



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

ALFABETIZACIÓN EN SALUD ORAL EN ADULTOS MAYORES
DE 65 AÑOS DE LA PARROQUIA CAÑARIBAMBA, CUENCA-
ECUADOR 2018.

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

AUTOR: Astudillo Hidalgo Michelle Estefanía

TUTOR: Dr. Villavicencio Caparó Ebingen

CUENCA

2019

DECLARACIÓN:

Yo, **ASTUDILLO HIDALGO MICHELLE ESTEFANIA** declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría, que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y que he consultado la totalidad de las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento; y eximo expresamente a la UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA y a sus representantes legales posibles reclamos a 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: Astudillo Hidalgo Michelle Estefanía

C.I.: 0105251961

CERTIFICADO DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

Sra. Dra. Liliana Encalada Verdugo

COORDINADORA DEL DPTO. DE TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“ALFABETIZACIÓN EN SALUD ORAL EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS DE LA PARROQUIA CAÑARIBAMBA, CUENCA - ECUADOR 2018.”**, realizado por **ASTUDILLO HIDALGO MICHELLE ESTEFANIA** ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que está expedito para su presentación.

Cuenca, Julio 2019

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó

DPTO. DE INVESTIGACIÓN ODONTOLOGÍA

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Sra. Dra. Liliana Encalada Verdugo

COORDINADORA DEL DPTO. DE TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado “**ALFABETIZACIÓN EN SALUD ORAL EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS DE LA PARROQUIA CAÑARIBAMBA, CUENCA - ECUADOR 2018.**”, realizado por **ASTUDILLO HIDALGO MICHELLE ESTEFANIA**, 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, Julio 2019

Tutor: Dr. Villavicencio Caparó Ebingen

DEDICATORIA

La presente tesis está dedicada a:

Mi esposo, Fernando por todo el apoyo incondicional que me brindo para concretar con éxito la finalidad de mi carrera profesional, siendo un pilar muy importante durante este proceso de formación ya que este hombre maravilloso tuvo mucha paciencia y estuvo presente durante los momentos más difíciles de este trayecto.

Te agradezco, por ayudarme a no soltar y continuar, agradezco cada una de las palabras que me diste cuando más lo necesitaba durante este recorrido, eres la persona que me ayudo a concluir con este proceso.

Gracias, gordo.

A mis hijas, Carolayne y Mikeyla, por ser mi mayor motivación para encaminarme al éxito siendo el componente perfecto para logra este merecido triunfo, gracias hijas por ayudarme a crecer.

EPÍGRAFE

Sueña cuando acaba el día, Sueña y tus sueños
podrían hacerse realidad, Las cosas nunca son tan
malas como parecen, Así que sueña, sueña, sueña.

Philip Roth.

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a Dios, por darme fuerzas en los momentos que más lo necesitaba y permitirme llegar a cumplir mi objetivo.

De manera especial a mi padre, esposo, abuela, tías, y primos por su apoyo económico como emocional para nunca abandonar mis metas y llenar mi vida de provechosos consejos.

De igual forma a la Universidad Católica de Cuenca, Facultad de Odontología por abrirme sus puertas para enriquecer mis conocimientos.

A mi tutor Dr. Ebingen Villavicencio, que encamino la realización del proyecto de titulación, brindándome su conocimiento para poder lograr la culminación de mi carrera.

A mis compañeros ya que ellos formaron parte de esta gran travesía, además ayudaron a implementar conocimientos necesarios y formaron parte de las diversiones dentro y fuera de las aulas.

LISTA DE ABREVIATURAS

ASB: Alfabetización en salud bucal.

OMS: Organización mundial

ÍNDICE

RESUMEN	¡Error! Marcador no definido.
ABSTRACT	¡Error! Marcador no definido.
INTRODUCCIÓN.	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO I	¡Error! Marcador no definido.
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	¡Error! Marcador no definido.
1.-PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.	¡Error! Marcador no definido.
2.- JUSTIFICACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
3.-OBJETIVOS	¡Error! Marcador no definido.
3.1.-Objetivo General:.....	¡Error! Marcador no definido.
3.2.-Objetivos Específicos:	¡Error! Marcador no definido.
4.- MARCO TEÓRICO	¡Error! Marcador no definido.
4.1. Alfabetización en Salud	¡Error! Marcador no definido.
4.1.1.- Importancia y beneficios de la alfabetización en la Salud oral	¡Error! Marcador no definido.
4.1.2.- Desventajas de la falta de alfabetización en la Salud Oral....	¡Error! Marcador no definido.
4.1.3.- Alfabetización en Salud y sus factores demográficos	¡Error! Marcador no definido.
4.1.4.-Tipos de Alfabetización en Salud	¡Error! Marcador no definido.
4.1.4.a.- Alfabetización Funcional:	¡Error! Marcador no definido.
4.1.4.b.- Alfabetización Comunicativa:	¡Error! Marcador no definido.
4.1.4.c.- Alfabetización Crítica:.....	¡Error! Marcador no definido.
4.1.5.- Factores condicionantes en la alfabetización en la salud oral	¡Error! Marcador no definido.
4.1.5.a.- Factor condicionante personal	¡Error! Marcador no definido.
4.1.5.b.- Factor condicionante debido a la situación personal .	¡Error! Marcador no definido.
4.1.6.- Instrumentos para evaluar la Alfabetización en Salud Oral...¡Error!	¡Error! Marcador no definido.
4.1.6.a.- REALD.....	¡Error! Marcador no definido.
4.1.6.b.- TOFHLA	¡Error! Marcador no definido.
4.1.6.c.- STOFHLA	¡Error! Marcador no definido.
4.1.7.- Habilidades necesarias para lograr una alfabetización en Salud oral ..	¡Error! Marcador no definido.
4.1.8.- Acciones para mejorar la alfabetización en Salud oral	¡Error! Marcador no definido.

4.1.9.- Estrategias para mejorar la alfabetización	¡Error! Marcador no definido.
4.1.9.a.- Nivel individual.....	¡Error! Marcador no definido.
4.1.9.b.- Nivel Grupal	¡Error! Marcador no definido.
4.1.9.c.- Nivel Social.....	¡Error! Marcador no definido.
4.1.9.d.- Nivel Organizacional	¡Error! Marcador no definido.
4.1.10.- Empoderamiento de la alfabetización en Salud	¡Error! Marcador no definido.
4.1.11.- Envejecimiento Saludable	¡Error! Marcador no definido.
4.2.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	¡Error! Marcador no definido.
5. - HIPÓTESIS	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO II	¡Error! Marcador no definido.
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	¡Error! Marcador no definido.
1.-MARCO METODOLÓGICO.	¡Error! Marcador no definido.
2.- POBLACIÓN Y MUESTRA.....	¡Error! Marcador no definido.
2.1.- Criterios de selección	¡Error! Marcador no definido.
2.1. a. Criterios de inclusión:	¡Error! Marcador no definido.
2.1. b. Criterios de exclusión:	¡Error! Marcador no definido.
2.2.- Tamaño de la muestra:	¡Error! Marcador no definido.
3.-OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.	¡Error! Marcador no definido.
4.- INSTRUMENTOS Y RECURSOS PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS.....	¡Error! Marcador no definido.
Marcador no definido.	
4.1.- Instrumentos documentales.....	¡Error! Marcador no definido.
4.2.- Instrumentos Mecánicos.....	¡Error! Marcador no definido.
4.3.- Materiales.....	¡Error! Marcador no definido.
4.4.- Recursos.....	¡Error! Marcador no definido.
5.- PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS	¡Error! Marcador no definido.
5.1.-Ubicación espacial.....	¡Error! Marcador no definido.
5.2.- Ubicación Temporal.	¡Error! Marcador no definido.
5.3.- Procedimiento de la toma de datos.	¡Error! Marcador no definido.
5.3.a.- Método utilizado por los examinadores.....	¡Error! Marcador no definido.
6.-. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.....	¡Error! Marcador no definido.
7.-. ASPECTOS BIOÉTICOS.	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO III	¡Error! Marcador no definido.
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	¡Error! Marcador no definido.
1. RESULTADOS:.....	¡Error! Marcador no definido.
2. DISCUSIÓN.....	¡Error! Marcador no definido.
3. CONCLUSIÓN.....	¡Error! Marcador no definido.

III.- BIBLIOGRAFÍA.....¡Error! Marcador no definido.
ANEXOS.....¡Error! Marcador no definido.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de la muestra según edad y sexo.....¡Error! Marcador no definido.

Tabla 2: Frecuencia de Alfabetización en Salud oral en Adultos mayores de 65 años de la parroquia Cañaribamba Cuenca-Ecuador en el periodo de Agosto 1017 a Abril de 2018.....¡Error! Marcador no definido.

Tabla 3: Frecuencia de alfabetización en salud oral en función de la edad de los adultos mayores de 65 años de la parroquia Cañaribamba Cuenca-Ecuador.....¡Error! Marcador no definido.

Tabla 4: Frecuencia de alfabetización en salud oral en función del sexo de los adultos mayores de 65 años de la parroquia Cañaribamba Cuenca-Ecuador.....¡Error! Marcador no definido.

Tabla 5: Nivel educativo y la posible relación entre el nivel de alfabetización en salud oral.....¡Error! Marcador no definido.

Tabla 6: Nivel socioeconómico y la posible relación entre el nivel de alfabetización en salud oral.....¡Error! Marcador no definido.

RESUMEN

OBJETIVO: El objetivo de esta investigación fue determinar la frecuencia de alfabetización en salud oral en adultos mayores de 65 años de la parroquia Cañaribamba Cuenca - Ecuador en el periodo de Agosto 2017 a Abril 2018.

MATERIALES Y METODOS: La metodología que se aplicó para este estudio fue un diseño descriptivo, de campo con técnica comunicacional, donde se realizó la encuesta barrera para acceder a los servicios odontológicos, para la recaudación de datos en la encuesta se analizó el test STHOFA, la misma que fue ingresada a el programa EPI INFO versión 7.2 para obtener nuestra base de datos.

RESULTADOS: Al realizar este estudio se observó que existe una alta frecuencia de adultos mayores no alfabetizados dando como resultado a 261 personas que representan el 91%, y un porcentaje muy bajo de la población alfabetizadas en salud oral siendo 25 personas que representan el 9%, obteniendo una muestra de 286 habitantes encuestados. En cuanto a la asociación de la variable ingreso económico y la alfabetización oral se puede ver una diferencia significativa con un total de la población con ingresos económicos bajo y alfabetizadas de 14 personas con un porcentaje de 6%, por el contrario a la población con ingreso económico bajo y no alfabetizados con 203 personas representando el 94%.

CONCLUSION: Se puede determinar que la frecuencia de adultos mayores no alfabetizados en la parroquia Cañaribamba es alta, además se encontró diferencia significativa en cuanto al nivel de ingreso económico y alfabetización en Salud Oral.

PALABRAS CLAVES: Alfabetización, Salud Oral, Nivel de Ingreso Económico, Nivel de Instrucción.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The objective of this research was to determine the frequency of alphabetization in oral health in adults over 65 years of age in the Cañaribamba Cuenca - Ecuador parish in the period from August 2017 to April 2018. **MATERIALS AND METHODS:** The methodology applied. For this study was a descriptive design, field with communication technique, where the barrier survey was conducted to access dental services, for the data collection in the survey was analyzed the STHOFA test, which was entered in the EPI INFO program version 7.2 to obtain our database **RESULTS:** 263 people who represent 91%, and a very low percentage of the literate population in oral health, being 25 people representing 9%, obtaining a sample of 286 inhabitants surveyed. In the association of variable economic rent and oral literacy can be seen a significant difference with a total population with a low literate income of 14 people with a percentage of 6%, unlike the population with low income and non-literate with 203 people representing 94%. **CONCLUSION:** The frequency of elderly people who can not read and write in the parish of Cañaribamba is high, the difference between the difference in the level of income and oral health literacy.

KEY WORDS: Literacy, Oral Health, Level of Economic Income, Level of Instruction.

INTRODUCCIÓN.

La alfabetización en la salud se fomentó en 1978, siendo esta de gran importancia para la salud pública, debido a que es necesario que los habitantes tengan el conocimiento adecuado para poder tomar decisiones apropiadas en cuanto a su salud, sin embargo no hay la correcta atención que se merece este tema por parte de la población.¹

La Organización Mundial de la Salud define a la alfabetización como: “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”.¹

La población que no tenga una correcta alfabetización en la salud son considerados personas con un factor de riesgo alto, debido que los habitantes con bajos o inapropiados niveles de conocimiento, pueden referir mayor probabilidad de tener una peor salud independientemente de otros factores, siendo necesario mejores estrategias educativas, especialmente cuando se interactúa con comunidades que presentan desigualdades.²

Existen factores condicionales en la alfabetización de la salud, como son: la edad, el sexo, grupo étnico, capacidad física e intelectual, ideas y creencias y el nivel socioeconómico sin embargo estas condiciones pueden ser modificadas adquiriendo conocimiento.³

La alfabetización en la salud implica la habilidad de comprender las instrucciones de los fármacos prescritos, la indicación que nos favorece el experto en la salud relación al tratamiento, los papeles de citas, catálogos de educación médica y los formularios de consentimientos.⁴

Este proyecto tiene como finalidad brindar datos del nivel de alfabetización en salud oral de la parroquia Cañaribamba, Cuenca-Ecuador, en adultos mayores de 65 años de edad e investigar los posibles factores determinantes que puedan causar una baja alfabetización en salud oral, para posteriormente poder incrementar el entendimiento en cuanto a la alfabetización en la salud bucal ya que esta favorecerá el desarrollo de promoción y prevención de la población guiándolos a tomar decisiones hacia una cultura saludable.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1.-PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.

La falta de Alfabetización es un factor determinante para el deterioro de la salud bucal, lo cual se presenta como un inconveniente en la salud pública. Es necesario conocer la magnitud de este problema para poder abordarlo.

Debido a esto se propone responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la frecuencia de alfabetización en salud oral que posee los adultos mayores de 65 años de edad de la parroquia Cañaribamba en la ciudad de Cuenca, Ecuador el año 2018?.

2.- JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto de investigación está enfocado principalmente en determinar la prevalencia de los niveles de alfabetización en los adultos mayores de 65 años de edad, de la parroquia Cañaribamba de la Ciudad de Cuenca-Ecuador, debido a que es habitual que la población estudiada sea descuidada, además que este grupo étnico pueden presentar un bajo nivel de interés en cuanto al cuidado integral de su salud bucal, a pesar de la importancia que tiene este tema no se ha desarrollado ningún análisis a nivel nacional en donde se muestre antecedentes precisos acerca de este tema, lo cual lograría excluir obstáculos de acceso a la salud bucal para el país.

La importancia de este proyecto es tratar de ayudar a ver la necesidad de una alfabetización en la salud oral en la sociedad ya que esta información beneficiará a los habitantes, para evitar enfermedades y así obtener una mejor calidad de vida.

La presente tesis se realizó por interés personal, dado que es una exigencia del programa académico de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca para la obtención de la titulación.

3.-OBJETIVOS

3.1.-Objetivo General:

Determinar la frecuencia de alfabetización en salud oral en adultos mayores de 65 años de edad de la parroquia Cañaribamba Cuenca Ecuador en el periodo de Agosto 2017 a Abril 2018.

3.2.-Objetivos Específicos:

- Discriminar la frecuencia de alfabetización en salud oral en función de la edad y el sexo de los adultos mayores de 65 años de edad de la parroquia Cañaribamba Cuenca-Ecuador.
- Asociar el nivel educativo y la posible relación existente entre el nivel de alfabetización en salud oral de los adultos mayores de 65 años de edad de la parroquia Cañaribamba Cuenca-Ecuador.
- Asociar el nivel socioeconómico y la posible relación existente entre el nivel de alfabetización en salud oral de los adultos mayores de 65 años de edad de la parroquia Cañaribamba Cuenca-Ecuador.

4.- MARCO TEÓRICO

4.1. Alfabetización en Salud

La alfabetización en la salud se definió en el año de 1978 por Simonds quien convocó a implementar en las escuelas la enseñanza de la salud y que de esta manera la juventud se desenvuelva obteniendo cualidades y obligaciones para poder estimular su interés y que puedan tomar decisiones que beneficien a su salud.^{1,2}

Es la carta Ottawa donde la alfabetización encontró el marco de referencia para su desarrollo, manifestándose como un entorno importante para nuestro medio, ya que con la promoción de la salud incrementaron los controles de salud, y evidenció una mejora muy notoria en la población, es por esta razón que nace la alfabetización para la salud.³

La Alfabetización en la salud se define como *“El grado en que las personas tienen para obtener, procesar y comprender la información y los servicios básicos de salud, son necesarios para la toma de decisiones de salud apropiada”* conforme este concepto la alfabetización en salud pretende conseguir que las personas decidan con responsabilidad.^{1, 4}

La falta de alfabetización en la salud se vincula a una mayor tasa de muertes, ocurridos por una mala atención propia y una baja deficiencia al consumir correctamente los tratamientos farmacológicos^{3,5}

En odontología se definió a la alfabetización en salud bucal (ASB) como: *“el grado en que los individuos tienen la capacidad para obtener, procesar y entender información básica en salud bucal y los servicios necesarios para hacer decisiones apropiadas en salud.”*^{2,3}

La falta de alfabetización en la salud oral puede generarse debido a una falsa percepción de que la salud oral es menos importante que la general, pudiendo esto perjudicarnos notablemente, por lo cual es necesario obtener una buena alfabetización para mejorando la calidad de salud bucal.⁶

4.1.1.- Importancia y beneficios de la alfabetización en la Salud oral

Los beneficios que tiene la ASB favorece a la población a comprender los riesgos de enfermedades bucales, que puede conllevar el no obtener una adecuada educación, el conseguir una buena alfabetización en la salud nos ayudará a disminuir las visitas de emergencia en los centros de salud y de tal manera los costos.^{7,8}

La alfabetización tiene como principal objetivo que los individuos puedan entender y seguir las disposiciones indicadas ya sea este para seguir las prescripción como el cuidado propio de la salud bucodental, así mismo podrá tomar medidas apropiadas con respecto a su salud, estará al tanto de cómo acceder al régimen de cuidado sanitario en caso de requerirla, y participarán en movimientos en cuanto a la promoción de la salud.^{3,9}

4.1.2.- Desventajas de la falta de alfabetización en la Salud Oral

El no tener una correcta alfabetización perjudica demasiado la salud de la persona, ya que no tendrá el suficiente conocimiento para cuidar su bienestar generando un problema a las estructuras sanitarias lo cual trae consigo un incremento de los valores en general, disminuyendo el resultado.⁷

La alfabetización en salud es la esencia de la vida de tal manera que se la debería tener en cuenta ya que es un determinante importante para la salud.¹⁰

Los pacientes que presentan una mala higiene oral y no han entendido bien lo que esto conllevaría, demuestran un incorrecto cuidado en la cavidad bucal lo que a futuro pudiera llevarle a extracciones de sus dientes o disponer de costosos tratamientos generando altos costos a las estructuras sanitarias, sin mencionar que esto generaría en la persona efectos negativos hacia ella misma.¹⁰

4.1.3.- Alfabetización en Salud y sus factores demográficos

En relación a los factores demográficos más comunes que puede presentar la población que contribuye en la alfabetización sanitaria se acentúan; un nivel instructivo deficiente, recursos económicos bajos en la familia, poblaciones donde no existen muchos beneficios, personas con condiciones mentales insuficientes, la cultura, el idioma, las actividades, el empleo, los impulsos

gubernamentales y las influencias de los padres son factores que tienden a brindar mayor expectativa de obtener una pedagogía en salud mínima.^{11,12}

4.1.4.-Tipos de Alfabetización en Salud

Existen tres tipos de alfabetización y estos son:

4.1.4.a.- Alfabetización Funcional:

Consiste en la capacidad que tienen las personas en entender y comprender las prescripciones e información acerca de una enfermedad, asimismo hacer uso de los servicios de salud, además este grupo de habitantes contienen una destreza en la lectura como en el manuscrito.^{13, 14}

4.1.4.b.- Alfabetización Comunicativa:

Esta trata de llevar la alfabetización a otro nivel, pues en esta se considera las capacidades de conocimiento al igual que las habilidades sociales y logra obtener información de distintas maneras y aplicándolas constantemente en su vida cotidiana.^{13, 14}

4.1.4.c.- Alfabetización Crítica:

Conlleva a examinar críticamente la información para emplearla y ejecutarla de una mejor manera sobre los acontecimientos que se presenten en la vida.^{13, 14}

4.1.5.- Factores condicionantes en la alfabetización en la salud oral

La ASB puede verse afectada en los habitantes de forma independiente, sin embargo hay algunos factores que pueden ser modificados para obtener un beneficio con respecto a nuestra salud y otros que no podrán ser alterados entre los factores presentes en la alfabetización se encuentran dos tipos: ¹

4.1.5.a.- Factor condicionante personal

- Sexo.
- Edad.
- Grupo étnico.
- Capacidades físicas.
- Capacidades cognitivas.
- Ideas y creencias.¹

Este tipo de factores no pueden ser modificados ya que por lo general están relacionados con otras condiciones como es el caso del grupo étnico, por lo que hace referencia a una comunidad pequeña donde habrá una limitación socioeconómico lo que ocasiona un nivel bajo de ASB en lo que es la alfabetización sanitaria, dando paso a riesgos muy altos de mortalidad en dichos grupos étnicos.¹

4.1.5.b.- Factor condicionante debido a la situación personal

- Nivel económico.
- Experiencia de enfermedades.
- Experiencia del uso del sistema.
- Conocimiento y habilidades logradas.
- Integración frente a separación social.
- Motivación.¹

Estas condiciones por lo general pueden ser modificadas como por ejemplo; el caso de la motivación, si esta es negativa se deberá implementar alguna razón que impulse a mejorar notablemente su condición y así se vea incrementado su beneficio, ya que si la persona tiene un motivo para mejorar su disposición será más fácil que adquiera conocimiento nuevo y por ende tendrá un buen autocuidado y una buena alfabetización en salud.¹

4.1.6.- Instrumentos para evaluar la Alfabetización en Salud Oral

4.1.6.a.- REALD

Este instrumento valora la identificación y pronunciación de palabras; este test corresponderá a realizarse solamente a personas adultas su duración puede ser entre 2 a 3 minutos, ayudándonos a saber cuánta comprensión tiene en realidad el paciente acerca de salud.^{1, 15,16}

4.1.6.b.- TOFHLA

Se basa en una prueba para evaluar la destreza de leer e interpretar documentos con respecto a la salud, puede tener un tiempo de duración de 20 minutos, aunque hay una interpretación más fragmentada que puede durar 5 minutos, estas son usadas con mayor frecuencia en el área de odontopediatría siendo realizadas a los padres del menor.^{1,17}

4.1.6.c.- STOFHLA

Para el presente estudio se empleó este test. Es una adaptación mínima del instrumento TOFHLA, que consta de cuatro preguntas, la cual fue validada en Estados Unidos en 1991 por Baker, tiene una duración de aproximadamente 7 minutos y una alta confiabilidad (existe una versión en español) esta herramienta nos ayudará para poder identificar a la población que tiene un bajo nivel de alfabetización en la salud. ¹⁷⁻¹⁹

4.1.7.- Habilidades necesarias para lograr una alfabetización en Salud oral

Las habilidades que el personal de salud debería incorporar en su consulta o al momento de brindar información en las comunidades será indispensable, ya que con esto se logrará obtener un mayor grado de alfabetización en la salud sobre la población, debiendo ir acoplada la información a las personas que recibirán el conocimiento sanitario por parte del profesional de tal manera que es necesario incorporar las siguientes normas: ²⁰

- Obviar el lenguaje médico.
- Utilizar expresiones sencillas y claras.
- Hablar pausadamente.
- Usar similitudes en caso de ser necesario.
- Limitarse el exceso de contenido.
- Plantearse dos o tres temas por cita.⁶

4.1.8.- Acciones para mejorar la alfabetización en Salud oral

Para lograr mejorar la alfabetización en la salud oral es de vital importancia que el odontólogo y el personal auxiliar tenga una buena comunicación con el paciente, permitiéndole que este tome la decisión de cómo quisiera adquirir sus conocimientos sobre la salud bucal, dándole varias opciones como: diagramas, videos, intercambio verbal o lecturas, asimismo se podrá realizar la unión de estas estrategias para su mayor entendimiento, siendo de vital importancia colocar esta información en su historia clínica. ²¹

Implementar técnicas de acorde al paciente aclarando los procedimientos y posibles opciones, de igual manera se deberá explicar los peligros que cada una de estas puede tener. ²¹

Poner cuidado en lo que el paciente trata de relatarnos ayudará a fomentar el interés del paciente hacia la salud oral, de tal manera que cuando el odontólogo se dirija a él para brindarle información el paciente tratará de realizar los procesos recomendados por el profesional de la salud y si de alguna manera algo no queda entendido tendrá la confianza de preguntar y así no se quedará con vacíos. ²¹

Emplear la técnica enseñar de nuevo que consta de pedir al paciente o representante en caso de que el paciente sea un niño, que explique y ejecute la información antes transmitida. ²¹

Nunca realizar preguntas cerradas ya que obtendremos respuestas de si o no por ejemplo ¿te cepillaste los dientes?; con este tipo de interrogantes no tendremos un intercambio verbal a fondo, por lo cual se recomienda hacer preguntas abiertas como puede ser: ¿De qué manera se cepilló usted los dientes?; de esta manera obtendremos una información extensa. ²¹

Además se deberá reforzar todas las actividades realizadas con el paciente, registrándolas siempre en la ficha clínica. ²¹

4.1.9.- Estrategias para mejorar la alfabetización

Las estrategias para optimizar la alfabetización en la salud se debe realizar en todas las edades, sin embargo se deberá considerar sobre todo a las personas adultas, siendo estas las que con mayor frecuencia asisten a la consulta, se deberá hacer mayor énfasis en este grupo de población ya que por lo general son personas que han perdido sus destrezas.

Una de las estrategias actuales que nos permite comprender y entender temas a fines sobre la comunicación y educación para la salud son: ^{1,7}

- Coaching.
- Entrevista Motivacional. ⁷

4.1.9.a.- Nivel individual

En esta área se deberá ver el beneficio del paciente, por lo cual el profesional deberá tratar en lo posible de tener una buena comunicación con él, para que así no quede con ninguna inquietud, en este caso es necesario que el profesional incorpore técnicas que mejoren el aprendizaje del paciente como: afiches y demostraciones visuales, siempre se deberá consultar si esta entendido todo lo comunicado y se deberá reconocer la comprensión.⁷

En el caso de las prescripciones el profesional de la salud deberá en lo posible de mejorar su caligrafía para que sea entendible y así no se ocasionará algún tipo de confusión.⁷

4.1.9.b.- Nivel Grupal

Esta estrategia es muy útil para los pacientes ya que en este nivel se realizan charlas y consultas que van dirigidas a este grupo de población y en el cual se va a tratar de educar al paciente y a su vez intervendrán con sus experiencias propias, aquí se aclararán inquietudes y se lograra implementar conocimientos que no poseían.⁷

4.1.9.c.- Nivel Social

El método que se toma en cuenta en esta situación es porque en muchos de los casos hay un déficit de comprensión de los habitantes de la comunidad con respecto al sistema de salud, siendo de vital importancia el diálogo por lo cual se trata de citar a toda la comunidad, para así poder brindarles la información respectiva y alimentar así su conocimiento.⁷

4.1.9.d.- Nivel Organizacional

Se trata de realizar centros de promoción y educación para la salud mediante la cooperación de los profesionales de la salud que estén interesados en impulsar la instrucción sanitaria, brindándoles cursos para que obtengan habilidades de comunicación con el paciente, ofreciendo posteriormente información a los pacientes de forma simple e ilustrativa para favorecer su comprensión.⁷

Indistintamente de los niveles antes mencionados este realiza cursos para el adiestramiento en técnicas de alfabetización en salud, siendo estas llevadas al personal de la atención sanitaria.⁷

4.1.10.- Empoderamiento de la alfabetización en Salud

Si bien ya sabemos que es significativo producir una buena alfabetización en salud oral para obtener una salud positiva es indispensable promover el empoderamiento de la salud en la población, de tal manera que se vea elevado su autocontrol y aumente los resultados a una calidad de vida favorable.²²

Es necesario que para que los habitantes tengan un empoderamiento en la salud se vea fomentada a través de los sistemas educativos y sanitarios desde diferentes lugares.²²

Esto no debería estar acatado a normas sino que será exclusivamente un sistema que puede adecuarse dependiendo de las virtudes de los pacientes por tal motivo este brinda oportunidades a la localidad de adquirir destrezas y mejorar notablemente sus enfermedades, el cual se verá beneficiado no solamente el paciente si no también el sistema político.²²

Es indispensable que el empoderamiento de los habitantes hacia la salud se difunda de una persona, paciente o agrupación hacia sus familiares o congregaciones y así se llegara a mejorar de manera muy notable la alfabetización en salud.²²

4.1.11.- Envejecimiento Saludable

La vejez es un proceso biológico, complejo y multifactorial que se da en la última etapa del desarrollo humano, siendo este un fenómeno natural en los habitantes que producirá una serie de cambios tanto físicos como funcionales.²³

El envejecimiento saludable es una estrategia de la Organización mundial de la salud para los adultos mayores, en los cuales se proponen brindar a esta población; seguridad, salud y participación, para así disminuir los riesgos de esta población y disfruten de más años con una mejor calidad de vida.²⁴

La odontología es una rama de la salud que mediante sus conocimientos podrá devolver, conservar o mejorar la salud de los adultos mayores y así poder mantener las funciones importantes para la vida personal y relacional.²⁵

En la odontología existe el abordaje de personas adultas el cual se define como gerontología esta disciplina se ocupa de la prevención, diagnóstico y tratamiento que afecta a la tercera edad.^{25,26}

El envejecimiento trae consigo cambios en la cavidad oral originando vulnerabilidad a los agentes traumáticos e infecciosos, generando con mayor frecuencia consultas al odontólogo por los siguientes aspectos.²⁵

- Disminución de la secreción salival.
- Boca ardiente
- Halitosis.
- Dolores Articulares.
- Caries.
- Enfermedades Periodontales.
- Rehabilitación Bucal.²⁵

El envejecimiento saludable en salud bucal es primordial, ya que los adultos mayores tienen mayor necesidad de tratamientos odontológicos, aunque es muy poco frecuente la visita de esta población al odontólogo, por lo cual es necesario brindar mayor información sobre la importancia de la salud bucal a este grupo etario.^{25,26}

4.2.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

En el artículo Conceptual measure of oral health literacy level among patients visiting a private dental institution in Dharwad: A cross-sectional questionnaire study. Sheetal R, Shodan M, Preetha J. Realizaron una evaluación en la universidad de odontología y en el hospital Dharwd para obtener el grado de alfabetización en 225 sujetos, los resultados de la población del estudio fueron de medio con un total de 67,6%, bajo con un resultado de 24,9% y un alto con un porcentaje de 7,6% en alfabetización en salud oral, los cuales estaban muy relacionados con el nivel de estudio y la edad ya que las personas adultas tenían un nivel inferior en cuanto a la alfabetización en salud oral, sin embargo no se observó ningún predominio en cuanto al género, obteniendo como conclusión que si mayor es grado de alfabetización en salud oral mejorara notablemente el estado de salud de la población.

En la obra Health literacy and oral health literacy: Are they associated? A cross sectional survey among undergraduate students of tricity (Chandigarh, Mohali, Panchkula), Sandhu k, Gupta N, Bansal M, Arora V, Gupta P, Thakar S. Realizaron un estudio para determinar la asociación entre alfabetización en salud y la alfabetización en la salud oral, esta investigación se realizó en los estudiantes de pregrado de Tricity, que fueron 490 estudiantes fue realizado por un solo examinador el cual estuvo previamente entrenado; el cuestionario que utilizo era el REALM- 66 y REALD- 30. El resultado de este estudio fue que 37,6% de los estudiantes tenían un nivel bajo de alfabetización, el nivel medio fue de 33,1% y un nivel alto con 29,3% en alfabetización en la salud, su correlación no es sólida pero este estudio es el primer paso para asociar la salud oral de la salud.

En la publicación Development of a Word Instrument to test Dental Health Literacy: The DFLD-Determination of functional Literacy in Dentistry. Kapoor P, Prasad S, Tandon S. Ejecutaron un estudio para medir la alfabetización en la salud oral, la cual fue realizada a 320 pacientes que sabían inglés, las cuales asistieron a una clínica dental en Gurgaon, para este análisis se utilizó un instrumental que constaba de 30 palabras y 30 oraciones las cuales fueron evaluadas a través del nivel de pronunciamiento, obteniendo como resultado que la correlación entre los instrumentos de DFLD, REALD Y OHIP-14 nos brinda una fiabilidad de 0,84 y sabiendo que el DFLD es un instrumento que se puede utilizar con toda la confianza para valorar la alfabetización en salud oral.

En el Trabajo The Relationship of Oral Health Literacy and Self-E ffcacy With Oral Health Status and Dental Neglect. Lee J, Divaris K, Baker A, Rozier G, Vann W. Examinaron la relación de alfabetización con la calidad de la salud oral, en las cuales se analizó 1280 encuestas en el programa (WIC) excluyendo a los hombres, a las personas que no tenían el inglés como su idioma nativo y a los asiáticos de este estudio, utilizaron la prueba de REALD-30 y obtuvieron una alfabetización en salud excelente en menos de un tercio de los participantes, en el cual se relacionó con un mejor estado de salud oral.

En la investigación Improving Oral Health Literacy- The New Standard in Dental Hygiene Practice. Bress L. Tiene como finalidad eliminar la idea errónea de los habitantes de que la salud oral es menos importante que la salud en general, teniendo como objetivo este artículo un nuevo curso sobre la alfabetización en salud oral y las técnicas que deberían implementar los odontólogos para mejorar la calidad de salud oral.

En el estudio Alfabetización en Salud Bucal. Una experiencia en poblaciones vulnerables de la provincia de Mendoza. Marón S, Páez S, Denaro C. Describen que la alfabetización es un factor determinante para erradicar la desigualdad y buscar la equidad de la población, por lo cual proponen tácticas para fomentar la salud; una de las cuales es la alfabetización en la salud oral.

En el análisis Alfabetización para la salud, más que información. Canal D, Beltrán C, Suñer S. Tratan de posibilitar la comprensión de la alfabetización en salud y que las personas desarrollen virtudes para obtener un empoderamiento en la salud y así obtener una mejor condición sanitaria.

En el documento Health Literacy Assessment of the STOFHLA: Paper Versus Electronic Administration Continuation Study. Chesser A, Woods N, Wipperman J, Rachel W, Dong F. Realizaron un estudio para ver la efectividad de la evaluación de alfabetización en la salud oral tanto en papel como en computadora la cual contenían 12 ítems y participaron 57 pacientes, los participantes eran capaces de manejar el sistema de computación al igual que tenían un buen nivel de alfabetización en salud, las personas que realizaron la evaluación en papel obtuvieron 100% de alfabetización siendo esta adecuada, mientras que los participantes que realizaron la evaluación en computador obtuvieron 97%, por lo cual se pudo determinar que no hay diferencia significativa entre el papel y la computadora.

En el escrito Propuesta de evaluación de la alfabetización en salud. Sarmientos P, Fernández M, Poza M, Pelicano N. Tienen como intención describir el progreso de la alfabetización en la salud mediante una búsqueda absoluta de archivos bibliográficos, tomando en cuenta desde el año 2013 obteniendo un resultado de 95 estudios relevantes, seguido de esto las características psicométricas, las debilidades y fortalezas de cada uno de estos artículos.

En el artículo Oral health literacy and oral health outcomes in an adult population in Brazil. Bastidas M, Lawrence H, Sousa M. Tuvieron como objetivo asociar la alfabetización y la calidad en la salud oral, la cual se evaluó 248 adultos en la clínica de salud oral, llevando a cabo los exámenes en los hogares de los participantes, mediante el instrumento OHIP-14 observándose que el 71,5% de los entrevistados obtuvieron un nivel bajo en alfabetización y al mismo tiempo estas personas presentaban caries no tratadas y enfermedades periodontales, determinando que la alfabetización en la salud tiene una gran influencia para mejorar la calidad de la salud oral.

5. - HIPÓTESIS

El presente estudio no precisa de hipótesis debido a que es un estudio descriptivo.

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1.-MARCO METODOLÓGICO.

Enfoque: Cuantitativo.²⁷

Diseño de Investigación: Descriptivo. ²⁸

Nivel de investigación: Descriptivo.

Tipo de Investigación:

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

2.- POBLACIÓN Y MUESTRA

El tamaño de población en el que se realizará este estudio está constituida por 11.896 habitantes de la parroquia de Cañaribamba Cuenca- Ecuador, según la Institución Nacional de Estadística y Censo "INEC", para este estudio se tomó en cuenta a los adultos mayores de 65 años, en la que se obtuvo una población de 1.104, la cual fue realizada mediante la fórmula del EPIN INFO.²⁹

2.1- Criterios de selección

2.1. a. Criterios de inclusión: Se incluirán en el estudio:

- Personas que habiten en la parroquia Cañaribamba perteneciente a la ciudad de Cuenca-Ecuador.
- Personas que cumplan con el rango de edad establecido de más de 65 años de edad.
- Personas que colaboren con la entrevista para lo cual tienen que firmar un consentimiento.

2.1. b. Criterios de exclusión: Se excluirán del estudio:

- Personas mayores a 65 años que pertenezcan al área de la Salud.
- Discapacitados Intelectuales.

2.1.c. Tamaño de la muestra:

El tamaño de la muestra se calculó mediante fórmula de muestreo para proporciones, con una confiabilidad del 95% y con un error del 5%.²⁹

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

Sabiendo que:

- N: Total de la población 1.104.
- Z²: 1,96 constante para el 95% de confiabilidad.
- P: 0,5 probabilidad de que suceda este fenómeno.
- E²: 0,05 margen de error del 5%.

Formula lista para remplazar:

$$n = \frac{196^2 * 0.5 (1-0.5) * 1104}{196^2 * 0.5 (1-0.5) * 641 + 0.052 * (1104-1)}$$

$$n = 286$$

El tamaño de muestra para la realización de este estudio es de 286 personas adultos mayores de 65 años en adelante.

3.-OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES. ³⁰

Variable	Definición Teórica	Definición operativa	Dimensiones	Indicadores	Tipo estadístico	Escala	Dato	Instrumento
Alfabetización en Salud Oral.	Nivel de conocimiento para entender, evaluar y aplicar la información sobre la salud.	Cuatro respuestas positivas.	Conocimiento y habilidades en salud oral	Test Stofhla modificado	Cualitativo	Nominal	Alfabetizado No alfabetizado.	Encuesta de barreras para el servicio de Salud Bucal.
Instrucción Educativa	Conocimiento conseguido mediante enseñanza y estudio.	Nivel de estudios que los colaboradores señalado en la fichas.	Nivel de instrucción	Sin estudios Primaria Secundaria Superior	Cualitativo	Nominal	Alto Bajo	Encuesta de barreras para el servicio de Salud Bucal.
Ingreso Económico	Cantidad de dinero que puede llegar a tener una familia.	Suma de ingresos económicos que alcanzan los hogares para sobrevivir y progresar.	Nivel de Ingreso Económico	Sueldo superior al básico. Sueldo inferior al básico.	Cualitativo	Ordinal	Alto Bajo	Encuesta de barreras para el servicio de Salud Bucal.
Edad	Periodo de vida de una persona desde su origen hasta su descenso.	Años cumplidos referidos por el entrevistado.	Edad Actual.	Adultos mayores de 65 años.	Cuantitativo	Nominal	66 a 70 71 a 80 81 a 90 Mayor a 90	Encuesta de barreras para el servicio de Salud Bucal.
Sexo	Características genotípicas de la personas.	Cualidades externas que diferencian al hombre de la mujer.	Fenotipo	_____	Cualitativo	Nominal	Femenino Masculino	Encuesta de barreras para el servicio de Salud Bucal.

4.- INSTRUMENTOS Y RECURSOS PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS

4.1.- Instrumentos documentales.

Se formuló una encuesta para obtener los datos del estudio, la cual nos indica el nivel de alfabetización en salud oral del adulto mayor, consta de cuatro preguntas y es la de STOFHLA; además contiene información personal como edad, sexo, ocupación, número de cédula de identidad, ingresos económicos y firma del encuestado.(ANEXO 1,2,3)

4.2.- Instrumentos Mecánicos.

Para la investigación se utilizó una computadora para obtener los datos requeridos para este estudio.

4.3.- Materiales.

Se emplearán materiales de oficina.

4.4.- Recursos.

Para la siguiente investigación es necesario obtener, recursos humanos, recursos institucionales como permisos del departamento de investigación y titulación y recursos financieros propios.

5.- PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS

5.1.-Ubicación espacial.

La parroquia Cañaribamba se encuentra ubicada al sur de la provincia del Azuay cantón Cuenca, es una parroquia urbana de la ciudad, se localiza en la Avenida Guapondelig y Gonzáles Suárez, llegando a la Max Uhle, por el norte tenemos a Río Tomebamba y Yanuncay, la cual tiene 11.867 moradores. (ANEXO 4)

5.2.- Ubicación Temporal.

La recopilación de datos se hizo en los meses de agosto 2017 a abril de 2018, encuestando a todas las personas de la parroquia Cañaribamba, para poder identificar el grado de conocimiento en la alfabetización en salud oral.

5.3.- Procedimiento de la toma de datos.

Para obtener los datos, se requiere revisar las fichas realizadas en la parroquia de Cañaribamba, las cuales fueron registradas en la base de datos del EPINFO versión 7.2, siendo trasladado todo los datos al programa de excel.

5.3.a.- Método utilizado por los examinadores

El cuestionario de Alfabetización en salud oral se realizó a los habitantes de la parroquia de Cañaribamba, que cumplan el rango de edad de 65 años en adelante, los cuales se encontraran archivados en la facultad de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca para esta encuesta se toma en cuenta las siguientes determinantes.

El estudiante encargado de realizar el cuestionario deberá visitar cada uno de los hogares de esta parroquia y antes de proceder a realizar la encuesta se debería solicitar la debida autorización de la persona, luego se procederá a llenar cada uno de los parámetros que consta esta encuesta.

6.-. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.

Para el análisis de los datos se realizará una suma de las cuatro preguntas del cuestionario STOFHLA, en las que se tomara en cuenta el punto de corte de la siguiente manera aquellas personas que tuvieron cuatro puntos se considera que están bien alfabetizados y no necesitan ningún tipo de ayuda, mientras que los habitantes que tengan 0-1-2-3 en su puntuación necesitaran algún tipo de ayuda adicional para comprender sus necesidades en salud oral. Estas personas son las que se consideran con baja alfabetización en salud Bucal.

Se tomara en cuenta las preguntas 77; 78; 79; 80.

Sabiendo que:

- La pregunta 77 otorga un punto cuando está señalada la opción entre 4 o 5.
- La pregunta 78 otorga un punto cuando está señalada la opción entre 4 o 5.
- La pregunta 79 otorga un punto cuando está señalada la opción entre 1 o 2.
- La pregunta 80 otorga un punto cuando está señalada la opción entre 1 o 2.

7.- ASPECTOS BIOÉTICOS.

Este estudio no implica de ninguna manera conflictos bioéticos, ya que antes de realizar el proceso de la toma de datos se pide a la persona su respectivo consentimiento, el cual se encuentra al final de la ficha constando de la firma y su nombre, de igual manera se informa a cada una de las personas encuestadas que los datos que nos refieran solo nos ayudara para la evaluación estadística de nuestro proyecto y que los otros datos referidos serán totalmente confidenciales, por otra parte se comunicó a las personas que este documento se aplicara únicamente con fines investigativos.

CAPÍTULO III
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. RESULTADOS:

La siguiente investigación fue realizada con los datos que se obtuvo en la parroquia Cañaribamba Cuenca- Ecuador, mediante la encuesta de Barreras para el servicio de Salud Bucal, que reposa en el departamento de investigación de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de Odontología, Indicando los siguientes resultados.

Tabla 1: Distribución de alfabetización en Salud Oral en Adultos mayores de 65 años de la parroquia Cañaribamba Cuenca- Ecuador, según la edad y el sexo.

EDAD	Femenino		Masculino		Total general	
	N	%	N	%	N	%
66 A 70	42	26%	122	74%	164	57%
71 A 80	41	47%	46	53%	87	30%
81 A 90	14	45%	17	55%	31	11%
Mayores de 90	3	75%	1	25%	4	1%
TOTAL GENERAL	100	35%	186	65%	286	100%

Interpretación: En la tabla N°1, se puede observar que se obtuvo mayor cantidad de encuestas en el sexo masculino con un 65%, en comparación al femenino que es de un 35%, además la edad que mayor predominio tuvo en este proyecto considerando ambos sexos fue la de 66 a 70 años con un 57% en comparación de las otras edades.

Tabla 2: Frecuencia de Alfabetización en Salud oral en Adultos mayores de 65 años de la parroquia Cañaribamba Cuenca-Ecuador en el periodo de Agosto 1017 a Abril de 2018.

	N	%
ALFABETIZADO	25	9%
NO ALFABETIZADO	261	91%
TOTAL GENERAL	286	100%

Interpretación: En la tabla N°2, se puede observar que en la parroquia Cañaribamba, los adultos mayores de 65 años, presenta una población alta no alfabetizada en salud oral con un porcentaje del 91%, representado por una muestra de 261 personas.

Tabla 3: Frecuencia de alfabetización en salud oral en función de la edad de los adultos mayores de 65 años de la parroquia Cañaribamba Cuenca-Ecuador.

EDAD	ALFABETIZADO		NO ALFABETIZADO		Total general	
	N	%	N	%	N	%
66 A 70	12	7%	152	93%	164	57%
71 A 80	11	13%	76	87%	87	30%
81 A 90	2	6%	29	94%	31	11%
Mayores de 90	0	0%	4	100%	4	1%
TOTAL GENERAL	25	9%	261	91%	286	100%

Interpretación: En la tabla N°3, se puede notar que en la población de la parroquia Cañaribamba el mayor número de personas encuestadas se encuentran en el rango de edad de 66 a 70 años con un porcentaje del 93% siendo estas personas no alfabetizadas.

Tabla 4: Frecuencia de alfabetización en salud oral en función del sexo de los adultos mayores de 65 años de la parroquia Cañaribamba Cuenca- Ecuador.

SEXO	ALFABETIZADO		NO ALFABETIZADO		Total general	
	N	%	N	%	N	%
Femenino	15	15%	85	85%	100	35%
Masculino	10	5%	176	95%	186	65%
TOTAL GENERAL	25	9%	261	91%	286	100%

Interpretación: La tabla N°4, Indica la relevancia que existe entre el género masculino y femenino en los adultos mayores de la parroquia Cañaribamba, en cuanto a la alfabetización en salud oral, demostrando un porcentaje significativo tanto en alfabetizados como no alfabetizados.

Tabla 5: Asociar el nivel educativo y la posible relación entre el nivel de alfabetización en salud oral en adultos mayores de 65 años de la parroquia Cañaribamba.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	ALFABETIZADO		NO ALFABETIZADO		Total general	
	N	%	N	%	N	%
ALTO	11	9%	105	91%	116	41%
BAJO	14	8%	156	92%	170	59%
TOTAL GENERAL	25	9%	261	91%	286	100%

Chi² p=0,7138

Interpretación: En la tabla N°5, en cuanto al nivel educativo (alto y bajo) y la relación en alfabetización se pudo determinar que existe una mínima diferencia entre los niveles de instrucción. En cambio existe una gran notabilidad con respecto a personas alfabetizadas y no alfabetizadas. Además podemos observar que al aplicar el chi² no existe asociación significativa en cuanto a la alfabetización en salud oral y nivel de instrucción obteniendo un 0,7138.

Tabla 6: Asociar el nivel socioeconómico y la posible relación entre el nivel de alfabetización en salud oral en los adultos mayores de 65 años de la parroquia Cañaribamba.

NIVEL DE INGRESOS	ALFABETIZADO		NO ALFABETIZADO		Total general	
	N	%	N	%	N	%
ALTO	11	16%	58	84%	69	24%
BAJO	14	6%	203	94%	217	76%
TOTAL GENERAL	25	9%	261	91%	286	100%

Chi² p=0,01505

Interpretación: En la tabla N°6, en cuanto al ingreso económico y su relación con la alfabetización se puede ver que existe una diferencia entre estas variables ya que la población alfabetizada con ingresos económicos bajos mantiene un porcentaje de 6% a comparación de la población alfabetizada con ingresos económicos altos que tiene un 16%. Además el momento de aplicar el chi² se pudo observar una diferencia significativa con un 0,01505.

2. DISCUSIÓN

Se decidió realizar este proyecto con la finalidad de poder evidenciar la importancia de la alfabetización en salud oral y obtener los posibles factores predisponentes asociados para tener una mala alfabetización.

El presente estudio se desarrolló en la parroquia Cañaribamba Cuenca- Ecuador con un muestreo de 286 habitantes cuya edad está establecida en adultos mayores de 65 años, en donde las personas encuestadas procedieron a realizar el cuestionario de manera voluntaria, la cual contaba con preguntas establecidas sobre instrucciones que puede dar el experto de la salud oral, y que tan convencidos se encontraban de poder entender y aplicar las indicaciones dadas por el odontólogo.

En el presente estudio se pudo observar que existe una gran necesidad de la alfabetización en salud oral de esta población ya que se consiguió conocer que en este grupo de edades tiene un total de 25 personas alfabetizadas en salud oral que representa al 9% y 261 personas no alfabetizadas en salud oral que representa el 91%. En el estudio realizado por Bastidas M⁽¹³⁾, y col, se pudo observar una similitud a nuestro estudio este fue realizado en Brasil con un total de 240 adultos evaluados, en la cual se obtuvo un 71% de personas con una baja alfabetización y estos pacientes presentaban cuadros con niveles elevados de caries dental. De acuerdo al estudio de Lee J ⁽⁴⁾, y col, indican que el 43% de los adultos mayores corre el riesgo de obtener una alfabetización inadecuada lo que conlleva a la población a tener una negligencia en salud oral, ya que al tener una alfabetización alta los habitantes comprenderían y actuarían en base a la información indicada por el profesional mejorando notablemente la calidad de la salud oral.

De acuerdo al nivel educativo y su relación con la alfabetización en salud oral en la presente investigación se reveló que no existe una diferencia significativa en la población con niveles superiores de instrucción, ya que se obtuvo un porcentaje del 91% en personas con un nivel de instrucción alto y estas no tenían conocimiento de la alfabetizados oral, mientras que la población con instrucción académica inferior representa el 92%.

En comparación de la publicación de Rai S⁽¹²⁾ y col, en donde estos autores mencionan que existe una diferencia significativa en aquellas personas que tenían una educación inferior con un porcentaje del 95% de la población con un déficit en alfabetización en salud oral y en los habitantes que tenían una preparación educativa superior presentaron una baja alfabetización en salud oral con un porcentaje del 57%. Sin embargo en el estudio de Michele J⁽²⁾, que se realizó en Argentina menciona que el nivel de educación no sería suficiente para determinar una adecuada alfabetización en Salud Oral ya que 30% de población que fue estudiada tenía una baja educación con una alfabetización en salud oral alta .

En cuanto a la alfabetización en salud oral y su relación con el ingreso socioeconómico el presente estudio determino que existe una diferencia significativa en cuanto a las población con ingreso bajos y la falta de alfabetizada, ya que se obtuvo un total de 203 personas con ingresos bajos no alfabetizadas con un porcentaje de 94% y un total de 11 personas con ingresos económicos altos y alfabetizados que presentan un porcentaje del 16%. De la misma manera el estudio de Bastidas M⁽¹³⁾, y col, concuerda con nuestro resultado determinando que los ingresos económicos bajos representan una mayor cantidad de personas no alfabetizadas siendo esto un factor determinante para tener una inadecuada alfabetización en salud oral.

Según la variable de sexo en el presente estudio se pudo determinar que el sexo femenino tiene mayor alfabetización en salud oral con un promedio de 15%, en comparación del sexo masculino que obtuvo el 5% de alfabetización en salud oral. Se realizó una revisión minuciosa de acuerdo al sexo, observándose una escasa información de esta variable, sin embargo en el estudio de Santesmase R⁽⁵⁾, y col, se percibió mayor predominio de alfabetización en el sexo masculino que en el femenino. Sin embargo el estudio de Cartes R⁽²⁰⁾, y col, que se realizó en Chile concuerda con nuestra investigación determinando que las mujeres tienen mayor nivel de alfabetización en salud en comparación a los hombres.

En cambio la variable según la edad en el presente estudio se pudo determinar que el 100% de la población no posee una alfabetización en salud oral en los adultos mayores de 90 años. De la misma manera la investigación de Cartes R⁽²⁰⁾, y col, concuerda con el estudio de Quintero M⁽¹⁰⁾, y col en el cual determinan que entre más edad obtiene la población existe menos conocimiento de alfabetización en salud oral asociándose esto a un nivel de educación bajo.

3. CONCLUSIÓN

- Se estableció un porcentaje alto en la población adulta que no presenta una correcta alfabetización en Salud Ora de la parroquia Cañaribamba Cuenca-Ecuador.
- En cuanto a las variables de sexo, los hombres resultaron tener un porcentaje mayor que la mujer en relación a una baja alfabetización en salud oral.
- De acuerdo a la edad se pudo determinar que la población mayor a 90 años tiene mayor predisposición a una baja alfabetización.
- Además se pudo determinar que un bajo nivel de instrucción puede ser un factor de riesgo para obtener una inadecuada alfabetización en salud oral.
- Por el contrario con la variable de ingreso económico se pudo observar una alfabetización con un porcentaje significativo concluyendo que pueden ser un factor de riesgo para la falta de alfabetización en Salud Oral.

III.- BIBLIOGRAFÍA

1. Basagoiti I. Alfabetización en salud. De la información a la acción. Vol.1. 1a ed. Valencia: ITACA/TSB; 2013.
Disponible en: <http://www.salupedia.org/alfabetizacion/>
2. Michele J. Salud y calidad de vida. Alfabetización en salud. Factores demográficos y situacionales asociados con los conocimientos y habilidades sobre salud en una muestra de mujeres del hospital interzonal general de agudos (higa) “San Martín”, la plata. Mercosur. Facultad de Psicología.2016; 1(1):76-79.
Disponible en: <https://www.academica.org/000-044/276.pdf>
3. Canal D, Beltran C, Suñer S. Alfabetización para la salud, más que información. Gaceta Sanitaria. 2018; 32(1):8–10.
Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv32n1/0213-9111-gs-32-01-00008.pdf>
4. Lee J, Divaris K, Baker A, Rozier G, Vann W. The Relationship of Oral Health Literacy and Self-Efficacy with Oral Health Status and Dental Neglect. American Journal of Public Health. 2012; 102(5): 923–929.
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3267012/>
5. Santesmases R, et al. Alfabetización en salud en pacientes con insuficiencia cardiaca atendidos en atención primaria. Aten Primaria.2017; 49(1):28-34.
Disponible en:
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0212656716301329?token=79211CAC444BC7D409079B1B5B41B27CFEA56641969A92B25AE5CBF1D8102B4074B7277F188D7E77EA47C21E1EE57735>
6. Bress L. Improving Oral Health Literacy – The New Standard in Dental Hygiene Practice. Critical Issues in Dental Hygiene.2013; 87(6):322-329.
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24357560>
7. Ruiz R, Marzán M, Castillo F, Rubán A. Alfabetización en salud en medicina general integral. Perspectivas en Santiago de Cuba. MEDISAN 2013; 13(1):1-15.
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100016
8. Cabellos A, Castro E, Martínez A, Gea V. Influencia de la alfabetización en salud sobre la anticoagulación oral: un factor aún desconocido. Aten Primaria. 2018; 50(4):256-259.
Disponible en: <https://spiral.imperial.ac.uk/bitstream/10044/1/46227/9/1-s2.0-S0212656717301762-main.pdf>

9. Marón S, Páez, S, Denaro C. Alfabetismo en salud bucal. Una experiencia en la población vulnerable de la provincia de Mendoza. *Uncuyo*. 2014; 8(1):29-32. Disponible en: http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/6009/maronfo-812014.pdf
10. Quinteros M, Nuñez F. Salud Oral en Adultos Mayores Postrados. *International Journal of Odontostomatology*. 2014; 8(3):337-343. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijodontos/v8n3/art04.pdf>
11. Tung H, Lu M, Chen L, Liang S, Fang S, Chu K. Health literacy impact on elderly patients with heart failure in Taiwan. *Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics*. 2014; 5 (1): 72-76. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210833514000094>
12. Rai S, Shodan M, Preetha J Shetty. Conceptual measure of oral health literacy level among patients visiting a private dental institution in Dharwad: A cross-sectional questionnaire study. *Patient oral health literacy*. 2015; 9(1):492-496. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/286143937_Conceptual_measure_of_oral_health_literacy_level_among_patients_visiting_a_private_dental_institution_in_Dharwad_A_cross-sectional_questionnaire_study
13. Bastidas M, Lawrence H, Sousa M. Oral health literacy and oral health outcomes in an adult population in Brazil. *BMC Public Health*. 2018; 1(1):1-9. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5530456/pdf/12889_2017_Article_4443.pdf
14. Sandhu K, Gupta N, Bansal M, Arora V, Gupta P, Thakar S. Health literacy and oral health literacy: are they associated? a cross sectional survey among undergraduate students of tricity (chandigarh, mohali, panchkula), india. *Przegl Epidemiol* 2017; 71(1): 111-118. Disponible en: <https://europepmc.org/abstract/med/28742312>
15. Cartes R. Alfabetismo en salud: bases conceptuales y evidencia en odontología. *Medisan* 2015; 19(4):1-9. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v19n4/san13194.pdf>
16. Macek M. *A Conceptual Model of Oral Health Literacy*. 6th. Maryland. Bethesda; 2014. Disponible en: <http://www.bumc.bu.edu/healthliteracyconference/files/2014/06/Macek-HARC-VI-November-2014>

17. Kapoor P, Prasad S, Tandon S. Development of a Word Instrument to Test Dental Health Literacy: The DFLD Determination of Functional Literacy in Dentistry. *Journal of Community Medicine & Health Education*. 2016; 6(5):1-4.
Disponible en: <https://www.omicsonline.org/open-access/development-of-a-word-instrument-to-test-dental-health-literacy-the-dfld-determination-of-functional-literacy-in-dentistry-2161-0711-1000467.php?aid=81366>
18. Sarmiento P, Fernández M, Poza M, Pelicano N. Propuestas de evaluación de la Alfabetización en Salud. *Psychologia Latina*. 2015; 6(1): 1-11.
Disponible en: <https://psicologia.ucm.es/data/cont/docs/292016061601%20BAS%20SARMIENTO24.pdf>
19. Chesser A, Woods N, Wipperman J, Rachel W, Dong F. Health Literacy Assessment of the STOFHLA: Paper Versus Electronic Administration Continuation Study. *Health Education & Behavior*. 2014; 41(1):19–24.
Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1090198113477422>
20. Cartes R, Machuca L. Adaptation and validation of the oral health literacy instrument for the Chilean population. *International Dental Journal*. 2017; 67(4):1-8.
Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/idj.12288>
21. Cartes R, Araya C, Flores R, Luengo L, Castillo F, Bustos A. A motivational interview intervention delivered at home to improve the oral health literacy and reduce the morbidity of Chilean disadvantaged families: a study protocol for a community trial. *British Medical Journal Open*. 2017; 7(7): 1-14.
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5577873/>
22. Fernández A, Ruiz L, Vreecer N. La alfabetización en salud y el empoderamiento de las comunidades. diálogo igualitario entre los profesionales de la salud y la comunidad. *Revista de Geografía y Ciencias Sociales*. 2013; 5(20):1-18.
Disponible en: <http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-427/sn-427-5.htm>
23. Montero M, López M, Acevedo P, Mora A. Envejecimiento saludable: perspectiva de género y de ciclo vital. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 2015; 5(1):55-63.
Disponible en: <https://www.mdpi.com/2254-9625/5/1/55>
24. Ramos A, Garcia M, Miranda M. El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 2016; 20(3):330-337. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2016/amc163n.pdf>

25. Mederos F. Consideraciones actuales sobre la estomatología geriátrica y su importancia para una longevidad saludable. Revista Médica Electrónica.2017; 39(1): 70-83. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedele/me-2017/me171i.pdf>
26. Cerón X. Calidad de vida y su relación con la salud oral en personas de la tercera edad. Revista Nacional de Odontología. 2014; 10(19):83-89. Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/853>
27. Villavicencio E, Cuenca K, Vélez E, Sayago J, Cabrera A. Pasos para la planificación de una investigación clínica. Odontología Activa.2016; 1(1): 72-75. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/186/324>
28. Villavicencio E, Alvear M, Cuenca K, Calderón M, Palacios D. Diseños de estudios clínicos en odontología. Odontología Activa.2016; 1(2): 81-84. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/163/284>
29. Villavicencio E, Alvear M, Cuenca K, Calderón M, Zhunio K, Webster F. El tamaño muestral para la tesis. ¿Cuántas personas debo encuestar?. Odontología Activa.2017; 2(1): 59-62.
Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/175/233>
30. Villavicencio E, Torracchi E, Pariona M, Alvear M. ¿Cómo plantear las variables de una investigación?: operacionalización de las variables. . Odontología Activa. 2019; 4(1): 9-14.
Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/289/500>

ANEXOS

Anexo 1.

ENCUESTA DE BARRERAS PARA ACCEDER A SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

Anexo 2. ENCUESTA DE 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 técnico incompleta
b) Primaria incompleta	g) Superior técnico 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. Usualmente usa Ud.:		
	a. Un cepillo de dientes para limpiar sus dientes	Valor: 1 si ninguno o el solo el literal a está marcado
	b. La seda o un cepillo especial para limpiar sus dientes	
	c. Tarjetas 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 planeando ir a un dentista ahora	
	e. Irá pronto al dentista	
3. Si pierde una copa en un diente posterior y no le dolía:		
	a. De inmediato va a un dentista	Valor: 1 si el literal b o c están marcados
	b. Esperaría si siente dolor o algún síntoma antes de ir a un dentista	
	c. No sería un problema que no vería 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 vería 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 síntoma 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 le 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	
	f. Porque no tiene tiempo para ir al dentista	
	g. Porque las citas, asiste al dentista regularmente	
		Si el literal c está marcado no es un puntaje de indiferencia dental

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

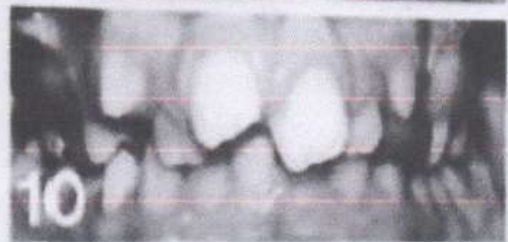
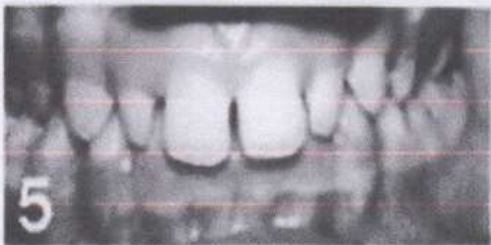
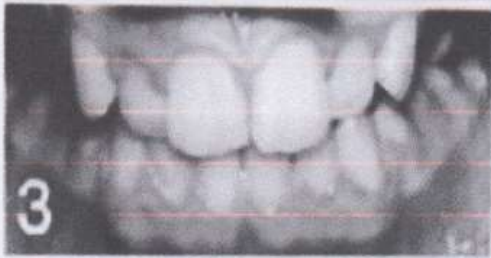
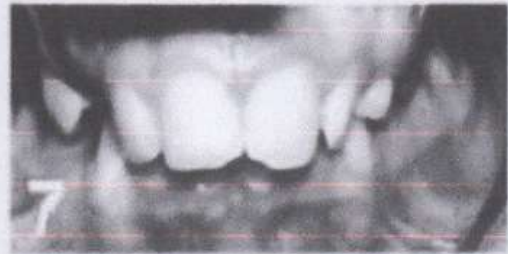
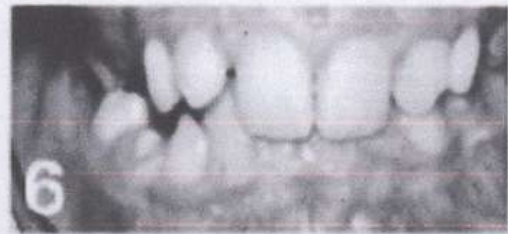
Firma: _____

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

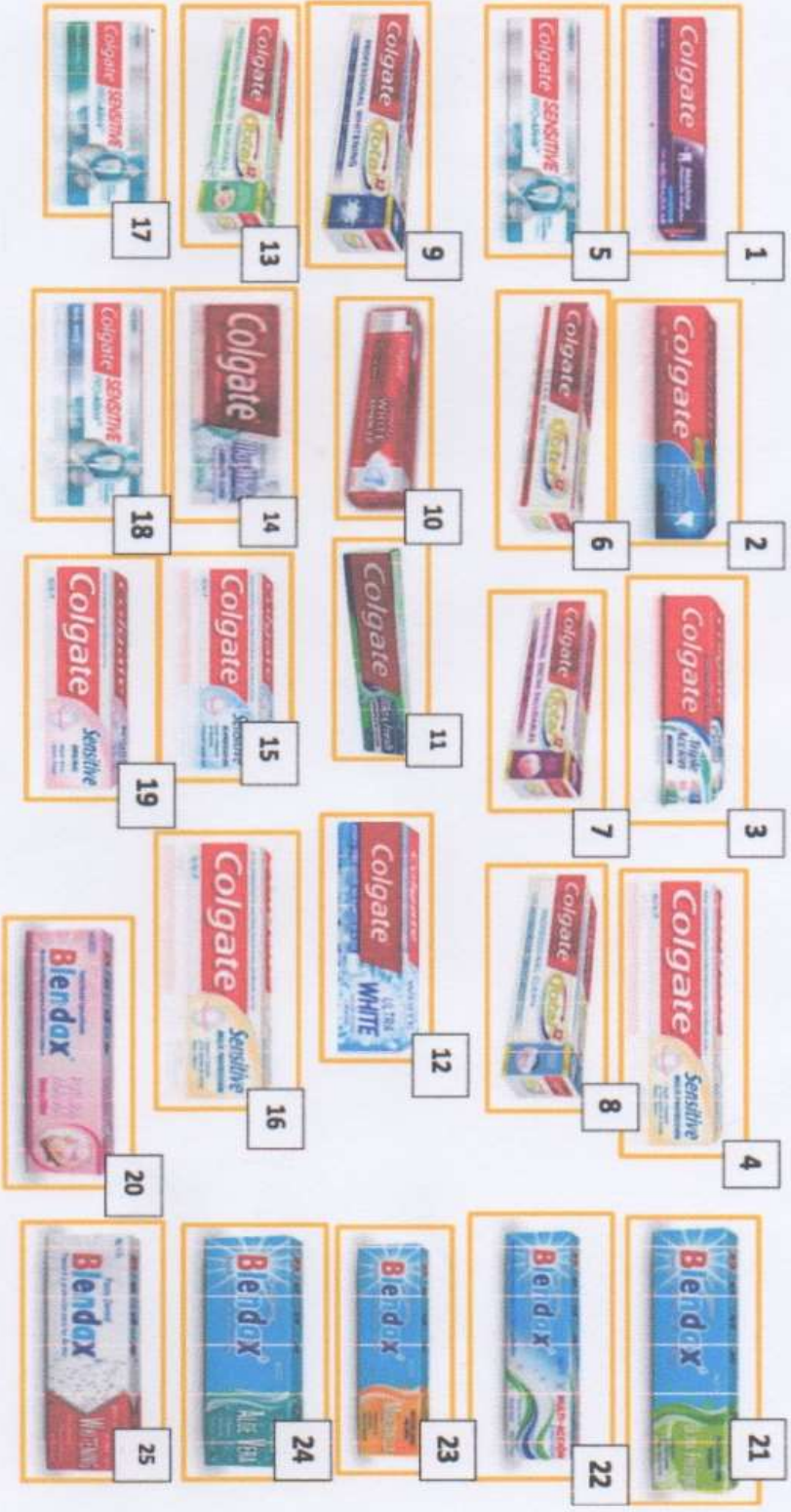
AUTOMEDICACIÓN
15. ¿Usted se auto medica? SI () NO ()
16. ¿Cuándo tiene una dolencia quién le recomienda la medicación? a) Médico b) Odontólogo c) Farmacéutico d) Técnico en farmacia e) Familiar f) Amistades g) Por iniciativa propia
17. ¿En qué tipo de dolencias Usted se automedica? (tomar medicamento sin prescripción médica) a) Fiebre b) Dolor de estómago c) Dolor de diente d) Dolor de cabeza e) Gripe f) Otros
18. ¿Cuándo tiene dolor de diente por qué motivos se auto medica (tomar medicamento sin prescripción médica) y no recurre al Odontólogo? a) Por indicación del técnico de farmacia b) Porque es muy cara la consulta c) Porque la clínica u Hospital está muy lejos de su casa d) Por hábito e) Otros
19. ¿Por cuánto tiempo Usted se auto medica? (tomar medicamento sin prescripción médica) a) 1 días b) 2 días c) 3 días d) O más
20. ¿Dónde adquirió el medicamento? a) Farmacia b) Botica c) Bodega d) Establecimiento de salud
21. ¿Qué tipos de medicamentos consume mayormente sin prescripción médica? a) Antiinflamatorios b) Antibiótico c) Analgésicos d) Ansiolíticos e) Otros
22. ¿En qué forma farmacéutica consume los medicamentos sin prescripción médica? a) Pastillas b) Jarabe c) Suspensión d) Intramuscular e) Endovenosa
23. ¿Cuál es el medio de comunicación que influye en su automedicación? a) Televisión b) Slogan c) Paneles d) Afiches e) Radio

ANSIEDAD
24. Comienza a ponerse nervioso/a cuando el Odontólogo le invita a sentarme en la silla Si () NO ()
25. Comienza a ponerse nervioso/a cuando el Odontólogo va a extraerle un diente, se siente realmente asustado en la sala de espera. Si () NO ()
26. Cuando va en camino al consultorio piensa que el odontólogo no le va a explicar lo que hay en sus dientes Si () NO ()
27. Quiere irse del consultorio cuando piensa que el Odontólogo no le va a explicar lo que hay en sus dientes Si () NO ()
28. En el momento en que el Odontólogo alista la jeringa con la inyección de anestesia, cierra los ojos fuertemente. Si () NO ()
29. En la sala de espera suda y tiembla cuando piensa que es su turno de pasar a la consulta Si () NO ()
30. Cuando va hacia el consultorio del odontólogo, se pone ansioso/a solo de pensar si tendrá que usar el taladro dental con Ud. Si () NO ()
31. Cuando está sentada en la silla de tratamiento y no sabe lo que el odontólogo está haciendo en su boca, se pone nerviosa/o y suda Si () NO ()
32. En su camino hacia el consultorio del odontólogo, la idea de estar sentada en la silla de tratamiento le pone nervioso/a. Si () NO ()

ÍNDICE ICON



PASTAS DENTALES





Anexo 2.

**ENCUESTA DE ALFABETIZACIÓN DE LA FICHA BARRERA
(TEST STOFHLA)**

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

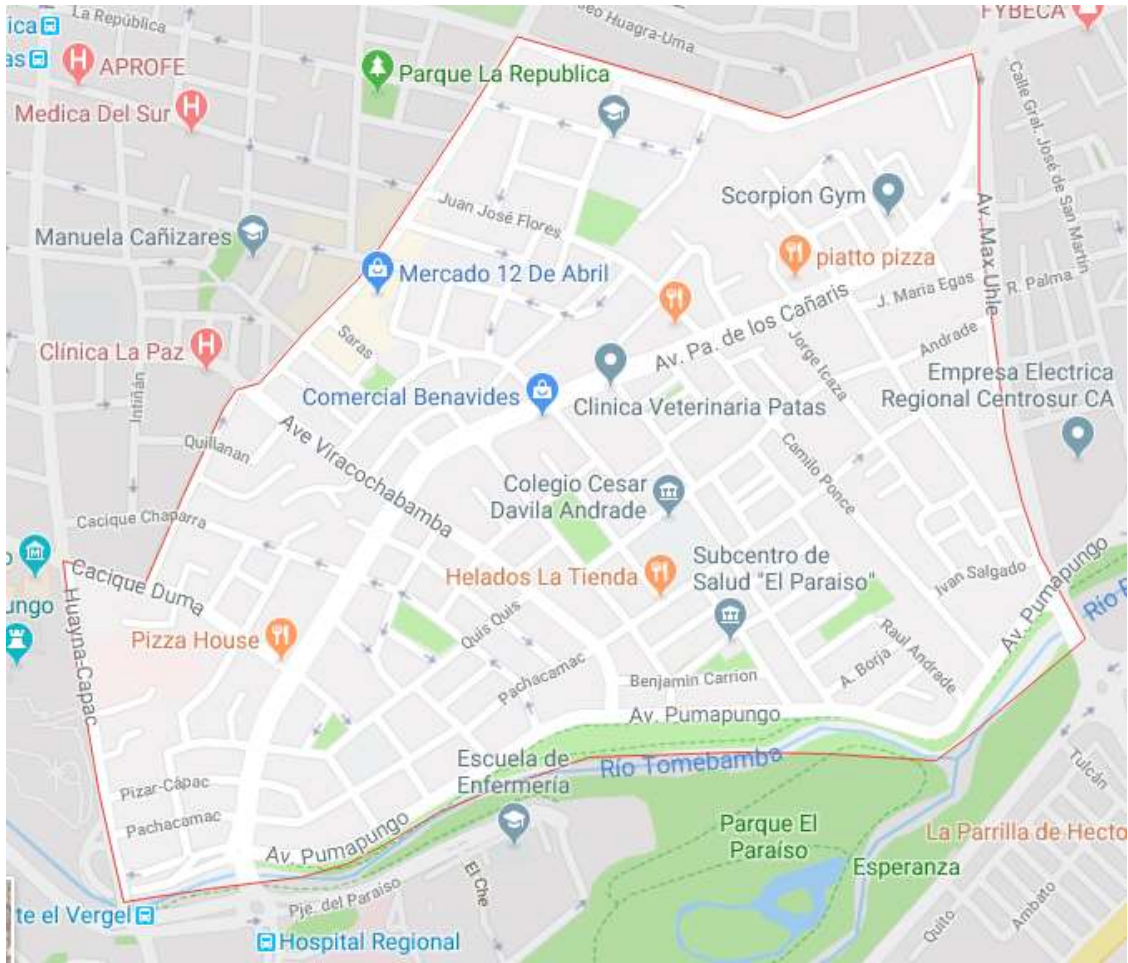
Anexo 3.
CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Firma.....

Anexo 4.

UBICACIÓN ESPACIAL DE LA PARROQUIA CAÑARIBAMBA



Anexo 5.

BASE DE DATOS RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN

EDAD	SEXO	EXPOSICIÓN INGRESO	EXPOSICIÓN INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA DE ALFABETIZACION
DE 71 A 80	Femenino	BAJO	BAJO	ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Femenino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 81 A 90	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 81 A 90	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 81 A 90	Masculino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 81 A 90	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
MAYORES DE 90	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 81 A 90	Femenino	BAJO	BAJO	ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Femenino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 81 A 90	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 81 A 90	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Femenino	ALTO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Masculino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Femenino	ALTO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 81 A 90	Femenino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Femenino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
MAYORES DE 90	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO

DE 71 A 80	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 81 A 90	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 81 A 90	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Femenino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Femenino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 81 A 90	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 81 A 90	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 81 A 90	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO

DE 71 A 80	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 81 A 90	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 81 A 90	Femenino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 81 A 90	Masculino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
MAYORES DE 90	Masculino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Femenino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Femenino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO

DE 66 A 70	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Femenino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Masculino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Femenino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Femenino	ALTO	ALTO	ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Femenino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	ALTO	ALTO	ALFABETIZADO
DE 81 A 90	Femenino	ALTO	ALTO	ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
MAYORES DE 90	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 81 A 90	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 81 A 90	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 81 A 90	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 81 A 90	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Masculino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 81 A 90	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Femenino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 81 A 90	Femenino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Masculino	ALTO	ALTO	ALFABETIZADO

DE 66 A 70	Femenino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Masculino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	BAJO	ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Femenino	BAJO	BAJO	ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	BAJO	ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Femenino	ALTO	ALTO	ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Femenino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Femenino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Femenino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Femenino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Femenino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Masculino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Masculino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Femenino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Masculino	ALTO	ALTO	ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Femenino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Femenino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Femenino	ALTO	ALTO	ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Femenino	BAJO	BAJO	ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Femenino	ALTO	ALTO	ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Masculino	ALTO	ALTO	ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO

DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Femenino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Femenino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Femenino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Femenino	BAJO	BAJO	ALFABETIZADO
DE 81 A 90	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Femenino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Femenino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 81 A 90	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 81 A 90	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 81 A 90	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 81 A 90	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 81 A 90	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Femenino	BAJO	BAJO	ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Femenino	BAJO	BAJO	ALFABETIZADO
DE 81 A 90	Femenino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 81 A 90	Femenino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Masculino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Femenino	BAJO	BAJO	ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Femenino	BAJO	BAJO	ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 66 A 70	Masculino	ALTO	ALTO	ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Femenino	ALTO	ALTO	NO ALFABETIZADO

DE 66 A 70	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Masculino	ALTO	BAJO	NO ALFABETIZADO
DE 71 A 80	Femenino	BAJO	BAJO	NO ALFABETIZADO

ALFABETIZACIÓN EN CAÑARIBAMBA DE 65 A MAS

por Michelle Astudillo


Dr. Mgs. Esp. Ediver Vallacencio Capari
ODONTOLOGÍA - DOCENTE

Fecha de entrega: 22-jul-2019 03:00p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1154118612

Nombre del archivo: MICHELLE_ASTUDILLO_TURNITN.pdf (418.23K)

Total de palabras: 3801

Total de caracteres: 19731

ALFABETIZACIÓN EN CAÑARIBAMBA DE 65 A MAS

INFORME DE ORIGINALIDAD

5%

INDICE DE SIMILITUD

3%

FUENTES DE
INTERNET

0%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Catolica De Cuenca Trabajo del estudiante	2%
2	www.slideshare.net Fuente de Internet	1%
3	Submitted to CONACYT Trabajo del estudiante	<1%
4	Submitted to University of Pittsburgh Trabajo del estudiante	<1%
5	www.unaids.org Fuente de Internet	<1%
6	www.retinosis.org Fuente de Internet	<1%
7	M.J. Fernández-Silva, A. Alonso-González, E. González-Pérez, J.J. Gestal-Otero, G.J. Díaz-Grávalos. "Alfabetización en salud en pacientes con diabetes tipo 2: un estudio transversal con el cuestionario HLS-EU-Q47", Medicina de Familia. SEMERGEN, 2019 Publicación	<1%

Elvira Villavicencio Caparó
Dr. Mgs. Esp. Elvira Villavicencio Caparó
ODONTOLOGÍA - DOCENTE

PERMISO DEL AUTOR DE TESIS PARA SUBIR AL REPOSITORIO
INSTITUCIONAL

Yo Michelle Estefanía Ajudillo Hidalgo..... En calidad de
autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación
"Alfabetización en salud oral en adultos mayores de 65 años
de la parroquia canasibamba Cuenca - Ecuador 2018.....

....." de conformidad a lo
establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de Los
Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad
Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el
uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Así mismo;
autorizo a la Universidad para que realice la publicación de éste trabajo de
titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el
artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 17-09-2019.....

F: .....

de cédula
010525196-1