

**“Relación entre el Grado de Instrucción y la Autopercepción Caries Dental en Adultos
entre los 18- 64 años de la Parroquia Sucre 2025”**

AUTOR/A: MARCO VINICIO AGUIRRE ZABALA

DIRECTOR: EBINGEN VILLAVICENCIO CAPARÓ

<https://orcid.org/0000-0003-4411-4221>

CUENCA

2025

INTRODUCCIÓN

La caries dental es una de las enfermedades bucodentales más comunes y persistentes en todo el mundo. Afecta a personas de todas las edades, pero su impacto es especialmente notorio en la población adulta, donde muchas veces se presenta de forma silenciosa y sin síntomas evidentes en sus etapas iniciales. Esta enfermedad se origina por la desmineralización de los tejidos duros del diente, provocada por ácidos que se generan a partir de la fermentación de azúcares por bacterias presentes en la placa dental. A pesar de los avances en la odontología preventiva, la caries sigue siendo una causa significativa de dolor, pérdida de piezas dentales y deterioro de la calidad de vida, particularmente en comunidades con menor acceso a servicios de salud y educación.

La salud bucodental no depende únicamente de factores biológicos o genéticos, sino también de elementos sociales, culturales y económicos. En este contexto, la autopercepción de caries dental cobra especial importancia, ya que representa la manera en que una persona interpreta o identifica posibles signos de deterioro en sus dientes, como manchas, cavidades, dolor o sensibilidad. Esta percepción no siempre coincide con la realidad clínica, pero se considera un indicador útil en estudios de salud pública para conocer el nivel de conciencia y atención que la población presta a su salud oral.

Uno de los determinantes sociales que más influye en la autopercepción de la salud bucal es el grado de instrucción, entendido como el nivel educativo formal alcanzado por un individuo. Diversas investigaciones han demostrado que las personas con menor nivel educativo tienden a presentar una mayor carga de enfermedades dentales, en parte debido a la falta de conocimiento sobre prácticas preventivas, menor acceso a atención profesional, y hábitos poco saludables. Además, estas personas también muestran una tendencia a subestimar o no reconocer adecuadamente los problemas bucales que padecen, lo que limita el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno.

Estudios realizados en varios países latinoamericanos han confirmado la existencia de una asociación entre el nivel educativo y la percepción de salud bucal. Por ejemplo, se ha encontrado que individuos con escolaridad baja presentan mayor prevalencia de caries no tratadas y reportan una percepción más negativa de su salud oral. Estas

diferencias reflejan desigualdades estructurales que deben ser abordadas desde la promoción de la salud y la educación comunitaria.

En el caso de Ecuador, y particularmente en zonas urbanas como la **parroquia Sucre**, ubicada en el cantón Cuenca, estas disparidades también pueden estar presentes, pero no han sido ampliamente documentadas. La parroquia Sucre se caracteriza por una población diversa, con una mezcla de niveles socioeconómicos, ocupacionales y educativos. Sin embargo, hasta la fecha no existen estudios específicos que analicen la relación entre el nivel de instrucción y la autopercepción de caries dental en adultos de este sector. Esta carencia de información representa una limitación para el desarrollo de programas de prevención y educación que respondan a las necesidades reales de la comunidad.

Por esta razón, el presente estudio tiene como objetivo examinar la relación entre el grado de instrucción y la autopercepción de caries dental en personas adultas de 18 a 64 años residentes en la parroquia Sucre durante el año 2025. A través de este análisis, se busca generar evidencia científica que permita comprender mejor cómo los factores educativos influyen en la salud bucal percibida, y a partir de ello, proponer estrategias de intervención que consideren las condiciones educativas y socioculturales de la población. Esta investigación se enmarca dentro de un enfoque de equidad en salud, que reconoce la importancia de adaptar las políticas y acciones en función de los determinantes sociales que afectan el bienestar de las personas.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio se enmarca dentro de una categoría epistemológica que aborda realidades concretas, observables y, al mismo tiempo, poco exploradas en la literatura científica actual. Si bien existen numerosas investigaciones que analizan la relación entre el nivel educativo y la salud bucal, son escasos los estudios que examinan de manera específica cómo las personas adultas perciben subjetivamente la presencia de caries dental en su propia cavidad oral, especialmente en contextos urbanos de países en desarrollo como Ecuador. La mayoría de los datos disponibles provienen de zonas urbanas consolidadas o de países de altos ingresos, donde el acceso a servicios de salud bucodental es más amplio y las condiciones socioeconómicas son generalmente más favorables.

Esta situación deja fuera de foco a comunidades semiurbanas o con recursos limitados, como ocurre en la parroquia Sucre, donde factores como las desigualdades sociales, el nivel educativo, y el acceso restringido a servicios odontológicos pueden influir profundamente en la manera en que las personas interpretan, valoran y enfrentan sus problemas bucales. En estos entornos, las brechas en el conocimiento sobre salud oral y la limitada cultura preventiva pueden condicionar tanto la autopercepción como la búsqueda de atención.

El interés por abordar esta problemática surge de la observación directa y de la experiencia acumulada durante la práctica profesional odontológica y las actividades de vinculación con la comunidad realizadas en clínicas locales. A lo largo de los últimos años, el trabajo continuo en la parroquia Sucre ha permitido identificar patrones claros en la percepción que los adultos tienen sobre su salud bucodental. En particular, se ha evidenciado que los individuos con menor nivel de instrucción tienden a minimizar la gravedad de la caries o incluso desconocer su presencia, mientras que aquellos con mayor formación académica demuestran mayor conciencia sobre los riesgos asociados, así como una actitud más activa frente a la prevención y el tratamiento.

Estos hallazgos empíricos refuerzan la hipótesis de que el grado de instrucción actúa como un factor determinante en la autopercepción de la salud oral, especialmente en lo que respecta a la detección temprana y el manejo de la caries dental. No obstante, pese a su relevancia, esta problemática no ha sido

abordada de forma específica en investigaciones locales, lo que pone en evidencia una brecha significativa en la producción científica vinculada al contexto de la parroquia Sucre.

Frente a esta realidad, surge la siguiente pregunta de investigación que orienta el presente estudio: ¿Cómo influye el grado de instrucción en la autopercepción de caries dental en adultos entre 18 y 64 años de la parroquia Sucre año 2025?

2. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación surge de la necesidad de comprender cómo el nivel de instrucción influye en la manera en que los adultos perciben la presencia de caries dental en su propia cavidad oral, una problemática que, si bien está relacionada con la salud pública, ha sido escasamente abordada en el contexto ecuatoriano, particularmente en comunidades urbanas con características diversas como la parroquia Sucre, del cantón Cuenca. Aunque existen antecedentes sobre la relación entre el nivel educativo y la salud bucodental, son pocos los estudios que abordan específicamente la percepción subjetiva de esta enfermedad en poblaciones adultas, lo que limita el desarrollo de estrategias educativas y preventivas adaptadas a la realidad local. Este trabajo responde no solo a una inquietud académica, sino también a una experiencia profesional directa en la atención clínica comunitaria, donde se ha evidenciado que muchos pacientes con menor nivel educativo tienden a subestimar o ignorar la presencia de caries, a diferencia de quienes han recibido mayor formación académica y demuestran una actitud más consciente frente a la prevención. Además, la investigación es factible en términos logísticos y éticos, ya que se realiza con recursos propios, cuenta con aprobación institucional, y está alineada con las políticas de investigación de la Universidad Católica de Cuenca y los principios de equidad en salud.

Desde la relevancia social, esta investigación permite visibilizar una problemática que afecta a un segmento amplio de la población adulta: la forma en que perciben y valoran su salud bucal, en especial respecto a la caries dental, una de las enfermedades más comunes y prevenibles. En contextos urbanos como la parroquia Sucre, donde coexisten distintos niveles socioeconómicos y educativos, la educación

formal se convierte en un factor determinante en la forma en que las personas entienden su salud y deciden buscar atención odontológica. Al identificar diferencias en la autopercepción de caries según el grado de instrucción, el estudio ofrece insumos valiosos para que las autoridades locales, profesionales de salud y educadores diseñen **intervenciones focalizadas**, ajustadas a las características de los distintos grupos poblacionales, promoviendo así la equidad en el acceso a la prevención y el tratamiento dental.

Desde la relevancia humana, este estudio aborda aspectos fundamentales del bienestar individual y colectivo. La caries dental, cuando no es detectada ni tratada a tiempo, afecta funciones básicas como la alimentación, el habla y la estética, generando dolor, incomodidad, baja autoestima y aislamiento social. Comprender cómo las personas perciben estas afecciones y qué relación existe con su nivel educativo permite fomentar una conciencia más activa sobre el autocuidado bucodental, empoderando a las personas para tomar decisiones informadas sobre su salud. Este enfoque humanista pone al centro al individuo y su contexto, reconociendo que las decisiones en salud no dependen únicamente de recursos físicos, sino también de factores culturales, cognitivos y emocionales vinculados al conocimiento y a la educación.

Desde la relevancia científica, la investigación contribuye a la generación de conocimiento original y contextualizado. Aunque existen múltiples estudios internacionales sobre la relación entre factores sociodemográficos y la salud bucal, son escasos los trabajos que abordan específicamente la autopercepción de caries dental en adultos desde una perspectiva educativa, y aún más limitada es la información proveniente de comunidades urbanas ecuatorianas como la parroquia Sucre. Este vacío de información dificulta la formulación de políticas públicas adaptadas a la realidad local. Por tanto, los resultados de este estudio podrán servir como base para futuras investigaciones, evaluaciones de programas de salud oral y desarrollo de estrategias comunitarias con enfoque preventivo y educativo, contribuyendo así al fortalecimiento del cuerpo de conocimiento odontológico en América Latina.

La presente investigación destaca por su originalidad al abordar un enfoque poco explorado en la literatura científica odontológica nacional y regional: la relación entre el grado de instrucción y la autopercepción de caries dental en adultos. Aunque existen múltiples estudios que analizan la asociación entre factores socioeducativos y el estado de salud bucal, la mayoría de ellos se han centrado en variables clínicas objetivas, dejando de lado la dimensión subjetiva que implica la percepción individual del estado de la cavidad oral. Además, gran parte de la evidencia disponible proviene de países con altos ingresos o con sistemas de salud más desarrollados, por lo que sus hallazgos no necesariamente se aplican a las realidades de América Latina, donde persisten importantes desigualdades sociales, económicas y educativas que condicionan el acceso a la atención odontológica.

En Ecuador, y específicamente en la ciudad de Cuenca, no se han encontrado investigaciones previas que analicen esta relación desde una perspectiva de percepción personal, centrada en adultos entre 18 y 64 años de una comunidad urbana como la parroquia Sucre. Este vacío de información convierte al presente estudio en un aporte novedoso y valioso para la odontología comunitaria, la epidemiología social y las políticas locales de salud. La originalidad radica no solo en el tema abordado, sino también en la población seleccionada, el enfoque educativo de análisis, y el contexto urbano semi-vulnerable donde se desarrollará la investigación.

Este trabajo permitirá generar datos concretos que ayuden a comprender cómo la educación formal influye en la forma en que las personas identifican o ignoran los signos de caries, lo cual es clave para planificar estrategias preventivas más efectivas. Asimismo, los resultados podrán ser utilizados como base para nuevas investigaciones dentro del ámbito odontológico en América Latina, y servirán como insumo técnico para la formulación de campañas educativas y programas comunitarios que busquen reducir las brechas de acceso, diagnóstico y tratamiento de enfermedades bucales en poblaciones con diferentes niveles de instrucción.

La presente investigación se encuentra alineada con las políticas de la Universidad Católica de Cuenca, las cuales promueven la generación de conocimiento científico con responsabilidad social, orientado a mejorar la calidad de vida de las

comunidades a través de la docencia, la investigación y la vinculación. Este estudio responde a esa misión, al abordar una problemática real observada en la parroquia Sucre, integrando el enfoque preventivo en salud y considerando los determinantes sociales, como el nivel educativo. Asimismo, guarda coherencia con las prioridades establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo del Ecuador 2021–2025, que impulsa la investigación en salud pública, la equidad en el acceso a servicios sanitarios y la promoción del autocuidado. También se vincula con los objetivos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, que promueven la prevención de enfermedades bucales y la educación en salud oral, especialmente en poblaciones vulnerables. Por tanto, este estudio no solo cumple con los fines académicos y formativos, sino que también contribuye al desarrollo de estrategias nacionales para fortalecer la salud bucodental comunitaria.

Este estudio es viable en términos financieros, operativos y académicos, ya que no requiere recursos económicos significativos ni equipamiento especializado. La investigación se desarrollará en la parroquia Sucre con el uso de encuestas estructuradas y técnicas de recolección de datos de bajo costo, lo que permite su ejecución sin necesidad de financiamiento externo. Además, cuenta con el respaldo de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca, lo cual garantiza el acompañamiento metodológico, la orientación docente y el aval ético correspondiente, asegurando el cumplimiento de los estándares institucionales.

Desde el punto de vista personal y profesional, el interés del investigador nace de la experiencia directa obtenida durante las prácticas clínicas y actividades de vinculación con la comunidad en la parroquia Sucre, donde se ha evidenciado de forma reiterada que muchos pacientes adultos, especialmente aquellos con bajo nivel educativo, no reconocen la presencia ni la gravedad de la caries dental. Esta situación genera barreras en la prevención y el tratamiento oportuno, lo que motivó la necesidad de profundizar en el análisis de esta problemática para proponer soluciones fundamentadas desde el enfoque social y educativo de la odontología.

En cuanto a su actualidad, el estudio responde a una preocupación creciente por comprender cómo los determinantes sociales, como la educación, influyen en la salud bucodental. En un momento en que la salud pública busca priorizar la

prevención, el autocuidado y la equidad en el acceso, resulta urgente contar con datos locales que evidencien las diferencias en la percepción de enfermedades orales como la caries, permitiendo así diseñar intervenciones adaptadas a la realidad de cada comunidad. Este enfoque no solo está alineado con las tendencias actuales de la investigación en salud, sino que también aporta evidencia útil y aplicable para futuras políticas y programas de educación sanitaria.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

-Analizar la relación entre el grado de instrucción y la autopercepción de caries dental en adultos entre los 18 y 64 años de la Parroquia Sucre, durante el año 2025.

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Analizar el grado de instrucción de los habitantes de la parroquia Sucre.
- Analizar la autopercepción de la caries dental en adultos entre los 18 y 64 años de la parroquia Sucre.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 MARCO CONCEPTUAL

La salud bucodental es un componente esencial del bienestar general y uno de los pilares fundamentales para alcanzar una buena calidad de vida. Su descuido puede repercutir negativamente no solo en aspectos funcionales como la masticación, la fonación y la estética facial, sino también en el estado emocional y psicológico de los individuos (Peres et al., 2019) [1]. Dentro de las enfermedades bucales más comunes, la caries dental se destaca por su alta prevalencia y su capacidad de generar complicaciones si no es tratada de manera oportuna. Se trata de una enfermedad infecciosa, crónica y multifactorial, resultado de la interacción entre bacterias, dieta rica en azúcares fermentables, higiene deficiente y factores individuales del huésped (Kassebaum et al., 2015) [2].

A nivel global, la caries dental continúa siendo una de las principales cargas de enfermedad no transmisible. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que más de 2.000 millones de personas padecen caries en la dentición permanente, lo que la convierte en la enfermedad oral más extendida y una prioridad para los sistemas de salud pública (World Health Organization, 2022) [3]. En América Latina, y especialmente en países de ingresos medios como Ecuador, la situación es aún más crítica debido a las limitaciones en el acceso a servicios odontológicos y la escasa implementación de programas preventivos eficaces (Watt et al., 2016) [4]. En Ecuador, el Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB) realizado por el Ministerio de Salud Pública en 2016 reveló que aproximadamente el 88 % de los adultos evaluados presentaban alguna experiencia de caries dental activa, especialmente en zonas rurales y semiurbanas (MSP, 2016) [5]. Este tipo de comunidades, como la parroquia Sucre en el cantón Cuenca, suelen presentar desigualdades estructurales que afectan directamente los niveles de salud bucal de la población. Factores como la escasa cobertura odontológica, el bajo nivel educativo, la falta de cultura de prevención y las condiciones socioeconómicas desfavorables son elementos que incrementan la carga de enfermedad bucal y limitan la búsqueda de atención

profesional (Listl et al., 2015) [6]. Además de los factores clínicos y sociales, la forma en que las personas perciben su salud bucal cumple un rol central en el proceso de atención y prevención. La autopercepción de caries dental —es decir, la capacidad del individuo para reconocer signos como dolor, manchas, sensibilidad o cavidades— es un elemento subjetivo que influye directamente en la búsqueda de ayuda odontológica (García-Cortés et al., 2019) [7]. Esta percepción se encuentra influida por múltiples variables, entre las cuales destaca el grado de instrucción, ya que las personas con mayor nivel educativo tienden a poseer mejores habilidades de literacidad en salud y mayor conciencia preventiva (Sørensen et al., 2012) [8].

Estudios han demostrado que los adultos con menor nivel educativo suelen subestimar la gravedad de los signos clínicos de caries o, incluso, desconocer su existencia, lo que retrasa el diagnóstico y el tratamiento oportuno (Jablonski et al., 2012) [9]. Por tanto, resulta necesario analizar de manera específica cómo el nivel de instrucción se asocia con la autopercepción de la caries dental, especialmente en contextos locales como la parroquia Sucre, donde esta relación no ha sido aún debidamente explorada.

4.1.a Determinantes sociales de la salud bucal

Los determinantes sociales constituyen un conjunto de factores estructurales y contextuales que influyen significativamente en la salud de las personas. La Organización Mundial de la Salud los define como las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que moldean la salud y el bienestar, incluyendo el acceso a educación, servicios de salud, vivienda, empleo y entornos saludables (10). En el ámbito de la salud bucodental, estos determinantes explican gran parte de las desigualdades observadas en la prevalencia de caries dental entre distintos grupos poblacionales.

Entre los determinantes estructurales, el nivel educativo se ha identificado como uno de los más importantes. Diversos estudios han señalado que las personas con mayor grado de instrucción desarrollan mejores capacidades para adoptar

prácticas de prevención, comprender información en salud y tomar decisiones informadas respecto a su autocuidado bucodental (11). Por el contrario, quienes no han accedido a una educación formal o han tenido escolarización incompleta presentan con mayor frecuencia caries no tratadas, hábitos de higiene deficientes y baja percepción de la necesidad de tratamiento (12).

Esta relación entre educación y salud bucal ha sido ampliamente respaldada por la evidencia internacional. En particular, Watt et al. (2016) plantean que reducir las desigualdades sociales en salud oral requiere actuar sobre los determinantes estructurales —como la educación— a través de políticas públicas integrales que promuevan el acceso equitativo a la información, recursos preventivos y atención profesional (13).

En Ecuador, estas desigualdades son especialmente evidentes en sectores urbano-marginales y zonas semiurbanas, como ocurre en la parroquia Sucre. Estudios locales han documentado cómo las limitaciones educativas y económicas influyen en la percepción y el manejo de problemas dentales, generando una mayor carga de enfermedad no tratada (14). A esto se suma el bajo nivel de alfabetización en salud (health literacy), que limita la capacidad de los individuos para entender indicaciones odontológicas, identificar signos de alarma como las caries incipientes, y acceder de forma oportuna a los servicios (15).

El modelo de Dahlgren y Whitehead resulta útil para interpretar esta dinámica, al situar la educación como un determinante social fundamental que condiciona el estilo de vida, las redes de apoyo, y el acceso a servicios de salud (16). En este modelo, el nivel educativo actúa como una plataforma desde la cual se configuran otras condiciones favorables o desfavorables para la salud. De este modo, una baja escolaridad limita el conocimiento y la interpretación de los síntomas orales, reduciendo la probabilidad de prevención o tratamiento temprano.

En resumen, el nivel de instrucción no solo influye en el conocimiento sobre salud bucal, sino también en la manera en que las personas perciben sus

necesidades, adoptan comportamientos preventivos y acceden al sistema de salud. Entender esta relación permite identificar grupos vulnerables y diseñar estrategias más equitativas, centradas en la promoción de la salud oral con enfoque educativo y comunitario.

4.1.b Autopercepción de caries dental

La autopercepción en salud bucal se refiere a la forma en que los individuos evalúan subjetivamente el estado de su cavidad oral, con base en su experiencia personal, conocimiento y sensibilidad frente a signos clínicos. En el caso específico de la caries dental, la autopercepción implica la habilidad de una persona para identificar síntomas como dolor, manchas visibles, cavidades, mal aliento o sensibilidad dental, sin necesidad de un diagnóstico profesional (17). Aunque no sustituye al examen clínico, este tipo de percepción es fundamental, ya que actúa como un detonante en la búsqueda oportuna de atención odontológica.

La literatura ha demostrado que existe una estrecha relación entre la autopercepción de caries y el comportamiento en salud. Aquellas personas que perciben problemas bucales tienden a buscar atención dental de forma más rápida y a adoptar medidas de autocuidado, mientras que quienes subestiman o no reconocen la presencia de caries suelen postergar la consulta, lo cual favorece la progresión de la enfermedad (18). Esta diferencia en la percepción está influenciada por múltiples factores, entre ellos la edad, el género, el nivel socioeconómico y, especialmente, el nivel de instrucción.

Diversos estudios han identificado que el grado de instrucción es un predictor significativo de la autopercepción en salud bucal. Las personas con mayor nivel educativo presentan una percepción más crítica y precisa de su estado oral, debido a una mayor exposición a la información, mejor alfabetización en salud y mayor sensibilidad frente a los signos de deterioro dental (19). Por el contrario, individuos con bajo nivel educativo tienden a normalizar síntomas como el dolor

o la pérdida dental, y no consideran necesario acudir al odontólogo mientras no exista una urgencia manifiesta (20).

El Modelo de Creencias en Salud (Health Belief Model) propuesto por Rosenstock ofrece una base teórica útil para entender el papel de la percepción en la toma de decisiones en salud. Según este modelo, la probabilidad de que una persona adopte una conducta preventiva depende de cómo percibe su susceptibilidad a la enfermedad, la gravedad percibida de la condición, los beneficios esperados de la acción preventiva y las barreras percibidas para llevarla a cabo (21). En el caso de la caries, si una persona considera que tiene bajo riesgo o que los síntomas no son graves, es menos probable que busque atención odontológica o adopte hábitos preventivos.

Además, la autopercepción de salud bucal está influenciada por factores culturales. En muchas comunidades de Latinoamérica, especialmente en sectores de bajos ingresos, es común que la pérdida dental se asuma como parte del envejecimiento natural o que solo se consulte al odontólogo cuando el dolor es insoportable (22). Esta normalización de la enfermedad bucal refleja una percepción distorsionada de lo que significa tener una salud oral adecuada, lo que repercute negativamente en la prevención y el tratamiento de condiciones como la caries.

En suma, la autopercepción de caries dental es un factor clave en la comprensión de los comportamientos en salud bucal. Evaluarla permite identificar no solo el nivel de conciencia que tiene una persona sobre su salud oral, sino también posibles barreras para el acceso oportuno a la atención. Incluir este enfoque en estudios epidemiológicos ayuda a diseñar estrategias educativas más efectivas y adaptadas al contexto sociocultural y educativo de la población.

4.1.c Relación entre educación y autopercepción de caries

El nivel educativo ha demostrado ser un factor determinante en la manera en que las personas perciben su salud bucodental. A mayor grado de instrucción, mayor es la probabilidad de que un individuo identifique signos tempranos de

caries, como dolor, sensibilidad o manchas, y busque atención odontológica o adopte conductas preventivas (23,24). Esta relación se explica porque la educación mejora la literacidad en salud, es decir, la capacidad para comprender e interpretar información sobre salud, lo cual favorece una mayor conciencia del riesgo y un mejor autocuidado (25).

Por el contrario, las personas con menor escolaridad tienden a subestimar los síntomas o a normalizar signos de deterioro dental, lo que retrasa el diagnóstico y tratamiento oportuno (26). Investigaciones realizadas en Ecuador y América Latina han evidenciado que el nivel de instrucción está directamente asociado con la autopercepción de caries, así como con la frecuencia de visitas al odontólogo (27,28).

Modelos como el de Creencias en Salud y el Comportamiento Planificado respaldan este vínculo al explicar cómo las actitudes y la percepción del riesgo, influenciadas por la educación, determinan la conducta en salud (29,30). Por ello, incluir el nivel educativo como una variable clave permite diseñar estrategias de promoción bucodental más efectivas, adaptadas a las características socioculturales de cada comunidad.

4.1.d Modelos teóricos aplicados

El Modelo de Autopercepción de la Salud forma parte del marco conceptual utilizado en salud pública para entender cómo las personas interpretan su estado de salud, en función de sus conocimientos, experiencias previas, entorno social y nivel educativo. Este modelo sugiere que el individuo es capaz de generar una evaluación subjetiva de su bienestar, lo que influye directamente en su disposición para actuar o buscar atención médica u odontológica (31).

Aplicado a la salud bucal, el modelo permite comprender cómo los adultos autoevalúan la presencia o ausencia de caries dental con base en signos como dolor, sensibilidad, manchas oscuras, mal aliento o cavidades visibles. La interpretación de estos signos está mediada por factores como el nivel de instrucción, el acceso a información, y las creencias culturales. De esta manera,

el modelo explica por qué dos personas con el mismo daño dental pueden tener percepciones distintas: mientras una lo identifica como un problema serio, otra puede considerarlo como una molestia pasajera (32). Este marco teórico está relacionado estrechamente con los modelos de Creencias en Salud y de Comportamiento Planificado, los cuales plantean que la percepción del riesgo y de la gravedad de una condición de salud es lo que motiva o impide que las personas tomen acciones preventivas o terapéuticas (33,34). Además, el modelo reconoce que la autopercepción puede ser positiva, negativa o distorsionada. Una percepción negativa o inadecuada puede llevar a descuidar los cuidados bucales, postergar la atención o desconocer la necesidad de tratamiento. Por el contrario, una autopercepción crítica y bien informada promueve el autocuidado, la prevención y el uso adecuado de los servicios odontológicos (35). Por eso, este modelo no solo es útil para interpretar comportamientos individuales, sino también para diseñar estrategias educativas adaptadas a los diferentes niveles de autoconciencia que las personas tienen sobre su salud bucal.

En el caso de la parroquia Sucre, aplicar el modelo de autopercepción de la salud permitirá identificar cómo influye el nivel educativo en la percepción del estado bucodental, facilitando la planificación de intervenciones más ajustadas a la realidad de la población adulta.

4.1.f Caries dental y factores de riesgo

La caries dental es una enfermedad crónica, multifactorial y transmisible que afecta los tejidos duros del diente. Se caracteriza por la desmineralización progresiva del esmalte, la dentina y eventualmente el cemento, producto de los ácidos generados por bacterias cariogénicas como *Streptococcus mutans* y *Lactobacillus spp.* al metabolizar azúcares fermentables de la dieta (36). Es considerada la enfermedad bucal más prevalente en el mundo y una de las principales causas de pérdida dentaria en adultos y niños.

El desarrollo de la caries dental se explica a través del modelo de Keyes, que identifica cuatro factores principales: microorganismos, sustrato (azúcares), tiempo y diente susceptible (37). No obstante, en la actualidad, este modelo ha sido ampliado para incorporar factores biológicos, conductuales, ambientales y sociales, que permiten entender mejor las desigualdades en su distribución poblacional.

Entre los principales factores de riesgo para la caries dental se encuentran:

- **Higiene bucal deficiente:** La inadecuada remoción de placa bacteriana facilita la acumulación de ácidos que desmineralizan los tejidos dentarios. Las personas que no se cepillan los dientes al menos dos veces al día o que no usan hilo dental tienen mayor probabilidad de desarrollar lesiones cariosas (38).
- **Dieta rica en azúcares:** El consumo frecuente de alimentos y bebidas azucaradas —como refrescos, dulces, galletas, etc.— se asocia directamente con el incremento de la actividad cariogénica de la placa dental. La Organización Mundial de la Salud recomienda que los azúcares libres no superen el 10 % de la ingesta calórica diaria para reducir el riesgo de caries (39).
- **Factores socioeconómicos y educativos:** Estudios han demostrado que el bajo nivel educativo, la pobreza y la falta de acceso a servicios odontológicos se relacionan con una mayor prevalencia de caries. Las personas con menor nivel de instrucción tienden a tener menor conocimiento sobre prevención, hábitos deficientes de higiene oral y menor frecuencia de visitas al odontólogo (40).
- **Factores biológicos:** La calidad del esmalte dental, el flujo salival, la composición de la saliva y la anatomía del diente también pueden influir en la susceptibilidad a la caries. La saliva actúa como un protector natural por su capacidad de taponamiento y remineralización (41).
- **Acceso limitado a servicios de salud bucal:** La falta de programas preventivos, controles periódicos y cobertura en servicios odontológicos contribuye a una mayor carga de enfermedad no tratada, especialmente en zonas rurales o urbano-marginales (42).

La identificación de estos factores de riesgo es fundamental para el diseño de estrategias preventivas eficaces y para orientar los recursos hacia los grupos más vulnerables. En contextos como el de la parroquia Sucre, donde convergen desigualdades económicas, educativas y culturales, el abordaje de la caries debe considerar estos determinantes para lograr un impacto real en la salud bucal de la población adulta.

4.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Los antecedentes de investigación permiten establecer una base teórica y empírica para comprender el estado actual del conocimiento respecto a las variables de estudio. En este caso, se analizan investigaciones previas que han explorado la relación entre el nivel educativo y la percepción de salud bucal, así como estudios sobre autopercepción de caries dental en distintas poblaciones. Estos antecedentes permiten comparar resultados, validar instrumentos y conocer la variabilidad estadística esperada, lo que respalda la metodología del presente estudio.

En un estudio desarrollado en México, García-Cortés et al. (2019) identificaron que los adultos con bajo nivel de instrucción presentaban menor autopercepción de caries y acudían con menor frecuencia a consultas odontológicas. La investigación concluyó que la escolaridad está estrechamente relacionada con la conciencia sobre la salud bucal y el comportamiento preventivo (43).

En Brasil, Peres et al. (2012) llevaron a cabo un análisis de datos poblacionales que reveló una clara asociación entre el nivel educativo y la experiencia de caries no tratadas. Las personas con menor escolaridad reportaron no solo más caries activas, sino también una menor percepción del daño dental como problema de salud (44). Estos resultados coinciden con estudios en países de ingresos medios, donde las brechas educativas generan desigualdades en el acceso a información, servicios de salud y hábitos de autocuidado.

A nivel nacional, un estudio realizado por Hernández et al. (2018) en zonas rurales del Ecuador mostró que los adultos con educación primaria incompleta

eran significativamente menos propensos a reconocer los signos iniciales de caries y a considerar necesario acudir al odontólogo. El trabajo destaca que, en contextos vulnerables, la percepción del estado bucal suele estar condicionada por la escolaridad y por experiencias previas de atención limitada o deficiente (45).

Otro antecedente importante es el Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB 2016), elaborado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, el cual evidenció que el 88 % de los adultos ecuatorianos presentan caries dental. El informe también señala que las tasas más altas de caries no tratadas se encuentran en personas con niveles educativos bajos y que viven en zonas rurales o urbano-marginales (46). Este hallazgo refuerza la necesidad de investigar la influencia del nivel de instrucción sobre la percepción de salud bucal en poblaciones como la de la parroquia Sucre.

Finalmente, una investigación reciente en Perú (Vásquez et al., 2022) reportó que los adultos con nivel universitario tenían mayor capacidad de identificar síntomas tempranos de caries y de acudir a consultas preventivas. Por el contrario, en quienes solo habían completado la educación básica, predominaba la búsqueda de atención únicamente ante dolor o emergencia (47). Esto sugiere que la educación formal influye tanto en la percepción como en la conducta frente a la salud bucal, un aspecto central en el presente estudio.

5. HIPÓTESIS

Existe una relación significativa entre el grado de instrucción y la autopercepción de caries dental en adultos de 18 a 64 años de la parroquia Sucre, Cuenca – 2025.

CAPITULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. MARCO METODOLÓGICO

Enfoque: Este análisis se fundamentará en un método cuantitativo, dado que deseo evaluar y examinar de forma numérica la conexión que hay entre el grado de educación y la manera en que las personas ven las caries dentales. Así, utilizaré datos estadísticos para facilitar una comprensión más profunda de esta relación.

Diseño de Investigación: Utilizaré un enfoque descriptivo-relacional ya que mi objetivo es explicar y comprender la manera en que estas dos variables interactúan en la población adulta de la parroquia Sucre.

Nivel de investigación: El nivel será relacional, ya que la intención es investigar si existe una relación o vínculo relevante entre el nivel educativo y la manera en que los adultos perciben sus caries.

Tipos de investigación:

- **Por el ámbito:** de campo.
- **Por la técnica:** comunicacional (encuestas)
- **Por la temporalidad:** Transversal. Transversal actuales.

2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población del estudio estará conformada por todos los adultos de entre 18 y 64 años de edad que residen en la parroquia Sucre, ubicada en el cantón Cuenca, durante el año 2025. Se considera población accesible a las personas que cumplan con los criterios de inclusión, que estén disponibles al momento de la recolección de datos, y que acepten participar voluntariamente mediante consentimiento informado.

2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron personas adultas de entre 18 a 64 años, residentes de la parroquia Sucre, aquellos que acepten participar en la investigación mediante el consentimiento informado.

2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyeron personas con discapacidad que impidan responder la encuesta, y quienes no completen el instrumento de recolección de datos.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para este estudio se aplicará un muestreo probabilístico aleatorio simple, ya que se desea garantizar que todos los adultos de la parroquia Sucre entre 18 y 64 años tengan la misma probabilidad de ser seleccionados. Este tipo de muestreo es adecuado para estudios poblacionales que buscan establecer relaciones entre variables, como en este caso entre el grado de instrucción y la autopercepción de caries dental.

La formula aplicada es la siguiente:

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

Donde:

n: tamaño de muestra

Z: valor z para un nivel de confianza del 95%

p: 0.5

N: tamaño población

e: margen de error

$$n = \frac{0.96 * 12862}{0.96 + 0.0025 * 12861}$$

$$n = \frac{0.96 * 12862}{0.96 + 32.1525}$$

$$n = \frac{12.347,52}{33.1125} = 372.89$$

3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE (ROL)	DEF. TEÓRICA	DEF. OPERATIVA	DIMENSIONES	INDICADOR	TIPO DE ESTADÍST.	ESCALA	DATO	INSTRUMENTO
Autopercepción de caries dental (Dependiente)	Valoración subjetiva que tiene un individuo sobre el estado de sus dientes, específicamente si considera tener o no caries dental.	Se preguntará al participante si cree tener caries, si ha notado manchas oscuras, dolor dental, cavidades visibles o sensibilidad.	Dolor dental, presencia de manchas, cavidades visibles, sensibilidad, percepción general de salud bucal.	Respuesta afirmativa o negativa sobre presencia de caries	Cualitativa	Nominal	Sí / No	Encuesta estructurada
Grado de instrucción (Independiente)	Nivel más alto de educación formal que ha alcanzado una persona, clasificado por etapas del sistema educativo.	Se solicitará al participante que indique su último nivel de instrucción alcanzado (primaria, secundaria, superior).	Nivel educativo alcanzado según categorías: primaria, secundaria, educación superior.	Último nivel educativo alcanzado	Cualitativa	Ordinal	Primaria / Secundaria / Superior	Encuesta estructurada

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

4.1 INSTRUMENTOS DOCUMENTALES

Para la presente investigación se utilizará como instrumento principal una encuesta estructurada, diseñada específicamente para recolectar información sobre el grado de instrucción y la autopercepción de caries dental. El cuestionario incluirá preguntas cerradas y dicotómicas, organizadas por secciones, y validadas mediante prueba piloto. Este instrumento permitirá recopilar datos de forma ordenada, estandarizada y eficiente. Las preguntas estarán dirigidas a conocer tanto el nivel educativo alcanzado por los participantes como su percepción sobre la presencia de caries (dolor, sensibilidad, cavidades, manchas visibles, etc.).

4.2 INSTRUMENTOS MECÁNICOS

Útiles de escritorio son instrumentos que se utilizarán en la recolección de datos de esta encuesta.

4.3 MATERIALES

Se utilizarán materiales como las encuestas impresas, bolígrafos, protectores de hoja. Insumos que serán destinados al proceso de toma de datos.

4.4 RECURSOS

La investigación fue autofinanciada por el investigador, debido a que la universidad no proporcionó recursos económicos; sin embargo, se contó con el aval académico y el respaldo institucional para la validación del instrumento y el desarrollo del estudio. Asimismo, se utilizaron recursos tecnológicos propios como computadoras personales y software estadístico SPSS para el análisis de los datos recolectados.

5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS (42)

5.1 UBICACIÓN ESPACIAL

La presente investigación se desarrollará en la parroquia Sucre, perteneciente al cantón Cuenca, provincia del Azuay, Ecuador. Esta zona ha sido seleccionada debido a que representa una comunidad urbana en crecimiento, con una población heterogénea en cuanto a nivel educativo, condiciones socioeconómicas y acceso a servicios de salud bucodental. La elección de esta localidad obedece a la necesidad de comprender cómo el grado de instrucción influye en la percepción de caries dental en contextos reales y específicos, en los que no siempre se dispone de atención odontológica preventiva. La recolección de datos se efectuará mediante visitas a domicilios, espacios comunitarios, centros parroquiales y otros puntos estratégicos previamente coordinados con líderes barriales y autoridades locales. Para garantizar una cobertura representativa, se dividirá el territorio en zonas y se aplicará un muestreo aleatorio simple entre los adultos que cumplan con los criterios de inclusión.

5.2 UBICACIÓN TEMPORAL

El proyecto se llevó a cabo desde el 1 de julio del 2025 hasta el 30 de agosto, con la recolección de encuestas sobre la relación del grado de instrucción con la autopercepción de las caries.

6. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS (43)

El análisis de datos se realizará bajo un enfoque cuantitativo, ya que se trabajará con información codificada a través de categorías, obtenida mediante una encuesta estructurada. Para ello se utilizará el software estadístico SPSS, herramienta accesible que permite organizar, procesar y analizar los datos de forma eficiente. En primer lugar, se aplicará un análisis univariado con el fin de describir las características de la población, incluyendo variables como edad, sexo, nivel de instrucción y autopercepción de caries dental, utilizando frecuencias absolutas, porcentajes y gráficos de barras. Posteriormente, se realizará un análisis bivariado con la finalidad de determinar la existencia de una relación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y la autopercepción de caries, empleando la prueba de Chi-cuadrado de independencia (χ^2), por ser adecuada para variables

cualitativas. En caso de requerirse un mayor control sobre variables de confusión, se considerará la posibilidad de aplicar un análisis multivariado mediante regresión logística binaria, teniendo como variable dependiente la autopercepción de caries (sí o no) y como variable independiente principal el nivel educativo alcanzado. Para la interpretación de resultados, se utilizará un nivel de confianza del 95 % y un nivel de significancia estadística de $p < 0.05$, con lo cual se podrá confirmar o rechazar la hipótesis planteada sobre la relación entre el nivel de instrucción y la percepción individual del estado de salud bucal en la población adulta de la parroquia Sucre, Cuenca – 2025.

7. ASPECTOS BIOÉTICOS

Dado que la presente investigación involucra la participación de seres humanos, se garantizará el cumplimiento estricto de los principios éticos establecidos en la normativa nacional e internacional vigente. Todos los participantes serán informados sobre los objetivos del estudio, su carácter voluntario y la confidencialidad de la información brindada, mediante la aplicación de un consentimiento informado por escrito, el cual será firmado antes de la recolección de datos. Este documento explicará que su participación no conlleva riesgos y que pueden retirarse del estudio en cualquier momento sin repercusión alguna. Como el estudio está dirigido a personas adultas entre 18 y 64 años, no se requerirá asentimiento informado adicional. La investigación fue sometida a la evaluación de un Comité de Ética en Investigación institucional, reconocido por la Universidad Católica de Cuenca, y cuenta con su respectiva aprobación conforme a las disposiciones del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Además, se asegura el respeto a la dignidad, autonomía, privacidad y protección de los derechos de todos los participantes durante todo el proceso investigativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet*. 2019;394(10194):249–60.
2. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, et al. Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression. *J Dent Res*. 2015;94(5):650–8.
3. World Health Organization. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: WHO; 2022.
4. Watt RG, Heilmann A, Listl S, Peres M. Social inequalities in oral health: from evidence to action. Int Centre for Oral Health Inequalities Research & Policy; 2016.
5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB 2016. Quito: MSP; 2016.
6. Listl S, Galloway J, Mossey PA, Marcenes W. Global Economic Impact of Dental Diseases. *J Dent Res*. 2015;94(10):1355–61.
7. García-Cortés JO, Loyola-Rodríguez JP, Reinoso-González SE. Self-perception of oral health in adults from a Mexican city. *Rev Odonto Ciênc*. 2019;34(2):65–71.
8. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12(80):1–13.
9. Jablonski RA, Swecker T, Munro C, Grap MJ. Measuring perceived oral health in vulnerable populations. *Spec Care Dentist*. 2012;32(1):20–7.
10. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO; 2010.
11. Petersen PE. Sociobehavioural risk factors in dental caries – international perspectives. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005;33(4):274–9.
12. Peres KG, Peres MA, Boing AF, Bertoldi AD, Bastos JL, Barros AJ. Reduction of social inequalities in utilization of dental care in Brazil from 1998 to 2008. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(2):250–8.
13. Watt RG, Heilmann A, Listl S, Peres M. Social inequalities in oral health: from evidence to action. Int Centre for Oral Health Inequalities Research & Policy; 2016.

14. Hernández R, Mendoza C, Vargas E. Nivel educativo y su relación con la salud bucal en adultos de zonas rurales de Ecuador. *Rev Científica Odontológica*. 2018;14(2):34–41.
15. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12(80):1–13.
16. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Futures Studies; 1991.
17. Jablonski RA, Swecker T, Munro C, Grap MJ. Measuring perceived oral health in vulnerable populations. *Spec Care Dentist*. 2012;32(1):20–7.
18. Abegg C, Colussi CF, Oliveira MC. Percepção de necessidades de tratamento odontológico e fatores associados em adultos brasileiros. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(11):3365–72.
19. García-Cortés JO, Loyola-Rodríguez JP, Reinoso-González SE. Self-perception of oral health in adults from a Mexican city. *Rev Odonto Ciênc*. 2019;34(2):65–71.
20. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Objective and subjective factors related to self-rated oral health among the elderly. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(2):421–35.
21. Rosenstock IM. Historical origins of the Health Belief Model. *Health Educ Monogr*. 1974;2(4):328–35.
22. Vargas CM, Ronzio CR. Disparities in early childhood caries. *BMC Oral Health*. 2006;6(Suppl 1):S3.
23. Petersen PE, Kwan S. Equity, social determinants and public health programmes – the case of oral health. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011;39(6):481–7.
24. Batista MJ, Lawrence HP, de Sousa MDLR. Impact of tooth loss related to number and position on oral health quality of life among adults. *Health Qual Life Outcomes*. 2014;12(1):165.
25. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12(80):1–13.
26. Romero W, Guachilema E, Chacha P. Relación entre escolaridad y percepción de caries en adultos de zonas rurales de Chimborazo. *Rev Ecuat Salud Pública*. 2020;6(2):45–52.

27. Medina-Solís CE, Pontigo-Loyola AP, Pérez-Núñez R, et al. Dental health services utilization in Mexican school children. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:279.
28. Pucca GA Jr, Gabriel M, Araujo ME, de Almeida FC. Ten years of a national oral health policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. *J Dent Res.* 2015;94(10):1333–7.
29. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process.* 1991;50(2):179–211.
30. Rosenstock IM. The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Educ Monogr.* 1974;2(4):354–86.
31. Lau RR, Hartman KA. Common sense representations of common illnesses. *Health Psychol.* 1983;2(2):167–85.
32. Gilbert GH, Duncan RP, Heft MW, Coward RT. Dental health attitudes among the elderly and their association with oral health. *J Public Health Dent.* 1997;57(1):14–22.
33. Locker D, Allen F. What do measures of ‘oral health-related quality of life’ measure? *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007;35(6):401–11.
34. Fejerskov O, Kidd EAM. *Dental caries: the disease and its clinical management.* 3rd ed. Oxford: Wiley Blackwell; 2015.
35. Keyes PH. The infectious and transmissible nature of dental caries. *Arch Oral Biol.* 1960;1:304–20.
36. Marsh PD. Dental plaque as a biofilm and a microbial community – implications for health and disease. *BMC Oral Health.* 2006;6(Suppl 1):S14.
37. World Health Organization. *Guideline: Sugars intake for adults and children.* Geneva: WHO; 2015.
38. Peres MA, Sheiham A, Liu P, et al. Sugar consumption and dental caries in adults: a systematic review and meta-analysis. *J Dent Res.* 2016;95(8):879–85.
39. Dawes C. Salivary flow patterns and the health of hard and soft oral tissues. *J Am Dent Assoc.* 2008;139(Suppl 2):18S–24S.
40. Watt RG, Listl S, Peres M, Heilmann A. *Social inequalities in oral health: from evidence to action.* Geneva: WHO; 2017.
41. Vásquez B, Villacorta A, Ramos K. Nivel educativo y conducta ante caries dental en adultos de Lima Metropolitana. *Rev Estomatol Herediana.* 2022;32(1):14–20.

42. Villavicencio-Caparó E, Alvear-Córdova MC, Cuenca-León K, Calderón-Curipoma M, Zhunio-Ordoñez K, Webster-Carrión F. El tamaño muestral para la tesis ¿ Cuántas personas debo encuestar?. *Odontol. Act.* [Internet]. 30 de enero de 2018 [citado 24 de junio de 2025];2(1):59-62. Disponible en: <https://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/175>
43. Villavicencio-Caparó E, Lima-Illescas M, Cuenca-León K, Patiño-Ramón E, Pacheco-Quito E. ¿Cómo escoger la prueba estadística? Manejo de datos parte 2. *Odontol Act Rev Científica.* 2023;8(2):53–66.