



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**ALFABETIZACIÓN EN SALUD EN ADULTOS DE 18 A 44 AÑOS,
DE LA PARROQUIA CHECA, CUENCA-ECUADOR, AGOSTO
2017- ABRIL 2018.**

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

AUTORA: Jara Urgiles, Ximena Estefanía.

DIRECTORA: Moscoso Abad, María Elizabeth. Od. Esp.

CUENCA

2018

DECLARACIÓN:

Yo, **Jara Urgiles, Ximena Estefanía**, 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.

.....

Autora: Jara Urgiles, Ximena Estefanía

C.I.: 0105260806

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de titulación denominado “ALFABETIZACIÓN EN SALUD EN ADULTOS DE 18 A 44 AÑOS, DE LA PARROQUIA CHECA, CUENCA-ECUADOR, AGOSTO 2017- ABRIL 2018.”, realizado por **Jara Urgiles, Ximena Estefanía**, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que está expedito para su presentación.

Cuenca, Septiembre 2018.

.....
Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.

Coordinador Departamento de Investigación

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Dra. Liliana Encalada Verdugo.

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN – CARRERA ODONTOLOGÍA.

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado “ALFABETIZACIÓN EN SALUD EN ADULTOS DE 18 A 44 AÑOS, DE LA PARROQUIA CHECA, CUENCA-ECUADOR, AGOSTO 2017- ABRIL 2018.” realizado por **Jara Urgiles, Ximena Estefanía**, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que está expedito para su sustentación.

Cuenca, Septiembre 2018

.....
Odont. Esp. Elizabeth Moscoso

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial de mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorar cada día más, a mi madre Rosa Urgiles, por ser la persona que me ha acompañado durante todo mi trayecto estudiantil y de mi vida, a mis hermanos por estar siempre en presentes en mi vida. A mi padre Iván Jara quien con sus consejos ha sabido guiarme para culminar mi carrera profesional. A mis amigas, que gracias al equipo que formamos logramos llegar hasta el final del camino. A quien me apoyo y alentó para continuar, cuando parecía que me iba a rendir y compartir conmigo alegrías y fracasos.

EPIGRAFE.

Aquellos que tienen el privilegio de
saber, tiene la obligación de actuar.

Albert Einstein

AGRADECIMIENTO.

El presente trabajo de tesis me gustaría agradecerle primeramente a Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

Gracias a mis padres y hermanos por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar y creer en mí y en mis expectativas, gracias a mi madre por estar dispuesta a acompañarme y apoyarme; gracias a mi padre por siempre desear y anhelar siempre lo mejor para mi vida, gracias por cada consejo y por cada una de sus palabras que me guiaron durante mi vida. A mi abuelita por quererme y apoyarme siempre; a mi hermana gracias por ser mi mejor amiga.

Por la ayuda que ha sido fundamental, has estado conmigo incluso en los momentos más turbulentos, por la motivación y ayuda que me has brindado, te lo agradezco mucho amor.

A mi tutora de tesis, Dra. Elizabeth Moscoso por su esfuerzo y dedicación, quien, con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar este proyecto con éxito.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga.

LISTA DE ABREVIATURAS

AS: ALFABETIZACIÓN EN SALUD.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	13
CAPÍTULO I	14
PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	14
1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
2. JUSTIFICACIÓN.....	15
3. OBJETIVOS	16
3.1 OBJETIVO GENERAL	16
3.2 OBJETIVO ESPECIFICO.....	16
4 MARCO TEÓRICO	17
4.1 ¿QUÉ ES SALUD?.....	17
4.1.1 BARRERAS PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD.....	17
4.1.2 ¿QUÉ ES ALFABETIZACIÓN?	17
4.1.3 ALFABETIZACIÓN EN SALUD	17
4.1.4 IMPORTANCIA DE LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD.....	18
4.1.5 ALFABETIZACIÓN EN SALUD ORAL.....	19
4.1.6 ACCESIBILIDAD A LA INFORMACIÓN SANITARIA Y SUS CONSECUENCIAS.....	19
4.1.7 USO DE ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD.....	21
4.1.8 COACHING EN SALUD	21
4.1.9 ENTREVISTA MOTIVACIONAL	22
4.1.10 MEDICIÓN DE LA ALFABETIZACIÓN DE LA SALUD	23
4.1.11 ANÁLISIS CONCEPTUAL Y DIMENSIONAL	23
4.1.12 ATRIBUTOS PARA LOGRAR UNA ALFABETIZACIÓN.....	24
4.1.13 COMO IDENTIFICAR A LOS PACIENTES QUE PRESENTAN BAJA ALFABETIZACIÓN EN SALUD.....	24
4.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	27
5. HIPÓTESIS	31
CAPÍTULO II	32
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	32
1 MARCO METODOLÓGICO.....	33
2. POBLACIÓN Y MUESTRA	33

4. INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DATOS	38
4.2. Instrumentos mecánicos:	38
4.4. Recursos:.....	38
5. PROCEDIMIENTOS PARA TOMA DE DATOS	38
5.1 Ubicación espacial.....	38
5.3 Procedimiento para la toma de datos.	38
6. PROCEDIMIENTOS PARA ANALIZAR LOS DATOS	39
7. ASPECTOS BIOÉTICOS.....	40
CAPÍTULO III	41
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	41
1. RESULTADOS	42
2. DISCUSIÓN.....	48
3. CONCLUSIONES	50
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La alfabetización en salud es la habilidad para obtener, procesar y entender información básica en salud, necesaria para la solución de problemas y toma de decisiones. Los pacientes con un bajo nivel de AS presentan pobre cuidado en salud, utilizan con frecuencia los servicios de emergencia. **MATERIALES Y METODOS:** Es un estudio transversal, observacional, se realizó en la parroquia Checa del Cantón de Cuenca, el estudio fue de 357 fichas epidemiológicas que corresponde al total de las fichas registradas en el estudio epidemiológico para esta parroquia. **RESULTADOS:** Se determinó que el grupo de edad de 21 a 30 años tiene un nivel bajo en alfabetización en salud con un porcentaje de 34%, en el sexo femenino y masculino se presentó un nivel bajo de alfabetización en salud (37%). El bajo nivel de instrucción educativa se asocia al nivel bajo de alfabetización con un (61%). **CONCLUSIONES:** Se determinó un bajo nivel socioeconómico de los residentes de la parroquia lo cual se asocia a un nivel bajo de alfabetización en salud.

Palabras claves: funcionalismo en salud, alfabetización en salud, empoderamiento, conocimientos en salud.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Health literacy is the ability to obtain, process and understand basic information in health, necessary for the solution of problems and decision making. Patients with a low level of AS present poor health care, frequently use emergency services. **MATERIALS AND METHODS:** It is a cross-sectional, observational study, was conducted in the Czech parish of the Canton of Cuenca, the study was of 357 epidemiological records that corresponds to the total of the records recorded in the epidemiological study for this parish. **RESULTS:** It was determined that the age group of 21 to 30 years has a low level of health literacy with a percentage of (34%), in the female and male sex there was a low level of health literacy (37%). The low level of educational instruction is associated with the low level of literacy with one (61%). **CONCLUSIONS:** A low socioeconomic level of the residents of the parish was determined, which is associated with a low level of health literacy. **Keywords:** functionalism in health, health literacy, empowerment, knowledge in health.

INTRODUCCIÓN

Tanto directa como indirectamente cada una de las acciones y decisiones que las personas toman a lo largo de cada día tiene relación con la salud y el bienestar propio⁽¹⁾.

Se entiende por Alfabetización en salud, “la capacidad para obtener, procesar y comprender información básica de salud, la cual permita al paciente tomar decisiones correctas para el bienestar propio y de la familia⁽¹⁾. En la actualidad el acceso a la información mediante los medios de comunicación, permite tomar la información en cualquier momento de la vida cotidiana, pero demasiada información puede llevar a la persona a confundirse, ya que la información puede perder su veracidad y dejar de ser utilizada⁽²⁾.

La poca alfabetización en salud se asocia a países subdesarrollados, factores culturales, étnicos, estilo de vida, nivel académico, entre otros, un individuo puede ser académicamente calificado, pero podría no comprender ciertos términos y aspectos con respecto a la salud. Entonces alfabetización se refiere a la capacidad que un individuo tiene para saber leer y escribir correctamente, pero no significa que siempre pueda comprender lo que está leyendo o entienda lo que está escribiendo⁽¹⁾.

Adicionalmente los pacientes suelen tener ciertos mitos y creencias relacionados con la salud oral, estas creencias son transmitidas de generación en generación lo que ocasiona una problemática en su salud y no les permite desarrollar hábitos de higiene oral adecuados para mantener una buena salud oral⁽²⁾.

Vale preguntarse si ¿estarán preparados los pacientes para acceder a la información en salud, entenderla, procesarla y aplicarla adecuadamente? La comprensión de los pacientes está relacionada con una mejor información, comunicación y educación de forma individual y comunitaria⁽³⁾.

La búsqueda de mejores estrategias educativas y aumentar conocimientos de salud en los pacientes es uno de los desafíos de los profesionales de salud general y odontológica, se ha visto que para lograr estos desafíos es necesaria la inserción de la psicología al campo de la salud con prácticas de promoción y prevención⁽⁴⁾.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Se ha notado una deficiencia en conocimientos y educación en salud por parte de la ciudadanía especialmente en sectores alejados de la ciudad de Cuenca, y la ausencia de investigaciones relacionados con el tema de alfabetización en salud. Es por ello que el problema de esta investigación está dirigido a responder la pregunta ¿Cuánto es la prevalencia de alfabetización de los adultos jóvenes de 18 a 44 años de edad de la parroquia Checa en el período 2017-2018?

La presente investigación surgió a partir del macroestudio de la línea investigativa del proyecto “Barreras para acceder a la atención odontológica” planteado por el departamento de investigación de la carrera de odontología de la Universidad Católica de Cuenca.

2. JUSTIFICACIÓN

Este tema de investigación tiene relevancia social y está dirigido principalmente a los adultos jóvenes de 18 a 44 años de edad residentes de la parroquia Checa.

Uno de los principales problemas dentro de nuestra sociedad es la falta de conocimientos y actitudes en temas de salud, esto tiene consecuencias negativas en cada una de las personas, pues desconocen sobre las enfermedades.

Este estudio tiene relevancia humana porque aportará a las personas residentes en la parroquia Checa a conocer su nivel de alfabetización en salud y ayudará a las mismas a tomar conciencia de los temas importantes en salud.

Relevancia científica está dirigida a la comunidad científica, estudiantil, pues el presente estudio presenta originalidad a nivel local, ya que no posee registros de investigaciones relacionadas, y sobre todo la ausencia de información acerca de los niveles de alfabetización en salud en la población de adultos jóvenes que en la presente investigación.

El estudio tiene viabilidad por haberse coordinado con el departamento de Investigación de la Unidad Académica de Ciencias Odontológicas de la Universidad Católica de Cuenca.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de alfabetización en salud en adultos jóvenes de 18 a 44 años en la parroquia Checa de la ciudad de Cuenca en el periodo 2017-2018

3.2 OBJETIVO ESPECIFICO

- 1) Analizar la relación de la prevalencia de la alfabetización en salud en adultos jóvenes de 18 a 44 años en la parroquia Checa según la edad.
- 2) Determinar la relación de la prevalencia de la alfabetización en salud en adultos jóvenes de 18 a 44 años en la parroquia Checa según el sexo.
- 3) Determinar la relación de la prevalencia de la alfabetización en salud en adultos jóvenes de 18 a 44 años en la parroquia Checa según el nivel socioeconómico.
- 4) Determinar la relación de la prevalencia de la alfabetización en salud en adultos jóvenes de 18 a 44 años en la parroquia Checa según el nivel de instrucción.

4 MARCO TEÓRICO

4.1 ¿QUÉ ES SALUD?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como: “La salud es un completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”⁽⁵⁾.

4.1.1 BARRERAS PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD.

En los últimos años el acceso a los servicios de salud es una de las principales preocupaciones de las políticas públicas sanitarias a nivel mundial⁽⁶⁾.

Entre las barreras de acceso más recurrentes que afectan a las personas están: el costo de fármacos, temor al ser atendidos en lugares públicos, desconfianza en el personal de salud, la creencia en mitos, estigma social, falta de dinero, falta de espacio físicos y adaptables para pacientes que se presentan en sillas de ruedas al consultorio, los profesionales no tienen la accesibilidad para brindarles un servicio eficiente, no tienen un sillón, baño o sala de espera adecuados para ellos⁽²⁾.

Al desconocer términos médicos, síntomas y signos de ciertas enfermedades agravan la salud de las personas, esta también es considerada una barrera para acceder a los servicios de salud⁽⁷⁾.

4.1.2 ¿QUÉ ES ALFABETIZACIÓN?

Es importante saber diferenciar los términos de alfabetismo y alfabetización, estos términos producen confusión por la traducción inadecuada en inglés; LITERACY es traducido como alfabetismo y LITERACY-EDUCATION como alfabetización⁽⁸⁾.

Alfabetización es la adquisición de habilidades de escritura y lectura, alfabetismo se describe a la manera como se maneja la escritura y la lectura⁽⁸⁾. El término de alfabetización no solo hace referencia a saber leer y escribir, sino que implica las habilidades lingüísticas, cognitivas, visuales, necesarias para el ingreso al mundo de los conocimientos⁽⁹⁾.

4.1.3 ALFABETIZACIÓN EN SALUD

Este término se deriva del inglés Health Literacy, básicamente no existe un concepto exacto para definir la alfabetización en salud, pues uno de los conceptos relevantes es del Instituto de Medicina de Estados Unidos; en el año 2004 señala a la alfabetización en salud como “La capacidad individual para obtener, procesar y entender información básica en salud y los servicios necesarios para tomar decisiones apropiadas”. También según la OMS en el año 1998 la define como “destrezas cognitivas y sociales que

determinan la habilidad y motivación de los individuos para acceder, entender y usar información de manera que promocióne y mantenga buena salud”⁽⁵⁾.

Nutbeam²¹ coincide con la definición anterior y resalta que educar en salud también es hacer juicios, tomar decisiones en la vida cotidiana y permitir que el profesional de la salud ayude en la prevención de enfermedades y promoción de la salud con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la persona^(1,5).

Según estas definiciones el término de alfabetización en salud, representa algo más que leer un folleto o leer información en un papel, la información puede proceder de diversos medios, como de las conversaciones familiares, medios de comunicación, formularios de medicamentos, conversaciones con el profesional de salud, es por esto que requiere de 4 tipos de capacidades para poder definirla⁽⁶⁾.

Acceso: Capacidad para buscar, encontrar y conseguir información⁽⁶⁾.

Entender: Capacidad para asimilar la información de salud⁽⁶⁾.

Apreciar: Capacidad para lograr descifrar, clasificar y evaluar la información en salud⁽⁶⁾.

Aplicar: Capacidad para transmitir y utilizar la información para la toma de una decisión para mantener y mejorar la salud⁽⁶⁾.

El empoderamiento, la habilidad y motivación son fundamentales para alcanzar y mejorar el acceso para la educación en salud. El empoderamiento es el proceso mediante el cual las personas obtienen mayor control en las acciones y decisiones que pueden llegar a afectar a la salud, es el proceso psicológico, cultural, social, por el cual las personas son capaces de opinar sobre sus problemas y necesidades que a través del diálogo y comprensión, es llegar a plantear estrategias para tomar decisiones y soluciones⁽¹⁾.

4.1.4 IMPORTANCIA DE LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD

La alfabetización en salud es importante para mejorar los conocimientos de riesgos, el cumplimiento en las prescripciones médicas, la seguridad, motivación y confianza del paciente, destaca los beneficios sociales y culturales dentro de una comunidad^(1,7).

Una de las desventajas de no tratar temas importantes en salud trae como resultados a los sistemas de salud un incremento en el costo y debilitamiento de los servicios sanitarios, tienen menos conocimientos de las enfermedades y tratamientos^(4,9).

Los pacientes con poco conocimiento en temas de salud usan más servicios de asistencia médica, tienen un alto riesgo de ser hospitalizados y utilizan servicios más

caros, es decir afecta tanto a la prevención y cuidado, los gastos en salud se ven afectados por la falta de conocimientos en alfabetismo en salud ⁽⁷⁾.

4.1.5 ALFABETIZACIÓN EN SALUD ORAL

En las últimas décadas solo se habla de alfabetización en salud general, no existe mucha información acerca de la alfabetización en salud oral, entonces relativamente es definida como “la capacidad de las personas para obtener, procesar y comprender información de servicios en salud oral y cráneo facial necesarios para tomar decisiones de salud apropiadas y actuar sobre ellos”⁽¹³⁾.

El tener un buen nivel de alfabetización en salud oral brinda beneficios personales y comunitarios, mejora los conocimientos de factores de riesgo de las enfermedades bucodentales, el entendimiento de las recomendaciones odontológicas, ayudan a mejorar la autopercepción de la salud oral, disminuye la asistencia a citas odontológicas de emergencia, y promueve la prevención^(8,14).

Los profesionales de la salud oral asumen que todos los pacientes saben leer, entender y comprender la información en esta área, pero estudios recientes demuestran lo contrario. Un estudio realizado por Davis y Wolf en el año 2014 afirma que la población adulta tiene dificultades para entender la información y términos médico-odontológicos⁽⁸⁾.

El estudio realizado por Haridas en el año 2014 concluyó que el estado de salud oral se asocia significativamente con el nivel de alfabetización en salud oral y el bajo nivel socio económico⁽¹⁴⁾.

4.1.6 ACCESIBILIDAD A LA INFORMACIÓN SANITARIA Y SUS CONSECUENCIAS

Una fuente de información para obtener cualquier tipo de conocimiento relacionado con salud es el internet. Este ha creado gran accesibilidad para el paciente el cual obtiene beneficios y recursos para la información, pero también problemas en cuanto a la fiabilidad y confianza, la información puede ser incorrecta y puede ser mal interpretada o simplemente no está diseñada para que el lector la comprenda correctamente⁽¹⁵⁾.

A nivel de la comunidad existen claros beneficios clínicos, económicos y sociales al tener conocimiento de la información necesaria acerca de la salud ⁽⁶⁾. Cabe resaltar que no solo la tecnología nos brinda información, sino puede provenir de diferentes

fuentes, como la conversación con amigos y familiares, profesionales de la salud, folletos, etiquetas de medicamentos, guías farmacéuticas, revistas médicas digitales, prescripciones de medicamentos etc. La única diferencia es que el lector no le dé el valor necesario, para comprender, asimilar y aplicar adecuadamente a sus necesidades⁽⁶⁾.

La consecuencia del nivel bajo de alfabetización en salud oral, es que el individuo tiene medios para acceder a la prevención, pero no hace uso de ellos, y ocasiona la detección tardía de enfermedades, mala comunicación entre profesional-paciente; desconocimiento de enfermedades y de sus síntomas, traen como consecuencia mayor tasa de asistencia a la consulta por emergencia (los pacientes creen tener algo grave y asisten a la consulta cuando no es necesario), hacen el incorrecto consumo de medicamentos y se automedican⁽⁶⁾.

Según la literatura revisada en el área odontológica, los pacientes que han tenido caries en algún momento de su vida, durante las primeras etapas de esta patología son indiferentes a las manifestaciones clínicas, no creen que sea algo de preocuparse, por lo que no asisten a la consulta de forma inmediata, asisten cuando sienten dolor en las piezas dentales afectadas, es decir, los pacientes muchas veces conocen, han escuchado o han leído, información sobre la caries dental, pero no ha comprendido la gravedad de las consecuencias que atrae la caries, si no es tratada a tiempo y adecuadamente, sin contar que podría generar otras enfermedades y/o patologías bucodentales^(2, 6).

En algunos estudios se ha visto que el nivel socioeconómico y la poca educación se asocia a una alfabetización en salud baja, pero también se tiene en cuenta las experiencias médicas que los pacientes habrían tenido años atrás, que les proporcionaría cierto conocimiento en la salud⁽⁶⁾.

Un estudio realizado en mujeres de 26 a 30 años de edad, que trabajan cuidando niños en escuelas, el 50.9% presentaron un bajo nivel de conocimientos de las enfermedades bucodentales más comunes, también demostró que existe influencia de las cuidadoras en el niño durante los primeros años de vida, al crear hábitos de higiene oral y prevención hasta que sea adulto⁽⁷⁾.

La educación por los diversos medios de comunicación posibilita un intercambio cultural en el área de la salud, generando nuevos comportamientos con varios beneficios; las campañas por ejemplo sobre una alimentación más sana, el incremento de la prevención de caries, y de enfermedades en general, amplían el conocimiento y entendimiento en este campo⁽³⁾.

La conversación entre el profesional y paciente determina el nivel de confianza, ayuda a que este se sienta comprendido, a disipar dudas, le permite indagar más acerca de su caso, gran parte las consultas médicas culminan con la elaboración de las recetas médicas, este documento es utilizado como guía para medicarse correctamente, esta debe ser entendible, con letra legible y sin errores pues un error en la prescripción de los medicamentos lleva a la toma incorrecta de la medicación. Es importante que el profesional de la salud sepa dar las indicaciones correctamente evitando palabras técnicas del lenguaje médico y realizar correctamente la receta médica, pues muchas veces el paciente al llegar a su hogar olvida o confunde lo que el profesional explicó anteriormente ^(3,4).

Las personas suelen tener dificultades para llenar una encuesta médica y leer una receta médica porque desconocen ciertos términos médicos, o simplemente no le toman importancia a la misma, en ocasiones el paciente pide ayuda a sus familiares para que le expliquen lo que está en la receta médica, y en caso de no tener alguien que le guíe correctamente puede llegar a la automedicación, y agravar su estado de salud ^(4,7).

4.1.7 USO DE ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD.

Para lograr que dentro de la consulta el paciente asimile de forma correcta la conversación con el profesional de la salud oral, requiere de ciertas estrategias que debe manejar el profesional para transmitir la información y así evitar la inadecuada educación en salud, pues puede utilizar diversos recursos para facilitar la comunicación como: dibujos, videos, casos clínicos, palabras claves, y pedir al paciente que describa lo que ha entendido sobre la información que acaba de explicar el profesional, para ello existen métodos actuales en adiestramiento y comunicación en la salud, que favorece el conocimiento de los temas relacionados a la salud como es la técnica coaching de salud y la entrevista motivacional^(3,6).

4.1.8 COACHING EN SALUD

El coaching en salud es un término inglés, que en español significa “entrenar”, para esta técnica debe haber dos personas que intervienen, el “coach” que es el profesional, y el “coachee” que es el paciente. En general esta técnica facilita al paciente a que aprenda de sí mismo; una de las herramientas principales de esta técnica son las preguntas y escuchar activamente; por medio de ellas el coach busca el autoconocimiento de coachee, pues nunca dará consejos, ni dirá lo que tiene que

hacer, sino que simplemente ayudará a descubrir lo que realmente necesita y desean para que ellos tomen la decisión y el profesional comienza con el tratamiento ^(9,10).

Según Linden et al, definen al coaching en salud, como “la intervención de salud conductual que facilita a los colaboradores a constituir y lograr metas en la promoción de la salud, con el fin de cambiar comportamientos relacionados con el estilo de vida, reducir riesgos de enfermedades y ampliar la calidad de vida relacionada con la salud”⁽⁹⁾.

Algunos autores plantean que las raíces y bases de coaching de salud están determinadas por teorías y modelos psicológicos, está relacionada con la entrevista motivacional. Esta técnica es aplicada en comportamientos en salud y condiciones crónicas que necesitan control y prevención, cambio de comportamiento⁽⁹⁾.

4.1.9 ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Se define como una entrevista clínica, la cual está centrada en los pacientes, ayuda a explorar y resolver conflictos sobre las conductas y hábitos no sanos. Trata de desarrollar conciencia de los pacientes sobre los riesgos de salud y su capacidad para resolverlos⁽⁵⁾.

Es una herramienta útil para el profesional de la salud para que oriente una situación psicológica de un paciente que está en su consultorio, de manera que no solo mejore la calidad de comunicación con él, sino que logre una modificación en su comportamiento que afecte a la salud, dicho proceso abarca fases que va desde la información sobre la forma del comportamiento hasta diseñar estrategias de autocontrol ⁵. Estas secuencias están evaluadas por una dimensión psicología de la prevención y promoción de la salud, donde comprenden las siguientes fases ⁽⁵⁾:
Reconocimiento de riesgos.

1. Involucrarse en el control de riesgos y protección.
2. Propósito de modificar el riesgo / protección.
3. Tomar conciencia y decisiones.
4. Elaborar planes.
5. Mantener las acciones.

Lo importante no es la descripción de las etapas psicológicas por las que pasa una persona durante el camino de aceptación de un comportamiento saludable, sino que se realiza una breve aproximación teórica para que se entienda mejor cómo funciona la

motivación hacia los comportamientos de los individuos. No hay que olvidar que el paciente es el único responsable de escoger, pensar realizar cambios y que el profesional le presta ayuda si este lo desea^(8,11).

La clave para el cambio es la motivación que se desarrolla en el paciente, pues motivar o ayudar a cambiar, es lograr que el paciente descubra con sus propios pensamientos y razones lo más conveniente para su nuevo estilo de vida⁽⁹⁾.

4.1.10 MEDICIÓN DE LA ALFABETIZACIÓN DE LA SALUD

En la actualidad hay dos instrumentos principales para la medición de la alfabetización de la salud. Estos fueron realizados y desarrollados por Universidades en Estados Unidos y se asocian a la comprensión de lectura^(7,8).

4.1.10.1 REALM (*Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*).

La estimación rápida de la alfabetización de adultos en medicina, esta prueba fue desarrollada en Luisiana State University, tiene el objetivo de medir el alfabetismo de la salud mediante el dominio del vocabulario y reconocimiento de palabras asociadas a la salud. Esta prueba está hecha para ser aplicada en pacientes adultos que sepan leer y solo exige que la persona reconozca, lea y pronuncie correctamente palabras determinadas, el tiempo de aplicación varía entre los dos y tres minutos. Tiene la finalidad de que los pacientes sepan diferenciar y pronunciar los términos más usados en la odontología^(7,12).

4.1.10.2 TOFHLA (*Test of Functional Health Literacy in Adults*).

Esta herramienta fue diseñada por Parker en el año 1995, para medir el nivel de alfabetismo funcional en los pacientes usando materiales reales de atención sanitaria como, por ejemplo; prescripciones de etiquetas de medicamentos, formularios médicos, resultados de pruebas de diagnósticos, y los participantes son evaluados mediante su habilidad y la capacidad mediante la lectura y la comprensión⁽⁷⁾.

4.1.11 ANÁLISIS CONCEPTUAL Y DIMENSIONAL

Un individuo debe poseer ciertas habilidades, destrezas y capacidades para lograr competencias que implica tener la capacidad de funcionar efectivamente las situaciones de salud, para lo cual existen cinco competencias⁽⁷⁾:

1. Operacional, incluye leer, escribir, y actuar sobre la información oral entregada por el profesional de la salud⁽⁷⁾.

2. Interactivas, se relaciona con el automanejo de los problemas, colaboración con el profesional, tomar decisiones para mejorar la salud⁽¹⁶⁾.
3. Autónoma, es el nivel de conocimiento y destreza personal para analizar información con respecto al estado de salud propio, de tal manera que ejerza autocontrol sobre el cuidado de la salud⁽¹⁶⁾.
4. Cultural, la cultura implica el patrón integrado de comportamiento humano que incluye pensamientos, acciones, costumbre, creencias, mitos⁽¹⁶⁾.
5. Informativa, consiste en la capacidad que tiene el individuo para identificar las fuentes confiables de información, y saber cómo utilizarla⁽¹⁶⁾.

4.1.12 ATRIBUTOS PARA LOGRAR UNA ALFABETIZACIÓN

Entre los atributos de alfabetización de la salud encontramos: la capacidad, la comprensión y la comunicación⁽¹⁷⁾.

Capacidad: esta se obtiene mediante el proceso de aprendizaje. La capacidad que el individuo posee para expresarse durante una cita médica explicar las preocupaciones de la salud y los síntomas⁽¹⁷⁾.

Comprensión: es un proceso más complejo que el anterior se basa en la interacción lógica, lenguaje y experiencia. Se preocupa sobre lo que entiende el paciente⁽¹⁷⁾.

Comunicación: consiste en cómo se intercambia pensamientos, mensajes o información a través de lenguaje oral, escrito o corporal. Ese atributo proporciona seguridad, entendimiento⁽¹⁷⁾.

4.1.13 COMO IDENTIFICAR A LOS PACIENTES QUE PRESENTAN BAJA ALFABETIZACIÓN EN SALUD.

Existen varios instrumentos para la identificación del paciente con limitada habilidad en la educación en salud, no solamente se le puede reconocer por el nivel académico, pues muchas personas que han cursado la Universidad podrían tener deficiencia para comprender ciertos temas de la salud. Algunas conductas de los individuos bajos en alfabetización en salud, es traer a alguien que le acompañe para que lea o le explique, presentar excusas por incumplimiento de medicamentos, posponer la toma de decisiones, entre otras^(17, 18).

Algunos autores consideran que no solamente se debe basar en los instrumentos, sino que se debe mejorar la habilidad de comunicación de los profesionales de la

salud, para que puedan ser comprendidos de forma clara y precisa. Oates Et al. ⁽¹⁷⁾. Propuso a los médicos estrategias de comunicación con el fin de aumentar y desarrollar la comprensión de los pacientes, especialmente de las personas adultas⁽¹⁹⁾:

4.1.13.0 HABILIDADES CLÍNICAS

1. Emplear un lenguaje claro y frases simples⁽¹⁹⁾.
2. Evitar tecnicismos⁽¹⁹⁾.
3. Hablar despacio, pero con tono firme⁽¹⁹⁾.
4. Limitar la cantidad de información y tratar de resumir⁽¹⁹⁾.

4.1.13.1 SER ESPECÍFICO

1. Enfoque en responder la pregunta que hace el paciente: ¿Qué es lo que debo hacer? ⁽¹⁹⁾
2. Usar indicaciones claras, orientadas hacia la acción⁽¹⁹⁾.
3. Minimice la información teórica como anatomía y fisiología⁽¹⁹⁾.

4.1.13.2 MULTIPLES DE COMUNICACIÓN

1. Apoyarse en material didáctico como dibujos para transmitir la información⁽¹⁹⁾.
2. Utilizar videos o programas interactivos⁽¹⁹⁾.
3. Usar más de una técnica para dar información⁽¹⁹⁾.

4.1.13.3 AYUDAR AL PACIENTE A QUE LE REALICE PREGUNTAS

1. Crear un ambiente propicio para que los pacientes puedan preguntar al profesional y despejar sus dudas⁽¹⁹⁾.
2. Empoderar a los pacientes para que al terminar la consulta conozca la respuesta del ¿Qué necesito hacer yo? ⁽¹⁹⁾

4.1.13.4 CONFIRMAR LA COMPRENSIÓN

Pedir al paciente que repita la información, y las instrucciones dadas anteriormente⁽¹⁹⁾.

- a) Retroalimentar en aspectos no entendidos⁽¹⁹⁾.
- b) Pedirle que hable con un familiar sobre lo que se ha hablado en la consulta, pero en presencia del profesional⁽¹⁹⁾.

Estas estrategias deben efectuarse no solo en adultos jóvenes, sino que se debe realizar en todas las edades, especialmente en niños y adultos mayores pues ellos

constituyen la mayoría de personas atendidas en la consulta, son personas que no poseen en un cien por ciento sus habilidades cognitivas de comprensión, las auditivas y las visuales, por el cual el profesional debe realizar un mayor esfuerzo para lograr que el paciente comprenda^(19, 20).

4.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

- Es un artículo de revista denominado Alfabetización en salud en pacientes que asisten a un Hospital Universitario, Konjino-Mejia R. donde se evaluó la AS se evaluó con el Short Assessment of Health Literacy for Spanish-speaking Adults en 2345 pacientes, los resultados reportados fueron el 62% de los respondedores provenían del área ambulatoria, el 54.6% fueron mujeres; la edad promedio fue de 56 años. La frecuencia de inadecuada AS fue de 30.1%. Los pacientes con educación primaria tenían una probabilidad significativamente mayor de presentar inadecuada AS comparados con los que tenían instrucción universitaria OR = 45.1 (IC 9.6-211.6). La frecuencia estimada de inadecuada AS en los pacientes evaluados fue elevada. Se encontró una fuerte asociación entre el nivel educativo y el grado de AS. Estos hallazgos sugieren un alto porcentaje de inadecuada alfabetización en salud en nuestro medio. Resulta indispensable que los profesionales de la salud conozcan las implicancias que la inadecuada AS tiene en el cuidado de la salud.

- En un artículo Distribution Of Health Literacy Strengths And Weaknesses Across Socio-Demographic Groups: A Cross-Sectional Survey Using The Health Literacy Questionnaire (HLQ). Realizado en Victoria- Australia, donde el objetivo del estudio fue utilizar una herramienta de medición multidimensional para describir la alfabetización en salud de adultos en áreas urbanas y rurales, se utilizaron datos que fueron recolectados de residentes de la zona (n = 813) de 8 organizaciones de salud y cuidado comunitario, utilizando el Cuestionario de Alfabetización de Salud (HLQ), datos demográficos y de servicios de salud también fueron recolectados. Los datos fueron analizados usando estadística descriptiva. Los resultados dan como edad promedio de los encuestados un 72.1% (rango 19-60) años. Las mujeres constituían el 63% de la muestra, el 48% no habían completado la educación secundaria, este estudio ha revelado algunas grandes diferencias de alfabetización en salud en nueve áreas de alfabetización de salud en adultos que utilizan servicios de salud en Victoria. Estos hallazgos proporcionan información sobre la relación entre la alfabetización en salud y la posición socioeconómica en grupos vulnerables y, dado el enfoque del HLQ, proporcionan una guía para el desarrollo de intervenciones equitativas.

- Es un artículo denominado Health Literacy And Public Health: A Systematic Review And Integration Of Definitions And Models. Realizado por : Sorensen K, Van den Broucke, Fullam J, Doley G, Pelikan J, Brand H. Se realizó una revisión sistemática de la literatura para identificar las definiciones y los marcos conceptuales de la alfabetización en salud. Se llevó a cabo un análisis del contenido de las definiciones y los marcos conceptuales para identificar las dimensiones centrales de la alfabetización en salud y desarrollar un modelo integrado. La revisión dio como resultado 17 definiciones de alfabetización en salud y 12 modelos conceptuales. Con base en el análisis de contenido, se desarrolló un modelo conceptual integrador que contiene 12 dimensiones referidas al conocimiento, motivación y competencias para acceder, comprender, evaluar y aplicar información relacionada con la salud dentro del ámbito de la salud, prevención de enfermedades y promoción de la salud, respectivamente.
- En un artículo denominado The Relationship Between Health Literacy And Quality Of Life Among Frequent Users Of Health Care Services: A Cross-Sectional Study. De los autores Couture E, Chouinard M, Fortin M, Hudon C. El objetivo de este estudio fue examinar la relación entre la alfabetización en salud y los componentes físicos y mentales de la calidad de vida entre usuarios frecuentes de servicios de atención médica con enfermedades crónicas. Donde no se encontró asociación entre la alfabetización en salud y la calidad de vida y sugiere que no existe una relación entre la alfabetización en salud y los componentes físicos y mentales de la calidad de vida entre los usuarios frecuentes de los servicios de atención médica.
- El artículo de revista denominado Urban–Rural Differences In Health Literacy And Its Determinants In Iran: A Community-Based Study, desarrollado por Golboni F, Nardian H, Najafi S. se realizó un estudio analítico descriptivo transversal con una muestra de 892 encuestados que residen en el área rural donde se obtuvo que tienen baja alfabetización funcional en salud, en comparación con sus contrapartes urbanas. La alfabetización en salud como un factor determinante de la salud y el bienestar social debería centrarse con más detalle por parte de los responsables de la toma de decisiones en salud.
- El artículo de revista denominado Oral Health Conceptual Knowledge And Its Relationships With Oral Health Outcomes: Findings From A Multi-Site Health Literacy Study. De los autores Macek M, Atchison K, Chen H, Wells W, Haynes D, Parker R, Azzo S. Se realizaron entrevistas con pacientes cara a cara donde los entrevistado debía

contestar preguntas de conocimientos en la salud oral. El 18% de los 909 participantes adultos exhibió conocimiento conceptual "bajo". Los puntajes de CMOHK se asociaron significativamente con tres instrumentos de alfabetización de la salud, el REALM, la prueba breve de alfabetización funcional en salud en adultos (TOFHLA) y la confianza para rellenar formularios. En los análisis bivariantes y multivariantes, los puntajes de CMOHK también se asociaron significativamente con las creencias y actitudes dentales y la autoeficacia para prevenir la caries dental y la enfermedad periodontal. Los puntajes de CMOHK no se asociaron con la utilización, medida como una visita al dentista o una limpieza dental en el último año.

- El artículo de revista denominado *The Health Literacy Of Parents In The United States: A Nationally Representative Study* de los autores Shonna h, Johnson M, Mendelsohn A, Abrams M, Sanders L, Dreyer B., donde evaluaron Evaluar la alfabetización en salud de los padres de EE. UU. Y explorar el papel de la alfabetización en salud como mediadora de las disparidades en la salud infantil. Es un estudio transversal, La alfabetización de la salud de los padres se asoció con el uso de la etiqueta nutricional en los análisis no ajustados, pero no retenía significación en los análisis multivariantes. La alfabetización en salud representó parte del efecto de la educación, las diferencias raciales / étnicas, de estatus migratorio, lingüísticas y relacionadas con los ingresos y concluyen que abordar la alfabetización en salud de padres con bajo nivel de educación puede mejorar las disparidades existentes en materia de salud infantil.

- El artículo de revista denominado *SOCIAL ISOLATION, HEALTH LITERACY, AND MORTALITY RISK: FINDINGS FROM THE ENGLISH LONGITUDINAL STUDY OF AGEING.*, De la autoria de Simith S, Jackson S, Kobayashi L, Steptoe A. donde el objetivo del estudio fue Investigar las relaciones entre el aislamiento social, la alfabetización en salud y la mortalidad por todas las causas, y el efecto modificador del aislamiento social los resultados fueron : Las tasas de mortalidad fueron 30.3% versus 14.3% en los grupos de alfabetización de salud baja versus alta, y 23.5% versus 13.7% en los grupos socialmente aislados versus no aislados. La baja lectoescritura en salud y el aislamiento social se asociaron independientemente con un mayor riesgo de mortalidad y concluyen que la baja alfabetización en salud y el alto aislamiento social son factores de riesgo para la mortalidad., el aislamiento social no modifica la relación entre la alfabetización en salud y la mortalidad. Los médicos deben ser conscientes de los riesgos de salud que enfrentan los adultos socialmente aislados y aquellos con baja alfabetización en salud.

- El artículo de revista denominado alfabetización en salud de una una comunidad universitaria en Mexico en el año 2016. De la autoría de Mávita C. analizó y midió el nivel de alfabetización en salud de una comunidad universitaria del noroeste de México, donde el 8.17% de la población universitaria presentaron un índice de salud inadecuado; 43.39%, problemático; 39.83%, suficiente; 8.59%, excelente. Las variables asociadas más significativamente ($p < 0.01$) con un resultado deficiente fueron: pertenecer al grupo de administrativos, padecer enfermedades crónicas, uso frecuente de los servicios de urgencias, constante asistencia a consultas médicas y sedentarismo.
- El artículo denominado Alfabetismo funcional en odontología de padres o tutores y su relación con el estado de salud bucal, del autor Davila M., donde realizo la evaluación el nivel de alfabetismos funcional de padres o tutores y relacionarlo con el estado de salud bucal en preescolares, donde se aplicó un instrumento validado SOHLS (Spanish Oral Health Literacy Scale) que midió el Alfabetismo Funcional en Odontología mediante encuestas aplicadas a padres, madres o tutores de 150 niños/as en edad preescolar, provenientes de guarderías del norte, centro y sur de la Ciudad de Quito. Se entregó a los padres el consentimiento informado para que los que deseen participar de manera voluntaria lo firmen, posteriormente se evaluó en los niños nivel de higiene bucal mediante el Índice de Higiene Oral Simplificado y caries dental mediante los criterios de la OMS. Se evaluaron los resultados y se determinó la relación que existe entre el nivel de alfabetismo de los padres o tutores y el estado bucal de los preescolares y concluyó que la presencia de problemas bucales en preescolares (caries dental y nivel de higiene bucal) se asocia con el nivel de Alfabetismo Funcional en Odontología de padres o tutores.

5. HIPÓTESIS

No existe hipótesis por tratarse de un estudio descriptivo.

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1 MARCO METODOLÓGICO

1.1. **Enfoque:** tipo cuantitativo⁽²²⁾.

1.2. **Diseños de estudio:** Estudio Descriptivo⁽²³⁾.

1.3. **Nivel de investigación:** Descriptivo.

1.4. **Tipo de investigación:**

1.4.1. **Por el Ámbito:** De Campo.

1.4. 2. **Por la técnica:** Observacional

1.4.3. **Por la temporalidad:** transversal actual.

2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Es un estudio de tipo transversal, observacional, que se realiza en la parroquia Checa ubicada a 13km de la cabecera Cantonal de Cuenca por la vía Chiquintad-Checa, cuenta con 4891 habitantes según el último censo INEC realizado; en este estudio participaron adultos jóvenes de 18 a 44 años de edad residentes de la parroquia⁽²⁴⁾.

La población de estudio fue de 394 fichas epidemiológicas de la parroquia Checa que corresponde al total de las fichas registradas en el estudio epidemiológico para esta parroquia.

2.1. **Criterios de selección:** Para la formación de la población se tomará en cuenta los siguientes criterios:

2.1.a. **Criterios de inclusión:** Se incluyeron en el presente estudio personas que se encuentren en el grupo de edad de 18 a 44 años, que estén dispuestos a firmar el consentimiento informado y sean habitantes de la parroquia Checa del Cantón Cuenca de la provincia del Azuay.

2.1.b. **Criterios de exclusión:** Se excluyeron del estudio personas que sean menores de 18 años y mayores de 44 años, personas que no sean habitantes de la parroquia Checa, personas con discapacidades que les impida responder la encuesta, personas que no colaboren, y fichas mal llenadas.

2.2. **Tipo de muestreo:** Se realiza un muestreo probabilístico, estratificado y proporcional.

Tamaño de muestra:

Se calculó mediante la fórmula para la muestra de población finita, con un nivel de confiabilidad de 95% y un error del 5%.

El total de habitantes de la parroquia Checa es de: 4891

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

Donde:

N: total de la población (4891).

Za: 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%).

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

$$n = \frac{(1.96)^2 * (0.5)(1 - 0.5)(4891)}{(1.96)^2 * (0.5)(1 - 0.5) + (0.05)^2 * (4891 - 1)}$$

$$n = 357$$

El tamaño de la muestra fue de 357 encuestas, para estratificar de acuerdo a la edad se amplía la muestra a 394.

3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADOR	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA
Nivel de Alfabetización	Las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud.	Valorar el nivel de alfabetización en salud	Alta Baja	Cualitativa	Ordinal
Sexo	Característica genotípicas del individuo	Características externas que diferencia el sexo femenino y masculino.	Femenino Masculino	Cualitativa	Normal
Edad	Tiempo de vida de un individuo u otro ser vivo, contando desde el momento del nacimiento.	Años de vida registrados en la encuesta durante la toma de datos.	18-20 años 21-30 años 31-40 años Más de 40 años	Cuantitativa	

<p>Factor socioeconómico</p>	<p>Cantidad de bienes disponible para un individuo o una familia, en relación con un paquete estándar de bienes considerados esenciales para asegurar la reproducción social del sujeto y mantenerlo por encima de la línea de la pobreza</p>	<p>Recursos económicos que posee una familia, clase social y tipo de familia en la que se ubica</p>	<p>Bajo: se consider a cuando el monto es menor al sueldo básico (menos \$386)</p> <p>Alto: se consider a cuando el monto es mayor al sueldo básico (más \$386)</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Normal</p>
-------------------------------------	---	---	---	--------------------	---------------

Nivel de instrucción	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Nivel de estudios que posee una persona a lo largo de vida.	Alta: se considera los siguientes parámetros: Superior técnico completa Superior universitario incompleta Superior universitaria completa Baja: se considera: Analfabeto. Primaria incompleta. Primaria completa. Secundaria incompleta.	Cuantitativa	Nominal
----------------------	---	---	--	--------------	---------

4. INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DATOS

4.1. INSTRUMENTOS DOCUMENTALES:

El proceso de la toma de datos se realiza mediante un cuestionario ya previamente formulado y validado por un grupo de investigación de la Facultad de odontología de la Universidad Católica de Cuenca, el cual consta de 80 preguntas relacionadas con Ansiedad dental, automedicación, autopercepción periodontal, relación paciente odontólogo, negligencia dental y alfabetismo.

Todos los encuestados firmaron el consentimiento informando de su participación en el estudio. Cada entrevista duro de 10-20 minutos, las mismas que fueron realizadas por estudiantes de noveno y décimo ciclo de la Facultad de odontología de la Universidad Católica de Cuenca

4.2. Instrumentos mecánicos:

Para el registro de datos se utiliza una computadora de escritorio.

4.3. Materiales:

Solo se utilizaron materiales de escritorio.

4.4. Recursos:

Para llevar este estudio adelante se necesitaron recursos institucionales (UCACUE), recursos humanos (autor, tutor, examinadores) y recursos financieros (autofinanciado).

5. PROCEDIMIENTOS PARA TOMA DE DATOS

5.1 Ubicación espacial.

La parroquia Checa está ubicada al norte del Cantón Cuenca a 12km. De distancia, limita al Norte con la provincia de Cañar, al Sur por la parroquia Chiquintad, al Este con la parroquia Octavio Cordero y Sidcay.

5.2 Ubicación temporal.

La investigación se realizó entre los meses agosto del 2017 y abril del año 2018, recolectando datos de fichas epidemiológicas que reflejan la situación epidemiológica de la parroquia.

5.3 Procedimiento para la toma de datos.

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

5.3a MÉTODO DE EXÁMEN

El proceso de toma de datos comenzó en el mes de agosto del 2017 en la parroquia Checa del Cantón Cuenca, se procedió con el inicio de la toma de datos de las personas residentes de la parroquia.

5.3b. CRITERIOS DE REGISTRO DE DATOS

Las personas encuestadas brindaron su nombre, número de cédula de identificación, su firma o rubrica, edad, sexo como campos obligatorios para comenzar la encuesta.

Posteriormente se procedió a realizar las preguntas de opción múltiple de la encuesta epidemiológica, especialmente la sección de alfabetización.

En última instancia se realiza el registro de los datos de las encuestas de manera digital en el programa Epi Info 7.2 en los equipos de computación de la biblioteca de la facultad de odontología.

6. PROCEDIMIENTOS PARA ANALIZAR LOS DATOS

Para este estudio se utiliza el programa Epi Info Ver. 7.2, mediante el cual se registraron las fichas epidemiológicas anteriormente recolectadas, después se analizó los datos en el programa Microsoft Excel.

Para el análisis de datos se obtiene un punto de corte para la investigación de Alfabetización en Salud:

Se consideran las preguntas 77; 78; 79; 80 de la encuesta.

- La pregunta 77 da un punto cuando está marcada alguna opción entre la 4 ó 5.
- La pregunta 78 da un punto cuando está marcada alguna opción entre la 4 ó 5.
- La pregunta 79 da un punto cuando está marcada alguna opción entre 1 ó 2.
- La pregunta 80 da un punto cuando está marcada alguna opción entre 1 ó 2.

Es una escala que va desde cero hasta 4; teniendo el punto de corte en cuatro; lo que significa que solamente las personas que sacan 4 pts. Son las que tienen buena alfabetización en salud bucal, todos los demás puntajes demuestran la necesidad de

que se trabaje en este paciente para mejorar su nivel de comprensión de las indicaciones para mantener su salud.

Se empleó el estadígrafo Chicuadrado para medir la relación entre las variables.

7. ASPECTOS BIOÉTICOS

El presente estudio no implicó conflictos bioéticos, ni daños físicos o psicológicos a los encuestados, ni a terceras personas.

A las personas encuestadas se les trató con cordialidad y respeto con el propósito de no ocasionar perjuicios a la moral, fueron informadas y firmaron el respectivo consentimiento que les permite participar libremente en el estudio.

CAPÍTULO III

RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. RESULTADOS

El presente estudio fue realizado con los datos epidemiológicos de la parroquia Checa, que consta en el archivo del departamento de investigación de la carrera de Odontología de la UCACUE, mostrando los siguientes resultados:

Tabla N°1 Prevalencia de alfabetización en salud en adultos jóvenes de 18 a 44 años de edad de la parroquia Checa.

PREVALENCIA DE ALFABETIZACIÓN	n	%
ALTA	103	26
BAJA	291	74
Total	394	100

Tabla N°1: se puede apreciar que en la parroquia Checa existe una baja alfabetización en adultos jóvenes de 18 a 44 años con un porcentaje del (74%).

TABLA N°2. Distribución de la muestra según la edad y sexo.

EDAD	SEXO				TOTAL GENERAL	
	FEMENINO		MASCULINO		n	%
	n	%	n	%		
DE 18 a 20	22	6	23	6	45	11
DE 21 a 30	87	22	101	26	188	48
DE 31 a 40	70	18	54	14	124	31
MAS DE 40	20	5	17	4	37	9
Total	199	51	195	49	394	100

En la tabla N° 2: En la población de Checa el mayor número de encuestados se encuentran en el grupo de edad de 21 a 30 años con un porcentaje del 26% en el sexo masculino y con un 22% en el sexo femenino.

Tabla N°3. Relación de la prevalencia de alfabetización en salud en adultos jóvenes de 18 a 44 años en la parroquia Checa según la edad.

EDAD	PREVALENCIA ALFABETIZACIÓN EN SALUD				TOTAL GENERAL	
	ALTA		BAJA		n	%
	n	%	n	%		
DE 18 a 20	12	3	33	8	45	11
DE 21 a 30	53	13	135	34	188	48
DE 31 a 40	31	8	93	24	124	31
MAS DE 40	7	2	30	8	37	9
Total	103	26	291	74	394	100

(p: 0.6825)

En la tabla 3: se presenta los resultados de la variable edad en relación con la alfabetización, se encontró una baja alfabetización en el grupo de edad de 21 a 30 años con un 34%, seguido por el grupo de edad de 31 a 40 años con un 24%.

Se encontró una alta alfabetización en el grupo de edad de 21 a 30 años con un porcentaje de 13%. No se presenta relación entre las variables según el chi cuadrado (p: 06825).

Tabla N° 4 Relación de la prevalencia de alfabetización en salud en adultos jóvenes de 18 a 44 años en la parroquia Checa según el sexo.

SEXO	PREVALENCIA ALFABETIZACIÓN EN SALUD				TOTAL GENERAL	
	ALTA		BAJA		n	%
	n	%	n	%		
Femenino	55	14	144	37	199	51
Masculino	48	12	147	37	195	49
Total	103	26	291	74	394	100

(p: 0.4947)

En la tabla 4; se observa según la variable de sexo y la alfabetización en salud, donde el sexo femenino predomina en el estudio, el 14% presenta una alta alfabetización en salud, y el 37% presenta una baja alfabetización en salud. En el sexo masculino el 37% presentaron una baja alfabetización. No se presentó una relación entre las variables (p 0.4947).

Tabla N° 5. Relación de la prevalencia de alfabetización en salud en adultos jóvenes de 18 a 44 años en la parroquia Checa según el nivel socioeconómico.

NIVEL SOCIOECONÓMICO	NIVEL DE ALFABETIZACIÓN EN SALUD					
	ALTA		BAJA		TOTAL GENERAL	
	n	%	n	%	n	%
ALTO	20	5	24	6	44	11
BAJO	83	21	267	68	350	89
Total	103	26	291	74	394	100

(p: 0,0019)

En la tabla 5: Se observa según el nivel socioeconómico, en el nivel alto presenta un 5% una alta alfabetización en salud, y predominado el 6% que presenta una baja alfabetización en salud. Mientras que en el nivel socioeconómico bajo el 21% presenta una buena alfabetización y un 68% presenta una baja alfabetización. Existe una relación significativa entre las variables (p 0,0019)

Tabla N° 6. Relación de la prevalencia de alfabetización en salud en adultos jóvenes de 18 a 44 años en la parroquia Checa según el nivel de instrucción.

INSTRUCCIÓN	NIVEL DE ALFABETIZACIÓN EN SALUD					
	ALTA		BAJA		TOTAL GENERAL	
	n	%	N	%	n	%
ALTO	30	8	52	13	84	21
BAJO	71	18	239	61	310	79
Total	103	26	291	74	394	100

(p: 0,00494)

En la tabla N°6: El grado de instrucción con mejor alfabetización en salud bucal es el nivel alto con 52 casos equivalente al 13%, el resultado evidencia que en el grado de instrucción bajo presenta una baja alfabetización con el 61% de los casos. Se presenta una relación entre las variables (p: 0,00494)

2. DISCUSIÓN

La presente investigación fue realizada en la parroquia Checa del cantón Cuenca; la muestra evaluada fue de 394 personas cuya edad oscila entre los 18 a 44 años, en donde la población encuestada accedió de forma libre a ser parte del estudio y completar el cuestionario; donde el 51% corresponden al sexo femenino y el 49% al sexo masculino.

En este estudio se encontró que el nivel de alfabetización es bajo en la parroquia Checa con el (74%) de la muestra, Dicho porcentaje es similar al estudio realizado por Konfino⁽²⁵⁾, con una muestra de 234 pacientes que asisten al hospital universitario; donde se encontró un (62%) de pacientes que presentaron un nivel bajo de alfabetización en salud.

Se cree que las personas de edad promedio 19 a 30 años de edad que regularmente asisten o ya han pasado por la universidad poseen alta alfabetización en salud, pero se ha descartado esta teoría, pues los resultados en la comunidad universitaria fueron desalentadores, y se encontró un nivel insuficiente de AS^(26, 27,28,), nuestro estudio revela que en el grupo de edad de 21 a 30 años se encuentra en nivel más alto de deficiencia en AS coincidiendo así con los estudios antes mencionados.

De acuerdo al sexo no se encuentra mucha evidencia que relacione a esta variable con los niveles bajos de alfabetización, pero un estudio realizado por Mávita⁽²⁶⁾ coloca al sexo masculino en mayor riesgo, pero otros artículos^(17,25,26) concuerdan con nuestro estudio pues aprecia una desigual considerable para poder definir cuál de los dos sexos tiene mayor riesgo de un nivel bajo o nivel alto en AS.

Al igual estudiaron la variable del nivel de instrucción educativa donde los pacientes con instrucción baja es decir en pacientes que solo han cursado la primaria presentaron un nivel bajo de AS, coincide con este estudio al presentarse bajo nivel bajo de AS en adultos jóvenes que han cursado un nivel bajo de instrucción educativa (61%), se encuentra una asociación significativa entre estas variables, y se convierte en una barrera para acceder a los servicios de salud.

Se podría asociar el área rural con el nivel socioeconómico, según Golboni⁽²⁹⁾ en su estudio hizo relevancia al ingreso o salario mensual que obtiene una persona y la zona rural, obteniendo datos donde el ingreso mensual es esta zona es bajo, indica que muchas de las familias están conformadas más de tres miembros, no tiene un lugar fijo de trabajo, su nivel de instrucción educativa es bajo, carecen de servicios de salud públicos, o desconfían del personal de salud público, concluyendo que estos factores favorecen a que los individuos obtengan descuido en su salud⁽²⁹⁾, esto forma un círculo vicioso dentro de la comunidad según Hertz⁽³⁰⁾ entre el nivel bajo de AS y los factores de riesgos

anteriormente descritos se mezcla y puntualiza un dicho “Hombres y mujeres suelen enfermarse porque son “pobres” , se vuelven más pobres porque están enfermos y más enfermos porque son más pobres”

Algunas causas descritas en la literatura parecieran desempeñar un papel importante como la edad, nivel educativo, nivel socioeconómico y el nivel de instrucción educativa, presencia de enfermedades crónicas o terminales, pueden causar una limitante para acceder a los servicios de salud, y dificultar el acceso a información sobre medicamentos, campañas de prevención, detección precoz de enfermedades convirtiendo en una problemática no solo individual sino comunitaria.

3. CONCLUSIONES

La prevalencia en alfabetización en salud en adultos jóvenes de 18 a 44 años de edad de la Parroquia Checa del Catón Cuenca es baja con un (74%) de prevalencia.

Se determinó que el grupo de edad de 21 a 30 años tiene una baja alfabetización en salud con un porcentaje de (34%), tanto el sexo femenino y masculino se presentó una baja alfabetización en salud con un porcentaje del (37%).

Se determinó un bajo nivel socioeconómico de los residentes de la parroquia lo cual se asocia a una baja alfabetización en salud.

El bajo nivel de instrucción educativa se asocia a una baja de alfabetización con un (61%).

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Basagoiti I, Almendro C, Armayones M, Díaz H. Alfabetización en salud: DE la información a la acción. Factores Psicológicos en alfabetización, [internet], 2014. Disponible en:
[https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=IF5OAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=1.%09Basagoiti+I,+Almendro+C,+Armayones+M,+D%C3%ADaz+H.+Alfabeti+zi%C3%B3n+en++salud:+DE+la+informaci%C3%B3n+a+la+acci%C3%B3n.+F+acto+res+Psicol%C3%B3gicos+en+alfabetizaci%C3%B3n,++\(2014\).+&ots=2RDpRJgDs5&sig=Cy70Ju27nE0cDF9GNSEtzn9r3U#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=IF5OAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=1.%09Basagoiti+I,+Almendro+C,+Armayones+M,+D%C3%ADaz+H.+Alfabeti+zi%C3%B3n+en++salud:+DE+la+informaci%C3%B3n+a+la+acci%C3%B3n.+F+acto+res+Psicol%C3%B3gicos+en+alfabetizaci%C3%B3n,++(2014).+&ots=2RDpRJgDs5&sig=Cy70Ju27nE0cDF9GNSEtzn9r3U#v=onepage&q&f=false)
2. González Parraguez, Cristián. "Percepción de atención dental de pacientes en situación de discapacidad atendidos en reclinador de silla de ruedas." [internet], 2013. Disponible en:
http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/117417/Gonzalez_C.pdf?sequence=1
3. Falcón M, El paciente y la alfabetización en salud, [internet], 2012. Disponible en:
https://www.researchgate.net/profile/Ignacio_Basagoiti/publication/261873718_Alfabetizacion_en_salud_de_la_informacion_a_la_accion/links/541a28690cf203f155ae1a15/A_lfabetizacion-en-salud-de-la-informacion-a-la-accion.pdf#page=65
4. Martínez C, López A, Martínez M. Exploración de significados con respecto a la salud bucal de un grupo de gestantes de la ciudad de Medellín, Colombia, ¿Hay alfabetización en salud bucal?, [internet], 2011. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X2011000200006
5. Constitución de la organización mundial de la salud, [Internet] 2010. Disponible en:
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
6. Vega V. La entrevista motivacional: una valiosa herramienta de promoción de la salud [internet], 2012. Disponible en:

- <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/864/VegaTocaV.pdf?sequence=1>
7. Valencia, Cielo Astrid Quintero, et al. "barreras de acceso a la atención odontológica durante la primera infancia. Medellín, [internet], 2007. Disponible en: <https://search.proquest.com/openview/7a2473605098b3ea152219d25a2b7d7c/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1806343>
 8. Dávila A. Beatriz, Cabrera, Alejandra. Alfabetismo funcional en odontología de padres o tutores y su relación con el estado de salud bucal de los prescolares., [internet], 2017. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/11444/1/T-UCE-0015-703.pdf>
 9. Area, M., & Guarro, A. La alfabetización informacional y digital: fundamentos pedagógicos para la enseñanza y el aprendizaje competente. Revista española de documentación científica, [internet] 2012. Disponible en: <http://redc.revistas.csic.es/index.php/redc/article/view/744>
 10. Marzan M RR. Alfabetización en salud en medicina general e integral. Revista Medisan [internet], 2013; 13(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100016
 11. Lee, Jessica Y., et al. "The relationship of oral health literacy and self-efficacy with oral health status and dental neglect." American journal of public health [internet], 2012.923-929. Disponible en: <http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2011.300291>
 12. Macek, Mark D., et al. "Assessing health literacy and oral health: preliminary results of a multi-site investigation." Journal of public health dentistry, [internet] 2016. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5086313/pdf/nihms779533.pdf>
 13. Wehmeyer, Meggan MH, et al. "The impact of oral health literacy on periodontal health status." Journal of public health dentistry. [Internet] 2014: 80-87. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3800213/pdf/nihms487787.pdf>
 14. Bress, Lisa E. "Improving Oral Health Literacy—The New Standard in Dental Hygiene Practice." American Dental Hygienists Association [Internet], 2013. Disponible en: <http://jdh.adha.org/content/87/6/322.full.pdf>

15. Singh, Paramjeet, et al. "Oral health knowledge, attitude, practices and oral health status among school teachers in and around Lucknow, UP." J Dent Med [Internet], 2015. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Pramod_Yadav9/publication/280316025_Oral_Health_Knowledge_Attitude_Practices_and_Oral_Health_Status_among_school_teachers_in_and_around_Lucknow_UP/links/56a86fc708ae0fd8b3fe9164.pdf
16. Ruiz, A. "La alfabetización en salud de la población española: Variables relacionadas según los resultados del proyecto europeo de alfabetización en salud", [internet],2015. Disponible en: <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/309753/TALRC.pdf?sequence=1>
17. M. Alfabetización en salud en medicina general integral. Perspectivas en Santiago de Cuba. [internet], 2013. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol17_1_13/san161713.pdf
18. Ruiz, A. "La alfabetización en salud de la población española: Variables relacionadas según los resultados del proyecto europeo de alfabetización en salud", [internet],2015. Disponible en: <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/309753/TALRC.pdf?sequence=1>
19. Nutbeam, D. Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International, [internet], 2000. Disponible en: <https://academic.oup.com/heapro/article/15/3/259/551108>
20. Wehmeyer, Meggan MH, et al. "The impact of oral health literacy on periodontal health status." Journal of public health dentistry. [Internet] 2014: 80-87. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3800213/pdf/nihms487787.pdf>
21. Bonal R, Almenares H, Marzán M. Coaching de salud: un nuevo enfoque en el empoderamiento del paciente con enfermedades crónicas no transmisibles [internet], 2012. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000500014
22. Villavicencio-Caparó E., Cuenca-León K., Vélez- León E., Sayago-Heredia J., CabreraDuffau A. Pasos para la planificación de una investigación clínica. Odontología activa UCACUE Vol. 1 No.1, enero 2016. Disponible en:

- <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php?journal=OACTIVAUCACUE&page=article&op=view&path%5B%5D=20&path%5B%5D=22>
23. Villavicencio-Caparó E., Alvear-Córdova M., Cuenca-León K., Calderón-Curipoma M., Palacios-Vivar D., Alvarado-Cordero A. Diseños de estudios clínicos en odontología. *Revista OACTIVA UC Cuenca*. Vol. 1, No. 2, 2016. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php?journal=OACTIVAUCACUE&page=article&op=view&path%5B%5D=37&path%5B%5D=46>
 24. Villavicencio Caparó E, Alvear Córdova MC, Cuenca León K, y cols. El tamaño muestral para la tesis ¿Cuántas personas debo encuestar?. *Revista OACTIVA UC Cuenca*. Vol. 2. No. 1, pp 59-62. 2017
 25. Konfino, J., Mejía, R., Majdalani, M. P., & Pérez-Stable, E. Alfabetización en salud en pacientes que asisten a un hospital universitario. *Medicina (Buenos Aires)*. [internet], 2009. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802009000700007&script=sci_arttext&tlng=pt
 26. Mávita-Corral, C. Alfabetización en salud de una comunidad universitaria del noroeste de México en el año 2016. *Investigación en Educación Médica*. [internet], 2017. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007505717301734>
 27. Paasche-Orlow, MK, Parker, RM, Gazmararian, JA, Nielsen-Bohlman, LT, y Rudd, RR (2005). La prevalencia de la alfabetización en salud limitada. *Revista de medicina interna general*. [internet], 2017. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1525-1497.2005.40245.x>
 28. Costa-Requena, G., Moreso, F., Cantarell, M. C., & Serón, D. Alfabetización en salud y enfermedad renal crónica. *Nefrología*, [internet], 2017. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952017000200115
 29. Shum, J., Poureslami, I, Doyle-Waters, MM, y FitzGerald, J. La aplicación de herramientas de medición de la alfabetización de la salud (dominios colectivos o individuales) para evaluar el manejo de enfermedades crónicas: un protocolo de revisión sistemática. *Revisiónes sistemáticas*, [internet], 2016. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ajr.12378>
 30. Costa-Requena, G., Moreso, F., Cantarell, M. C., & Serón, D. Alfabetización en salud y enfermedad renal crónica. *Nefrología*, [internet], 2017. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952017000200115

31. Ablah, E., Biberman, D. A., Weist, E. M., Buekens, P., Bentley, M. E., Burke, D & Klag, M. J. Improving global health education: development of a global health competency model. *The American journal of tropical medicine and hygiene*, [internet], 2014. Disponible en: <https://www.ajtmh.org/content/journals/10.4269/ajtmh.13-0537>
32. Bodur, A. S., Filiz, E., & Kalkan, I. Factors Affecting Health Literacy in Adults: A Community Based Study in Konya, Turkey. *International Journal*, [internet], 2017. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Indrani_Kalkan/publication/318960379_Original_Article_Factors_Affecting_Health_Literacy_in_Adults_A_Community_Based_Study_in_Konya_Turkey/links/59883f3baca27266ada41535/Original-Article-Factors-Affecting-Health-Literacy-in-Adults-A-Community-Based-Study-in-Konya-Turkey.pdf
33. Beauchamp, A., Buchbinder, R., Dodson, S., Batterham, RW, Elsworth, GR, McPhee, C, y Osborne, Distribución de las fortalezas y debilidades de la alfabetización en salud entre los grupos sociodemográficos: una encuesta transversal utilizando el Cuestionario de Alfabetización en Salud (HLQ). [internet], 2015. Disponible en: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-015-2056-z>
34. Heijmans, M., Waverijn, G., Rademakers, J., van der Vaart, R., & Rijken, M. Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient Education and Counseling*, [internet], 2015. Disponible en: [https://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(14\)00413-3/abstract](https://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(14)00413-3/abstract)
35. Barba, M. B., Romero, D. G., Fernandez, I. F., Ojeda, A. C., Salas, F. M. R., & Cano, H. Internet use by dolescents in the search for health information. [internet], 2018. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716306047>
36. Couture, É. M., Chouinard, M. C., Fortin, M., & Hudson, C. (2017). The relationship between health literacy and quality of life among frequent users of health care services: a cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes* [internet], 2017. Disponible en: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-017-0716-7>

37. Ariza Bolivar, A., Lanteri, M. E., Cícero, C. Y., Pérez, A., Puchulu, F. M., & Mejía, R. Alfabetización en salud y control de la diabetes en pacientes de un hospital universitario de Argentina. *Medicina (Buenos Aires)*, [internet], 2017. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v77n3/v77n3a02.pdf>
38. Yin, H. S., Johnson, M., Mendelsohn, A. L., Abrams, M. A., Sanders, L. M., & Dreyer, B. P. The health literacy of parents in the United States: a nationally representative study. *Pediatrics*,), [internet], 2009 Disponible en: http://pediatrics.aappublications.org/content/124/Supplement_3/S289.short
39. Aarons, E. Comunicación y confianza: La influencia cultural en la comunicación entre doctores y pacientes latinos en Durham, [internet], 2017. Disponible en: https://dukespace.lib.duke.edu/dspace/bitstream/handle/10161/14217/Rubenstein_TesisFinal_EmilyAarons.pdf?sequence=1&isAllowed=y
40. Jovic-Vranes, A., Bjegovic-Mikanovic, V., y Marinkovic, J. (2009). Alfabetización funcional en salud entre los pacientes de atención primaria de salud: datos del estudio piloto de Belgrado. [internet], 2009. Disponible en: <https://academic.oup.com/jpubhealth/article/31/4/490/1495275>
41. Escoda J, Terrazas F. La alfabetización de la salud en sistema de salud [internet], 2012. Disponible en: http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2008/escoda_j/sources/escoda_j.pdf

ANÉXOS

ANEXO 1. ENCUESTA BARRERAS PARA ACCEDER A SERVICIOS ODONTOLÓGICOS.

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.:		
a. Un cepillo de dientes para limpiar sus dientes		Valor: 1 si ninguno o si solo el literal a está marcado
b. La seda o un cepillo especial para limpiar sus dientes		
c. Tabletas reveladoras para comprobar que sus dientes están limpios		
2. En la actualidad:		
a. Cree que hay algo mal con sus dientes, pero no es lo suficientemente malo como para ir a un dentista		Valor: 1 si el literal a o d están marcados
b. Cree que hay algo mal con sus dientes y tiene la intención de ver a un dentista pronto		
c. Va a realizarse un chequeo en el próximo año		
d. No cree que necesite ningún tratamiento por lo que no está pensando ir a un dentista ahora		
e. Ya pronto al dentista		
3. Si pierde una calza en un diente posterior y no le dóle:		
a. De inmediato va a un dentista		Valor: 1 si el literal b o c están marcados
b. Esperaría si siente dolor o algún sistema antes de ir a un dentista		
c. No sería un problema que no iría a un dentista por esta razón		
4. Por lo general, hace una cita para visitar a un dentista:		
a. Cuando el dentista le recuerda		Valor: 1 si el literal d está marcado
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		
5. Si sus encías sangran pero estas no le duelen:		
a. No es un problema, no iría a un dentista por este problema		Valor: 1 si los literales a o c están marcados
b. Iría inmediatamente a una cita con el dentista		
c. Esperaría a ver si se presenta dolor o algún sistema para ir al dentista		
6. Acerca de todas sus citas dentales en los últimos 5 años marque la más cercana:		
a. No ha tenido una cita dental en los últimos 5 años		Valor: 1 si los literales a , b o d están marcados
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		
7. Si tuviera un diente muy doloroso:		
a. Preferiría que lo saquen		Valor: 1 si los literales a o b están marcados
b. Preferiría dejarlo sin tratamiento		
c. Preferiría realizar una restauración		
8. Ud diría que la razón principal para no ir a un dentista sería:		
a. Porque piensa que el tratamiento es doloroso		Valor: 1 si los literales b , d o f están marcados
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		Si el literal c está marcado no se un puntaje de indiferencia dental
f. Porque no tiene tiempo para ir al dentista		
g. Porque las citas, asiste al dentista regularmente		

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

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

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

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

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

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

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

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

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
ÍNDICE ICON



