo	Negligente
65	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
65	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
65	Femenino	No aplica	Alto	Negligente
65	Femenino	No aplica	Alto	Negligente
65	Femenino	No aplica	Alto	Negligente
65	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
65	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
65	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
65	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
65	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
65	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
65	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
65	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
65	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
65	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
65	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
65	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
65	Femenino	No aplica	Bajo	Negligente
65	Femenino	Control	Alto	No negligente
65	Femenino	Control	Bajo	No negligente
65	Femenino	Control	Bajo	No negligente
65	Femenino	Control	Alto	No negligente
65	Femenino	Control	Bajo	No negligente

65	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
65	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
65	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
65	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
65	Masculino	No aplica	Alto	Negligente
65	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
65	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
65	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
65	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
65	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
65	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
65	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
65	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
65	Masculino	No aplica	Alto	Negligente
65	Masculino	No aplica	Alto	Negligente
65	Masculino	No aplica	Alto	Negligente
65	Masculino	No aplica	Alto	Negligente
65	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
65	Masculino	No aplica	Alto	Negligente
65	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
65	Masculino	No aplica	Alto	Negligente
65	Masculino	No aplica	Alto	Negligente
65	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
65	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
65	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente
65	Masculino	No aplica	Bajo	Negligente

Anexo 3. Distribución caso control

Edad	Negligentes			No negligentes			Casos			Controles		
	Fem.	Mas.	Total	Fem.	Mas.	Total	Fem.	Mas.	Total	Fem.	Mas.	Total
45	14	14	28	3	5	8	3	5	8	3	5	8
46	9	13	22	1	0	1	1	0	1	1	0	1
47	5	7	12	6	6	12	5	6	11	5	6	11
48	14	10	24	2	3	5	2	3	5	2	3	5
49	6	7	13	3	3	6	3	3	6	3	3	6
50	13	5	18	4	5	9	4	5	9	4	5	9
51	8	4	12	6	3	9	6	3	9	6	3	9
52	3	10	13	3	2	5	3	2	5	3	2	5
53	12	5	17	6	1	7	6	1	7	6	1	7
54	12	5	17	3	3	6	3	3	6	3	3	6
55	6	9	15	2	4	6	2	4	6	2	4	6
56	5	5	10	2	1	3	2	1	3	2	1	3
57	5	9	14	6	3	9	5	3	8	5	3	8
58	8	7	15	1	0	1	1	0	1	1	0	1
59	3	4	7	1	0	1	1	0	1	1	0	1
60	6	2	8	9	6	15	6	2	8	6	2	8
61	1	5	6	3	2	5	1	2	3	1	2	3
62	5	5	10	5	2	7	5	2	7	5	2	7
63	4	8	12	1	1	2	1	1	2	1	1	2
64	2	2	4	4	3	7	2	2	4	2	2	4
65	23	26	49	5	0	5	5	0	5	5	0	5
Total	164	162	326	76	53	129	67	48	115	67	48	115