



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**Relación entre el nivel de instrucción y la indiferencia dental en
personas de 45 a 65 años, de la parroquia Huayna Cápac en la
ciudad de Cuenca, 2017**

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

AUTORA: Ayabaca Morocho María Vanessa

DIRECTORA: Pérez Mora, Andrea Paola, Od. Esp.

CUENCA

2018

DECLARACIÓN

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

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

.....

Autor: Ayabaca Morocho, María Vanessa

C.I.: 0105019186

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de titulación denominado **“Relación entre el nivel de instrucción y la indiferencia dental en personas de 45 a 65 años, de la parroquia Huayna Cápac en la ciudad de Cuenca, 2017”**, realizado por **AYABACA MOROCHO, MARÍA VANESSA**, 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 esta expedito para su presentación.

Cuenca, febrero 2018

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó

Coordinador Departamento de Investigación

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Od. Esp. Andrea Paula Pérez Mora

DOCENTE DE LA UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR.

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado “RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y LA INDIFERENCIA DENTAL EN PERSONAS DE 45 A 65 AÑOS, DE LA PARROQUIA HUAYNA CAPAC EN LA CIUDAD DE CUENCA, 2017”, realizado por AYABACA MOROCHO, MARÍA VANESSA, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documentado, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que esta expedito para su sustentación.

Cuenca, febrero 2018

.....

Tutora: Pérez Mora, Andrea Paola, Od. Esp.

DEDICATORIA

Con toda la humildad que de mi corazón puede emanar, dedico primeramente mi tesis a Dios y a la Virgen María, que me dieron la oportunidad de vivir y darme a unos padres maravillosos.

Con todo mi cariño se la dedico a mis padres, que han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante. Gracias mamá y papá por darme una carrera para mi futuro y por creer en mí, a pesar de todas las adversidades siempre han estado a mi lado apoyándome y brindándome todo su amor, los amo con todo mi corazón. A mi sobrino Nicolás por ser mi motivación, inspiración y felicidad

A mi amiga, Ing. Soledad Tarqui y a su familia, doy gracias a Dios, por haber llegado a mi vida, por ser mi apoyo incondicional y haberme enseñado que la constancia tiene sus frutos, los quiero como a una familia y nunca los olvidaré.

EPÍGRAFE

“Hoy estás donde tus pensamientos te han traído;
mañana estarás donde tus pensamientos te lleven”

James Allen

AGRADECIMIENTO

Primeramente, quiero agradecerte a ti mi Dios y Virgen María por bendecirme para llegar a cumplir mi gran sueño anhelado.

A mis padres por todo su apoyo incondicional, que han hecho todo lo posible por darme el estudio y estar ahí siempre para mí.

A mi tutora de tesis, Od. Esp. Andrea Pérez por su paciencia, sus conocimientos y su motivación han logrado en mi para terminar mis estudios con éxito.

Agradezco a mi amiga Ing. Soledad Tarqui por su esfuerzo, dedicación, su experiencia y conocimientos para la elaboración de mi tesis, doy gracias Dios y a la vida por darme la oportunidad de conocer a un ser tan maravilloso como lo es Ud.

También me gustaría agradecer a mis profesores durante toda mi carrera profesional han aportado con un granito de arena para mi formación y en especial a mi profesor Dr. Rene Sánchez, que es un padre para mí, gracias por su enseñanza, sus consejos y sobre todo su amistad.

A la UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA por darme la oportunidad de estudiar y ser una profesional.

Son muchas personas que han formado parte de mi vida, les agradezco por sus consejos, amistad, apoyo, ánimos y en los momentos más difíciles en mi vida, algunos están presentes en mi vida y otros en el recuerdo, sin importar en donde estén les agradezco por todo lo que me han enseñado y ser una persona de bien.

LISTA DE ABREVIATURAS

EGB: Educación General Básica

LOES: Ley Orgánica de Educación Superior

OMS: Organización Mundial de la Salud

ÍNDICE GENERAL

| | |
|---|----|
| RESUMEN..... | 1 |
| ABSTRACT | 2 |
| Introducción | 3 |
| CAPÍTULO I..... | 5 |
| PLANTEAMIENTO TEÓRICO | 5 |
| 1. Planteamiento de la investigación..... | 6 |
| 2. Justificación | 7 |
| 3. Objetivos..... | 8 |
| 3.1. Objetivo general..... | 8 |
| 3.2. Objetivos específicos | 8 |
| 4. Marco teórico..... | 9 |
| 4.1. Bases teóricas | 9 |
| 4.1.a. Sistema educativo del Ecuador | 9 |
| 4.1.a.1. Estratificación del Sistema Educativo en Ecuador..... | 9 |
| 4.1.b. Indiferencia dental..... | 10 |
| 4.1.b.1. Escala de indiferencia dental de Nuttall..... | 11 |
| 4.1.b.2. Consecuencias de la indiferencia dental | 11 |
| 4.1.c. Estrategias para disminuir la indiferencia dental..... | 12 |
| 4.1.c.1. Adherencia al tratamiento dental | 13 |
| 4.1.c.2. Relación Odontólogo-Paciente | 13 |
| 4.1.c.3. Promoción en salud bucodental | 16 |
| 4.1.d. Importancia de la salud dental | 18 |
| 4.1.d.1. Salud dental en adultos..... | 18 |
| 4.2. Antecedentes de la investigación..... | 19 |
| 5. Hipótesis..... | 25 |
| CAPÍTULO II..... | 26 |
| PLANTEAMIENTO OPERACIONAL..... | 26 |
| 1. Marco metodológico..... | 27 |
| 2. Población y muestra | 27 |
| 2.1. Criterios de selección..... | 27 |
| 2.1.a. Criterios de inclusión..... | 27 |
| 2.1.b. Criterios de exclusión..... | 27 |
| 3. Operacionalización de variables | 28 |
| 4. Instrumentos, materiales y recursos para la recolección de datos | 28 |
| 4.1. Instrumentos documentales | 28 |

| | |
|---|----|
| 4.2. Instrumentos mecánicos | 29 |
| 4.3. Materiales | 29 |
| 4.4. Recursos | 29 |
| 5. Procedimiento para la toma de datos..... | 29 |
| 5.1. Ubicación espacial..... | 29 |
| 5.2. Ubicación temporal | 29 |
| 5.3. Descripción de la toma de datos..... | 29 |
| 6. Procedimiento para el análisis de datos..... | 30 |
| 7. Aspectos bioéticos..... | 30 |
| CAPÍTULO III..... | 31 |
| RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES | 31 |
| 1. Resultados..... | 32 |
| 2. Discusión..... | 35 |
| 3. Conclusiones | 37 |
| Bibliografía..... | 38 |
| ANEXOS | 41 |
| Anexo 1. Encuesta..... | 41 |
| Anexo 2: Distribución pareada (casos – controles) | 42 |
| Anexo 3. Distribución total de las encuestas..... | 43 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Distribución de la muestra de acuerdo al sexo..... | 31 |
| Tabla 2. Distribución de la muestra de acuerdo a la edad..... | 32 |
| Tabla 3. Relación entre la exposición y la enfermedad | 33 |

RESUMEN

OBJETIVO: El objetivo del estudio fue determinar la relación entre el nivel de instrucción y la indiferencia dental en personas de 45 a 65 años, de la parroquia Huayna Cápac en la ciudad de Cuenca, 2017.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal aplicado en la parroquia Huayna Cápac, en la ciudad de Cuenca. La muestra estuvo constituida de 397 personas que fue realizada en dicha parroquia, de los cuales se obtuvo un 43% de hombres y el 57% de mujeres con una media de edad general de 54 años. Se registra una mayor distribución de la muestra entre los 45 a los 56 años con el 68% del total. Para la evaluación del riesgo se utilizó el instrumento de evaluación denominado barreras para acceder a servicios odontológicos. Los datos recolectados fueron registrados en el programa de libre acceso EPI INFO versión 7.2. **RESULTADOS:** De acuerdo al análisis realizado en los participantes se obtuvo un valor del nivel de instrucción bajo con el 59%, distribuido en un 22% de hombres y el 37% de mujeres, en cuanto a la instrucción alta, el 41% de la muestra se caracterizó por poseerlo, de los cuales el 21% fueron del sexo masculino y el 20% femenino. El nivel de indiferencia es inversamente proporcional al nivel de instrucción. **CONCLUSIONES:** se pudo determinar la existencia de una relación entre el nivel de instrucción y la indiferencia dental en personas de 45 a 65 años, de la parroquia Huayna Cápac en la ciudad de Cuenca, en tanto se obtuvo mediante una proporción de casos expuestos respecto al total de casos del 65% cuya medida de asociación fue calculada con Odds ratio e indicó un valor de 1,6893 que es más probable que se presente la indiferencia dental en personas con educación baja siendo esta variable un factor de riesgo ante la presencia de la condición estudiada.

PALABRAS CLAVE: Indiferencia dental, nivel de instrucción, nivel socioeconómico, salud dental, factor de riesgo.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The objective of the study was to determine the relationship between the level of instruction and dental indifference in people aged 45 to 65 years old, from the Huayna Cápac parish in the city of Cuenca, 2017.

MATERIALS AND METHODS: A descriptive, cross-sectional study was carried out in the Huayna Cápac parish, in the city of Cuenca. The sample consisted of 397 people who were made in the parish, of which 43% were men and 57% were women with an average age of 54 years. There is a greater distribution of the sample between 45 to 56 years with 68% of the total. For the evaluation of the risk, the evaluation instrument called barriers to access dental services was used. The data collected was recorded in the free access program EPI INFO version 7.2. **RESULTS:** According to the analysis carried out in the participants, a value of the predominant educational level was the low with 59%, distributed in 22% of men and 37% of women, in terms of high instruction, 41 % of the sample was characterized by possessing it, of which 21% were male and 20% were female. The level of indifference is inversely proportional to the level of instruction. **CONCLUSIONS:** we can determine the existence of a relationship between the level of instruction and dental indifference in people aged 45 to 65 years, from the Huayna Capac parish in the city of Cuenca, while it was obtained by a proportion of cases exposed with respect to the total of cases of 65% whose measure of association was calculated with Odds ratio and indicated a value of 1.6893 which is more likely to present dental indifference in people with low education, this variable being a risk factor in the presence of Condition studied.

KEYWORDS: Dental indifference, educational level, socioeconomic status, dental health

Introducción

La salud dental ha sido un tema prioritario en los últimos años, por las diversas instancias públicas en diferentes países pues para el 2012 la Organización Mundial de la Salud indicó la existencia de al menos un 60% a 90% de infantes escolares padecían de caries y el 100% de adultos se registraban con el mismo problema, poniendo de manifiesto que las enfermedades periodontales de carácter grave podían agravarse hasta el punto de la pérdida de la pieza dental entre un 15% a 20% de los adultos con edades medias entre los 35 a 44 años, lo que se convierte en un mayor problema para adultos mayores (entre 65 y 74 años) pues el 30% de ellos no poseen dientes naturales.¹

Al respecto en Ecuador, el sistema de salud, durante años dirigió su atención a enfermedades en las que no se contempla la salud bucal debido a los costos elevados que esta representaba, potenciando muy poco el reforzamiento de conductas sanas en cuanto a la salud bucal. Por lo que en la actualidad el perfil epidemiológico más común en la población es la caries dental sobre todo en edades tempranas con una prevalencia del 88% aproximadamente, además se sabe que entre el 5% al 20% de personas sufren de periodontitis severa, de forma que el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en la actualidad se encuentra elaborando el Plan Nacional de Salud Oral.^{2,3}

Esto con el fin de combatir la indiferencia a la salud bucodental, por lo que el programa contempla un modelo de atención primario a fin de abordar adecuadamente las patologías mencionadas, considerando además factores emocionales de los pacientes, los cuales marcan su comportamiento en tanto ocasiona la apatía al acceso a servicios médicos odontológicos ya sea por temor o por la ansiedad que pueden llegar a sentir.

Es por lo que el presente proyecto pretende determinar la relación entre el nivel de instrucción y la indiferencia dental en personas de 45 a 65 años, de la parroquia Huayna Cápac en la ciudad de Cuenca, de forma que la investigación se convierta en un aporte para la sociedad por medio del aporte al mejoramiento de los hábitos de salud dental considerando ciertas características del público objetivo que pueden orientar las estrategias de los planes de salud.

Ahora bien, antes de profundizar en la temática es importante saber que la salud dental es "la no existencia de dolor ya sea en la boca o a nivel facial, además de la no presencia de enfermedades como cáncer, procesos infecciosos o ulcerosos, dificultades

periodontales, caries u otras patologías que impidan al sujeto mantener un equilibrio en el funcionamiento de su organismo”.¹

Entonces el presente estudio, se convierte en un punto de partida para los individuos, en cuanto el especialista en salud dental podrá identificar el comportamiento habitual del grupo etario investigado y plantear la mejor solución posible en términos de educación en salud y atención oportuna.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Planteamiento de la investigación

Para el presente estudio, se ha considerado un componente social, que responde a la edad de las personas, considerándolos entre los 45 a 65 años al ser un grupo vulnerable desde el punto de vista de la OMS, en tanto son sujetos con hábitos de salud dental establecidos, generalmente desde la infancia, carentes de eficacia, lo cual se ha visto reflejado en los repetidos casos de pacientes con caries, gingivitis, y otras patologías.^{1,4}

Ante tal contexto, resulta indispensable considerar la salud bucal como factor determinante para el bienestar biopsicosocial de las personas, tomando en cuenta que su repercusión modifica la calidad de vida de los individuos y por ende sus condiciones integrales de salud.

De esta forma será posible el abordaje de la salud oral por medio de planes, programas u otras estrategias que permitan la promoción de la salud y su fortalecimiento por medio del conocimiento de los factores de riesgo, los mismos que deben ser expuestos de manera que se comprendan los factores protectores a los que cada persona puede acceder para alcanzar un estado integral de salud, modificando así comportamientos y actitudes que normalmente son comunes en los diferentes grupos poblacionales, tales como la resistencia a los controles odontológicos y a los tratamientos; hábitos relacionados al uso del cepillo, tales como el tiempo de uso del mismo, técnica de cepillado, frecuencia, entre otros y para poder reducir la incidencia de patologías bucodentales.

Por lo que, el presente estudio fue planteado por el Departamento de Investigación de la Facultad de Odontología de la Unidad de Salud y Bienestar de la Universidad Católica, dentro de la línea de investigación de Ciencias Médicas y de la Salud. Estableciéndose como pregunta de exploración: ¿Existe una relación entre el nivel de instrucción y la indiferencia dental en personas de 45 a 65 años, de la parroquia Huayna Cápac en la ciudad de Cuenca, 2017?

Así, la investigación se presenta en torno a la indiferencia dental de personas cuya edad oscila entre los 45 a 65 años, específicamente de la parroquia Huayna Cápac, ya que las variables que caracterizan a la población tienen estrecha relación con la salud, sin embargo, es necesario su estudio y análisis de forma que los resultados permitan potenciar y proteger a la población de las consecuencias de una patología. Estas variables, pueden ser socioeconómicas, culturales e incluso de carácter político (políticas

macroeconómicas, sociales, públicas, etc., que permiten o limitan el acceso a la atención en salud en sus diferentes áreas).

2. Justificación

La presente investigación tiene una **relevancia humana** debido a que la indiferencia dental está relacionada con diversos factores psicosociales, tales como el rechazo e insatisfacción en la consulta odontológica o el temor, los cuales varían conforme la edad de los pacientes, por lo que se procura obtener información relevante que permita a los profesionales de la odontología identificar las conductas de las personas a fin de diferenciar aquellas negativas en relación a la salud dental, y poder erradicarlas por medio de la promoción adecuada de los servicios de salud y el correcto incentivo a la población para su acceso oportuno a los mismos.

En relación a la **relevancia científica**, el proyecto plantea una investigación correlacional en tanto analiza variables que potencialmente pueden presentar una estrecha vinculación, por un lado, la edad de los sujetos, su nivel de instrucción y por otro su indiferencia dental, y es partir de los resultados que se obtendrán que se podrá definir cuál es el factor de riesgo más relevante en relación a la salud dental.

Por su parte la **relevancia social** se encuentra en el gran aporte que la investigación podrá otorgar a futuras investigaciones relacionadas con la indiferencia dental en personas entre 45 a 65 años en la Ciudad de Cuenca, o como sustento para programas de educación o prevención en salud oral. Además, favorece a los profesionales de la odontología al otorgar indicadores que les permitan un adecuado abordaje de pacientes del grupo etario de investigación, mejorando así la experiencia de dichas personas en cuanto a atención en salud oral se refiere, reduciendo el temor y ansiedad a niveles nulos o tolerables y permitiendo una mejor atención médica odontológica.

Y, considerando la propuesta de estudio, desde un punto de vista de originalidad, el tema de investigación ha sido escasamente analizado a nivel nacional, pues en su mayoría los estudios abordan la temática en grupos etarios de niños o adolescentes. La originalidad del tema se sustenta en los análisis de correlación de tres variables importantes: edad, nivel de educación e indiferencia dental, otorgando una visión más amplia de los pacientes. Por lo que, para garantizar la viabilidad del estudio se han realizado coordinaciones con el departamento de investigación de la Unidad Académica de Salud y Bienestar, con la dirección de la carrera de odontología.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

- Determinar la relación entre el nivel de instrucción y la indiferencia dental en personas de 45 a 65 años, de la parroquia Huayna Cápac en la ciudad de Cuenca, 2017.

3.2. Objetivos específicos

- Analizar la muestra de las personas con indiferencia dental de la parroquia Huayna Cápac en la ciudad de Cuenca, 2017 según el sexo.
- Analizar la muestra de las personas con indiferencia dental de la parroquia Huayna Cápac en la ciudad de Cuenca, 2017 según la edad.

4. Marco teórico

4.1. Bases teóricas

4.1.a. Sistema educativo del Ecuador

En el Ecuador el sistema educativo se caracteriza por diferentes condiciones, partiendo desde la clasificación en fiscal, fisco misional, municipal y particular, además se ha decretado la obligatoriedad hasta el nivel básico, potenciando la gratuidad hasta el bachillerato. Por otra parte, el régimen se cumple en dos momentos conforme la costa y la sierra⁵. Está reglamentado por el Ministerio de Educación del Ecuador, y se fundamenta en la constitución, al expresar:

Art. 26. La educación, es para los individuos, un derecho que forma parte de su vida, además de ser una obligación del Estado, quien será en ente encargado de dotar de la misma a la población. Por ello la educación es uno de los temas centrales del para el Gobierno en términos de inversión, calidad, igualdad e inclusión social para el buen vivir. Además, se recalca que todas las personas pueden y deben ser partícipes de la educación.⁴

Pese a ello, muchas personas en Ecuador no pueden acceder al sistema educativo básico, o lo inician, pero no logran culminarlo, situación que ha caracterizado a la población durante años; sin embargo, cabe destacar que, en Cuenca, este hecho es menos marcado que en otras provincias, sobre todo en el área urbana, pues de cierta forma la ciudad es conocida por la formación académica de su gente. Entonces la condición educativa de las personas se convierte en un factor determinante del comportamiento, por lo que ha sido considerada como variable de estudio en diversas investigaciones en salud o de carácter social, en cuanto puede condicionar hábitos, costumbres o comportamientos ante otras variables de interés.⁶

4.1.a.1. Estratificación del Sistema Educativo en Ecuador

La educación en Ecuador, se clasifica, de acuerdo con la Ley Orgánica de Educación Intercultural, en inicial, general básico (EGB) y bachillerato. En cuanto al nivel inicial, está dirigido a menores de entre 3 a 5 años, por tanto, no se trata de un sistema formal de escolarización, por el contrario, se lo conoce como la pre primaria. En cuanto al sistema general básico abarca el primer grado de EGB, desde el segundo al cuarto año es

conocido como básica elemental, entre el quinto año hasta el séptimo es básica media y entre octavo a décimo es básica superior. Finalmente, el bachillerato contempla tres años de formación.⁷

En cuanto a la educación superior, esta se regula a través de la LOES o Ley Orgánica de Educación, que conforme la sección primera del artículo 350 que expresa su fin como parte de un proceso formativo a nivel profesional, es decir que se trata de la profesionalización del ser humano en un aspecto concreto como las ciencias sociales, tecnológicas, etc., que tiene como meta para el país contar con personas altamente capacitadas para solventar sus diferentes problemas.⁵

Por lo tanto, su fin se aboca a la formación profesional del ser humano en áreas de interés social que permitan el desarrollo de los pueblos. Cabe destacar que ésta se organiza en niveles: una educación superior no universitaria, que se refiere a los niveles técnicos y tecnológicos, el tercer nivel donde se concentran las licenciaturas e ingenierías y la de cuarto nivel o posgrado que se considera como especialización.⁸

4.1.b. Indiferencia dental

La indiferencia dental está relacionada en cierta forma con los malos hábitos dentales y con la visita al dentista en tanto esta es una situación que provoca ansiedad las personas, provocando incluso que el sujeto deje de acudir a los controles odontológicos y los abandone. Entonces al hablar de indiferencia dental, es preciso referirse a la manipulación de la zona bucal por parte del individuo y por el dentista.⁹

Por lo que la indiferencia al cuidado y tratamiento dental se refiere a una actitud establecida por la persona que subestima la salud bucodental, poniendo de manifiesto el desinterés de las personas la higiene y tratamiento dental, lo que implica un incumplimiento en cuanto a hábitos de aseo y de control odontológico, básicamente por la concepción errónea del ser humano al minimizar la importancia de dichos procesos.¹⁰

De esta forma se destaca la importancia de estudiar los hábitos de higiene bucal y la relación con la salud bucodental, pues se consideran actitudes y conductas de las personas referidas al autocuidado, por ejemplo, el cepillado y su frecuencia además de su relación con el incremento de lesiones cariosas, entre otras variables como la motivación, nivel socioeconómico y alimentación saludable.¹¹

4.1.b.1. Escala de indiferencia dental de Nuttall

La escala de indiferencia dental se mide por medio de una encuesta que se desarrolló en 1996 por Nuttall en Escocia. El fin de dicha valoración es el medir las acciones que se enmarcan como indiferentes respecto a los hábitos y sugerencias en cuanto a la salud dental se refiere. Esta medición excluye a las personas que presenta miedo o niveles de ansiedad elevados cuando se trata del control con un profesional de la odontología. La escala de Nuttall, se clasifica de la siguiente manera bajo (de 0 a 1), medio (de 2 a 4), alto (de 5 a 9).^{12,13}

La escala está compuesta de 8 niveles: acerca del uso del cepillo de dientes y hábitos, comportamiento actual respecto a la salud dental, que hace si pierde una pieza dental, si realiza citas para visitar al dentista, que hace si las encías sangran, comportamiento respecto a las citas dentales, que haría si tuviera un diente muy doloroso, y finalmente aborda la principal razón para no ir al dentista (Ver Anexo 1).¹³

4.1.b.2. Consecuencias de la indiferencia dental

Las consecuencias derivadas de la indiferencia dental pueden derivar en complicaciones de salud graves que afectan a distintas partes del organismo, provocando enfermedades cardiacas, cancerígenas, diabetes e incluso de orden neurodegenerativo.¹⁴ Pero las principales consecuencias de la mala higiene bucodental y por ende de la indiferencia respecto a la salud dental son:

- Caries dental: se estima que el 100% de adultos a nivel mundial, tiene o ha tenido caries.¹⁴
- Enfermedades periodontales: este tipo de patologías suele estar presente entre el 15% al 20% de personas adultas los 35 a 44 años.¹⁴



Imagen 1. Enfermedades periodontales.
Fuente: Organización Mundial de la Salud

- Pérdida dentaria: provocada por caries dental o enfermedades periodontales, por tanto, es en edades más avanzadas que se registra mayor número de casos, estimándose que el 30% de personas entre los 65 a 74 años han perdido sus piezas dentales.¹⁴
- Cáncer de boca: la prevalencia de esta enfermedad sucede a nivel mundial en relación 1-10.000, es decir que por cada diez mil personas se registra un caso, sobre todo en hombres caracterizados por un nivel de instrucción bajo e ingresos económicos bajos, además dicha patología está asociada con el consumo de licor y cigarrillo.¹⁴

Todas estas enfermedades pueden ser tratadas, sin embargo, de acuerdo con la OMS, las condiciones de pobreza, asociadas a niveles de educación bajos no permiten que las personas accedan a tratamientos adecuados, sobre todo en las zonas rurales y en personas mayores.¹⁴

4.1.c. Estrategias para disminuir la indiferencia dental

Entre las estrategias para lograr cambios en la población respecto a la indiferencia dental se menciona el fortalecimiento a la adherencia al tratamiento, el mejoramiento de la relación entre el individuo y el odontólogo lo cual implica la disminución de la ansiedad y el miedo, y finalmente se destaca la promoción en salud por medio de procesos de comunicación y educación eficaces que permitan a la población reflexionar sobre la importancia de la salud dental^{9,10,11}.

4.1.c.1. Adherencia al tratamiento dental

Para lograr una adherencia dental se pueden usar diferentes estrategias que emplean la comunicación, la psicología, incluso estrategias de adaptación social, pero la realidad es que no existen programas totalmente efectivos.¹² Además, es necesario considerar que la adherencia dental involucra los siguientes factores:¹²

- Nivel de conocimiento del paciente debido a la información recibida por las diversas fuentes.
- Condiciones respecto a la enfermedad, como su nivel de complicación, tiempo de la patología, gravedad.
- Contacto inicial con el profesional y grado de confianza y compromiso establecido inicialmente.
- Cambios en el horario de atención por parte del profesional de la salud, lo cual puede ocasionar disgusto en el paciente y por tanto abandono de tratamiento.
- Años de una persona, definidos por su edad, pues de acuerdo a ella también se presentan variantes en la adherencia al tratamiento.
- Condiciones psicológicas y emocionales de una persona, ya que de su estado anímico dependerán sus acciones.

También es necesario considerar aspectos como la motivación y la educación de los pacientes de forma que se planteen objetivos que permitan la adquisición de destrezas en técnicas de higiene oral, control en cuanto al consumo de azúcares, etc. Por lo que cualquier programa orientado a mejorar la salud dental de las personas debe considerar aspectos sociales que detonan los comportamientos de riesgo.^{13,14}

4.1.c.2. Relación Odontólogo-Paciente

Para comprender como la relación entre el odontólogo y el paciente, se convierte en una estrategia para combatir la indiferencia dental, es preciso considerar el rol del profesional, pues éste se enmarca en la oferta y atención de la demanda de servicios relacionados con la atención científica, terapéutica, rehabilitadora y preventiva, respecto a la salud oral.

Por lo que también se requiere el análisis de aspectos característicos de la población que requiere la atención odontológica, entre ellos está la cultura, el nivel socio económico, el grado de instrucción, etc., esto con el fin de alcanzar el bien del paciente y un servicio en salud efectivo.¹⁴

Sin embargo, considerando que los odontólogos, se enfrentan a muchos desafíos y oportunidades, su rol es de gran importancia para el ser humano durante su ciclo de vida, y para el grupo etario de estudio resulta de gran impacto, en tanto en la etapa adulta, se develan los malos hábitos de las personas en cuanto al cuidado de los dientes, por lo que el odontólogo tiene una gran responsabilidad al ser quien tiene la capacidad para devolver la salud dental a los pacientes.

Por todo ello la relación entre el odontólogo y el paciente, debe estar enmarcada en el respeto y confianza, en tanto dichos aspectos determinarán el acceso de las personas a los servicios odontológicos de manera voluntaria.¹⁵ Pues existen variables que influyen en el comportamiento y actitudes del paciente, como por ejemplo el rechazo, el temor, la desconfianza, la escasa cooperación, falta de compromiso con las citas, etc.¹⁶

Además, es preciso que el odontólogo nunca descuide ciertos detalles que caracterizan a las personas en la actualidad, pues muchos de los individuos se informan de asuntos técnicos referidos a su salud dental, lo que pone al profesional ante un escenario de cuestionamientos por parte del paciente que potencialmente pueden convertirse en malos entendidos si no son abordados a tiempo y con la debida atención que merecen. Ante dicho escenario el odontólogo debe establecer una relación que brinde seguridad al paciente, actuando como un informante calificado para responder a sus inquietudes relacionadas con su salud dental, minimizando sus temores y procurando un cambio de actitud del mismo hacia hábitos más saludables.^{17,18}

Por otra parte, también se deben mencionar la existencia de otros factores que pueden intervenir en la relación entre el profesional y el paciente, y son aquellos aspectos dependientes del odontólogo, como por ejemplo su personalidad, la falta de adiestramiento en cuanto al manejo del stress.¹⁸

Y otros factores referidos a la interacción, es decir propios de la relación paciente-odontólogo, contemplados en conjunto, entre los que se destacan el dolor que el profesional puede causar al individuo o el miedo latente de dicha posibilidad, que se percibe por el colectivo social. Aquí, se destaca las circunstancias en las que inicia la

relación, pues si se trata de un caso emergente, puede generarse una desconfianza e inseguridad por parte del paciente, y en una consulta con menor carga de preocupación, la situación puede ser mucho mejor para ambos dada la fluidez y apertura que se pudiere presentar.¹⁹

En este punto, se recalcan condiciones psicológicas que el profesional debe considerar a fin de mejorar la relación con los pacientes en tanto, desde la perspectiva de la psicología, el ser humano posee características que lo distinguen en términos de personalidad, por lo que se lo puede diferenciar de otras personas, clasificándolo de acuerdo a la forma de ser. Ahora bien, la relación entre las condiciones psicológicas mencionadas consideradas para los pacientes y el odontólogo, pueden ocasionar una asociación colaborativa o conflictiva.

Personalidad del paciente

| Personalidad del paciente | Características | Problema potencial |
|---------------------------|--|---|
| Paranoia | Desconfianza, temeroso de que lo engañe, iracundo y guarda rencor. | El profesional siente exceso de control en sus acciones y es cuestionado e incluso se enfrenta a un paciente que puede exponer su pronóstico ante otros odontólogos para comprobar su veracidad. |
| Esquizoide | Introvertido y poco comunicativo. | Al no permitir una relación con el profesional, no se puede conocer su sentir respecto a su salud o resulta ambiguo. |
| Fóbico | Temeroso, no es sociable, autoestima baja. | Su condición hace que tenga poca adherencia al tratamiento, e incluso su cuadro clínico puede ser avanzado debido a su temor al odontólogo. |
| Dependiente | No puede hacer actividades solo, sus opiniones dependen de otro. | Siempre está en compañía por lo que otra persona puede opinar de su salud, o incluso puede fijar dependencia con el profesional lo que deriva en constantes consultas innecesarias y molestosas para el odontólogo. |

Fuente: Fodor, A. De la Parra, G.

Es por ello que los tipos de personalidad que se registran en el DSM V, deben ser considerados por el profesional a fin de identificar los potenciales problemas que se pueden presentar con el paciente y determinar su actuación frente a ellos (Ver Tabla 1).²⁰

Pero no solo la personalidad del paciente es la que puede intervenir en la relación con el odontólogo, pues también el profesional puede dificultar la atención, por lo que es preciso identificar las potenciales personalidades que resultan conflictivas (Ver Tabla 2.).²⁰

Por lo tanto, es imprescindible que el odontólogo tenga la capacidad de distinguir los potenciales comportamientos de sus pacientes, para poder entenderlos y no tener que enfrentar situaciones que provoquen tensión, ansiedad, estrés, o condiciones traumáticas. De manera concluyente se trata de que el profesional tenga la debida preparación en cuanto a procesos éticos y protocolos de actuación para beneficio de ambas partes.

Personalidad del odontólogo

| Personalidad del odontólogo | Comportamiento |
|-----------------------------|---|
| Paranoia | No tiene confianza en relación al paciente, por lo que teme a que éste lo engañe y su práctica profesional puede verse en riesgo debido a la incomodidad que éste siente. |
| Esquizoide | Introvertido, poco comunicativo con las personas, por lo que su distanciamiento puede generar desconfianza en las personas. |
| Fóbico | Profesional temeroso de que sus acciones o tratamientos estén mal, es inseguro de su proceder. |
| Dependiente | Duda de sí mismo y busca apoyo en opiniones de otros profesionales. |
| Obsesivo | Excesivamente atento a los detalles para alcanzar la perfección, pudiendo ser agotador para el paciente debido al tiempo que le toma el tratamiento. |
| Histérico | Normalmente gracioso por su preocupación de caer bien a las personas más que por las decisiones respecto al tratamiento. |
| Pasivo | En cierta forma lento, lo cual molesta a los pacientes, sobre todo si la persona es exigente con el tiempo. |

Fuente: Fodor, A. De la Parra, G.

Por lo tanto, es imprescindible que el odontólogo tenga la capacidad de distinguir los potenciales comportamientos de sus pacientes, para poder entenderlos y no tener que enfrentar situaciones que provoquen tensión, ansiedad, estrés, o condiciones traumáticas. De manera concluyente se trata de que el profesional tenga la debida preparación en cuanto a procesos éticos y protocolos de actuación para beneficio de ambas partes.

4.1.c.3. Promoción en salud bucodental

Para hablar de promoción en salud bucodental, es preciso tener presente que el término salud, se refiere a “un estado de bienestar total de una persona que implica su equilibrio físico y psíquico, además de no presentar patologías que afecten su salud”.²¹ En referencia a promoción en salud, ésta se contempla como la forma de otorgar a las personas la información y medios que les permitan mejorar sus condiciones de bienestar

y tener control sobre el mismo, fundamentándose en tres aspectos: educación para la salud, comunicación e información.²²

- Educación para la salud: esta se orienta a orientar y apoyar comportamientos que permitan a las personas mejorar sus condiciones de salud, para ello se recurre a modelos que permiten direccionar las estrategias con un fin, por ejemplo, está el más conocido que es el modelo médico, y a través de él se informa sobre aspectos etiológicos de las enfermedades además de instruir a las personas en sus comportamientos deseados.²³
- Otro modelo de educación para la salud es de orden psicológico, en el cual se toma en cuenta las expectativas y experiencias de cada persona, también considera las reglas sociales, es decir del grupo e involucra el proceso socializador. Finalmente, otro de los modelos comunes es el socio-ambiental, potenciando una educación para el cambio, es decir que las personas opten por estilos de vida saludables.^{23,24}
- Comunicación e información para la salud dental: esta implica estudiar y hacer uso de estrategias comunicacionales a fin de poder proporcionar la información y ejercer influencia en las decisiones de las personas para potenciar su mejora en términos de salud. Para ello se considera a la comunicación, no solo a partir de los medios que permiten la difusión del mensaje, si no como un elemento que contribuye en prevención de enfermedades por medio de la información oportuna, mejora las relaciones entre las personas y fortalece la adherencia a comportamientos saludables.²⁵

Es así, que, en Ecuador, se ha desarrollado el Plan Nacional de Salud Bucal, el cual ha estado vigente desde el año 2009 a cargo del Ministerio de Salud Pública, el cual se enfoca en promover y prevenir con el fin de mejorar la calidad de salud de las personas, articulando un trabajo cooperativo entre la comunidad, los profesionales de la salud dental y en general toda la sociedad. Para ello se ha establecido el siguiente objetivo: Dar garantía en cuanto a salud bucal se refiere, para que las personas puedan acceder a la misma, para lo cual es necesario elaborar, implementar, evaluar, y monitorear las acciones gubernamentales a fin de promover, educar, prevenir y recuperar la salud dental".²⁶

En cuanto a la promoción, esta contempla aspectos como la motivación para que las personas participen de una buena salud dental, además incita a los profesionales a

que sean ellos quienes capaciten a la sociedad respecto a medidas preventivas de acuerdo a las diferentes edades. Respecto a la educación, el plan contribuye en la construcción de una cultura en salud bucal, por medio del cambio de hábitos y actitudes de la población.²⁶

En complemento al plan nacional de salud bucal, en el año 2014, se presentaron los Protocolos Odontológicos desarrollados, de igual manera, por el Ministerio de Salud Pública y otras instancias tanto públicas como privadas, con el objetivo de mejorar la calidad de atención en salud dental en todas las edades, estableciendo así guías para la intervención en los distintos casos o problemas dentales.²⁷

4.1.d. Importancia de la salud dental

La salud dental ha sido contemplada desde una perspectiva integral, es decir como parte del bienestar general de las personas, además se ha destacado la importancia de su cuidado debido a que constituye parte de la estética de las personas. Por lo tanto, la adecuada salud oral contribuye a un estado de bienestar de las personas, disminuyendo así la posibilidad de enfermedades periodontales, caries, infecciones, etc.²⁸

Por lo que, para lograr una salud dental adecuada es necesario el control con el especialista para ello, quien, a más de valorar al paciente, procurará un enfoque terapéutico y de prevención, sin ser invasivo, es decir que su función, también es educar a la persona, principalmente en cuanto al cepillado en el nivel primario y secundario, ya que ayuda a controlar la placa dental y protege a los tejidos de la cavidad oral para evitar enfermedades.²⁹

Por otra parte, entre los agentes que afectan a la salud dental está el consumo de tabaco, alcohol y una mala alimentación, que provocan no solo enfermedades dentales si no pérdida de piezas.²⁸ Además, la edad es una variable que caracteriza la salud dental, pues con el avance de los años se presenta pérdida de dientes y debido a otras patologías (diabetes, hipertensión, etc.) el cuidado se dificulta.³⁰ Al respecto, cabe mencionar que de acuerdo a la OMS, el número de piezas dentales mínimos en una persona, debería ser de 20, con una distribución adecuada a fin de que no se pierda a funcionalidad para la masticación y que no afecte a la salud e incluso a la estética.³¹

4.1.d.1. Salud dental en adultos

Con la edad, la boca y los dientes sufren alteraciones, y pese a haber mantenido una buena salud bucodental se presentan complicaciones tales como:³²

- Caries debido a que en las personas mayores se presenta un deterioro de las superficies radiculares de los dientes y para contrarrestar esta condición es indispensable el cepillado con pasta dental con flúor, uso del hilo dental e indudablemente la visita al profesional de forma regular.
- Sensibilidad de las encías debido a su retracción con los años, dejando expuestas áreas de los dientes que no se encuentran protegidas por el esmalte, de forma que se puede sentir dolor con la ingesta de comida fría o caliente, para lo cual se recomienda el uso de productos especializados como pasta para dientes sensibles.
- Sequedad, la cual suele derivarse de la ingesta de medicinas u otras condiciones médicas, esta puede provocar daños en las piezas dentales, cuando esta alteración se presenta, es necesario ir al dentista para un adecuado tratamiento.

Además, otras enfermedades que pueda presentar la persona, son detonantes para complicaciones de la salud bucodental, por ello es muy importante hacer saber al profesional de enfermedades como diabetes, problemas cardiacos, cáncer u otras. También, pueden presentarse problemas derivados de tratamientos anteriores como las prótesis dentales pues éstas requieren de cuidados específicos que, si no se realizan, ocasionan alteraciones.³²

4.2. Antecedentes de la investigación

- **Obra:** Impacto de Salud Oral sobre Calidad de Vida en Adultos Jóvenes de Clínicas Odontológicas Universitarias en Cartagena-Colombia.³³

Autores: Díaz, S. Meisser, M. Tirado, L. Fortich, N. Tapias, L. González, F.

Resultado: El objetivo de este estudio fue asociar el estado de salud oral y calidad de vida en adultos de clínicas odontológicas universitarias de Cartagena, Colombia, en 400 adultos jóvenes y maduros (20 a 59 años), y se aplicó un instrumento para indagar variables sociodemográficas, el General Oral Health Assesment Index (GOHAI) para evaluar impacto calidad de vida relacionada con la salud oral (CVRSB) y un examen oral, obteniéndose que el 66,7% de los participantes eran mujeres y se hallaban en adultez madura (54,7%) edad promedio 44,6 años (DE=13,7). El 33,2%

presentó un impacto negativo de CVRSB (IC 95%). Se hallaron asociaciones entre bajo nivel de escolaridad (OR=2,4; IC 95%= 1,6-3,8; p=0,000), ausencia de servicios de salud (OR=1,9; IC 95%= 1,2-2,8; p=0,002), presencia de menos de 19 dientes (OR=3,6; IC 95%= 2,3-5,8; p=0,000), restos radiculares (OR=6,5; IC 95%= 4,1-10; p=0,000) y cálculos (OR=5,3; IC 95%= 3,3-8,4; p=0,000;) con el impacto negativo de CVRSB. En el modelo multivariado las variables que mejor explican el impacto negativo fueron: ausencia de servicios de salud, contar con menos de 19 dientes, presencia de restos radiculares y cálculos (p<0,05).

- **Obra: Artículo de Revista:** Desarrollo inicial de una escala para medir la indiferencia dental.³⁴

Autor: Nuttall, M.

Resultados: La falta de preocupación por la salud dental contribuye significativamente a la renuencia de las personas a asistir a chequeos dentales y a implementar medidas dentales preventivas. El objetivo de este estudio fue desarrollar y evaluar un método de cuestionario para detectar esta actitud que se describió como indiferencia dental. El cuestionario fue probado en 910 adultos dentados en Escocia. Se obtuvo una tasa de respuesta del 62%. A quinientos de los encuestados se les envió una segunda copia del cuestionario para evaluar su fiabilidad; se obtuvo una tasa de respuesta del 67%. El coeficiente de correlación de Pearson entre la primera y la segunda finalización del cuestionario de indiferencia dental fue 0,79. La consistencia interna medida por el alfa de Chronbach fue de 0,71. Los puntajes altos en el cuestionario de indiferencia dental se asociaron significativamente con ser joven, hombre y un trabajador manual. Los puntajes altos tuvieron menos dientes, en promedio, que el resto de la muestra y más de la mitad no tenían registro de asistencia dental en 4 años. Aquellos que asistieron a un dentista tenían más probabilidades de tener dientes llenos o extraídos. El cuestionario de indiferencia dental puede ser útil para identificar grupos que requieren actividad de promoción de la salud oral y puede ser un medio confiable para identificar individuos que muestran comportamientos que podrían asociarse con una falta de interés en la salud dental, como la falta de cumplimiento con instrucciones de cuidado oral y no completar el curso del tratamiento.

- **Obra: Artículo de Revista:** Las escalas de negligencia dental y de indiferencia dental comparadas.³⁵

Autor: Jamieson, L. Thompson, W.

Resultados: De los 600 cuestionarios que fueron originalmente enviados, 14 fueron devueltos como 'dirección desconocida'. Se completó y se devolvió un total de 458 (78,2%). El 34,1% estaban en el grupo de edad de 45-64 años y el 63,3% eran de sexo femenino. Las puntuaciones de escala de negligencia dental se pudieron calcular para 360 encuestados (93,5%), y osciló entre 6 a 29, con una media de 12,4 (DE 4,4). En cuanto a la indiferencia dental la puntuación media de la escala fue de 3,1 (DE 1,9), con un rango de 0 a 8. Las puntuaciones en ambas escalas estaban disponibles para 360 encuestados (93,5%) y su valoración fue normal. La correlación entre las puntuaciones de las escalas fue moderada ($r=0.58$; $P, 0.01$). Sin embargo, cuando los puntajes de la escala fueron dicotomizados y cruzados, un Kappascore de 0,56 indicó sólo un grado moderado de concordancia entre los dos.

- **Obra:** Percepción de salud oral y hábitos de higiene bucodental de una muestra de la población española trabajadora y su relación con el estado de salud periodontal.³⁶

Autor: Legido, B.

Resultados: el estudio tuvo como objetivo, evaluar la percepción de salud oral y hábitos de higiene oral, y analizar su relación con el estado de salud periodontal y con otras variables demográficas de la muestra. Se trabajó con 5130 individuos en distintas zonas de Madrid, y se determinaron cinco segmentos de edad: menores de 25 años, de 25-34 años, de 35-44 años, de 45-54 años y 55 años o mayores. Los resultados obtenidos indicaron que la mayoría de la población estudiada considera que su estado bucodental es bueno o regular (un 45,7 % y un 35,1%, respectivamente) y solo una minoría (1,1 %) lo percibe como excelente. El incremento de la edad, el sexo masculino, el trabajo manual, el nivel de estudios y de ingresos menor, se relacionan con una peor percepción de salud bucodental. La mayoría de la población estudiada no refiere afectación de la calidad de vida por dolor o problemas bucodentales (el 76% y el 50%). La mayoría de la población del estudio (90,6%) refiere cepillarse los dientes una o más veces al día, mientras que solo el 20%, refiere utilizar habitualmente la seda o los cepillos interdetales, siendo los más jóvenes los que menos usan estos métodos. El 82% de la población de estudio refiere haber recibido instrucciones de cepillado, frente al 18% que dice no haber recibido ninguna información. La mayoría de los trabajadores (62%) refieren haber visitado al dentista entre los últimos 4 meses y 3 años y un 2,4 % no había ido nunca al dentista. El motivo de visita al dentista más frecuente fue una revisión o limpieza bucal (> 50%). La mayoría de la población (69%) no evita ir al dentista por miedo, aunque un 16% lo evita de forma regular o siempre. El incremento de la edad, el sexo masculino, el trabajo manual y un nivel menor de estudios y de ingresos, se relacionan con una

peor percepción de salud bucodental y mayor afectación de la calidad de vida por dolor o problemas bucodentales.

- **Obra:** Conocimientos de salud bucodental en relación con el nivel socioeconómico en adultos de la ciudad de Corrientes, Argentina.³⁷

Autor: Dho, MS.

Resultados: se realizó un estudio de tipo transversal en personas de 35 a 44 años de edad que viven en la Ciudad de Corrientes, Argentina. Se focalizó en este grupo de edad porque la Organización Mundial de la Salud establece esa franja etaria como el grupo estándar de vigilancia del estado de salud bucodental de los adultos. La muestra quedó conformada por 381 individuos, distribuidos en 204 (53,5%) mujeres y 177 (46,5%) hombres. Los resultados indicaron que 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 nivel socioeconómico (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.

- **Obra:** Relación entre pobreza y salud bucal en las comunidades de Tierra Baja, Manzanillo y Boquilla.³⁸

Autor: Díaz, S. Arrieta, K. Martínez, M. Castellar, R. Martínez, L.

Resultados: Estudio realizado con 240 personas en las comunidades de Tierra baja, Manzanillo y Boquilla con un instrumento en el que se medían variables sociodemográficas y hábitos de higiene oral, además de un examen bucal. Pudiéndose identificar que el 65% de la población objeto de estudio clasificó como pobre, el nivel de escolaridad que más se encontró fue la secundaria incompleta con 39%, el 86% de la población gana menos de un salario mínimo legal vigente para el año 2013 en Colombia, el 62% de los encuestados dejaron de comer por lo menos 1 vez al día por falta de dinero; en el examen oral se encontró que el 10.83% de los participantes tenían menos de 18 dientes, y que el 57.50% habían experimentado la pérdida de algún órgano dental y el 15% se diagnosticó con algún caso de periodontitis. Al realizar los cruces entre la pobreza como factor de riesgo y las veces que se cepillan se encontró que las personas que se cepillan menos de 3 veces al día son las que presentan las necesidades básicas insatisfechas (72,92%). Se encontró

que el 82,20% de las personas que tienen una mala percepción de salud oral se consideran pobres.

- **Obra:** Factores de riesgo de periodontopatías en pacientes adultos.³⁹

Autor: Páez, Y. Tamayo, B. Batista, A. García, Y. Guerrero, I.

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:** Conocimientos, actitudes, prácticas y salud bucal en adultos de 65 a 74 años, región del Maule.⁴⁰

Autor: Veloso, D. Bustos, I.

Resultados: Se seleccionó una muestra aleatoria de 438 adultos mayores de 65-74 años de edad, los cuales fueron evaluados oralmente por 4 examinadores entrenados y calibrados para tal fin. La población era en gran parte desdentada (25,1% total y 74,2 parcial) con una prevalencia de caries total para el grupo de 44,5% y una media de COPD de 25,67 ($\pm 6,49$). En cuanto a la salud periodontal, ninguno de los sujetos evaluados estaba sano. Según el IPC el mayor porcentaje de la muestra presenta cálculo u otro factor retentivo de placa bacteriana (65,8%), mientras que el menor porcentaje de la población presenta sangrado (1,5%) y ninguna persona de este grupo etario se encuentra sana. Las actitudes en salud bucodental de los adultos mayores son malas en 68,8% de la población y las prácticas en salud bucodental son buenas en 91,1% de los individuos. No existe relación entre los conocimientos, actitudes, prácticas y el estado de salud bucal de la población adulta mayor, ni existe diferencia al desagregar por lugar de residencia.

- **Obra:** Comportamiento de la salud bucal de la población perteneciente a la Clínica Estomatológica Centro.⁴¹

Autor: Torres, L. Pérez, A. López, E. Machado, S. Pérez, R. Sardiñas, E.

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:** Nivel de conocimiento en salud bucal del personal administrativo de la I.E.P. Virgen de la Puerta de la urb. la Noria del distrito de Trujillo, departamento de La Libertad, durante el año 2015.⁴²

Autor: Santos, R.

Resultados: La investigación fue de tipo observacional descriptivo, presenta un corte transversal. Esta investigación tuvo por objetivo determinar el nivel de conocimiento en salud bucal que tiene el personal administrativo de la I.E.P Virgen de la Puerta de la Urb. La Noria del distrito de Trujillo, departamento de La Libertad, durante el año 2015, para realizar el estudio se aplicó un cuestionario de 10 preguntas validadas y verificadas a 30 trabajadores del personal administrativo, que de manera voluntaria participaron. Este cuestionario se empleó para medir el nivel de conocimiento en salud bucal, relacionándolas según sexo y edad. Los resultados se dividieron en tres niveles: alto, regular y bajo. En general sobre el conocimiento de salud bucal el 53.3% mostró un nivel alto, el 36.7% mostró un nivel regular y el 10% mostró un nivel bajo. Se puede observar que en cuanto al nivel de conocimiento en salud bucal según sexo; el sexo femenino obtuvo un nivel alto con 66.7% y el sexo masculino un nivel

regular con 50%. Así también, se puede observar que, en cuanto al nivel de conocimiento en salud bucal según edad, fue en los menores de 29 años, alto con un 53.8%, los comprendidos de 30 a 40 años obtuvieron un nivel alto y regular con un 50% y los mayores de 40 años un nivel alto, con un 66.7%.

5. Hipótesis

El nivel de instrucción está relacionado con la indiferencia dental como falta de interés en las personas de 45 a 65 años, de la parroquia Huayna Cápac en la ciudad de Cuenca, 2017.

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Marco metodológico

- **Enfoque:** El enfoque de la investigación es cuantitativo.
- **Diseño de la investigación:** Caso-Control.
- **Nivel de investigación:** Descriptivo.
- **Tipo de investigación:**
 - **Por el ámbito:** De campo
 - **Por la técnica:** Comunicacional
 - **Por la temporalidad:** Transversal actual

2. Población y muestra

La población está compuesta por los habitantes de la parroquia Huayna Cápac, cantón Cuenca, provincia del Azuay, es decir, 3.829 personas, tanto hombres y mujeres en edades de 45 a 65 años residentes en la misma, cuyos datos han sido proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos. La muestra total fue de 384 personas y se trabajaron 13 adicionales por contingencia, es decir para asegurar la consecución del número objetivo previendo formularios incompletos o mal llenados.

De la muestra obtenida, se trabajó con el método caso control, para ello se realizó un pareo de los datos, dando como resultado 127 casos y controles.

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 Huayna Cápac 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 Estadístico | Escala |
|------------------------------------|--|---|--|------------------|----------|
| Nivel de instrucción | Hace referencia al grado académico que ha realizado. | Individuo que manifieste en las áreas básica, etc. | Primaria Secundario Universidad incompleta Universidad completa | Cualitativo | Ordinal |
| Indiferencia al tratamiento dental | El grado de coincidencia entre las orientaciones médico sanitarias, no limitándose a las indicaciones terapéuticas | Número de casos existentes con indiferencia al tratamiento dental | Bajo Medio alto | Cualitativo | Ordinal |
| Edad | Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento. | Personas de 45 a 65 años | Años cumplidos | Cuantitativo | Discreto |
| Sexo | Características genotípicas de la persona. | Características externas que diferencian al hombre de la mujer. | Masculino Femenino | Cualitativo | Nominal |

Fuente: Elaboración propia.

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

4.1. Instrumentos documentales

Las fichas que se utilizaron para la recolección de datos, constan de 6 partes:

- a) Datos generales de la persona
- b) Indiferencia dental según la escala de Nuttall
- c) Negligencia según la escala de Thompson
- d) Automedicación según la escala de Corah
- e) Ansiedad según la escala de Conhi
- f) Autopercepción

4.2. Instrumentos mecánicos

Computadora de escritorio.

4.3. Materiales

Hojas de papel bond, materiales de escritorio.

4.4. Recursos

Para llevar a cabo este estudio de investigación se utilizaron recursos financieros propios.

5. Procedimiento para la toma de datos

5.1. Ubicación espacial

La parroquia Huayna Cápac queda delimitada así: de la Avda. Fray Vicente Solano y la margen sur del Río Tomebamba, continua hacia el norte del Río Yanuncay; hasta el cruce con la quebrada Chaguarchimbana; hasta el sur del Río Tomebamba, reconocida por todos los habitantes de la Ciudad de Cuenca, es de localidad Urbana.

5.2. Ubicación temporal

La presente investigación fue realizada entre los meses de mayo hasta agosto 2017, recolectando datos de las encuestas realizadas en la parroquia Huayna Cápac, en personas de 45 y 65 años, dichas encuestas fueron tomadas entre los meses junio y julio del 2017.

5.3. Descripción de la toma de datos

- a) Una vez calibradas las fichas de barreras para acceder a los servicios odontológicos, se asignó a cada grupo de estudiantes una parroquia, para proceder a la toma de datos.
- b) Cada estudiante debió ir de puerta en puerta, con sus respectivas encuestas, iniciando con los datos generales de la persona, y posteriormente con preguntas

relacionados con la indiferencia dental, automedicación, ansiedad, negligencia dental y la autopercepción.

- c) La toma de datos se realizó los fines de semana, debido a que la mayoría de las personas se encontraban en su domicilio.
- d) Finalmente, las encuestas fueron ingresadas en el programa Epi Info, cuyos datos son esenciales para medir la escala de las barreras para acceder a servicios odontológicos de la ciudad de Cuenca, se utilizó bases científicas.⁴⁵

6. Procedimiento para el análisis de datos

La muestra fue seleccionada bajo el criterio de conveniencia, por lo que se trabajó con 384 personas a las que se pudo encuestar durante el tiempo estimado para ello, además corresponde a un número de informantes que voluntariamente accedió a responder las interrogantes por lo que su abordaje fue accesible y oportuno para los fines de la investigación. A partir de los 384 informantes, se realizó un pareamiento de datos considerando las variables edad, sexo y ansiedad, obteniéndose 127 casos y 127 controles.

Una vez recolectado los datos fueron ingresados en el software estadístico Epi Info, mediante el cual, se obtuvo la relación entre el nivel de instrucción y la indiferencia dental a través de la medida ODDS Ratio (OR), la cual permite identificar la fuerza de asociación entre el factor en estudio y el evento, para ello se empleó 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 implicará conflictos bioéticos, pues todas las personas fueron informadas acerca de lo que se les preguntaría, se les indicó que hay un compromiso de confiabilidad de sus datos por parte del investigador principal y se les solicitó que firmen el consentimiento informado.

CAPÍTULO III
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. Resultados

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

| Sexo | Caso | Control | Total |
|--------------|-------------|----------------|--------------|
| Masculino | 54 | 54 | 108 |
| Femenino | 73 | 73 | 146 |
| Total | 127 | 127 | 254 |

La distribución caso control se dio de manera equitativa por medio del pareamiento, es decir una selección que considera a los controles bajo características similares a los casos, que para el tema de investigación tomó en cuenta las variables edad y sexo. Así, se obtuvieron 54 hombres y 73 mujeres para caso y control respectivamente, lo cual refleja un 57% de registros femeninos y 43% de masculinos (Tabla 1).

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

| Edad | Caso | Control | Total |
|--------------|-------------|----------------|--------------|
| 45 | 9 | 9 | 18 |
| 46 | 10 | 10 | 20 |
| 47 | 5 | 5 | 10 |
| 48 | 8 | 8 | 16 |
| 49 | 7 | 7 | 14 |
| 50 | 9 | 9 | 18 |
| 51 | 3 | 3 | 6 |
| 52 | 4 | 4 | 8 |
| 53 | 3 | 3 | 6 |
| 54 | 7 | 7 | 14 |
| 55 | 12 | 12 | 24 |
| 56 | 9 | 9 | 18 |
| 57 | 4 | 4 | 8 |
| 58 | 3 | 3 | 6 |
| 59 | 4 | 4 | 8 |
| 60 | 8 | 8 | 16 |
| 61 | 3 | 3 | 6 |
| 62 | 2 | 2 | 4 |
| 63 | 6 | 6 | 12 |
| 64 | 3 | 3 | 6 |
| 65 | 8 | 8 | 16 |
| Total | 127 | 127 | 254 |

En la Tabla 2 se puede observar la distribución de casos y controles de acuerdo a la edad de las personas. Esta distribución se caracterizó por concentraciones de casos y controles en las edades de 46 años y 55 años que representan del total el 8% y 9% respectivamente, demás, existe una mayor distribución de la muestra entre los 45 a los 56 años con el 68% del total con una media de edad general de 54 años.

Tabla 3. Distribución entre la exposición y la enfermedad

| Factor | Caso | Control | Total |
|---------------|-------------|----------------|--------------|
| Expuestos | 83 | 67 | 150 |
| No expuestos | 44 | 60 | 104 |
| Total | 127 | 127 | 254 |

OR: 1,6893 IC: 95% Min. 1,0196 Max. 2,7989

La proporción de casos expuestos respecto al total de casos es del 65% y la proporción de controles expuestos respecto al total de controles es de 53%.

La medida de asociación calculada con Odds ratio que indica cuánto es más probable que se presente la indiferencia dental en expuestos que en no expuestos dio como resultado 1,6893 por lo que se concluye que la instrucción baja es un factor de riesgo para que se presente la indiferencia dental.

Además, al realizar la prueba del Chi cuadrado se obtuvo un valor de 0,01 evidenciando la relación significativa entre las variables instrucción e indiferencia dental. De forma que la hipótesis acerca que refería a que la instrucción determina la indiferencia dental como falta de interés en las personas de 45 a 65 años, de la parroquia Huayna Cápac en la ciudad de Cuenca, 2017 es positiva.

2. Discusión

El estudio sobre la relación entre el nivel de instrucción y la indiferencia dental en personas de 45 a 65 años, de la parroquia Huayna Cápac en la ciudad de Cuenca, se desarrolla en cuanto este grupo etario es considerado como vulnerable desde el punto de vista de la OMS, pues son personas cuyos hábitos de salud dental son ineficaces por lo que en repetidos casos presentan caries, gingivitis, y otras patologías, además de que estudios recientes se han demostrado que pueden derivar incluso en enfermedades cardíacas, cancerígenas, diabetes e y hasta problemas de orden neurodegenerativo.

Al respecto Díaz et al³³ en su estudio sobre el impacto de salud oral sobre calidad de vida en adultos jóvenes entre 20 a 59 años, determinaron que el 33% presentaron un impacto negativo en su calidad de vida relacionada con la mala salud oral, encontrando una relación significativa con el bajo nivel de escolaridad y la ausencia de servicios de salud. Dichos resultados son coincidentes con los del presente estudio en el cual se identificó que la instrucción baja es un factor de riesgo para que se presente la indiferencia dental, la cual contemplan entre sus componentes el no acceso a servicios odontológicos.

Por otra parte, en relación, únicamente a la instrucción, Díaz et al³⁸, en un estudio con 240 personas entre 35 a 44 años, identificaron que la mala salud bucal estaba asociada con que el nivel de escolaridad, por lo que el 39% tenía estudios de secundaria incompleta que para el actual estudio se considera como instrucción baja, y en el cual se determinó un 65% de individuos (127 personas) con estudios bajos y con actitudes de indiferencia respecto a su salud bucal, por lo que potencialmente son sujetos con problemas bucodentales, caracterizándose además porque las personas entre los 45 años hasta los 50 años son quienes mayormente presentan niveles de formación menor.

Respecto a la indiferencia por sexo se ha obtenido que el 43% de hombres y el 57% de mujeres es indiferente con su salud dental, comprobándose que el sexo femenino tiene mayor incidencia de la condición al igual que en la investigación de Páez et al³⁹, la cual detalla sobre los elementos que pueden ocasionar riesgo para las enfermedades periodontales entre los que se consideran una mala higiene oral, caries, presencia de maloclusiones y piezas dentales que no han sido restablecidas y que estuvieron presentes mayoritariamente en mujeres con el 54% de los casos y en el 47% de hombres, es decir que dicho estudio reflejo, en concordancia con el actual, un notable descuido del sexo femenino con su salud dental.

Ahora bien, de manera general el presente estudio demuestra que existen indiferencia dental en personas entre 45 a 65 años con predominio en aquellos que poseen nivel de instrucción bajo, concordando con el hallazgo de Veloso et al⁴⁰, el cual indica que las actitudes en salud bucodental de los adultos mayores con instrucción académica menor (65 a 74 años) son malas en 68,8% de la población, además Dho³⁷ encontró que las personas entre 35 a 44 años con menor instrucción caracterizadas por una condición socioeconómica baja son quienes menor conocimiento tienen en relación a la salud bucodental, lo que para Legido³⁶ en su investigación con personas entre 25 años hasta mayores de 55 años, se explica como: a un menor nivel de estudios y de ingresos, peor percepción de salud bucodental y mayor afectación de la calidad de vida por dolor o problemas bucodentales se presenta.

Así, fundamentándose en el aporte de Rojas⁹ quien explica que la indiferencia dental tiene relación con los malos hábitos dentales por parte del individuo y de acuerdo con Álvarez¹⁰ quien refiere que este comportamiento tiene que ver con la actitud establecida por la persona que subestima la salud bucodental, poniendo de manifiesto su desinterés por la higiene y el tratamiento dental, es indispensable que en las personas entre 45 a 65 años, de la parroquia Huayna Cápac se potencie y proteja acerca de las consecuencias de su condición ante la salud dental para prevenir patologías futuras.

Para ello es preciso considera a Rojas et al⁹, Álvarez et al¹⁰ y Kumar et al¹¹, quienes manifestaron que las estrategias para lograr cambios en la población respecto a la indiferencia dental deben enfocarse en la adherencia al tratamiento, el mejoramiento de la relación entre el individuo que requiere tratamiento y el odontólogo para poder disminuir comportamientos ansiosos y el miedo que suelen sentir los individuos, y la promoción en salud a través de la comunicación y educación eficaces, todos estos esfuerzos con la finalidad de lograr en la población una verdadera reflexión sobre la importancia de la salud dental.

3. Conclusiones

Se pudo determinar la existencia de una relación entre el nivel de instrucción y la indiferencia dental en personas de 45 a 65 años, de la parroquia Huayna Cápac en la ciudad de Cuenca. Es decir, que la variable instrucción es un factor de riesgo para la indiferencia dental en cuanto la proporción de casos expuestos respecto al total de casos es del 65% y la proporción de controles expuestos respecto al total de controles es de 53%.

Bibliografía

- [1]. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental. Nota informativa N°318. Abril, 2012.
- [2]. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Caries (GPC). Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP; 2015.
- [3]. Contreras RA. Implantología y Rehabilitación Oral. La promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta. Revista Clínica de Periodoncia. 2016;9(2)193-202.
- [4]. Cabeza G. González F. Paredes C. Estado de salud oral en el Ecuador. Revista OACTIVA UC. Cuenca. 2016;3(1) 65-70, septiembre-diciembre.
- [5]. Constitución de la República del Ecuador. Sección Quinta, Artículo 26. Quito, 2008.
- [6]. Palacios M. Villavicencio F. Mora C. Evaluación de los estilos educativos familiares en la ciudad de Cuenca. Facultad de Psicología, Universidad de Cuenca. 2015.
- [7]. Ministerio de Educación. Ecuador: Indicadores Educativos 2011-2012. Quito. 2013.
- [8]. Consejo de Educación Superior. Niveles de formación de la educación superior. Quito. 2012.
- [9]. Rojas AG. Misrachi LC. Avances en odontoestomatología. La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca. 2014.
- [10]. Álvarez M. Casanova Y. Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. Instituto Superior de Ciencias Médicas. Carlos J. Finlay. 2016.
- [11]. Kumar S. Tadakamadla J. Johnson N. Effect of toothbrushing frequency on incidence and increment of dental caries: A systematic review and meta-analysis. J Dent Res. 2016;95(6):1-7.
- [12]. Preciado A. Estudio clínico para el desarrollo de un cuestionario específico, preciso y eficaz para evaluar la calidad de vida asociada al estado de salud oral en usuarios de implantoprótesis. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Odontología. Departamento de estomatología. Madrid. 2014.
- [13]. Marsham Z. Baker S. Robison P. Does dental indifference influence the oral health-related quality of life of prisoners?. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 42:5,1. 2014. 145(11) 470-480.
- [14]. Organización Mundial de la Salud bucodental. Centro de prensa: Nota informativa N°318, 2012, abril.
- [15]. Lingaraj S. Sequeira P. Jain J. Battur. Dental neglect among college going adolescents in Virajpet, India. Jiaphd. 2014. 12(1) 215-218.
- [16]. Saliba C. Ispier A. Adas N. Coeho D. Ayala A. Analysis of the ethical aspects of professional confidentiality in dental practice. J Appl Oral Sci. 2008;16(1):75-80.

- [17]. Contreras A. La promoción de la salud bucal como una estrategia para el desarrollo de la salud pública. *Biomédica*. 2013; 33(187) 90.
- [18]. Abadía CE. Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral. *Acta Bioética* 2016; 12(1): 9-22.
- [19]. Ibáñez C. La relación médico-paciente: más allá de la cortesía y de la amabilidad. *Rev. Med. Clin. Las Condes* 2015; 16(1) 30-35.
- [20]. Fodor A. De la Parra G. La Relación Paciente/Odontólogo: Algunas Consideraciones. *Revista dental de Chile*, 2007. 99(3) 21-26.
- [21]. Organización Mundial de la Salud. Avances recientes en salud bucodental. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de informes técnicos. N°826, 2012.
- [22]. OMS. La salud y el ambiente en el desarrollo sostenible. Publicación científica N°572. Washington D.C. 2000.
- [23]. Jacob MC. Plamping D. *The Practice of Primary Dental Care*. Cambridge: Butterworth & Co. Ltd., 1989: 122-146.
- [24]. Ewles L. Simnet I. *Promoting Health. A practical guide to health education*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 1987: 30-38.
- [25]. Mosquera M. *Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias*. Comisionado por la Organización Panamericana de la Salud. 2003.
- [26]. Ministerio de Salud Pública. *Plan Nacional de Salud Bucal. Proceso de Normatización del SNS, Área de Salud Bucal*, Quito. 2009, junio.
- [27]. Ministerio de Salud Pública. *Protocolos Odontológicos, Salud Bucal*. Dirección Nacional de Normatización, Quito. 2014.
- [28]. Portilla J. Pinzón M. Huerta R. Obregón A. Conceptos actuales e investigaciones futuras en el tratamiento de la caries dental y control de la placa bacteriana. *Revista Odontológica Mexicana*. 2010. 14(4). diciembre.
- [29]. Chaple A. Comparación de dos clasificaciones de preparaciones cavitarias y lesiones cariosas: Mount y Hume, y Black. *Revista Cubana Estomatol. La Habana*. 2015. 52(2). abr.-jun.
- [30]. Montes JL. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida del Adulto Mayor. *Rev Dent Chile*. 2014; 92:29-31.
- [31]. Yeung CA. Fluoride prevents caries among adults of all ages. *Evid Based Dent*. 2011; 8:72-3.
- [32]. Splieth C. Meller C. Importancia de Medidas Preventivas en el Adulto Mayor. *Rev Dent Chile*. 2013; 94:8- 12

- [33]. Díaz S. Meisser M. Tirado L. Fortich N. Tapias L. González F. Impacto de Salud Oral sobre Calidad de Vida en Adultos Jóvenes de Clínicas Odontológicas Universitarias. *International journal of odontostomatology*. 2017; 11(1) 5-11,
- [34]. Nuttall M. Desarrollo inicial de una escala para medir la indiferencia dental. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1996; 24(2): 112-116.
- [35]. Jamieson L. Thompson W. Las escalas de negligencia dental y de indiferencia dental comparadas. *Dent Res*. 2012; 48(4):596
- [36]. Legido B. Percepción de salud oral y hábitos de higiene bucodental de una muestra de la población española trabajadora y su relación con el estado de salud periodontal. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Odontología, Departamento de Estomatología III. Madrid. 2016.
- [37]. Dho MS. Conocimientos de salud bucodental en relación con el nivel socioeconómico en adultos de la ciudad de Corrientes, Argentina. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2015; 33(3): 361-369.
- [38]. Díaz S. Arrieta K. Martínez M. Castellar R. Martínez L. Relación entre pobreza y salud bucal en las comunidades de Tierra Baja, Manzanillo y Boquilla. Universidad de Cartagena, Facultad de Odontología. Cartagena de Indias, 2013.
- [39]. 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.
- [40]. Veloso D. Bustos I. Conocimientos, actitudes, prácticas y salud bucal en adultos de 65 a 74 años, región del Maule. Universidad de Talca (Chile). Escuela de Odontología. 2013.
- [41]. 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).
- [42]. Santos R. Nivel de conocimiento en salud bucal del personal administrativo de la I.E.P. Virgen de la Puerta de la urb. la Noria del distrito de Trujillo, departamento de La Libertad, durante el año 2015. Universidad Católica de los Ángeles de Chimbote. Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Odontología. Perú, 2016.
- [43]. 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.
- [44]. Villavicencio E. El diseño de casos y controles en odontología. Universidad Peruana Cayetano. Heredia Lima-Perú. 2017.
- [45]. 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

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

Edad: _____ AÑOS Ocupación: _____ PARROQUIA: _____

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

OPCIONAL

Ingreso mensual familiar aproximado: _____

(¿Cuántas personas dependen de este ingreso?: _____)

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

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

Firma _____

Anexo 2: Distribución pareada (casos – controles)

| Edad | Total Casos | Sexo | | Total Controles | Sexo | | Total Casos | | | Total Controles | | |
|--------------|-------------|------------|------------|-----------------|-----------|-----------|-------------|-----------|------------|-----------------|-----------|------------|
| | | M | F | | M | F | M | F | Total | M | F | Total |
| 45 | 35 | 16 | 19 | 9 | 3 | 6 | 3 | 6 | 9 | 3 | 6 | 9 |
| 46 | 14 | 7 | 7 | 11 | 8 | 3 | 7 | 3 | 10 | 7 | 3 | 10 |
| 47 | 14 | 3 | 11 | 5 | 0 | 5 | 0 | 5 | 5 | 0 | 5 | 5 |
| 48 | 12 | 6 | 6 | 9 | 2 | 7 | 2 | 6 | 8 | 2 | 6 | 8 |
| 49 | 13 | 4 | 9 | 7 | 3 | 4 | 3 | 4 | 7 | 3 | 4 | 7 |
| 50 | 18 | 11 | 7 | 9 | 4 | 5 | 4 | 5 | 9 | 4 | 5 | 9 |
| 51 | 3 | 1 | 2 | 8 | 4 | 4 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 52 | 9 | 6 | 3 | 4 | 1 | 3 | 1 | 3 | 4 | 1 | 3 | 4 |
| 53 | 6 | 4 | 2 | 4 | 1 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 54 | 8 | 2 | 6 | 10 | 5 | 5 | 2 | 5 | 7 | 2 | 5 | 7 |
| 55 | 13 | 6 | 7 | 12 | 6 | 6 | 6 | 6 | 12 | 6 | 6 | 12 |
| 56 | 20 | 8 | 12 | 9 | 2 | 7 | 2 | 7 | 9 | 2 | 7 | 9 |
| 57 | 9 | 4 | 5 | 5 | 5 | 0 | 4 | 0 | 4 | 4 | 0 | 4 |
| 58 | 6 | 3 | 3 | 4 | 0 | 4 | 0 | 3 | 3 | 0 | 3 | 3 |
| 59 | 8 | 4 | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 4 |
| 60 | 12 | 7 | 5 | 8 | 3 | 5 | 3 | 5 | 8 | 3 | 5 | 8 |
| 61 | 15 | 5 | 10 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 3 |
| 62 | 12 | 4 | 8 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 |
| 63 | 9 | 5 | 4 | 6 | 4 | 2 | 4 | 2 | 6 | 4 | 2 | 6 |
| 64 | 8 | 4 | 4 | 3 | 3 | 0 | 3 | 0 | 3 | 3 | 0 | 3 |
| 65 | 13 | 7 | 6 | 8 | 2 | 6 | 2 | 6 | 8 | 2 | 6 | 8 |
| Total | 257 | 117 | 140 | 140 | 62 | 78 | 54 | 73 | 127 | 54 | 73 | 127 |

Anexo 3. Distribución total de las encuestas

| N° | Edad | PAREO | SEXO | Educación | Indiferencia | D. ingresos |
|------|------|-----------|-----------|-----------|--------------|-------------|
| 661 | 45 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Alto |
| 665 | 45 | Casos | Femenino | Alto | Si | Bajo |
| 683 | 45 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Alto |
| 838 | 45 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 839 | 45 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 927 | 45 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 517 | 45 | Controles | Femenino | Alto | No | Alto |
| 1252 | 45 | Controles | Femenino | Bajo | No | Bajo |
| 1515 | 45 | Controles | Femenino | Alto | No | Alto |
| 1517 | 45 | Controles | Femenino | Alto | No | Alto |
| 1555 | 45 | Controles | Femenino | Alto | No | Bajo |
| 1114 | 45 | Controles | Femenino | Bajo | No | Bajo |
| 1222 | 45 | No aplica | Femenino | Alto | Si | Bajo |
| 1241 | 45 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 953 | 45 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1041 | 45 | No aplica | Femenino | Alto | Si | Bajo |
| 1055 | 45 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Alto |
| 1065 | 45 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1067 | 45 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1093 | 45 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1485 | 45 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1489 | 45 | No aplica | Femenino | Alto | Si | Alto |
| 1513 | 45 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1558 | 45 | No aplica | Femenino | Alto | Si | Alto |
| 1560 | 45 | No aplica | Femenino | Alto | Si | Alto |
| 660 | 45 | Casos | Masculino | Bajo | Si | Alto |
| 842 | 45 | Casos | Masculino | Alto | Si | Alto |
| 1387 | 45 | Casos | Masculino | Alto | Si | Alto |
| 1110 | 45 | Controles | Masculino | Bajo | No | Alto |
| 1158 | 45 | Controles | Masculino | Bajo | No | Alto |
| 1161 | 45 | Controles | Masculino | Alto | No | Alto |
| 1050 | 45 | No aplica | Masculino | Alto | Si | Alto |
| 1069 | 45 | No aplica | Masculino | Bajo | Si | Alto |
| 1072 | 45 | No aplica | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1405 | 45 | No aplica | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1084 | 45 | No aplica | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1086 | 45 | No aplica | Masculino | Alto | Si | Bajo |
| 1100 | 45 | No aplica | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1101 | 45 | No aplica | Masculino | Alto | Si | Bajo |
| 1105 | 45 | No aplica | Masculino | Bajo | Si | Alto |
| 1514 | 45 | No aplica | Masculino | Alto | Si | Alto |
| 1532 | 45 | No aplica | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1554 | 45 | No aplica | Masculino | Alto | Si | Bajo |
| 1112 | 45 | No aplica | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1278 | 46 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1042 | 46 | Casos | Femenino | Alto | Si | Bajo |
| 1078 | 46 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 640 | 46 | Controles | Femenino | Bajo | No | Bajo |
| 675 | 46 | Controles | Femenino | Alto | No | Bajo |
| 1242 | 46 | Controles | Femenino | Alto | No | Alto |
| 1083 | 46 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1094 | 46 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1107 | 46 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1501 | 46 | No aplica | Femenino | Alto | Si | Bajo |
| 1036 | 46 | Casos | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1233 | 46 | Casos | Masculino | Alto | Si | Alto |
| 1263 | 46 | Casos | Masculino | Alto | Si | Bajo |
| 1435 | 46 | Casos | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1098 | 46 | Casos | Masculino | Alto | Si | Bajo |
| 1104 | 46 | Casos | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1530 | 46 | Casos | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 521 | 46 | Controles | Masculino | Alto | No | Bajo |
| 841 | 46 | Controles | Masculino | Alto | No | Alto |
| 921 | 46 | Controles | Masculino | Bajo | No | Bajo |

| | | | | | | |
|------|----|-----------|-----------|------|----|------|
| 1043 | 46 | Controles | Masculino | Alto | No | Bajo |
| 1445 | 46 | Controles | Masculino | Bajo | No | Alto |
| 1099 | 46 | Controles | Masculino | Alto | No | Alto |
| 1160 | 46 | Controles | Masculino | Alto | No | Alto |
| 1164 | 46 | No aplica | Masculino | Bajo | No | Bajo |
| 645 | 47 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 680 | 47 | Casos | Femenino | Alto | Si | Bajo |
| 830 | 47 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1033 | 47 | Casos | Femenino | Alto | Si | Alto |
| 1267 | 47 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Alto |
| 520 | 47 | Controles | Femenino | Bajo | No | Bajo |
| 843 | 47 | Controles | Femenino | Alto | No | Alto |
| 1386 | 47 | Controles | Femenino | Bajo | No | Bajo |
| 1054 | 47 | Controles | Femenino | Bajo | No | Bajo |
| 1156 | 47 | Controles | Femenino | Bajo | No | Bajo |
| 1281 | 47 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1391 | 47 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1048 | 47 | No aplica | Femenino | Alto | Si | Alto |
| 1088 | 47 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1504 | 47 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1561 | 47 | No aplica | Femenino | Alto | Si | Alto |
| 663 | 47 | No aplica | Masculino | Alto | Si | Alto |
| 820 | 47 | No aplica | Masculino | Alto | Si | Bajo |
| 1255 | 47 | No aplica | Masculino | Alto | Si | Alto |
| 668 | 48 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Alto |
| 829 | 48 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Alto |
| 1712 | 48 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1256 | 48 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1268 | 48 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1044 | 48 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 659 | 48 | Controles | Femenino | Bajo | No | Alto |
| 674 | 48 | Controles | Femenino | Alto | No | Bajo |
| 685 | 48 | Controles | Femenino | Alto | No | Bajo |
| 834 | 48 | Controles | Femenino | Bajo | No | Bajo |
| 1061 | 48 | Controles | Femenino | Bajo | No | Alto |
| 1155 | 48 | Controles | Femenino | Bajo | No | Bajo |
| 1159 | 48 | No aplica | Femenino | Bajo | No | Bajo |
| 507 | 48 | Casos | Masculino | Bajo | Si | Alto |
| 827 | 48 | Casos | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 833 | 48 | Controles | Masculino | Bajo | No | Bajo |
| 1421 | 48 | Controles | Masculino | Bajo | No | Bajo |
| 1035 | 48 | No aplica | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1389 | 48 | No aplica | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1395 | 48 | No aplica | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1531 | 48 | No aplica | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 518 | 49 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Alto |
| 1274 | 49 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1382 | 49 | Casos | Femenino | Alto | Si | Alto |
| 1046 | 49 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 515 | 49 | Controles | Femenino | Alto | No | Bajo |
| 655 | 49 | Controles | Femenino | Bajo | No | Alto |
| 1079 | 49 | Controles | Femenino | Bajo | No | Bajo |
| 1163 | 49 | Controles | Femenino | Bajo | No | Bajo |
| 1434 | 49 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1509 | 49 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Alto |
| 1523 | 49 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1525 | 49 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1562 | 49 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1269 | 49 | Casos | Masculino | Bajo | Si | Alto |
| 1070 | 49 | Casos | Masculino | Alto | Si | Bajo |
| 1422 | 49 | Casos | Masculino | Alto | Si | Bajo |
| 837 | 49 | Controles | Masculino | Bajo | No | Bajo |
| 1401 | 49 | Controles | Masculino | Bajo | No | Alto |
| 1408 | 49 | Controles | Masculino | Alto | No | Bajo |
| 1447 | 49 | No aplica | Masculino | Bajo | Si | Alto |
| 510 | 50 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 657 | 50 | Casos | Femenino | Alto | Si | Alto |
| 916 | 50 | Casos | Femenino | Alto | Si | Bajo |

| | | | | | | |
|------|----|-----------|-----------|------|----|------|
| 1407 | 50 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1506 | 50 | Casos | Femenino | Alto | Si | Bajo |
| 1393 | 50 | Controles | Femenino | Alto | No | Alto |
| 1444 | 50 | Controles | Femenino | Bajo | No | Alto |
| 1077 | 50 | Controles | Femenino | Bajo | No | Bajo |
| 1085 | 50 | Controles | Femenino | Alto | No | Bajo |
| 1153 | 50 | Controles | Femenino | Bajo | No | Bajo |
| 1507 | 50 | No aplica | Femenino | Alto | Si | Bajo |
| 1551 | 50 | No aplica | Femenino | Alto | Si | Bajo |
| 509 | 50 | Casos | Masculino | Alto | Si | Bajo |
| 686 | 50 | Casos | Masculino | Alto | Si | Bajo |
| 1260 | 50 | Casos | Masculino | Alto | Si | Bajo |
| 1384 | 50 | Casos | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 523 | 50 | Controles | Masculino | Alto | No | Bajo |
| 1250 | 50 | Controles | Masculino | Alto | No | Alto |
| 1090 | 50 | Controles | Masculino | Bajo | No | Alto |
| 1103 | 50 | Controles | Masculino | Alto | No | Alto |
| 1062 | 50 | No aplica | Masculino | Alto | Si | Bajo |
| 1080 | 50 | No aplica | Masculino | Alto | Si | Bajo |
| 1087 | 50 | No aplica | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1102 | 50 | No aplica | Masculino | Alto | Si | Bajo |
| 1482 | 50 | No aplica | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1502 | 50 | No aplica | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1534 | 50 | No aplica | Masculino | Alto | Si | Bajo |
| 514 | 51 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1409 | 51 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1390 | 51 | Controles | Femenino | Bajo | No | Bajo |
| 1400 | 51 | Controles | Femenino | Bajo | No | Bajo |
| 1497 | 51 | No aplica | Femenino | Bajo | No | Bajo |
| 1535 | 51 | No aplica | Femenino | Bajo | No | Bajo |
| 1547 | 51 | Casos | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 508 | 51 | Controles | Masculino | Bajo | No | Bajo |
| 656 | 51 | No aplica | Masculino | Bajo | No | Bajo |
| 1247 | 51 | No aplica | Masculino | Bajo | No | Bajo |
| 1448 | 51 | No aplica | Masculino | Bajo | No | Bajo |
| 1232 | 52 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1524 | 52 | Casos | Femenino | Alto | Si | Bajo |
| 1549 | 52 | Casos | Femenino | Alto | Si | Alto |
| 677 | 52 | Controles | Femenino | Bajo | No | Bajo |
| 1076 | 52 | Controles | Femenino | Bajo | No | Alto |
| 1557 | 52 | Controles | Femenino | Alto | No | Alto |
| 670 | 52 | Casos | Masculino | Alto | Si | Bajo |
| 1230 | 52 | Controles | Masculino | Alto | No | Bajo |
| 681 | 52 | No aplica | Masculino | Bajo | Si | Alto |
| 1234 | 52 | No aplica | Masculino | Alto | Si | Bajo |
| 1383 | 52 | No aplica | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1071 | 52 | No aplica | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1496 | 52 | No aplica | Masculino | Alto | Si | Bajo |
| 1223 | 53 | Casos | Femenino | Alto | Si | Bajo |
| 1510 | 53 | Casos | Femenino | Alto | Si | Bajo |
| 654 | 53 | Controles | Femenino | Bajo | No | Bajo |
| 1027 | 53 | Controles | Femenino | Bajo | No | Bajo |
| 1488 | 53 | No aplica | Femenino | Bajo | No | Bajo |
| 513 | 53 | Casos | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1396 | 53 | Controles | Masculino | Bajo | No | Alto |
| 835 | 53 | No aplica | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1040 | 53 | No aplica | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1543 | 53 | No aplica | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 832 | 54 | Casos | Femenino | Alto | Si | Bajo |
| 1406 | 54 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1483 | 54 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1529 | 54 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1540 | 54 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 676 | 54 | Controles | Femenino | Bajo | No | Bajo |
| 902 | 54 | Controles | Femenino | Alto | No | Alto |
| 1253 | 54 | Controles | Femenino | Bajo | No | Bajo |
| 1402 | 54 | Controles | Femenino | Alto | No | Alto |
| 1095 | 54 | Controles | Femenino | Bajo | No | Alto |

| | | | | | | |
|------|----|-----------|-----------|------|----|------|
| 1541 | 54 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 831 | 54 | Casos | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1490 | 54 | Casos | Masculino | Alto | Si | Bajo |
| 679 | 54 | Controles | Masculino | Bajo | No | Bajo |
| 1240 | 54 | Controles | Masculino | Alto | No | Alto |
| 1246 | 54 | No aplica | Masculino | Alto | No | Bajo |
| 1251 | 54 | No aplica | Masculino | Alto | No | Alto |
| 1081 | 54 | No aplica | Masculino | Bajo | No | Bajo |
| 1231 | 55 | Casos | Femenino | Alto | Si | Bajo |
| 931 | 55 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1051 | 55 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1092 | 55 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1486 | 55 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1503 | 55 | Casos | Femenino | Alto | Si | Bajo |
| 684 | 55 | Controles | Femenino | Bajo | No | Bajo |
| 1053 | 55 | Controles | Femenino | Alto | No | Alto |
| 1415 | 55 | Controles | Femenino | Bajo | No | Bajo |
| 1416 | 55 | Controles | Femenino | Alto | No | Bajo |
| 1432 | 55 | Controles | Femenino | Alto | No | Bajo |
| 1559 | 55 | Controles | Femenino | Alto | No | Alto |
| 1553 | 55 | No aplica | Femenino | Alto | Si | Alto |
| 480 | 55 | Casos | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 664 | 55 | Casos | Masculino | Alto | Si | Alto |
| 846 | 55 | Casos | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1257 | 55 | Casos | Masculino | Alto | Si | Bajo |
| 952 | 55 | Casos | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1537 | 55 | Casos | Masculino | Alto | Si | Bajo |
| 840 | 55 | Controles | Masculino | Alto | No | Alto |
| 1388 | 55 | Controles | Masculino | Alto | No | Bajo |
| 1039 | 55 | Controles | Masculino | Alto | No | Bajo |
| 1397 | 55 | Controles | Masculino | Bajo | No | Bajo |
| 1556 | 55 | Controles | Masculino | Alto | No | Bajo |
| 1111 | 55 | Controles | Masculino | Alto | No | Bajo |
| 1030 | 56 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1226 | 56 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1227 | 56 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1258 | 56 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1392 | 56 | Casos | Femenino | Alto | Si | Alto |
| 1060 | 56 | Casos | Femenino | Alto | Si | Alto |
| 1419 | 56 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 644 | 56 | Controles | Femenino | Bajo | No | Bajo |
| 667 | 56 | Controles | Femenino | Bajo | No | Bajo |
| 672 | 56 | Controles | Femenino | Bajo | No | Bajo |
| 1031 | 56 | Controles | Femenino | Alto | No | Alto |
| 1032 | 56 | Controles | Femenino | Alto | No | Bajo |
| 1398 | 56 | Controles | Femenino | Alto | No | Alto |
| 1430 | 56 | Controles | Femenino | Bajo | No | Bajo |
| 1492 | 56 | No aplica | Femenino | Alto | Si | Bajo |
| 1520 | 56 | No aplica | Femenino | Alto | Si | Bajo |
| 1521 | 56 | No aplica | Femenino | Alto | Si | Bajo |
| 1536 | 56 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1546 | 56 | No aplica | Femenino | Alto | Si | Bajo |
| 642 | 56 | Casos | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 662 | 56 | Casos | Masculino | Alto | Si | Alto |
| 678 | 56 | Controles | Masculino | Bajo | No | Bajo |
| 1097 | 56 | Controles | Masculino | Alto | No | Alto |
| 828 | 56 | No aplica | Masculino | Alto | Si | Alto |
| 1254 | 56 | No aplica | Masculino | Alto | Si | Alto |
| 1404 | 56 | No aplica | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1417 | 56 | No aplica | Masculino | Bajo | Si | Alto |
| 1446 | 56 | No aplica | Masculino | Alto | Si | Alto |
| 1533 | 56 | No aplica | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 512 | 57 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1225 | 57 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1229 | 57 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1493 | 57 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1545 | 57 | No aplica | Femenino | Alto | Si | Bajo |
| 1224 | 57 | Casos | Masculino | Alto | Si | Bajo |

| | | | | | | |
|------|----|-----------|-----------|------|----|------|
| 1261 | 57 | Casos | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1420 | 57 | Casos | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1495 | 57 | Casos | Masculino | Alto | Si | Alto |
| 1243 | 57 | Controles | Masculino | Alto | No | Alto |
| 1394 | 57 | Controles | Masculino | Alto | No | Alto |
| 1056 | 57 | Controles | Masculino | Alto | No | Alto |
| 1073 | 57 | Controles | Masculino | Bajo | No | Alto |
| 1154 | 57 | No aplica | Masculino | Alto | No | Alto |
| 1106 | 58 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1484 | 58 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1505 | 58 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 519 | 58 | Controles | Femenino | Bajo | No | Bajo |
| 1063 | 58 | Controles | Femenino | Bajo | No | Alto |
| 1436 | 58 | Controles | Femenino | Alto | No | Alto |
| 1548 | 58 | No aplica | Femenino | Alto | No | Bajo |
| 1029 | 58 | No aplica | Masculino | Alto | Si | Bajo |
| 1045 | 58 | No aplica | Masculino | Alto | Si | Alto |
| 1109 | 58 | No aplica | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 671 | 59 | Casos | Femenino | Alto | Si | Bajo |
| 1244 | 59 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1238 | 59 | Controles | Femenino | Bajo | No | Bajo |
| 1239 | 59 | Controles | Femenino | Bajo | No | Bajo |
| 1427 | 59 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1428 | 59 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Alto |
| 845 | 59 | Casos | Masculino | Alto | Si | Bajo |
| 1218 | 59 | Casos | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1025 | 59 | Controles | Masculino | Bajo | No | Bajo |
| 1426 | 59 | Controles | Masculino | Alto | No | Alto |
| 1443 | 59 | No aplica | Masculino | Alto | Si | Alto |
| 1498 | 59 | No aplica | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1272 | 60 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1424 | 60 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1431 | 60 | Casos | Femenino | Alto | Si | Bajo |
| 1526 | 60 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1542 | 60 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1279 | 60 | Controles | Femenino | Alto | No | Alto |
| 1057 | 60 | Controles | Femenino | Bajo | No | Alto |
| 1412 | 60 | Controles | Femenino | Alto | No | Bajo |
| 1108 | 60 | Controles | Femenino | Alto | No | Alto |
| 1487 | 60 | Controles | Femenino | Alto | No | Bajo |
| 506 | 60 | Casos | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1270 | 60 | Casos | Masculino | Alto | Si | Alto |
| 1037 | 60 | Casos | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1264 | 60 | Controles | Masculino | Bajo | No | Bajo |
| 1413 | 60 | Controles | Masculino | Bajo | No | Bajo |
| 1089 | 60 | Controles | Masculino | Alto | No | Bajo |
| 1049 | 60 | No aplica | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1414 | 60 | No aplica | Masculino | Bajo | Si | Alto |
| 1423 | 60 | No aplica | Masculino | Alto | Si | Bajo |
| 1544 | 60 | No aplica | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1219 | 61 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1410 | 61 | Controles | Femenino | Bajo | No | Bajo |
| 1228 | 61 | No aplica | Femenino | Alto | Si | Bajo |
| 1235 | 61 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1273 | 61 | No aplica | Femenino | Alto | Si | Alto |
| 1277 | 61 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Alto |
| 1280 | 61 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1433 | 61 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1500 | 61 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1508 | 61 | No aplica | Femenino | Alto | Si | Bajo |
| 1165 | 61 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1058 | 61 | Casos | Masculino | Bajo | Si | Alto |
| 1411 | 61 | Casos | Masculino | Bajo | Si | Alto |
| 1028 | 61 | Controles | Masculino | Alto | No | Alto |
| 1075 | 61 | Controles | Masculino | Bajo | No | Bajo |
| 1082 | 61 | No aplica | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1527 | 61 | No aplica | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1538 | 61 | No aplica | Masculino | Alto | Si | Bajo |

| | | | | | | |
|------|----|-----------|-----------|------|----|------|
| 669 | 62 | No aplica | Femenino | Alto | Si | Bajo |
| 1236 | 62 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Alto |
| 1275 | 62 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Alto |
| 1438 | 62 | No aplica | Femenino | Alto | Si | Bajo |
| 1439 | 62 | No aplica | Femenino | Alto | Si | Alto |
| 1440 | 62 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Alto |
| 1441 | 62 | No aplica | Femenino | Alto | Si | Bajo |
| 1442 | 62 | No aplica | Femenino | Alto | Si | Bajo |
| 1220 | 62 | Casos | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1245 | 62 | Casos | Masculino | Alto | Si | Bajo |
| 522 | 62 | Controles | Masculino | Bajo | No | Bajo |
| 1259 | 62 | Controles | Masculino | Alto | No | Bajo |
| 1068 | 62 | No aplica | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1499 | 62 | No aplica | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1271 | 63 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Alto |
| 1064 | 63 | Casos | Femenino | Alto | Si | Alto |
| 914 | 63 | Controles | Femenino | Bajo | No | Bajo |
| 1429 | 63 | Controles | Femenino | Bajo | No | Bajo |
| 1437 | 63 | No aplica | Femenino | Alto | Si | Bajo |
| 1113 | 63 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1221 | 63 | Casos | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1237 | 63 | Casos | Masculino | Bajo | Si | Alto |
| 1518 | 63 | Casos | Masculino | Alto | Si | Bajo |
| 1539 | 63 | Casos | Masculino | Alto | Si | Bajo |
| 1026 | 63 | Controles | Masculino | Alto | No | Alto |
| 1248 | 63 | Controles | Masculino | Alto | No | Alto |
| 1276 | 63 | Controles | Masculino | Bajo | No | Bajo |
| 1038 | 63 | Controles | Masculino | Bajo | No | Bajo |
| 1157 | 63 | No aplica | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 643 | 64 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 836 | 64 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 844 | 64 | No aplica | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1491 | 64 | No aplica | Femenino | Alto | Si | Bajo |
| 511 | 64 | Casos | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 531 | 64 | Casos | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 641 | 64 | Casos | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1249 | 64 | Controles | Masculino | Bajo | No | Alto |
| 1512 | 64 | Controles | Masculino | Alto | No | Alto |
| 1162 | 64 | Controles | Masculino | Bajo | No | Bajo |
| 1265 | 64 | No aplica | Masculino | Alto | Si | Alto |
| 1289 | 65 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1321 | 65 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1091 | 65 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1494 | 65 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 1511 | 65 | Casos | Femenino | Alto | Si | Bajo |
| 1115 | 65 | Casos | Femenino | Bajo | Si | Bajo |
| 582 | 65 | Controles | Femenino | Alto | No | Alto |
| 597 | 65 | Controles | Femenino | Bajo | No | Alto |
| 1208 | 65 | Controles | Femenino | Alto | No | Alto |
| 1318 | 65 | Controles | Femenino | Alto | No | Bajo |
| 1052 | 65 | Controles | Femenino | Bajo | No | Alto |
| 1403 | 65 | Controles | Femenino | Bajo | No | Bajo |
| 856 | 65 | Casos | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1034 | 65 | Casos | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1320 | 65 | Controles | Masculino | Alto | No | Alto |
| 1399 | 65 | Controles | Masculino | Alto | No | Alto |
| 1059 | 65 | No aplica | Masculino | Bajo | Si | Alto |
| 1066 | 65 | No aplica | Masculino | Alto | Si | Alto |
| 1319 | 65 | No aplica | Masculino | Alto | Si | Bajo |
| 1166 | 65 | No aplica | Masculino | Bajo | Si | Bajo |
| 1170 | 65 | No aplica | Masculino | Bajo | Si | Bajo |