



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

“Alfabetización en salud bucal en adultos de 45 a 65 años de la parroquia el Vecino de la ciudad de Cuenca, 2017”

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

Autor: Iñamau Tocto, Sergio Armando.

Director: Cabrera Cabrera, Gladys Eulalia Lic. Mgs.

CUENCA

2019

DECLARACIÓN:

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

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

.....
Autor: Sergio Armando Iñamau Tocto.

C.I: 0105606776

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación denominado **“Alfabetización en salud bucal en adultos de 45 a 65 años de la parroquia el Vecino de la ciudad de Cuenca, 2017”** ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que esta expedido para su presentación.

Cuenca, Julio del 2019

.....
Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.

DPTO. DE INVESTIGACIÓN ODONTOLÓGIA

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Dra. Liliana Encalada Verdugo.

**COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN – CARRERA
ODONTOLOGIA.**

De mi consideración:

El presente trabajo de investigación denominado. **“Alfabetización en salud bucal en adultos de 45 a 65 años de la parroquia el Vecino de la ciudad de Cuenca, 2017”** realizado por **Sergio Armando Iñamau Tocto**, 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 esta expedido para su sustentación.

Cuenca, Julio del 2019

.....
Lic. Gladys Cabrera Cabrera Mgs.

Tutor de la Investigación

DEDICATORIA.

A toda mi
familia por todo su esfuerzo y
dedicación.

EPÍGRAFE.

El primer paso de la ignorancia es presumir de saber.

Baltasar Gracián

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco primero a Dios por bendecirme siempre.

LISTA DE ABREVIATURAS.

UCACUE: Universidad Católica de Cuenca.

ÍNDICE

RESUMEN	12
ABSTRACT	13
INTRODUCCIÓN	14
CAPÍTULO I.....	16
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	16
1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
2. JUSTIFICACIÓN	17
3. OBJETIVOS	19
3.1. Objetivo General:.....	19
3.2. Objetivos Específicos:	19
4. MARCO TEÓRICO.....	20
4.1. Bases Teóricas:.....	20
4.1.1. Qué es la Alfabetización en Salud:.....	20
4.1.2. Factores Personales en la Alfabetización en Salud:	21
4.1.3. Factores Condicionantes de la Alfabetización en Salud:.....	22
4.1.4. Modelos y Tipologías de Alfabetización en Salud:	23
4.1.5. Instrumentos de Medición del Alfabetismo en Salud:.....	24
4.1.6. Instrumentos de Medición del Alfabetismo en Salud Bucal:.....	25
4.1.7. Qué es Alfabetización en Salud Bucal:	26
4.1.7.1. Educación para la Salud.-	26
4.1.7.2. Educación para la Salud Bucal.-	27
4.1.8. Aspectos previos para instruir a la población en Salud Bucal:	28
4.1.8.1. Causas Comunes de una mala Salud Bucal. -	28
4.1.8.2. Tratamiento para una Buena Salud Bucal. -	29
4.1.9. Alfabetización en Salud Bucal en Relación con el Adulto:	29
4.2. Antecedentes de la Investigación:	32
5. HIPÓTESIS	36
CAPÍTULO II.....	37
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	37
1. MARCO METODOLÓGICO	38
2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	38
2.1. Criterios de Selección:	38
2.1.1. Criterios de inclusión:.....	38

2.1.2. Criterios de exclusión:	38
2.2. Tipo de Muestreo:	39
2.3. Tamaño de la muestra:	39
3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:	40
4. INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	41
4.1. Instrumentos Documentales:	41
4.2. Instrumentos Mecánicos:	41
4.3. Materiales:	41
4.4. Recursos:.....	41
5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS	41
5.1. Ubicación Espacial:	41
5.2. Ubicación Temporal:.....	42
5.3. Procedimiento para la toma de datos:	42
5.4. Método de Encuestas utilizadas por los examinadores:	43
6. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.....	43
7. ASPECTOS BIOÉTICOS	43
CAPÍTULO III.....	44
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	44
1. RESULTADOS:.....	45
2. DISCUSIÓN:	50
3. CONCLUSIONES.....	52
BIBLIOGRAFÍA:	53
ANEXOS	57

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Distribución de la muestra según edad y sexo.....	45
Tabla 2.- Frecuencia del nivel de alfabetización en salud bucal.	46
Tabla 3.- Frecuencia de alfabetización según el rango de edad.	47
Tabla 4.- Frecuencia del nivel de alfabetización en salud bucal según el sexo.	48
Tabla 5.- Frecuencia del nivel de alfabetización en salud bucal según el nivel de instrucción educativa.....	49

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la frecuencia de Alfabetización en salud bucal en adultos de 45 a 65 años de la Parroquia el Vecino de la ciudad de Cuenca. **MATERIALES Y MÉTODOS:** El enfoque de esta investigación es cuantitativo; diseño de investigación: caso descriptivo; nivel de investigación: relacional; tipo de investigación: por el ámbito es de campo, por la técnica es comunicacional y uso de encuestas y por la temporalidad es retrospectiva. Se aplicó un total de 406 encuestas a personas adultas de 45 a 65 años de 380 que indicó el programa EPI INFO (ver 7.2.). **RESULTADOS:** Las personas encuestadas fueron 979 del total de la base de datos, correspondiendo a 406 personas entre 45 a 65 años; 202 pertenecen al sexo masculino y para el sexo femenino 204 fichas. Se puede evidenciar que la mayor cantidad de personas presentes en el estudio fueron 102 personas entre 45 a 50 años del sexo femenino seguidos de 88 entre 51 a 60 años del sexo masculino siendo los datos más relevantes. De un total de 406 fichas, el mayor nivel de instrucción fue el secundario con 188 personas. **CONCLUSIÓN:** En la parroquia el Vecino los habitantes de 45 a 65 años de edad no poseen un nivel adecuado sobre alfabetización en salud bucal, el presente estudio indica que el 5.9% conocen sobre alfabetización en salud bucal.

PALABRAS CLAVES: Alfabetización, Salud, Educación.

ABSTRACT

AIM: To determine the frequency of oral health literacy in adults from 45 to 65 years old of the Parroquia of the Vecino in the city of Cuenca. **MATERIALS AND METHODS:** The focus of this research is quantitative; research design: descriptive case; research level: relational; type of research: the ambit it is field, the technique is communicational and use of surveys and temporality is retrospective. A total of 406 surveys were applied to adults between 45 to 65 years old of 380 that were indicated by the EPI INFO program (see 7.2). **RESULTS:** The people surveyed were 979 of the total database, corresponding to 406 people between 45 and 65 years old; 202 belong to the male sex and for the female sex 204 tokens. It can be shown that the largest number of people present in the study were 102 people between 45 to 50 years of age female followed by 88 between 51 to 60 years of male sex being the most relevant data. Out of a total of 406 records, the highest level of instruction was secondary with 188 people. **CONCLUSION:** In the Parroquia of the Vecino, inhabitants from 45 to 65 years of age do not have an adequate level of oral health literacy. This study indicates that 5.9% know about oral health literacy.

KEY WORDS: Literacy, Health, Education.

INTRODUCCIÓN

Con respecto a la Alfabetización en Salud Bucal, se puede indicar que es el impacto en la población sobre cuanto conoce acerca de salud oral, en este caso enfocado en un grupo de adultos de la parroquia el Vecino, debido a las circunstancias variantes como la economía, la educación, las creencias y tradiciones que son parte de cada familia, las que pueden afectar para bien o para mal en su salud en general; por tanto, la Alfabetización es uno de los principales factores que coadyuvan a que las personas aprendan y puedan prevenir diversas enfermedades.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Alfabetización en Salud 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 una forma que le permita promover y mantener una buena salud” ⁽¹⁾, siendo que hoy en día cada persona al tener al alcance varios medios de comunicación puede estar informado acerca de temas en salud, tan solo con realizar una búsqueda online, sin embargo la situación es como procesa la misma y la pone en práctica, en muchos casos puede confundirse y no asimilar correctamente lo que se ha leído.

Sin embargo, el segmento de la población que está más vulnerable a tener un menor nivel de Alfabetización en Salud son aquellos que tienen “deficiencias para reconocer los síntomas de enfermedad, la existencia de medidas de prevención, la utilización adecuada de medicamentos y la posibilidad de establecer una adecuada relación médico-paciente” ⁽²⁾ y quizá me atrevo a decir, que en nuestro país el sector rural y de la población en general, los adultos mayores, son los que sufren de problemas dentarios que no son subsanados a tiempo, sumando otras complicaciones como una falencia del sistema de salud que aún no llega a toda la comunidad.

“La Alfabetización en Salud es considerada por la OMS como un determinante social de salud básico para las poblaciones, y en especial, para potenciar y desarrollar el empoderamiento de las más desfavorecidas” ⁽³⁾, lo que contribuye a una mayor higiene bucal, reduce costos y mantiene saludable a la persona, porque de otro lado la baja alfabetización puede repercutir en los estados de salud oral, llevando al paciente a enfermarse, depresión y otros síntomas cuando no son atendidos; por ello, la presente investigación está enfocada en un sector de Cuenca, con el objetivo de conocer el nivel de Alfabetización en salud bucal en personas de 45 a 65 años de

edad, siendo una población adulta, así con los datos recopilados propondremos estrategias y lineamientos para prevenir y concientizar a este grupo sobre las consecuencias de una mala salud bucal. Hay que destacar que en los últimos años existe un avance en temas de Alfabetización de la salud, lo que en forma simple es la habilidad para entender y utilizar información de salud.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

El problema que se investiga es la inadecuada alfabetización en salud bucal en adultos de 45 a 65 años de la parroquia el Vecino de la ciudad de Cuenca, 2017, esta idea de investigación surge de la continua búsqueda de información de línea basal para poder realizar otros estudios ya sean de factores asociados o de intervención comunitaria.

La interrogante principal de esta investigación se enmarca en ¿Cuánto es la frecuencia de alfabetización en salud bucal en adultos de 45 a 65 años de la parroquia el Vecino de la ciudad de Cuenca, 2017?

2. JUSTIFICACIÓN

La relevancia científica de este proyecto de investigación es indagar el nivel de alfabetización por el cual se obtendrán datos importantes sobre la relación que existe entre la edad, sexo, la ocupación y la alfabetización en salud bucal, para posteriormente poder plantear intervenciones que ayuden a mejorar el cuidado dental.

Con respecto a su relevancia social, se debe a que está dirigido a la comunidad de la ciudad de Cuenca, principalmente a una de sus parroquias urbanas como es el Vecino. Además, es de interés para otras comunidades del Ecuador, debido a la similitud de sus características epidemiológicas dado que el presente estudio va dirigido a adultos de 45 a 65 años de edad y por tanto tiene relevancia humana al investigar en una población considerada como prioritaria en el sistema de salud, y también este estudio tiene originalidad nacional, debido a que no se cuenta con estudios recientes (en los últimos 5 años) acerca de la alfabetización en salud bucal de la población.

Para garantizar su viabilidad se han realizado coordinaciones, con las autoridades institucionales de la Universidad Católica de Cuenca, con la Dirección de la Carrera de Odontología, con la Dirección de Investigación de la Carrera de Odontología y con la Cátedra de Investigación de la misma. Se ha contado con la colaboración de los estudiantes de quinto año y octavo ciclo de la Facultad de Odontología y se ha coordinado con la Dirección Zonal 6 de Educación del Ecuador para obtener el

permiso respectivo. Asimismo, el presente tema es de interés personal, ya que la Alfabetización en Salud Bucal debe ser la meta de cada profesional de la odontología con cada paciente inculcando la necesidad de conocer acerca de estos temas, además este trabajo de investigación se presenta como parte de los requerimientos del Programa Académico de Odontología para titulación, así mismo está dentro de las líneas de investigación de la Universidad Católica de Cuenca y también dentro de los tópicos de investigación en la carrera de Odontología, por lo tanto, tiene concordancia con las políticas institucionales de investigación.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General:

- Determinar la frecuencia de Alfabetización en salud bucal en adultos de 45 a 65 años de la Parroquia el Vecino de la ciudad de Cuenca.

3.2. Objetivos Específicos:

- Analizar la frecuencia de alfabetización en salud bucal de acuerdo al sexo.
- Analizar la frecuencia de alfabetización en salud bucal de acuerdo a la edad.
- Analizar la frecuencia de alfabetización en salud bucal de acuerdo al nivel de instrucción.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Bases Teóricas:

La importancia de la Alfabetización en Salud Bucal, radica en la educación de la población, mejorando los indicadores en su salud bucal acerca de temas de salud oral, lo que lleva a adquirir compromiso de quienes conocen los temas, saben cómo actuar e inculcar a sus hijos. Sin embargo, cuando se llega a la edad adulta, son pocos quienes adquieren conductas adecuadas del cuidado de sus dientes, siendo que en casos se dejan llevar por el ocio, existen otras prioridades y cuando ya llegan adultos mayores, pues se han perdido sus dientes, han adquirido enfermedades o sus dientes no tienen el tratamiento adecuado.⁽³⁾

4.1.1. Qué es la Alfabetización en Salud:

Según el Instituto de Medicina de Estados Unidos, del 2004 señala “como la capacidad individual para obtener, procesar y entender información básica en salud y los servicios necesarios para hacer decisiones apropiadas en salud” ⁽⁴⁾, por otro lado, el mismo término “alfabetización en salud” en inglés health literacy, ya fue mencionado por Simonds en 1974 cuando ya se decía que en la escuela debería impartirse educación para la salud, así los estudiantes podrían adquirir conocimientos en salud, al igual que matemáticas o historia. Sin embargo, alrededor de llegar a un acuerdo por definir que es la alfabetización en salud, ha existido complejidad por lo que no se ha logrado un consenso unánimemente aceptado por lo que ha quedado a concepto de cada disciplina o enfoque desde el cual se aborde.

Sorensen et al. ⁽⁵⁾, señala dos perspectivas de esta definición: la clínica y la de salud pública. La primera, refleja las competencias de las personas para moverse en el entorno sanitario, y la segunda, incluye dimensiones más allá del ámbito sanitario, como el entorno familiar, laboral y comunitario. Mientras que para Adams et al. ⁽⁶⁾, la alfabetización en salud es la capacidad de comprender e interpretar el significado de la información de salud en forma escrita, oral o digital y cómo esto motiva a las personas a abrazar o ignorar las acciones relacionadas con la salud. ⁽⁷⁾

Sin lugar a duda, la que cuenta con una mayor apertura es la definición del año 2012 elaborada por el Consorcio Europeo que dice “La alfabetización para la salud

está vinculada a la alfabetización y conlleva el conocimiento, la motivación y las aptitudes para acceder, comprender y aplicar la información en temas de salud, con el fin de hacer valoraciones y tomar decisiones en lo concerniente a temas cotidianos de salud, prevención de enfermedades y fomento de la salud, con la intención de mantener o mejorar la calidad de vida en el transcurso de esta”⁽⁵⁾, si bien esto incluye aspectos como la capacidad para comprender las instrucciones de recetas, las indicaciones que el profesional da sobre algún tratamiento, la información de folletos de educación médica, los formularios de consentimiento, sin dejar a un lado como el paciente transmite sus necesidades al profesional de salud, si acaso la persona atendida está involucrada en acciones preventivas, se relaciona con los sistemas sanitarios o los proveedores de servicios etc.⁽⁸⁾

Debido a ello es que el concepto de alfabetización en salud va más allá, no sólo es el tomar la información sino es un aspecto de procesamiento, en como cada uno interpreta y lo adapta a sus propias circunstancias y las de su entorno, por tanto, para que funcione toda la red de salud debe estar interrelacionado entre ciudadanos, profesionales, servicios y sistemas.⁽⁹⁾

Para concluir, alfabetización en salud, es un concepto más cercano a la capacitación o adquisición efectiva de los conocimientos, habilidades y destrezas provenientes de una educación para la salud y a la autonomía para poder aplicar y personalizar lo adquirido en el cuidado propio y el de nuestro círculo próximo. Además va de la mano con el empoderamiento, para comenzar a tomar decisiones⁽⁷⁾.

4.1.2. Factores Personales en la Alfabetización en Salud:

Puede existir varios condicionantes cuando se trata de Alfabetización en Salud, incluyendo los conocimientos, habilidades y destrezas para lograr una adecuada alfabetización, hay que considerar que una persona, puede estar dedicada a diferentes actividades como: ser estudiante, agricultor, escritor, político, periodista, abogado etc., a la que se suma otros contextos como la cultura, la sociedad, entonces los resultados de Alfabetización van a depender de todo ese conjunto de dimensiones; destacamos necesario distinguir entre la Alfabetización Clínica o Individual, y la Alfabetización de los grupos.⁽¹⁰⁾

- A. **Clínica o Individual.** - Que es un factor de riesgo modificable, y desde la salud pública es un importante determinante de salud,
- B. **De los grupos.** - Que es la que se adapta a la Salud Pública y la Medicina Social.

Sin embargo, la alfabetización en salud está condicionada por el propio estado de salud de las personas y las comunidades ⁽⁷⁾.

4.1.3. Factores Condicionantes de la Alfabetización en Salud:

Para un individuo o población concreta, el grado de alfabetización en salud va a depender de varios factores individuales, sociales, culturales, económicos y ambientales, que van a estar conectados, entre ellos están:

- **Sexo:** este factor nos lleva a identificar el género (hombre, mujer) como un potente determinante de alfabetización, a través de factores culturales y sociales. ⁽¹¹⁾
- **Edad:** de importancia ya que permite determinar capacidades y habilidades.
- **Grupo Étnico:** En nuestro país vamos a encontrar varios grupos por la interculturalidad, esto marca de alguna forma el nivel socioeconómico que va a condicionar el acceso a la educación y servicios de salud.
- **Capacidades Cognitivas:** Que van de la mano con la edad y el estado de salud, tiene que ver con la habilidad de procesamiento de información y la memoria de trabajo, no es lo mismo un niño que un anciano por tanto se deberá buscar la forma de incluir a todos. ⁽¹²⁾
- **Ideas y Creencias:** Este es quizá uno de los factores que en nuestra sociedad vamos a encontrar. Cuando se trata de ideas estas no son modificables, ya que pueden ser políticas, religiosas, éticas u otras como ecologista, pacifista etc., por ello deben valorarse con el ámbito cultural y social, muchas veces vienen arraigadas con la tradición familiar que pueden ser ciertas o erróneas.
- **Situación socioeconómica:** este es un determinante clásico para el grado de Alfabetización en salud, ya que un individuo o grupo de acuerdo a este factor tendrá o no acceso a la información y a la atención adecuada. ⁽¹³⁾
- **Experiencias de enfermedad, uso del sistema:** Al referirnos a este punto, son las situaciones vividas por los ciudadanos, si una persona enferma, se coloca en situaciones que le eran desconocidas y ante las que debe aprender a

desenvolverse, se informará de forma responsable acerca de sus dolencias, ello va de la mano con la facilidad o no de acceder al sistema sanitario.

- Motivación: Para que el individuo sea proactivo en la adquisición de conocimientos, dependerá si el sujeto puede y quiere desarrollar sus habilidades de autoeducación ⁽⁷⁾.

4.1.4. Modelos y Tipologías de Alfabetización en Salud:

Existen diferentes modelos de Alfabetización en Salud, sustentadas en la interrelación entre el individuo, sus habilidades y sus factores condicionantes.

a.- Nutbeam y Pleasant et al ⁽⁴⁾ plantean 2 aproximaciones: **una clínica**, que ha tenido mayor desarrollo en torno a la medición de conocimientos y las habilidades tanto específicas como concretas; otra desde la **salud pública**, mediante la cual se consideran las habilidades de evaluación y selección crítica que debe realizar la persona respecto a las fuentes de información propias de su contexto y necesidades. Nutbeam, hace notar un factor de riesgo en cada una de estas. ⁽¹⁴⁾

b.- Nutbeam ⁽⁴⁾ en el año 2000, señala 3 tipologías de este alfabetismo: la funcional, la interactiva y la crítica.

Funcional.- aquí están las habilidades de lectoescritura y numéricas necesarias para “funcionar” en la vida diaria, también es la centrada en las habilidades para el ambiente clínico ⁽⁴⁾ ⁽⁷⁾.

Interactiva.- Corresponden a las más complejas habilidades cognitivas y sociales que ayudan a la participación en las actividades cotidianas como extraer la información y comprenderla para adaptarla al propio contexto ⁽⁷⁾.

Crítica.- También involucra a las habilidades cognitivas y sociales pero más complejas, que va a encaminarse en el análisis crítico de la información y su uso para la autogestión de circunstancias y situaciones personales, esto permite mayor control de los eventos y situaciones vitales ⁽⁷⁾ ⁽⁴⁾.

c.- Otro modelo es el de Freedman et al, muestra 3 dimensiones para la Alfabetización en Salud, los fundamentos conceptuales referidos a los conocimientos; habilidades críticas enfocadas en la obtención, procesamiento y

evaluación de información para tomar decisiones; y orientación cívica, que son habilidades para enfrentar los problemas de salud pública⁽¹⁵⁾

d.- Modelo de Mancuso⁽⁴⁾.- señala 3 atributos de la Alfabetización en Salud, el primero la capacidad que es el potencial y el conjunto de habilidades del individuo; la comprensión, que es la interacción de la lógica, el lenguaje y la experiencia; y la comunicación tanto verbal como escrita acerca de salud.

e.- Modelo de Sorensen et al^{(4) (7)}, este autor no comparte con ningún modelo citado ya que ninguno da una visión total del Alfabetismo en Salud y propone una combinación de 4 competencias (acceder, entender, evaluar y aplicar) estos van de la mano con los tres niveles de dominio (atención y cuidado del enfermo, prevención y promoción de la salud). Lo que permite este modelo es que la persona pase de un estado de enfermedad, a uno de prevención y por último llegar a la promoción sobre la base de aspectos más amplios de tipo personal, situacional, ambiental y social.⁽¹⁶⁾

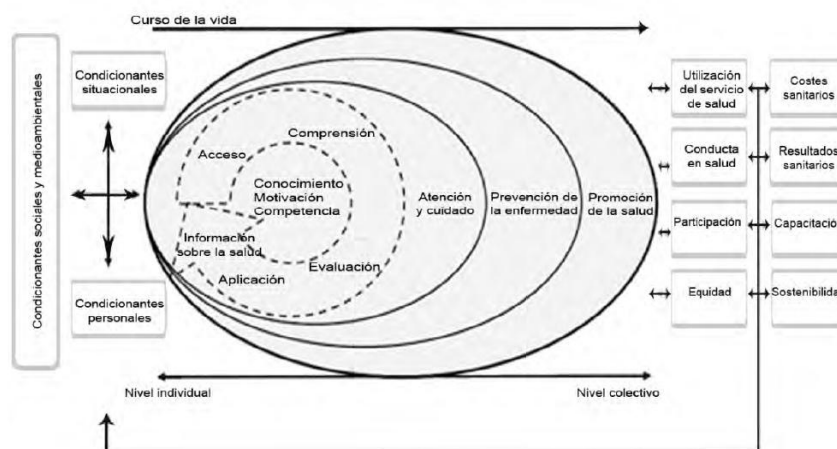


Figura 1: Modelo de Alfabetización en Salud según el European Health Literacy Survey (Sørensen, 2011)

4.1.5. Instrumentos de Medición del Alfabetismo en Salud:

Existen varios instrumentos que nos permiten medir la Alfabetización en salud como el de reconocimiento y pronunciación de términos médicos, comprensión, y preguntas de control, sin embargo, se destacan dos: Rápida Estimación de Alfabetización de Adultos en Medicina (REALM) de reconocimiento y Prueba de

Alfabetización Funcional de Salud en Adultos (TOFHLA) de comprensión. Cada uno se adapta a la necesidad del investigador con el que podrá evaluar a las personas acerca de sus conocimientos en salud, consecuencias, costes, etc., así mismo para luego plantear estrategias. ⁽¹⁷⁾

REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine).- Este es uno de los primeros que ha sido desarrollado y mide la capacidad de pronunciar términos médicos, pero no su comprensión ⁽⁴⁾. Es diseñado para pacientes con bajos niveles de capacidad de lectura en temas de salud pública ⁽⁷⁾ y ha sido tomado como el estándar de oro para validar otros que miden el alfabetismo. Con respecto a su funcionamiento, primero consistía en 125 palabras, luego se redujo a 66 y hoy ya se ha desarrollado una versión REALM-R de 8 palabras (más 3 de práctica) que se lo hace en 2 minutos. La ventaja se encuentra en su rapidez y sencillez de aplicación, pero ha sido criticado ya que no mide la comprensión de los términos ni la utilización en contextos reales de los pacientes ⁽⁴⁾.

TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults).- A diferencia del Realm este mide la Alfabetización en salud funcional, es decir, valora la capacidad de leer e interpretar textos sanitarios y la habilidad numérica aplicada en salud ⁽⁷⁾. Su funcionamiento en primer plano consiste en la comprensión de 3 pasajes y utiliza el procedimiento Cloze modificado, en el cual de 5 a 7 palabras se omite una; el segundo dominio numérico consiste en 17 ítems acerca de la toma de medicamentos o citas médicas ⁽⁴⁾.

Recalamos que existen otros instrumentos, pero la mayoría se derivan de estos dos del REALM o el TOFHLA, además que su uso es minoritario; también tenemos las preguntas de control, las que evalúan el Alfabetismo en salud mediante *autorreporte* y permite identificar rápidamente a las personas con bajos niveles de alfabetismo ⁽⁴⁾.

4.1.6. Instrumentos de Medición del Alfabetismo en Salud Bucal:

Los instrumentos para medir la Alfabetización en este caso en el área odontológica tienen su origen en los modelos antes mencionados, principalmente el de **reconocimiento-pronunciación y comprensión**; además existe la **Rápida**

Estimación de Alfabetización de Adultos en Odontología con versiones de 99 y 30 ítems, ambos son adaptaciones del REALM al campo de la odontología, aunque algunos autores manifiestan dudas sobre su validez por el corto tiempo de administración ⁽⁴⁾.

Tenemos la **Prueba de Alfabetización Funcional de Salud en Odontología** (derivación del TOFHCLA) que tiene 70 incisos, su primera sección es de comprensión con palabras acerca de instrucciones posteriores a la aplicación de barniz, consentimiento para tratamiento dental y derechos/responsabilidades para el seguro médico. La segunda sección numérica con 12 incisos acerca del uso de pasta fluorada, cita al dentista, uso de flúor en gotas y en tabletas ⁽⁴⁾.

Existe otra herramienta de medición como el **Instrumento Oral de Alfabetización de la Salud** (OHLI, siglas en inglés), creado en Canadá por Sabahhi et al, consta de 57 ítems que están divididos en una sección de 38 palabras omitidas que se refieren a caries dental y otro de enfermedad periodontal. En la sección numérica están las prescripciones e indicaciones posteriores a procedimientos dentales; este sistema ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas y toma 20 minutos completarlo ⁽⁴⁾.

4.1.7. Qué es Alfabetización en Salud Bucal:

Acerca de Alfabetización ya enfocada a nuestro campo, no existe mayor información, sin embargo, creo necesario en este tema abordar la educación en salud y así mismo aplicándolo en el área de la odontología, aporte esencial para comprender mejor nuestra investigación. ⁽¹⁸⁾

4.1.7.1. Educación para la Salud.-

Cuando hablamos de Educación para la salud, hay que pensar que se trata de un proceso de aprendizaje que se va a dar desde la infancia y continúa a lo largo de la vida, influenciándonos buenas prácticas saludables, sobre todo resulta fundamental cuando buscamos estrategias de Promoción de la Salud. Educar en salud “implica generar un cambio de conducta a través de mensajes que fomenten el control de factores de riesgo de tipo conductual” ⁽⁸⁾ todo ello como una experiencia de enseñanza-aprendizaje que van a servir para mantener la salud bucal. ⁽¹⁹⁾

Entre algunas enfermedades odontológicas están las caries dentales y la

enfermedad periodontal que cuando se complica puede generar un cáncer bucal, además de traumatismos dento-faciales, de ahí la importancia de adquirir conductas adecuadas de higiene bucal, de hábitos alimenticios adecuados, uso de flúor y otras. La OMS ⁽⁸⁾, da dos métodos para el proceso de aprendizaje, uno es un método bidireccional, mismo que existe cuando hay un intercambio entre el educador y el paciente y el otro es el método unidireccional, cuando no hay el intercambio y solamente existe un emisor, dado el caso es cuando se emite información por medios de comunicación. ⁽²⁰⁾

4.1.7.2. Educación para la Salud Bucal.-

La Salud, “es un espacio en el que confluyen lo biológico, lo social, el sujeto, la comunidad, lo público, lo privado, el conocimiento y la acción” ⁽⁹⁾ cuando todo se interrelaciona se logra el desarrollo personal y de la colectividad, una persona que este saludable le permite construir un proyecto de vida, ya que implica bienestar físico, psicológico y social. ⁽²¹⁾

La salud bucal, es un concepto bastante amplio, que involucra lo físico, mental y social; según la OMS salud bucodental se define “como la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial” ⁽¹⁰⁾. En los últimos tiempos, el tema de la salud bucal se ha vuelto un componente importante de la salud integral de la persona debido a que forma parte global de la enfermedad, lo que vincula a otros actores en la planeación de los servicios, promoción de salud y prevención. ⁽²²⁾

La Educación en temas odontológicos es fundamental para que los ciudadanos estén al tanto de cómo cuidar su salud, “es una combinación de experiencias planeadas de enseñanza-aprendizaje diseñada para propiciar acciones voluntarias que conduzcan a la salud bucal” ⁽⁸⁾ una persona valora sus estructuras bucales porque ya adaptado y asimilado hábitos correctos lo que evitará situaciones de enfermedad. ⁽²³⁾

La Facultad de Estomatología “Roberto Beltrán” de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) ⁽⁸⁾ plantea competencias de salud pública que los estudiantes deben adquirir, una de ellas se refiere a promover la salud general y la

salud bucal a través de la educación, aspecto importante para el desarrollo de las capacidades y habilidades de los futuros profesionales, ya que van llevando mensajes de salud y así educar y por ende reducir los porcentajes de analfabetismo.⁽²⁴⁾

4.1.8. Aspectos previos para instruir a la población en Salud Bucal:

Para lograr una enseñanza efectiva, hay que partir del **Diagnóstico**, el mismo que debe realizarse de forma previa, enfocado en la población a la cual nos vamos a dirigir. Ya con este primer acercamiento vamos a conocer las necesidades de salud bucal que tiene nuestra población escogida. ⁽²⁵⁾

Los **Recursos**, que involucra el equipamiento, el humano y financiero. El otro aspecto para educar en salud bucal, son los **Temas** que pueden ser diversos, algunos autores mencionan los siguientes: caries dental, enfermedad periodontal, cáncer bucal y traumatismos dento-faciales ⁽⁸⁾.

4.1.8.1. Causas Comunes de una mala Salud Bucal. -

Las enfermedades dentales pueden originarse por una inadecuada alimentación, tabaco, consumo excesivo de alcohol y la deficiente higiene bucodental, además pueden existir varios determinantes sociales, al respecto la mayoría de afecciones bucodentales están relacionadas con enfermedades crónicas. Hay que decir que las circunstancias de cada región también pueden disponer para que exista mala salud bucal, sobre todo en países con bajos y medianos recursos, ya que existe un menor acceso a servicios de salud ⁽¹⁰⁾.

Algunas estadísticas que nos proporciona la Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽¹⁰⁾ en todo el mundo es que las caries dentales se encuentra entre el 60% y el 90% de los escolares y cerca del 100% de las personas adultas tienen caries acompañadas de dolor y sensación de molestia; acerca de enfermedades del periodonto que pueden provocar pérdida de dientes, afectan a un 15%-20% de los adultos entre los 35 y 44 años de edad. Además, alrededor del 30% de personas con edades comprendidas entre los 65 y los 74 años no tienen dientes propios, estos son algunos porcentajes que permite observar que existen altos niveles de afecciones bucales. ⁽²⁶⁾

4.1.8.2. Tratamiento para una Buena Salud Bucal. -

Las enfermedades que puedan ocurrir en la boca y sus dientes, pueden evitarse tomando en cuenta lo siguiente:

- Reducir la cantidad de azúcares y alimentación balanceada.
- Consumir verduras y frutas que protegen del cáncer bucal.
- Evitar el consumo de cigarrillo, reducir la ingesta de alcohol, estos evitan, periodontopatías y pérdida de dientes.
- Equipamiento adecuado para practicar deportes.
- Infraestructura segura.
- La carie dental, se puede prevenir con una baja concentración de fluoruro en la boca.
- La atención odontológica profesional, es requerida para la mayoría de afecciones bucales ⁽¹⁰⁾.

4.1.9. Alfabetización en Salud Bucal en Relación con el Adulto:

Hay que destacar que la Alfabetización en salud tiene un papel clave cuando se trata del estado de salud, nos permite acceder a una información más amplia sobre resultados clínicos y servicios de salud, pero también los individuos deben ser actores activos y responsables en las decisiones que tengan que ver con su salud. A medida que evoluciona el ser humano pasa por un ciclo que va acompañado de un proceso de aprendizaje y varios factores que condicionan a una persona, cuando se trata de alfabetización en salud, no solo es necesario conocer el grado escolar ya que incluso en personas que van a la universidad pueden carecer de habilidades para comprender ciertos temas de salud. ⁽²⁷⁾

Por otro lado, hay que destacar que la Alfabetización en salud ha ido evolucionando y varias investigaciones se centran en una Alfabetización inadecuada, estudiando cómo ésta influye en la salud de los grupos de riesgo más vulnerables y el coste económico, por ello hay que destacar un impacto directo y significativo sobre la salud individual y pública que está latente en los colectivos más vulnerables (ancianos, pacientes polimedicados, enfermos crónicos), estos grupos son los que

indican menos capacidad de leer y comprender la información necesaria para funcionar como pacientes ⁽⁷⁾; de acuerdo a la Asociación Médica Americana sobre la mala Alfabetización en salud es “un predictor más fuerte de la salud de una persona que la edad, ingresos, situación laboral, nivel de estudios, o raza” ⁽⁷⁾ al igual que en varios estudios se relaciona una baja Alfabetización en salud con un aumento de mortalidad.

A partir de los primeros años de la edad adulta, la alfabetización en salud individual puede incrementarse debido a la interacción con otros pacientes o con profesionales sanitarios pero también puede disminuir con la edad lo que afectara a sus capacidades cognitivas, sin embargo esta etapa es crítica, ya que en personas de mayor edad es justo cuando se van desarrollando las enfermedades crónicas y la persona necesita mayor autocuidado, como ya hemos mencionado es en este caso en que las personas tienen menor capacidad para leer y comprender la información que le ayude con su enfermedad. ⁽²⁸⁾

En Colombia, Martínez et al ⁽⁴⁾ realizó una aproximación a un grupo de mujeres embarazadas sobre salud bucal, quienes dieron un significado de supervivencia a la boca, aunque los conocimientos en cuanto al inicio del cuidado dental de sus hijos, el cepillado y el uso de seda dental eran inadecuados, es decir que los primeros años de vida del niño son fundamentales y estos se observan en el núcleo familiar y en la socialización primaria de los niños, y si esta no es correcta vamos a evidenciar dificultades mientras el niño crezca y se convierta en adulto. ⁽²⁹⁾

La relación de los padres o cuidadores con los niños van a determinar el daño en su salud bucal, Miller et al ⁽⁴⁾ encontró que los niños que necesitaban tratamientos dentales menores o moderados tenían una mayor probabilidad de tener padres con niveles superiores de Alfabetismo en salud bucal, si se comparaba con aquellos que tenían más necesidad de tratamiento dental.

Por otro lado Holtzman et al ⁽⁴⁾ demostró que en Teherán, Naghibi un bajo Alfabetismo en salud bucal es predictor de inasistencia a las citas dentales; pero en Japón, los adultos con niveles superiores de alfabetismo tenían mayor frecuencia de cepillado, autoexamen bucal, piezas remanentes y libres de caries que aquellos con niveles inferiores tenían mayor daño periodontal, en otra realidad como en la población indígena australiana se comprobó creencias que los dientes no deben

cepillarse frecuentemente o que es innecesario tener un cepillo dental propio, lo que tuvo resultados de una inadecuada salud bucal ⁽⁴⁾⁽³⁰⁾.

Actores.- En el tema de alfabetización es importante a más de habilidades personales la interacción de las personas con su medio ambiente y como se han ido empoderando en temas de salud; por tanto se cuenta con tres actores: los entornos, los profesionales de la salud y las personas ⁽⁵⁾.

a.- Los entornos: De hecho son los más trabajados y se refieren a las organizaciones sanitarias, al respecto Branch da a conocer algunas condiciones.

b.- Los profesionales de la salud: se centran en la comunicación oral y escrita, la autogestión y el empoderamiento del paciente y los sistemas de soporte de las personas.

c.- Las personas: que incluye a las comunidades, las personas en relación consigo mismo y con los demás como la familia, amigos, trabajo, etc., en los ámbitos de socialización y de toma de decisiones estratégicas. ⁽³¹⁾

4.2. Antecedentes de la Investigación:

- **Obra:** Artículo de Revista: “Alfabetización en Salud Bucal, una experiencia en poblaciones vulnerables de la provincia de Mendoza” de los **Autores:** Marón L. Sonia. Páez V. Silvia. Denaro i. Claudia. **Resultados:** El análisis general de los resultados observados en las encuestas de saberes previos, mostró una importante falta de conocimientos sobre temas relacionados con la salud bucal. Con respecto al cumplimiento de los objetivos propuestos, podemos decir que los talleres interactivos se han transformado en una herramienta estratégica de trabajo para el fortalecimiento de acciones educativas que promuevan el alfabetismo en salud bucal. Asimismo, resulta importante mencionar que la implementación de este modelo estimula y potencia la articulación intra e interinstitucional. El accionar del equipo extensionista fue responsable, comprometido y ampliamente satisfactorio. Esto se pudo apreciar y evaluar en función de las notas de devolución realizadas por los directivos escolares agradeciendo la actividad desarrollada ⁽²⁵⁾.

- **Obra:** Artículo de Revista: “Propuestas de Evaluación de la Alfabetización en Salud” de los **Autores:** Sarmiento Bas Pilar. Gutiérrez Fernández Martina. Piris Pelicano Noelia. **Resultados:** Aunque en los últimos años han proliferado los estudios respecto a la medición de la Alfabetización en Salud, lo que ha permitido algunos avances, aún no se ha desarrollado un instrumento susceptible de ser aplicado en contextos diversos, de fácil aplicación, que aglutine las perspectivas actuales a nivel conceptual y satisfaga a la comunidad científica. Existe una escasa productividad en Europa, en especial en nuestro país. En general, se está de acuerdo en considerar que cualquier herramienta que pretenda medir la Alfabetización en Salud de una determinada población, necesitará incluir la evaluación de la capacidad de las personas, para:
 - Conseguir acceso a información específica según su edad y contexto de una amplia variedad de recursos.
 - Discriminar entre las fuentes de información.
 - Comprender y personalizar la información de salud que ha obtenido.
 - Aplicar apropiadamente la información de salud relevante a sus beneficios personales.
 La investigación debería orientarse a:
 - Validar los instrumentos en otros contextos y considerar, desde una perspectiva comunitaria, al mismo como un elemento clave en el grado

de Alfabetización en Salud de un individuo. • Generar herramientas que puedan ser utilizadas en el ámbito clínico asistencial, de fácil administración, ligadas a adaptar la información sanitaria y/o las intervenciones de educación para la salud y que abarquen las dimensiones funcional, interactiva y crítica del concepto. ⁽²⁶⁾

• **Obra:** Artículo de Revista: “Oral Health Literacy Among Adult Patients Seeking Dental Care” de los **Autores:** Jones Micheala. Lee Jessica Y. Rozier Grey R. **Resultados:** Cerca del 29% de la muestra obtuvieron un puntaje por debajo de 22 en una prueba de 30 puntos, un resultado que los autores definen como una alfabetización baja de conocimiento incorrecto (odds ratio {OR}=5.98; P 01) y un pobre estatus de salud oral (OR=3.08 P=06) eran más propensos a tener bajo nivel de alfabetización que por grupos, que no tuvieron una cita dental en el último año no se asoció con la alfabetización ⁽²⁷⁾

• **Obra:** Artículo de Revista: “Development and evaluation of an oral health literacy instrument for adults” de los **Autores:** Sabbahi Dania A. Lawrence Herenia P. Limeback Hardy . Rootman Irving. **Resultados:** Los participantes promediaron 39 años (DE = 12,4); El 73% eran mujeres; El 64% tenía educación universitaria; 40% visitó a un dentista cada 3-6 meses. Las puntuaciones medias ponderadas totales de OHLI y TOFHILA fueron 87,2 y 91,7, respectivamente (rango posible 0-100). Los valores alfa de Cronbach fueron altos (> 0,7) para OHLI y sus componentes. Los valores de la ICC indicaron un buen acuerdo entre los resultados de la prueba y los reteste para OHLI y la prueba de conocimiento de la salud oral. Los pacientes que visitaban un dentista cada 3-6 meses tenían niveles significativamente más altos de alfabetización en salud oral que aquellos que visitaban sólo cuando sentían dolor. La asociación entre OHLI y nivel educativo no fue significativa. OHLI resultados fueron significativamente correlacionados con las puntuaciones en la TOFHILA ($\rho = 0,613$) y la prueba de conocimientos de salud oral ($\rho = 0,573$). Estas asociaciones siguieron siendo significativas en modelos de regresión múltiple. ⁽²⁸⁾

• **Obra:** Artículo de Revista: “The Relationship of Oral Health Literacy and Self-Efficacy with Oral Health Status and Dental Neglect” de los **Autores:** Lee jessica Y. Divaris Kimond. Baker Diane A. Rozier Gray R. Vann William F. **Resultados:** Menos de un tercio de los participantes clasificó su SST como muy buena o excelente. El OHL más alto se asoció con mejor SST (para un aumento de REALD

de 10 unidades: relación de prevalencia multivariante = 1,29, intervalo de confianza del 95% = 1,08, 1,54). OHL no se correlacionó con DN, pero la autoeficacia mostró una fuerte correlación negativa con DN. La autoeficacia se mantuvo significativamente asociada con DN en un modelo totalmente ajustado que incluía OHL. ⁽²⁹⁾

- **Obra:** Artículo de Revista: “Alfabetización en salud en pacientes que asisten a un hospital universitario” de los **Autores:** Jonatan Konfino¹, Raúl Mejía, María Pia Majdalani, Eliseo J. Perez-Stable. **Resultados:** Sobre un total de 2.345 pacientes potencialmente elegibles fueron seleccionados 234 en forma aleatoria y aceptaron participar 229. Las características de los participantes están descritas en la Tabla 1. La prevalencia de inadecuada alfabetización en salud en la población estudiada fue de 30.1% (69 pacientes). De los 92 pacientes que tenían 7 años o menos de educación (40% de 229 en la Tabla 2), 52 (56.5%) tenían inadecuada alfabetización en salud comparados con 15 de los 86 (17.4%) que tenían entre 8 y 12 años de educación y 2 de los 51 (3.9%) que presentaban más de 12 años de educación ($p \leq 0.0001$). Por otra parte, el 37.6% de los pacientes que tenían más de 65 años presentaban inadecuada alfabetización en salud (32 de 85 pacientes) comparado con el 25.6% de los pacientes menores de 65 años (37 de 144 pacientes) ($p = 0.074$). En un análisis multivariado se observó que sólo el nivel educativo se asoció en forma significativa con una inadecuada alfabetización en salud ⁽³⁰⁾

- **Obra:** Artículo de Revista: “Oral Health Literacy and Oral Health Outcomes in an adult population in Brazil” de los **Autores:** Marília Jesus Batista, Herenia Procopio Lawrence, and Maria da Luz Rosário de Sousa. **Resultados:** Los encuestados fueron 248 adultos, que representan una población que reside en Piracicaba, Brasil, que se estima en 149.325 adultos de entre 20 y 64 años. La mayoría de los examinados fueron mujeres (72.2%, $n = 179$) y 55.6% ($n = 138$) tenían entre 20 y 44 años. Con respecto al nivel socioeconómico, el 15.3% ($n = 38$) pertenecía a la clase social más baja.

Baja OHL presentó una mayor prevalencia entre los que se clasificaron en las clases sociales de baja y media baja en el análisis bivariado (Tabla 1]. También se encontró en el análisis bivariado que el uso de servicios dentales para

emergencias y / o dolor dental se asoció con un bajo OHL, así como cepillado dental menos de dos veces al día, una mayor prevalencia de impacto severo en OHRQoL y presencia de caries no tratadas. ⁽³¹⁾

• **Obra:** Artículo de Revista: “Alfabetización en Salud en Medicina General Integral perspectivas en Santiago de Cuba” de los **Autores:** Dr. Rolando Bonal Ruiz, Dra. Mercedes Marzán Delis, Dra. Milvian Castillo Frómata y Dra. María de los Ángeles Rubán Alfaro. **Resultados:** La alfabetización en salud es un tema que a pesar de ser conocido desde hace décadas en países anglosajones, se ha extendido a escala internacional y emerge la necesidad de su aplicación e investigación, a raíz de los llamados de la última Conferencia Mundial de Promoción de Salud celebrada en Nairobi, Kenya (2009), independientemente de que es un tema que tiene múltiples niveles para accionar, desde la atención primaria, específicamente la medicina familiar (medicina general integral), ofrece amplias posibilidades para su desarrollo, al hacer comprender mejor al paciente, familiares y líderes comunitarios su situación de salud. Existen posibilidades para la capacitación del médico de familia al ofrecerles herramientas concretas que mejoren en sus usuarios de atención, sus habilidades de comprensión de lectura, auditivas, expresión oral y numérica, relacionada con la salud, de manera que se traduzcan en mejores resultados sanitarios y económicos. En este sentido, el grupo de desarrollo de la promoción de salud en MGI en la provincia Santiago de Cuba, ofrece propuestas estratégicas que pueden ser viables en dependencia del apoyo y gestión de los niveles directivos de salud. (9)

• **Obra:** Artículo de Revista: “Alfabetismo en Salud: Bases Conceptuales y Evidencia en Odontología” del **Autor:** Dr. Ricardo Andrés Cartes-Velásquez. **Resultados:** El concepto de alfabetismo en salud ha llenado un espacio para la evaluación de uno de los aspectos más importantes del proceso salud-enfermedad: las habilidades del paciente. Los resultados de investigaciones de más de 20 años han comprobado su gran impacto, y se ha logrado pasar desde un enfoque de carencia como factor de riesgo para diversas enfermedades a uno activo para recuperar y mantener la salud. Aun cuando es posible la valoración del AS con preguntas de conocimiento general respecto a la salud, en la mayoría de

los estudios se han utilizado instrumentos psicométricos que permiten la cuantificación. En el ASB la situación no es distinta, pues actualmente existen una serie de instrumentos psicométricos desarrollados en idioma inglés que se han utilizado ampliamente en diversos países; sin embargo, en Latinoamérica escasean las investigaciones sobre este alfabetismo, lo cual equivale a oportunidades perdidas para mejorar la salud bucal de esta población. (23)

• **Obra:** Artículo de Revista: “La alfabetización en salud y el empoderamiento de las comunidades, diálogo igualitario entre los profesionales de la salud y la comunidad” del **Autor:** Ainhoa Flecha Fernández de Sanmamed. **Resultados:** Las personas profesionales de la salud utilizan un lenguaje técnico, lo cual dificulta el entendimiento con determinados colectivos. En algunos barrios desfavorecidos existen programas de salud que incluyen formación dirigida a que las comunidades de bajos niveles académicos puedan entender el lenguaje especializado de la medicina. Sin embargo, la alfabetización en salud no es sólo, sino un aprendizaje orientado a la transformación de las relaciones de poder entre las propias comunidades y los servicios de salud, tal y como se indica en algunas de las orientaciones realizadas por la comunidad científica internacional. Los resultados de la investigación INCLUD-ED indican propuestas para facilitar el empoderamiento de la comunidad de grupos vulnerables en los programas de alfabetización en salud. La base de estas orientaciones es garantizar el diálogo igualitario entre los profesionales de este sector y los usuarios para obtener un mayor éxito en dichos programas. (4)

5. HIPÓTESIS

Al ser un estudio descriptivo no requiere de hipótesis.

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. MARCO METODOLÓGICO

Enfoque: El enfoque de la investigación es cuantitativo. ⁽³²⁾

Diseño de Investigación: Caso Descriptivo. ⁽³³⁾

Nivel de Investigación: Relacional. ⁽³⁴⁾

Tipo de Investigación:

- **Por el ámbito:** De campo.
- **Por la técnica:** Comunicacional y Encuestas.
- **Por la temporalidad:** Retrospectiva.

2. POBLACIÓN Y MUESTRA

El presente estudio se realizó en adultos de 45 a 65 años, de la Parroquia el Vecino del Cantón Cuenca con un total de 30.737 habitantes según el Instituto Nacional de Estadística Y Censo (INEC) del 2010. ⁽²⁶⁾

La población se conformó por 979 personas encuestadas, la muestra estuvo constituida por 406 individuos para la recolección de datos, que corresponde al total de fichas registradas en el estudio epidemiológico para esta Parroquia.

2.1. Criterios de Selección:

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

2.1.1. Criterios de inclusión:

Se incluyeron en el presente estudio:

- Personas adultas de 45 a 65 años de la parroquia el Vecino, Cuenca-Ecuador, con autonomía cognitiva o cuidador en condiciones de responder y colaborar con la entrevista y voluntad de dar el consentimiento informado escrito antes de comenzar la encuesta.

2.1.2. Criterios de exclusión:

- Se excluyeron a personas fuera del rango de edad del estudio
- Se excluyeron del estudio las encuestas que tenían incoherencias entre las distintas preguntas.

- Encuestas donde no se comprendían los datos.
- Personas que no firmaron el consentimiento informado para este estudio.
- Médicos y profesionales de la Salud.

2.2. Tipo de Muestreo:

Se realizó un muestreo probabilístico, estratificado y proporcional.

2.3. Tamaño de la muestra:

Se calculó mediante la fórmula de muestreo para proporciones, con un nivel de confiabilidad del 95% y un error del 5%, se utilizó el programa Epi Info Ver 7.2⁽²⁶⁾.

$$n = \frac{N * Z\alpha^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z\alpha^2 * p * q}$$

Donde:

N= Total de la población: 30737

Zα= 1,96 al cuadrado seguridad del 95%.

p= proporción esperada que es = 0,5

q= 1-p que sería= 0,5

d= precisión= 0,05

$$n = \frac{30737 * 1,96^2 * 0,5 * 0,5}{(0,05)^2 * 30736 + 1,96^2 * 0,5 * 0,5}$$

$$n = 380$$

El tamaño de la muestra fue de 380 encuestas, para estratificar de acuerdo al error se amplió la muestra hasta 406.

3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES: (35)

VARIABLE	DEFINICIÓN TEORICA	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA	DATOS	INSTRUMENTO
Alfabetización	Es el nivel de conocimientos y entendimiento que tienen miembros de una comunidad sobre salud bucal	Cuanto conoce sobre salud bucal	Cualitativo	Nominal	Tiene alfabetización No tiene alfabetización	Cuestionario TOFHLA
Sexo	Características genotípicas de cada persona respecto a su función reproductiva	Características externas que diferencial al varón de la mujer	Cualitativo	Nominal	Hombre. Mujer.	Encuesta
Nivel de instrucción	Es el nivel de estudios culminados o en transcurso de una persona a lo largo de su vida.	Es el nivel de instrucción proporcionada por el encuestado y registrada en la cédula de identidad.	Cualitativo	Nominal	Analfabeto. Primaria Secundaria Superior técnica Superior	Encuesta
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Número de años transcurridos de cada persona	Cuantitativo	Razón	De 45 a 50 años De 51 a 60 años De 61 a 65 años	Encuesta

Cuadro 1: Operacionalización de Variables

(2019)

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

4.1. Instrumentos Documentales:

Se utilizó una encuesta tipo Cuestionario de STOFHLA (Short Test of Functional Health Literacy in Adults). Que consta de cuatro preguntas cerradas, que califican el nivel de entendimiento sobre salud oral.

La ficha consta de datos del paciente (edad, sexo, parroquia, ocupación, cédula de identidad) así como también de un consentimiento informado.

4.2. Instrumentos Mecánicos:

Computador portátil procesador i5.

4.3. Materiales:

Entre los materiales que se emplearon están los materiales de escritorio como: artículos, copias, esferos, tablero, computador portátil, etc

4.4. Recursos:

Para llevar a cabo el estudio se necesitarán Recursos institucionales (UCACUE permisos del departamento de Investigación de la carrera de Odontología), Recursos humanos (investigadores y tutores) y recursos financieros (autofinanciados).

5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS

5.1. Ubicación Espacial:

La Parroquia El Vecino, localizada en la parte norte del centro histórico de la Ciudad de Cuenca, con una superficie de 3.6 km², se delimita así: parte de la intersección de la vereda oriental de la avenida Miraflores y el límite urbano, en sentido oriental por el límite urbano hasta el cruce con el Río Machángara; por este río aguas abajo hasta la intersección con la carretera Panamericana hasta la unión con la avda. España hasta la avda. Gil Ramírez Dávalos, para continuar por la vereda norte de la Avda. Gil Ramírez Dávalos hasta la Avda. Huayna-Cápac y sigue hacia el sur por la vereda occidental de dicha avenida, hasta la intersección con la carretera Vega Muñoz; luego,

en dirección occidental, por la vereda norte de esta carretera hasta la calle Mariano Cueva; continúa en dirección norte por la vereda oriental de la calle Mariano Cueva, hasta la avenida de Circunvalación y desde este punto en dirección oriental por la vereda sur de la avda. De Circunvalación, hasta la intersección con la prolongación de la vereda oriental de la avda. Miraflores y desde aquí en dirección norte por la Avda. Miraflores hasta el punto partida.

5.2. Ubicación Temporal:

El trabajo de investigación se realizó en los meses de junio, julio y agosto del año 2017, para determinar el nivel de conocimientos sobre salud bucal en la población de 45 a 65 años de edad de la parroquia el Vecino, Cuenca - Ecuador.

5.3. Procedimiento para la toma de datos:

Para la evaluación primero se localizó la Parroquia “El Vecino” de la Ciudad de Cuenca, con la ayuda de la aplicación Google Maps posteriormente se coordinó las fechas para la toma de datos, se realizó encuestas puerta a puerta a cada persona que tenía el rango de edad de 45 a 65 años de edad, en el horario de 08h00 a 13h00, en esta encuesta podía ser auto asistido o de manera personal, explicándole cada una de las preguntas, la encuesta inició con un saludo cordial, para posteriormente solicitar sus datos personales (nombres; apellidos, edad, nivel de instrucción, ocupación, ingreso económico) a su vez se informó a cada persona en qué consistía la encuesta acerca del consentimiento informado en la cual debía realizar su rúbrica.

Para el registro de los datos se fijó un horario para analizar las encuestas verificando que cada una tenga todos los parámetros establecidos para poder ser aceptada dentro del tamaño de la muestra de la investigación, en este caso se tomó en cuenta las fichas de la Parroquia El Vecino, las cuales fueron ingresadas a una base de datos en el programa EPI INFO 7.2 del 2017.

Finalmente, la base de datos paso por un control de calidad realizado por un docente del área del departamento de Investigación y una vez lista su aprobación de control de calidad cada integrante pudo comenzar a depurar los datos necesarios para su investigación

5.4. Método de Encuestas utilizadas por los examinadores:

Para la toma de datos se organizaron grupos de investigadores, los cuales procedieron a dirigirse a la zona de estudio, recorrimos el sector y encuestamos a las personas que viven en el mismo, incursionando por casas, parques, tiendas, locales comerciales y zonas concurridas; incluso lo realizamos por casas puerta a puerta, explicando a los individuos de lo que se trataba y dando a conocer detalladamente lo que se realizaría, luego iniciamos tomando todos los datos de la persona a ser encuesta y ya con el debido consentimiento de las mismas y a sabiendas de que los datos serían utilizados con fines investigativos.

6. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.

Se ingresó los datos de las fichas en la plantilla de EPI INFO 7.2, primero el dato de la cédula del encuestador y luego los datos de filiación del encuestado, seguido el cuestionario de indiferencia, negligencia, automedicación y ansiedad, haciendo un total de 84 preguntas. Una vez que finaliza se verifica que la información este igual a la de la ficha, se hace primero control de calidad, para luego subir una nueva ficha. Ya subidas la totalidad de 406 encuestas, los profesores del área de investigación, realizaron un control de calidad de la base de datos, es decir revisaron el 10% de las fichas y luego se exporto la base de datos en Excel, lista para su análisis, esta base de datos fue depurada, se hizo una tabla dinámica y otra hoja donde se colocó los resultados mediante las tablas descriptivas de las variables y las de doble entrada. El análisis bivariado se llevó a cabo mediante la prueba de Chi cuadrado. Finalmente se obtiene, la prevalencia, los porcentajes y las correlaciones de las variables representadas a manera de tablas o mediante gráficos estadísticos.

7. ASPECTOS BIOÉTICOS

Este estudio no tiene connotación bioética importante, ya que todos los encuestados fueron informados de los objetivos, beneficios, procedimientos y de la metodología de estudio. Se les indicó que hay un compromiso de confidencialidad de sus datos por parte del investigador principal y se les solicitó que firmen el Consentimiento Informado.

CAPÍTULO III
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. RESULTADOS:

Tabla 1.- Distribución de la muestra según edad y sexo.

Edad	Femenino		Masculino		Total General	
	N	%	n	%	N	%
De 45 a 50	102	50%	84	41.58%	186	45.81%
De 51 a 60	71	34.80%	88	43.56%	159	39.16%
De 61 a 65	31	15.20%	30	14.85%	61	15.02%
Total general	204	100%	202	100%	406	100%

Interpretación. - Se puede observar en esta tabla que según la variable sexo se encuentra equitativamente distribuida según sexo, y según grupo etario existe el 50% de muestra en la edad de 45 a 50 años y el siguiente 50% está repartido entre las edades de 51 a 60 y de 61 a 65 años.

Tabla 2.- Frecuencia del nivel de alfabetización en salud bucal.

Frecuencia de Alfabetización	n	%
Alfabetizado	24	5.91%
No Alfabetizado	382	94.08%
Total general	406	100%

Interpretación. - Se puede observar en esta tabla que, de 406 personas encuestadas sobre alfabetización bucal, un 5.91% tienen conocimiento sobre salud bucal y el 94.09% desconocen el mismo.

Tabla 3.- Frecuencia de alfabetización según el rango de edad.

Edad	Alfabetizado		No alfabetizado		Total General N
	n	%	n	%	
De 45 a 50	10	42%	176	45.95%	186
De 51 a 60	12	50%	147	38.48%	159
De 61 a 65	2	8.33%	59	15.44%	61
Total general	24	100%	382	100%	406

$$p = 1.621$$

Interpretación. - En la tabla se puede evidenciar que la edad de mayor alfabetización representa un 50%, es la de edad comprendida entre los 51 a 60 años, mientras que las de no alfabetización es la edad de 45 a 50 con un 45.95% sin existir diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 4.- Frecuencia del nivel de alfabetización en salud bucal según el sexo.

Sexo	Alfabetizado		No alfabetizado		Total General
	n	%	n	%	
Femenino	13	54.16%	191	50%	204
Masculino	11	45.83%	191	50%	202
Total general	24	100%	382	100%	406

$$p = 0.168$$

Interpretación. – De acuerdo al sexo la tabla evidencia que las mujeres tienen un porcentaje mayor de alfabetización en salud bucal en relación con los hombres con un 9% más.

Cabe recalcar que los no alfabetizados tienen un número y porcentaje similar entre hombre y mujer. No existe significancia estadística con relación al sexo.

Tabla 5.- Frecuencia del nivel de alfabetización en salud bucal según el nivel de instrucción educativa

Nivel de instrucción educativa	Alfabetizado		No Alfabetizado		Total General	
	n	%	N	%	n	%
Analfabeto	0	0%	1	0.26%	1	0.24%
Primaria	1	4.6%	51	13.28%	52	12.80%
Secundaria	11	50%	177	46.09%	188	46.30%
Superior Técnico	3	13.7%	43	11.19%	46	11.33%
Superior	7	31.81%	112	29.16%	119	29.31%
Total general	22	100%	384	100%	406	100%

p = 0.1568

Interpretación. - De acuerdo a nivel de instrucción se evidencia que los que tienen una mayor alfabetización en salud bucal son los que se encuentran en nivel de instrucción superior con un 31.81% y los que no han llegado a una buena alfabetización se encuentran en nivel de instrucción secundaria con un 46.09%. Sin existir diferencia significativa, según instrucción educativa.

2. DISCUSIÓN:

De acuerdo con los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación realizado en la parroquia el Vecino de la ciudad de Cuenca con una muestra de 406 personas de 45 a 65 años el autor presenta el siguiente análisis.

Del total de personas encuestadas entre el rango etario de 45 a 65 años de edad, el 5.91% tienen alfabetización en salud bucal, mientras que un 94.08% no poseen conocimientos en salud oral, varias son las causas que motivan a que un grupo este alfabetizado o no en salud bucal; por lo que esta parroquia no es la excepción. Según la variable sexo se evidencia que las mujeres tienen un porcentaje mayor de alfabetización en salud bucal en relación a los hombres con un 9% más, con lo referente a la edad, el rango con mayor alfabetización de un 50% es la de edad comprendida entre los 51 a 60 años, mientras que las de no alfabetización es la edad entre 45 a 50 con un 45.95% y por último según la variable instrucción se evidencia que los que tienen una mayor alfabetización en salud bucal son los que se encuentran en nivel de instrucción superior con un 31.81% y los que no han llegado a una buena alfabetización se encuentran en nivel de instrucción secundaria con un 46.09%.

Por otro lado, los niveles de alfabetización en salud bucal; en el país de España el autor Konfino ⁽³⁰⁾ obtuvo en sus resultados un porcentaje del 37.6% de personas con inadecuada alfabetización, de igual manera en personas mayores de 60 años, lo que indica que la población afectada es inferior a la mitad de la muestra; en la presente investigación se obtuvieron datos similares, pero con valores superiores, de manera que el 78% de población presenta deficiente alfabetización en salud bucal.

En el estudio realizado por Mavita C. encontró que en el sexo con mayor índice de alfabetización fue el femenino presentando un valor del 68,34%, valores que no guardan relación con nuestro estudio.

Otra investigación realizada en el año 2017 por Martínez y sus colaboradores encontraron valores del 54,1 % de alfabetización en el sexo masculino.

En el año 2012, el autor Apolonio y sus colaboradores cuantificaron un grupo de personas con un índice de alfabetización del 17%, así mismo se determinó que el 47% del total de la población estudiada perteneció a una instrucción alta.

Semejantes estudios presentaron Batista y Lawrence ⁽³¹⁾, de manera que en su investigación se evidenciaba que la clase socioeconómica baja y media baja tenían una deficiente alfabetización en salud bucal.

3. CONCLUSIONES

- La investigación expone que, en la población, de adultos mayores de 45 a 65 años de edad de la parroquia el Vecino de la Ciudad de Cuenca-Ecuador existe un alto porcentaje de desconocimiento sobre alfabetización en salud bucal.
- Según el sexo, se concluye que la población femenina está más alfabetizada, sin embargo, no existe una diferencia significativa, ya que en la población no alfabetizada se encuentran en porcentajes similares tanto hombres como mujeres.
- Partiendo de un rango de 45 a 65 años, encontramos que las personas que están entre 51 a 60 años se encuentran con mayor conocimiento sobre salud bucal, aunque no existe una gran diferencia con respecto a los demás grupos, en cambio en los de edad de 45 a 50 años, el estudio mostró una gran cantidad de personas que no están alfabetizadas.
- Con respecto al nivel de instrucción, según los datos obtenidos los adultos menos alfabetizados son aquellos con un nivel de instrucción secundario a diferencia de las demás categorías del nivel de instrucción, cabe mencionar que en la parroquia el Vecino el mayor número de personas que pertenecen a este sector solamente han cursado la secundaria, por tanto, los indicadores nos llevaron a deducir según la muestra que la misma población con instrucción secundaria también está alfabetizada.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Horowitz AM, Kleinman D. Oral Health Literacy The new imperative for oral health. *Dental Clinics*. 2008; 52(2): p. 333 - 344.
2. Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Promotion International*. 1998; 13(349-364).
3. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 2000; 15(3): p. 259–267.
4. Fernandez de Sanmamed F, L E. La alfabetización en salud y el empoderamiento de las comunidades. *Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*. 2013 Enero 20; XVII(427): p. 1138-9788.
5. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012; 12(2)(80).
6. Parker, R. Williams, M. et al. Health literacy: report of the council on scientific affairs. *J Am Med Assoc*. 1999; 6(281): p. 552.
7. Nielsen L, Panzer M, Kindig A. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington, DC. The National Academies. 2004.
8. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud. Glosario. 1998.
9. Bonal R, Marzán M. Alfabetización en salud en medicina general integral. *Perspectivas en Santiago de Cuba. MEDISAN*. 2013 Enero; 1(17).
10. Nutbeam D. Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 2000; 15(3): p. 259-67.

11. Lee S, Arozullah A, Choc Y. Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Soc Sci Med*. 2004; 58: p. 1309-21.
12. Speros C. Health literacy: concept analysis. *J Adv Nurs*. 2005; 50: p. 633-40.
13. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer D D. Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promot Int*. 2005; 20(2).
14. Baker B. The meaning and the measure of health literacy. *J Intern Med*. 2006; 21: p. 878-83.
15. Mancuso J. Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nurs Health Sci*. 2008; 10: p. 248-55.
16. Freedman D, Bess K, Tucker H. Public health literacy defined. *Am J Prev Med*. 2009; 36(5).
17. Berkman N, Sheridan S, Donahue K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*. 2011; 155(2).
18. Sachs I, Richmond M. El Desafío Mundial de la Alfabetización. [Online].; 2003 – 2012 [cited 2018 enero 12. Available from: <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001631/163170s.pdf>.
19. Miller E, Lee J, DeWalt D. Impact of caregiver literacy on children's oral health outcomes. *Pediatrics*. 2010; 126(1).
20. Mejia G, Weintraub J, Cheng N. Language and literacy relate to lack of children's dental sealant use. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011; 39(4).
21. Naghibi M, Yazdani R, Virtanen J. Determinants of oral health: does oral health literacy matter? *ISRN Dent*. 2013; 249591: p. 1-6.

22. Holtzman J, Atchison K, Gironda M. The association between oral health literacy and failed appointments in adults attending a university-based general dental clinic. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2014; 42(3).
23. Velásquez R. Alfabetismo en salud: bases conceptuales y evidencia en odontología. *MEDISAN.* 15 Abril; 19(4).
24. Instituto Nacional de Estadística y Censo. [Online].; 2013 [cited 2017 noviembre 15. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/inec-presenta-resultados-de-la-encuesta-de-ingresos-y-gastos/>.
25. Marón L, Paez S. Alfabetización en salud bucal. Una experiencia en poblaciones vulnerables de le provincia de Mendoza. 2014; 8(1).
26. Sarmiento F. Propuestas de evaluación de la Alfabetización en Salud. *Psychologia Latina.* 2015; 6(1).
27. Jones M, Lee J. Oral health literacy among adult patients seeking dental care. *J Am Dent Assoc.* 2007 septiembre; 138(9).
28. Sabbahi D, Lawrence H, Limeback H. Development and evaluation of an oral health literacy instrument for adults. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2009 octubre; 37(5).
29. Lee J, Divaris K, Baker A, Rozier R. The relationship of oral health literacy and self-efficacy with oral health status and dental neglect. *Am J Public Health.* 2012 Mayo; 102(5).
30. Konfino , Mejia R. Alfabetizacion en salud en pacientes que asisten a un hospital universitario. *MEDICINA (Buenos Aires).* 2009; 69: p. 631-634.
31. Batista M. Oral Health Literacy And Oral Health Outcomes In An Adult Population In Brazil. *BMC Public Health.* 2018; 18: p. 60.

32. Villavicencio E. Pasos para la planificación de una investigación clínica. OActiva. 2016 May-Ago; 1(2).
33. Villavicencio E. Diseños de estudios clínicos en odontología. OActiva. 2016 May; 1(2).
34. Villavicencio E. El tamaño muestral de la tesis ¿Cuántas personas debo encuestar. OActiva. 2017 Ene-Abr; 2(1).
35. Villavicencio E. ¿Cómo plantear las variables de una investigación?. OActiva. 2019 Ene-Abr; 4(1).

ANEXOS

- **Anexo 1.** Cálculo de la muestra mediante Open Epi.

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población	
Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N):	10887
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	50% +/- 5
Límites de confianza como % de 100(absolute +/- %)(d):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF):	1
Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza	
IntervaloConfianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	372
80%	162
90%	265
97%	452
99%	626
99.9%	985
99.99%	1330
Ecuación	
Tamaño de la muestra $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p)]$	
Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoSSPropor	
Imprimir desde el navegador con ctrl-P	
o seleccione el texto a copiar y pegar en otro programa	

• **Anexo 2.** Ficha de recolección de datos.

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

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

Edad: _____ AÑOS Ocupación: _____ PARROQUIA: _____

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

OPCIONAL

Ingreso mensual familiar aproximado: _____

¿Cuántas personas dependen de este ingreso?: _____

Pregunta	Marcar uno a más respuestas	Puntuación
1. Usualmente usa Ud.:		
	a. Un cepillo de dientes para limpiar sus dientes b. La seda o un cepillo especial para limpiar sus dientes c. Tabletas reveladoras para comprobar que sus dientes están limpios	Valor: 1 si ninguno o si solo el literal a está marcado
2. En la actualidad:		
	a. Cree que hay algo mal con sus dientes, pero no es lo suficientemente malo como para ir a un dentista b. Cree que hay algo mal con sus dientes y tiene la intención de ver a un dentista pronto c. Va a realizarse un chequeo en el próximo año d. No cree que necesite ningún tratamiento por lo que no esta planeando ir a un dentista ahora e. Ira pronto al dentista	Valor: 1 si el literal a o d están marcados
3. Si pierde una calza en un diente posterior y no le dolió:		
	a. De inmediato va a un dentista 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	Valor: 1 si el literal b o c están marcados
4. Por lo general, hace una cita para visitar a un dentista:		
	a. Cuando el dentista le recuerda b. Al final de la última cita c. Cuando piensa que es tiempo de ir a otro chequeo d. Únicamente cuando piensa que esta algo malo en sus dientes	Valor: 1 si el literal d está marcado
5. Si sus encías sangran pero estas no le duelen:		
	a. No es un problema, no vería a un dentista por este problema b. Iría inmediatamente a una cita con el dentista c. Esperaría a ver si se presenta dolor o algún síntoma para ir al dentista	Valor: 1 si los literales a o c están marcados
6. Acerca de todas sus citas dentales en los últimos 5 años marque la más cercana:		
	a. No ha tenido una cita dentaria en los últimos 5 años b. Durante los 5 años ha olvidado de asistir a sus citas dentales c. Durante los 5 años solo ha perdido una sola cita d. Durante los 5 últimos años ha cancelado una cita dental debido a que el problema desapareció	Valor: 1 si los literales a, b o d están marcados
7. Si tuviera un diente muy doloroso:		
	a. Preferiría que le saquen b. Preferiría dejarlo sin tratamiento c. Preferiría realizar una restauración	Valor: 1 si los literales a o b están marcados
8. Ud diría que la razón principal para no ir a un dentista sería:		
	a. Porque piensa que el tratamiento es doloroso b. Porque toma demasiado tiempo ir al dentista c. Porque siente preocupación o ansiedad cuando va al dentista d. Porque su dentista le hace sentir culpable acerca del estado de sus dientes e. Porque cuesta mucho f. Porque no tiene tiempo para ir al dentista g. Pospone las citas, asiste al dentista regularmente	Valor: 1 si los literales b, d o f están marcados Si el literal c está marcado no es un puntaje de indiferencia dental

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

Firma.....

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

NEGLIGENCIA DENTAL					
Califique del 1 al 5 si está de acuerdo con esta frase :	Definitivamente no			Definitivamente 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 médica? SI () NO ()
16. ¿Cuándo tiene una dolencia quién le recomienda la medicación? a) Médico e) Familiar b) Odontólogo f) Amistades c) Farmacéutico g) Por iniciativa propia d) Técnico en farmacia
17. ¿En qué tipo de dolencias Usted se automedica? (tomar medicamento sin prescripción médica) a) Fiebre d) Dolor de cabeza b) Dolor de estomago e) Gripe c) Dolor de diente f) Otros
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 d) Por hábito de farmacia b) Porque es muy cara la consulta e) Otros c) Porque la clínica u Hospital está muy lejos de su casa
19. ¿Por cuánto tiempo Usted se auto medica? (tomar medicamento sin prescripción médica) a) 1 día c) 3 días b) 2 días d) O más
20. Dónde adquirió el medicamento: a) Farmacia c) Bodega b) Botica d) Establecimiento de salud
21. ¿Qué tipos de medicamentos consume mayormente sin prescripción médica? a) Antiinflamatorios d) Ansiolíticos b) Antibiótico e) Otros c) Analgésicos
22. ¿En qué forma farmacéutica consume los medicamentos sin prescripción médica? a) Pastillas d) Intramuscular b) Jarabe e) Endovenosa c) Suspensión
23. ¿Cuál es el medio de comunicación que influye en su automedicación? a) Televisión d) Afiches b) Slogan e) Radio c) Paneles

ANSIEDAD
24. Comienz 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 odontologo 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 esta sentada en la silla de tratamiento y no sabe lo que el odontólogo esta haciendo en su boca, se pone nerviosa/o y suda Si () NO ()
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 ()

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

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

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

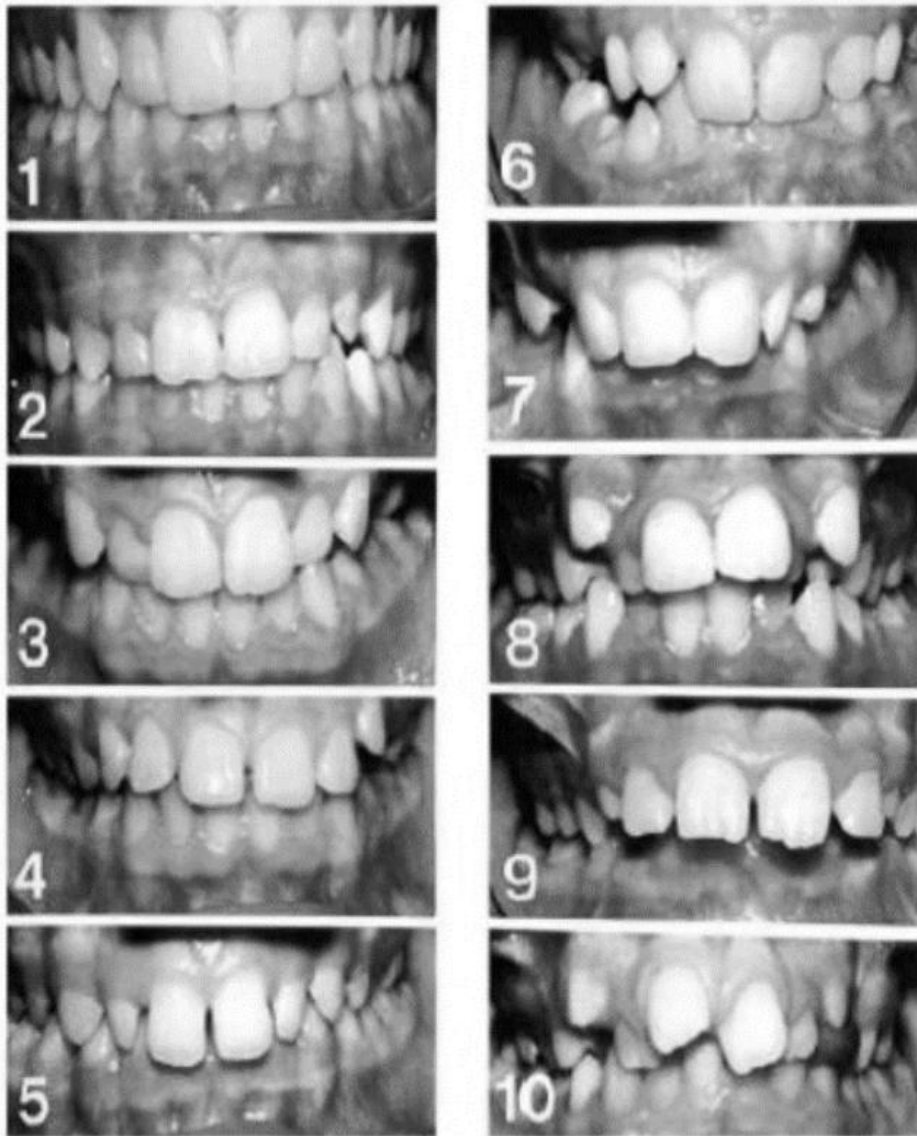
RELACION PROFESIONAL/PACIENTE	
Poco =1 Lo justo = 2 Bueno=3 Muy Bueno =4 Excelente =5	
45. Le hace sentir cómodo:	1 2 3 4 5
46. Le trata con respeto:	1 2 3 4 5
47. Muestra interés en sus ideas acerca de mi salud dental:	1 2 3 4 5
48. Entiende sus preocupaciones principales	1 2 3 4 5
49. Le presta atención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

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

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

		poco seguro / muy seguro
77. Que tan seguro está de que usted puede llenar una encuesta medica correctamente o necesita de otra persona		1 2 3 4 5
78. Que tan seguro está de que pueda seguir las instrucciones escritas en el finalin y aspirina		1 2 3 4 5
		poco seguido/ muy seguido
79. Que tan seguido alguien le ayuda a leer las recetas 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

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
ÍNDICE ICON



PASTAS DENTALES

