



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

“NIVEL DE ALFABETIZACIÓN EN SALUD BUCAL, EN ADULTOS
DE 18 A 44 AÑOS, DE LA PARROQUIA BAÑOS, CUENCA –
ECUADOR, AGOSTO 2017- ABRIL 2018.”

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO

Autora: Suconota Quinde, Mónica Priscila.

Tutor: Jara Centeno, Fabián Eugenio, Od. Esp.

CUENCA

2018

DECLARACIÓN:

Yo, SUCONOTA QUINDE MÓNICA PRISCILA declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado la totalidad de las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento; y eximo expresamente a la UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA y 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: Suconota Quinde Mónica Priscila

C.I.: 0106689250

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

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

Cuenca, Septiembre 2018

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó

Coordinador Departamento de Investigación

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Dra. Liliana Encalada Verdugo

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN – CARRERA ODONTOLOGÍA

De mi consideración:

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

Cuenca, Septiembre 2018

.....

Od. Esp. Fabián Eugenio Jara Centeno.

DEDICATORIA.

Dedico esta tesis principalmente a Dios todopoderoso, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlos cada día más.

A mi padre Eduardo, quien es mi mayor orgullo, es una de mis más grandes motivaciones y figuras de admiración, porque gracias a su apoyo y consejos he llegado a realizar la más grande de mis metas, que a pesar de nuestra distancia física, me demuestra que está siempre conmigo, que gracias a él soy una profesional. Eres la persona más fuerte y valioso, sin ti nada hubiera sido posible, me enseñó a ser una mujer de bien a tener una profesión y a esforzarme por todo lo que quisiera conseguir en la vida, porque él estaría en primera fila celebrando el cierre de un ciclo, que es éste, a él dedico mi trabajo de tesis pues hoy he cerrado el ciclo y he cumplido mi promesa.

A mi madre por demostrarme su amor y apoyo incondicional ya que ha sabido formarme con buenos valores, sentimientos y hábitos, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles.

A toda mi familia por su apoyo y aliento por siempre.

EPÍGRAFE.

“La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosa que esperar”.

Thomas Chalmers

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Fabián Jara, asesor de tesis por su valiosa guía y asesoramiento a la realización de la misma, Al igual que por su paciencia y empeño en el desarrollo de este trabajo.

A mi querida Facultad de odontología la cual me dio todo, en la que pase los momentos más agradables y también los más duros, donde conocí a los maestros, doctores que me enseñaron el valor y la importancia de la odontología. Y de la cual siempre me sentiré orgulloso de llevar su nombre en alto.

De manera especial mi sincera gratitud a toda mi familia, amigas de la Universidad, ya que gracias al compañerismo, Amistad y apoyo moral han aportado en un alto porcentaje a mis ganas de seguir adelante en mi Carrera profesional.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS	X
RESUMEN	XI
ABSTRACT	12
INTRODUCCIÓN	13
1.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	15
2.- JUSTIFICACIÓN	15
3.- OBJETIVOS	17
3.1.- OBJETIVO GENERAL	17
3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
4.- MARCO TEÓRICO	18
4.1.- ALFABETIZACIÓN EN SALUD ORAL	18
4.1.1. CAUSAS PARA LA MALA ALFABETIZACIÓN	19
4.1.3. ALTA ALFABETIZACIÓN-IMPORTANCIA-VENTAJAS	20
4.1.4. BAJA ALFABETIZACIÓN-COMPLICACIONES-DESVENTAJAS	20
4.1.5. ESTRATEGIAS PARA LA MEJORA DE LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD ORAL	20
4.1.6. ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN	21
4.1.7. ESTRATEGIAS DE MEJORAMIENTOS POR NIVELES	21
4.1.7.1a. A NIVEL INDIVIDUAL	21
4.1.7.1b. A NIVEL GRUPAL	21
4.1.7.1c. A NIVEL COMUNITARIO Y SOCIAL	21
4.1.8. ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SALUD	22
4.2.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	23
5.- HIPÓTESIS	27
1.- MARCO METODOLÓGICO	29
2.- POBLACIÓN Y MUESTRA	29
2.1.- CRITERIOS DE SELECCIÓN	29
3.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	31
4.2 INSTRUMENTOS MECANICOS	33
4.3 MATERIALES	33
4.4 RECURSOS	33
5.2.- UBICACIÓN TEMPORAL	33
5.3.a. MÉTODO DE EXAMEN UTILIZADO POR LOS EXAMINADORES	33

5.3.b. CRITERIOS DE REGISTRO DE HALLAZGOS	34
7.- ASPECTOS BIOÉTICOS	34
1.-RESULTADOS	36
2.- DISCUSIÓN	42
3.- CONCLUSIONES	44
BIBLIOGRAFÍA	45
ANEXOS	50

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA No 1- Prevalencia de alfabetización.....	37
TABLA No 2.- Distribución de la muestra de acuerdo al sexo.....	38
TABLO No 3.- Distribución de la muestra de acuerdo a la edad.....	39
TABLA No 4.- Nivel de alfabetización según el nivel de instrucción.....	40
TABLA No 5.- Relación entre alfabetización y nivel de instrucción.....	41

RESUMEN

Se puede definir a la alfabetización en salud, como la habilidad o capacidad que poseen los individuos para buscar, procesar, comprender y aplicar los diferentes conocimientos adquiridos para entender dicha información y ser parte de los procesos de salud. Se conoce también a esa variable como un indicador o un determinante dentro de salud, ya que puede interferir directamente sobre los procesos de salud y enfermedad de las personas, se puede describir finalmente como causante de las diferencias en salud dentro de los varios grupos sociales y económicos de una población **OBJETIVO:** Calcular el nivel de alfabetización en salud bucal en adultos de 18 a 44 años, de la parroquia Baños, Cuenca – Ecuador, Agosto 2017- Abril 2018. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Enfoque: Cuantitativo, Diseño de Investigación: Descriptivo, Tipo de Investigación: Por el ámbito: De Campo, Por la técnica: Comunicacional, Por la temporalidad: Retrospectivo. Se llevó a cabo la investigación con una muestra de 372 personas, que incluye 192 mujeres y 180 hombres. **RESULTADOS:** El sexo femenino posee una deficiente alfabetización en salud bucal, seguido del sexo masculino con 135 casos. El grupo de edades con una mala alfabetización en salud bucal son los grupos que comprenden edades entre 18-22 y 23-27 años con 68 y 63 casos respectivamente. El nivel de instrucción con mejor alfabetización es el nivel secundario con 40 casos equivalente al 11%. **CONCLUSIÓN:** El sexo femenino es el que posee mayor porcentaje de baja alfabetización con 149 casos equivalente al 40%. El grupo etario más afectado por el nivel inadecuado de alfabetización es el de 18 a 22 años con 68 casos. Si existe relación entre nivel de instrucción y nivel de alfabetización en base a la expresión de chi cuadrado. El nivel de la mala alfabetización en salud bucal es del 76.34%

Palabras clave. – alfabetización, salud oral, odontología

ABSTRACT

Health literacy can be defined as the ability or ability of individuals to search, process, understand and apply the different knowledge acquired to understand this information and be part of health processes. It is also known that this variable as an indicator or a determinant within health, since it can directly interfere with people's health and disease processes, can finally be described as the cause of the differences in health within the various social groups and of a population **AIM:** Calculate the level of literacy in oral health in adults from 18 to 44 years old, from the Baños parish, Cuenca - Ecuador, August 2017 - April 2018. **MATERIALS AND METHODS:** Approach: Quantitative, Research Design: Descriptive, Type of Research : For the field: Field, For the technique: Communicational, For the temporality: Retrospective. The research was carried out with a sample of 372 people, which includes 192 women and 180 men. **RESULTS:** The female sex has a poor alphabetization in oral health, followed by male sex with 135 cases. The age group with poor oral health alphabetization are the groups that comprise ages between 18-22 and 23-27 years with 68 and 63 cases respectively. The level of instruction with the best literacy is the secondary level with 40 cases equivalent to 11%.

CONCLUSION: The female sex has the highest percentage of low literacy with 149 cases equivalent to 40%. The age group most affected by the inadequate level of literacy is 18 to 22 years old with 68 cases. If there is a relationship between level of instruction and level of literacy based on the expression of chi square. The level of poor oral health literacy is 76.34%

Keywords. - literacy, oral health, dentistry

INTRODUCCIÓN.

La diversidad cultural y social, los diferentes estratos económicos dentro de nuestro país, y la irregularidad geográfica son actualmente las causas para que se vea obstaculizado el acceso de la población a los servicios de salud. ⁽¹⁾ Estas causas se pueden conocer como barreras para el acceso a servicios de salud bucal/general; en nuestro país se puede considerar la poca información que poseen los usuarios, la falta de confianza que tiene la sociedad sobre la medicina con base tecnológica, y el miedo sin fundamento que presentan ante los diversos tratamientos. ⁽²⁻³⁾.

Los conocimientos de la población de una sociedad están relacionados directamente con la información y con las acciones de salud que se puedan cumplir bajo responsabilidad. La alfabetización en salud oral se entiende como el nivel que tienen las personas para analizar y entender información básica de higiene dental para de esta manera tomar las decisiones apropiadas en lo que respecta a salud bucal. ⁽⁴⁾.

El descuido de las personas y la falta de interés para acceder a información básica de temas de salud general y oral pueden ser desencadenantes o agravantes de diferentes patologías. Además, los individuos con baja alfabetización en salud desarrollan costumbres que atentan contra su estado corporal, acceden con menor frecuencia a consulta médica. Debido a la importancia de esta variable se puede considerar a la alfabetización como un indicador de salud. ⁽⁵⁾.

Los sistemas formativos y/o educativos en los diferentes medios y sociedades tienen un papel significativo en los jóvenes, ya que transmiten conocimientos y costumbres que aseguran un futuro en el que conozcan cómo manejar su salud y tomar las decisiones indicadas en base a lo que han aprendido a lo largo de su vida ⁽⁶⁾.

A nivel mundial, se tiene pensado actuar directamente sobre la alfabetización oral ya que se considera un factor causal para la presencia de barreras que limiten a las personas en su buena salud. Este programa será ejecutado por la Federación Dental Internacional en sus objetivos para el año 2020 ⁽⁷⁾.

En nuestro país las medidas implementadas por el Ministerio de Salud Pública y descritas en el Plan Nacional de Salud Bucal, son las de educación y promoción a la sociedad para que a su vez la población que accede a servicios médicos sea mayor ⁽⁸⁾.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

El problema de investigación que se planteó en este trabajo de titulación estaba dirigido a responder la pregunta ¿Cuál es el nivel de alfabetización en salud bucal en adultos de 18 a 44 años, de la parroquia Baños, Cuenca – Ecuador, Agosto 2017- Abril 2018?

El presente trabajo de investigación tuvo su origen en el macro estudio de las Barreras para acceder a los Servicios Odontológicos en la Ciudad de Cuenca, proyectado por el Departamento de Investigación de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca.

2.- JUSTIFICACIÓN

Las barreras para acceder a servicios de salud oral impiden que la información llegue a todas las personas, de esta manera, tomando en cuenta todos los esfuerzos y programas de salud implementados, la gran parte de la población no tiene acceso libre a internet, otro porcentaje no pueden ser usuarios de centros de salud por la distancia o por el difícil acceso del lugar que habiten. También la falta de preparación y el abandono de los estudios hacen que los niveles de alfabetización sean bajos y a su vez den como resultado una población con deficiencias médicas y dentales. ⁽⁹⁾

La alfabetización en salud oral está relacionada con la autopercepción que tienen las personas de su salud oral. Es así, que individuos que no tienen información sobre patologías y sus complicaciones no lo verán como un problema de salud por ende no van a asistir a consulta, a diferencia que tengan la preparación mínima para conocer y reconocer un problema.

Con la actual investigación se manifiesta la prevalencia de alfabetización en salud oral dentro de un grupo de adultos en edades entre 18 y 44 años de la parroquia Baños en la ciudad de Cuenca. Se cuenta con una temática relevante, ya que se expresan los niveles de entendimiento de las personas a temas de salud, y a su vez pretende hacer de los controles médicos un hábito para romper con las barreras a estos servicios.

La relevancia social del estudio está enfocada en la población que cumple los criterios de inclusión. Los resultados de la investigación por ser cuantificables, y al expresarse como preponderancia de alfabetización en salud oral, le confieren importancia científica. Y finalmente la relevancia humana que tiene como fin calcular el nivel de alfabetización.

Es una investigación viable ya que al ser un tema poco abordado en nuestro país los datos resultantes se pueden publicar como datos de interés para el mundo científico. Los costos de realización son bajos y autofinanciados. En cuanto al tiempo de

elaboración es relativamente corto ya que está determinado por la rapidez en la obtención de datos por medio de las encuestas.

En la investigación destaca nuestro interés personal, debido a que la actual investigación representa el trabajo final de tesis para la obtención del título de Odontólogo.

3.- OBJETIVOS

3.1.- OBJETIVO GENERAL

- Calcular el nivel de Alfabetización en salud bucal, en adultos de 18 a 44 años, de la parroquia Baños, Cuenca – Ecuador, Agosto 2017- Abril 2018.

3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar el nivel de alfabetización en salud oral según el sexo en adultos de 18 a 44 años de la parroquia Baños, Cuenca – Ecuador, Agosto 2017- Abril 2018.
- Analizar el nivel de alfabetización en salud bucal según la edad en los adultos pertenecientes a la parroquia Baños.
- Analizar el nivel de alfabetización en salud según el grado de instrucción.

4.- MARCO TEÓRICO

4.1.- ALFABETIZACIÓN EN SALUD ORAL

La alfabetización oral en salud, se define como la habilidad o capacidad que poseen los individuos para ser parte activa en el procesamiento de información, es decir, analizar, entender y aplicar la información sobre los servicios de salud bucal, prevención de enfermedades, la promoción de la salud para mantener y mejorar la calidad de vida a lo largo de ésta, a su vez se lo toma en cuenta como un elemento que influye en la calidad del bienestar de una población ⁽¹⁰⁾.

La alfabetización en general que obtiene una persona, tiene relación proporcional con la alfabetización en salud, es decir mientras una persona se encuentre mejor preparada académicamente, tiene más capacidades y argumentos para tomar decisiones propias sobre su salud. Por esto es importante la motivación dentro de los programas formativos desde niños, adolescentes y adultos, para que presenten las competencias suficientes para poder ser parte activa de los diferentes programas y servicios de salud ofrecidos ⁽¹⁰⁾.

Este concepto de alfabetización en salud, tiene 4 tipos de habilidades o competencias: ⁽¹¹⁾

1. **Acceso:** habilidad para indagar, localizar y usar los conocimientos a los que se accedió ⁽¹¹⁾.
2. **Entender:** deducción lógica para comprender la información de salud a la cual se accede ⁽¹¹⁾
3. **Apreciar:** se puede definir como el análisis a la información de salud que se ha investigado ⁽¹¹⁾.
4. **Aplicar:** radica en el uso de la información y en la mejora de toma de decisiones para conservar un correcto estado de salud ⁽¹¹⁾.

Que una persona tenga un conocimiento de alfabetización en salud le da importancia, ya que se puede observar la independencia que tendrían los seres vivos al tener el control sobre las propias decisiones de salud y enfermedad. Por esto es imprescindible poseer la capacidad de manejar información para poder usar los servicios de salud. ⁽¹²⁾.

La Organización Mundial de la Salud piensa en la alfabetización como un factor que influye en la salud de pueblos, comunidades, grupo sociales, y a su vez también modifica o potencializa el desarrollo de estas poblaciones ⁽¹²⁾.

El escaso nivel de alfabetización afecta directamente a factores como el nivel de comprensión o acatamiento de órdenes o indicaciones de salud, también se ve

influenciado el autocuidado de una persona, lo que modificaría la intervención del individuo a programas sanitarios ⁽¹²⁾.

Considerando la gran influencia que tiene la alfabetización en higiene dental con respecto al estado de salud general y para orientar a una excelente intervención de Educación en salud, es de gran importancia evaluar los puntos débiles o las diferentes capacidades de los individuos, para obtener indicadores que nos ayuden a promover las acciones necesarias ⁽¹³⁾.

Proteger y mantener nuestra salud es parte de la vida habitual, no sólo cuando tengamos que acudir a un médico, una clínica o un hospital. La alfabetización en higiene bucal puede ayudarnos a evitar algunos riesgos en nuestro bienestar y proteger la salud de comunidades o poblaciones distantes a un centro de atención médica, así como a mejorar la eficiencia del manejo de esos problemas y situaciones inesperadas que ocurran ⁽¹²⁾.

4.1.1. CAUSAS PARA LA MALA ALFABETIZACIÓN

No basta con leer fluidamente y tener facilidad de manejo con los números, las personas pueden enfrentar problemas de alfabetización de salud cuando:

No tiene familiarización con terminología médica o anatómica.

Tiene que leer interpretaciones estadísticas y por sí mismo considerar los posibles beneficios o riesgos.

Se les diagnostica una enfermedad grave y pueden estar asustados o confundidos.

Habita en viviendas con falta de condiciones que le obliguen a presentar gran autocuidado.

Cree en información que no tiene sustento científico ⁽¹²⁾.

4.1.2 NIVELES DE ALFABETIZACIÓN

Nuestro nivel de alfabetización no solo influye notablemente en la capacidad para procesar la información obtenida, sino que también repercute directamente en el manejo que podamos ejercer sobre nuestra salud o la de nuestras familias. Se reconocen tres niveles: ⁽¹⁴⁾

Funcional. – en este nivel de alfabetización la persona tiene las destrezas necesarias para escribir y leer, y poder desenvolverse hasta cierto punto dentro de los programas sanitarios ⁽¹⁴⁾.

Interactiva. – aquí el individuo posee más control sobre sus habilidades cognitivas y sociales por lo que se le facilita la interacción con los servicios médicos ⁽¹³⁾.

Crítica. – la persona posee un conjunto de habilidades, destrezas y capacidades para participar con la información de salud dentro y fuera de los programas de salud ⁽¹⁴⁾.

4.1.3. ALTA ALFABETIZACIÓN-IMPORTANCIA-VENTAJAS

- Alta incidencia de participación en programas de salud ⁽¹⁴⁾.
- Alta percepción en cuanto a la salud.
- Menor tasa de hospitalización y urgencias ⁽¹⁵⁾.
- Conocer los riesgos.
- Reduce los costos ⁽¹⁶⁾.
- Cumplen con mayor facilidad las instrucciones de autocuidado, precauciones posoperatorias, medicamentos ⁽¹⁷⁾.

4.1.4. BAJA ALFABETIZACIÓN-COMPLICACIONES-DESVENTAJAS

- Aumento del acceso a servicios hospitalarios y servicios de emergencias ⁽¹⁸⁾.
- Menor acogida de la medicina preventiva.
- Carencia de capacidad para comprender mensajes de salud.
- Incremento de costos.
- No comprende los problemas de salud de su propio organismo.
- Dependencia o ausencia total de los fármacos.
- Necesidad de tratamientos adicionales ⁽¹⁸⁾.

4.1.5. ESTRATEGIAS PARA LA MEJORA DE LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD ORAL.

El mejoramiento de la alfabetización en salud necesita ser abordado por diferentes medios, sectores públicos y privados, esto implica un compromiso de todos los que se encuentre involucrados. La contribución y el recíproco asesoramiento son los factores esenciales para mejorar la calidad de las disposiciones que se acojan, así como para mejorar los índices de alfabetización en salud de nuestra comunidad ⁽¹⁹⁾.

Las participaciones comunitarias son más fuertes cuando la educación viene acompañada de medidas estructurales que mejoran y refuerzan cambios sostenibles en las conductas; y para ello necesitamos el apoyo de las instituciones y el compromiso político de la administración ⁽¹⁹⁾.

Es de gran importancia concientizar a los profesionales sanitarios del efecto en la salud individual y colectiva, mejorar los esquemas tradicionales de educación en salud para

lograr que la comunicación oral, escrita, electrónica e interpersonal entre los consumidores, pacientes, ciudadanos y los proveedores de salud mejoren ⁽¹⁹⁾.

4.1.6. ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN.

- No confunda al paciente con tecnicismos ⁽¹⁸⁾.
- Usar oraciones cortas y de fácil comprensión.
- Tener buena fonética.
- Explicar puntos clave al paciente.
- No desviar la atención sobre otras acciones.
- Dar énfasis a los pasos que el paciente puede realizar ⁽¹⁹⁾.
- Preguntar al paciente para comprobar el nivel de entendimiento ⁽²⁰⁾.
- Optimizar la comunicación de información: usar materiales impresos, audiovisuales e internet ⁽²¹⁾, un documento en lenguaje sencillo ⁽²²⁾.

4.1.7. ESTRATEGIAS DE MEJORAMIENTOS POR NIVELES

El mejoramiento de la información, educación y comunicación influye notablemente en la comprensión del paciente, no solo a nivel individual, sino grupal y comunitario ⁽²³⁾.

4.1.7.1a. A NIVEL INDIVIDUAL

Escribir con una buena caligrafía.

Emplear buenas técnicas de comunicación.

Aplicar implementos tecnológicos para llegar plenamente a los pacientes ⁽¹⁸⁾.

4.1.7.1b. A NIVEL GRUPAL

La implementación de los grupos educativos permite que los pacientes expresen sus opiniones o ideas, aclaren sus inquietudes con mayor facilidad y tiempo, algo que se torna complicado en la consulta individual tradicional debido a la presión asistencial, así como la gran variedad de pacientes. Esto a su vez facilita a que el paciente sea consciente de lo que le preocupa y necesita saber, lo que también contribuye a su comprensión integral ⁽²⁵⁾.

4.1.7.1c. A NIVEL COMUNITARIO Y SOCIAL

En este nivel, se pretende inculcar conocimientos a un individuo para que se haga responsable de comunicar al resto de la población, ya que resulta complicado llegar a cada persona de manera individual ⁽²⁶⁾ Con esto también se fortalece la interacción de las comunidades dentro del contexto de participación social y comunitarias ⁽²⁵⁾.

Se aconseja que los murales donde se comparte información para ser vista por la población en general tengan mensajes claros, imágenes que no permitan doble interpretación y que faciliten la comprensión del lector ⁽²⁵⁾.

4.1.8. ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SALUD

Existen varias fuentes de donde puede provenir la información sobre salud: charlas, radio, televisión, periódicos, revistas, escuelas, universidades, páginas web, de otros medios sociales de comunicación, de médicos, odontólogos, enfermeros, farmacéuticos, educadores de la salud, otros profesionales dentro del mismo ámbito, así como de etiquetas de medicamentos y recipientes de productos alimenticios, pero no siempre quiere decir que esa información sea comprendida, procesada y puesta en práctica ⁽²⁶⁾.

Existe una extensa información de salud en comerciales y anuncios publicitarios, sin embargo no en todos los casos la información es transmitida de manera directa, detallada, comprensible y sistemática por profesionales de la salud. Por un lado, el lenguaje utilizado puede ser complicado o técnico, por otro lado la persona que emite el mensaje generalmente si hablamos de los medios de comunicación masiva tampoco puede dar garantía de que la información transmitida haya sido entendida, y si la totalidad de los individuos la hayan leído, escuchado o visto en la transmisión televisiva o radial, teniendo en cuenta que muchas personas poseen alguna discapacidad visual, o a su vez no posean las habilidades para comprender este tipo de información, o para algunos les resulte poco atractiva ⁽²⁶⁾.

4.1.9. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DEL ALFABETISMO EN SALUD BUCAL

El instrumento utilizado para la medición es la encuesta STOFHLA. Las preguntas validadas se pueden usar para identificar a las personas que necesitan ayuda adicional para comprender su salud bucal, las necesidades y las habilidades necesarias para practicar una mejor salud oral ⁽²⁷⁾.

Estas cuatro preguntas se pueden incluir en el formulario de admisión de salud o se pueden usar en una forma separada. Si las preguntas 1 o 2 están en " bastante seguro " o " extremadamente seguro " categoría " el paciente podrá entender las instrucciones escritas o materiales educativos. Si responden en las primeras tres categorías, " No del todo seguro, " 'un poco seguro' 'o' 'algo seguro' 'sabrá que se necesita asistencia adicional para garantizar que el paciente comprenda lo que se está exponiendo. Del mismo modo, con respecto a las preguntas 3 y 4, si el paciente responde en cualquiera de las últimas tres opciones, debe aplicar las recomendaciones ⁽²⁷⁾.

4.2.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

- ❖ **ALFABETISMO EN SALUD: BASES CONCEPTUALES Y EVIDENCIA EN ODONTOLOGÍA.** Ricardo Andrés Cartes-Velásquez. Resultado-Conclusiones: Si el alfabetismo en salud se basa en la capacidad de lograr y mantener un buen estado sanitario en interacción con el medio social (sistemas de salud), la evidencia empírica consiste en demostrar la relación directa entre ambas categorías. En odontología, el alfabetismo en salud bucal se refiere a su impacto en la salud de las propias personas o de quienes están a su cargo, por ejemplo en el binomio madre-hijo. Actualmente existen varios instrumentos psicométricos para medir esos 2 alfabetismos, clasificados en: reconocimiento y pronunciación de términos médicos, comprensión y preguntas de control; pero no se dispone de herramientas validadas en español para evaluar lo concerniente al odontológico. Precisamente por esa última limitación, en Latinoamérica escasean las investigaciones sobre alfabetismo en salud bucal, lo cual equivale a oportunidades perdidas para mejorar la salud bucal de la población ecuatoriana. 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. Aún 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.⁽²⁸⁾
- ❖ **ALFABETIZACIÓN EN SALUD EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL. PERSPECTIVAS EN SANTIAGO DE CUBA.** Dr. Rolando Bonal Ruiz, Dra. Mercedes Marzán Delis, Dra. Milvian Castillo Frómata y Dra. María de los Ángeles Rubán Alfaro. Se realizó una revisión bibliográfica sobre alfabetización en salud, donde se mencionan grupos vulnerables, con más probabilidades de poseer limitadas habilidades al respecto, así como la relación con promoción de salud, resultados sanitarios, disminución de costos económicos y ventajas de su aplicación; también se destaca su importancia en la medicina general integral y la posibilidad del

fortalecimiento, sobre todo a partir de la creación del grupo de desarrollo de la promoción de salud en esta especialidad. Se sugieren algunas estrategias para su implementación en la provincia. Palabras clave: alfabetización de salud, atención primaria de salud, medicina familiar, medicina general integral. 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.⁽²⁹⁾

- ❖ **PROPUESTAS DE EVALUACIÓN DE LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD.** Pilar Bas Sarmiento, Martina Fernández Gutiérrez, Miriam Poza Méndez, and Noelia Pelicano Piris. 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. La baja alfabetización repercute en aspectos tan importantes como: el estado de salud general; nivel y calidad de los autocuidados; grado de comprensión y seguimiento de las recomendaciones de salud y la participación en programas de Prevención y Promoción de la Salud. Dada la importancia de la Alfabetización en Salud para el estado de salud y para orientar intervenciones efectivas de Educación Sanitaria, se hace necesario evaluar las deficiencias o potencialidades de las capacidades de la población, obteniendo indicadores que permitan generar actuaciones efectivas. En este sentido, el objetivo del presente artículo es describir la evolución de la literatura científica y establecer el estado actual de la cuestión, determinando las deficiencias, fortalezas y necesidades a considerar en futuras investigaciones. Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva con diferentes estrategias de búsqueda en tres bases de datos diferentes (Pubmed, Psycinfo y Cochrane Library). Se obtuvieron 505 artículos que fueron clasificados con el programa Excel para

descartar duplicados, obteniendo un total de 365 artículos potencialmente relevantes. Tras el análisis, se seleccionaron 95 estudios. Se desarrolló un análisis crítico y bibliométrico de la literatura para establecer el estado de la cuestión: instrumentos de evaluación existentes, características psicométricas, debilidades y fortalezas, entre otras particularidades. ⁽³⁰⁾

- ❖ CONOCIMIENTOS DE SALUD ORAL Y RESULTADOS DE SALUD ORAL EN UNA POBLACIÓN ADULTA EN BRASIL. Marília Jesus Batista , Herenia Procopio Lawrence y Maria da Luz Rosário de Sousa. Aproximadamente el 71.5% presentó OHL bajo. Cuando se ajustó por edad y sexo (primer modelo), la baja OHL se asoció con caries no tratadas (Odds Ratio = 1,92, 95% Confidence Interval = 1,07-3,45), cepillado dental <3 veces al día (OR = 2,00, 1,11-3,62) y uso de hilo dental irregular (OR = 2.17, 1.24-3.80). Después de la inclusión de SES en el primer modelo, se encontraron asociaciones significativas para OHL bajo cuando los resultados fueron: presencia de biopelícula (OR = 1.83, 1.08-3.33), cuidado dental solo para emergencias (OR = 2.24, 1.24-4.04) y prevalencia de impacto en la salud oral sobre la calidad de vida (OR = 2.06, 1.15-3.69). Ajustando por edad, sexo y SES, OHL se relaciona con un factor de riesgo (biofilm) y una consecuencia de mala salud oral (visitas dentales de emergencia) y puede interferir con el impacto de las enfermedades bucales en la calidad de vida. Como la baja OHL puede modificarse, los resultados apoyan las estrategias de promoción de la salud oral dirigidas a mejorar la alfabetización de salud oral crítica y comunicativa en las poblaciones adultas. ⁽³¹⁾
- ❖ LA RELACIÓN DE LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD BUCAL Y LA AUTOEFICACIA CON EL ESTADO DE SALUD ORAL Y EL DESCUIDO DENTAL. Autores: Jessica Y. Lee , Kimon Divaris , A. Diane Baker , R. Gary Rozier y William F. Vann, Jr . Menos de un tercio de los participantes calificaron su OHS como muy bueno o excelente. Un OHL más alto se asoció con un mejor OHS (para un aumento REALD de 10 unidades: razón de prevalencia multivariado = 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 completamente ajustado que incluía OHL. *Conclusiones* El aumento de OHL se asoció con un mejor OHS pero no con DN. La autoeficacia fue un fuerte correlato de DN y puede mediar los efectos de la alfabetización en OHS. ⁽³²⁾
- ❖ RELACIÓN ENTRE LA ALFABETIZACIÓN DE SALUD ORAL Y LAS CONDUCTAS DE SALUD ORAL Y EL ESTADO CLÍNICO EN ADULTOS JAPONESES. : Masayuki Ueno, Susumu Takeuchi, Akiko Oshiro, Yoko Kawaguchi. Menos de la mitad de los

participantes conocía las palabras japonesas como "placa dental", "descamación", "gingivitis", "enjuague bucal con flúor", "campaña 8020", "enjuague bucal" y "placa dental", o respondió "verdadero" "En respuesta a la afirmación:" Escalar está relacionado con la enfermedad periodontal ". Cuanto mayor era la alfabetización de salud bucal de un participante, más a menudo se cepillaban los dientes o dentaduras postizas, la autocontrol de la afección bucal con un espejo, se sometían a controles dentales regulares y mejorar su estado de higiene oral. Además, las personas con una mayor alfabetización en salud oral tenían un número medio mayor de dientes naturales, n-FTU y nif-FTU. Los participantes con mayor alfabetización en salud oral también tenían menos dientes cariados. Conclusión: Nuestros hallazgos indican que la alfabetización en salud oral se asocia con las diferencias en los comportamientos de salud oral y el estado de salud oral clínica. Una comprensión de los niveles de alfabetización de salud oral de los participantes es crucial para diseñar materiales educativos de salud efectivos y crear programas de intervención para promover la salud oral. ⁽³³⁾

- ❖ MEJORANDO LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD ORAL - EL NUEVO ESTÁNDAR EN LA PRÁCTICA DE HIGIENE DENTAL. Lisa E. Bress. Resultado-Conclusiones:La enfermedad oral aún afecta a una parte importante del público estadounidense a pesar de que, en la mayoría de los casos, es prevenible. Los más afectados por la enfermedad oral provienen de grupos de bajos ingresos, ya que carecen del conocimiento de la atención médica y de los recursos financieros para buscar tratamiento. La mala salud oral afecta la salud general e influye negativamente en la calidad de vida en términos de nutrición, autoestima y la capacidad de asistir al trabajo o a la escuela. Persisten los desafíos de navegar un sistema de atención de salud cada vez más complejo, lo que perpetúa aún más la enfermedad oral en los Estados Unidos. La enfermedad que se experimenta en la infancia puede continuar hasta la edad adulta, lo que aumenta la probabilidad de que los padres modelen inadecuadamente los comportamientos de salud oral adecuados para sus hijos. Una solución a este círculo vicioso es cambiar el enfoque en los Estados Unidos desde el tratamiento de la enfermedad oral hasta la prevención de enfermedades mediante el aumento de OHL. Una vez que los ciudadanos estadounidenses, incluidos los trabajadores de la salud, los legisladores, las compañías de seguros, los educadores y los líderes de la comunidad, perciben que la salud bucodental y la salud general son igualmente importantes, es posible alcanzar la meta de mejorar la salud oral en los Estados Unidos. El aumento de OHL entre todos los grupos de población es fundamental para abordar la salud oral deficiente en los EE. UU. Los higienistas dentales se encuentran en una posición

única para marcar una diferencia en esta iniciativa ya que su función principal es la prevención mediante la educación del paciente y el establecimiento de interacciones positivas entre los pacientes. La comunicación más efectiva con los pacientes puede superar un cuadro de barreras y ayudar a empoderar a los pacientes para tomar decisiones positivas de salud oral. ⁽³⁴⁾

5.- HIPÓTESIS

El presente estudio no precisa de hipótesis por ser un estudio de carácter descriptivo.

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1.- MARCO METODOLÓGICO.

Enfoque: Cuantitativo ⁽³⁵⁾.

Diseño de Investigación: Descriptivo ⁽³⁶⁾.

Tipo de Investigación:

- **Por el ámbito:** De Campo.
- **Por la técnica:** Comunicacional (encuesta).
- **Por la temporalidad:** transversal-actual.

2.- POBLACIÓN Y MUESTRA.

La población de la parroquia de Baños es de 16.851 personas, de las cuales 7868 son hombres y 8983 son mujeres. Dentro del grupo etario entre 18 a 44 años existen 7.003 personas. Se llevó a cabo la investigación con una muestra de 372 personas, que incluye 192 mujeres y 180 hombres. ⁽³⁷⁾.

Se realizó un muestreo probabilístico estratificado y proporcional.

2.1.- CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Para la formalización de la población se consideró los siguientes criterios de selección:

2.1.a. Criterios de Inclusión: Se incluyeron en el presente estudio las personas de la Parroquia Baños, entre 18 y 44 años, además que acepten ser parte de la presente investigación y que estén en condiciones para responder al cuestionario.

2.1.b. Criterios de Exclusión: Se excluyeron del estudio las personas que poseen título de Médico y odontólogo.

2.2 Tamaño de la muestra:

Se utilizó la fórmula de muestreo con población conocida, con un nivel de confianza del 95% y un error de 5%.

El total de habitantes de la parroquia Baños de 18 a 44 años de edad es de 5.582

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

Dónde:

N: total de la población (habitantes) de 5582.

$z^2 = 1.96$ al cuadrado (confiabilidad del 95%)

P: 0,5 probabilidad de sanos. (En este caso

5%: 0.5)

q= probabilidad de enfermos (en este caso
5%=0.5)

E: error del 0,05 (corresponde a un error del 5%)

$$n = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.95 * 5582}{1.96^2 * 0.5 * 0.95^2 + 0.05^2(5582 - 1)}$$

$$n = 372$$

Para esto se utiliza la siguiente fórmula estadística para determinar la muestra en base a una población conocida.

3.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	INDICADOR	TIPO	ESCALA	DATOS
ALFABETIZACIÓN EN SALUD ORAL	El grado en que las personas tienen la capacidad de obtener, procesar y comprender información y servicios básicos de salud oral necesarios para tomar decisiones de salud apropiadas y actuar en consecuencia	Factores que hacen que una persona conozca sobre las ventajas y desventajas de la salud oral	Encuesta-Cuestionario	Cualitativa	Nominal	Si/No
SEXO	El sexo es un conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer	Características fenotípicas que diferencian al hombre de la mujer.	Cualitativo	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino

EDAD	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Número de años cumplidos	Cuantitativa	Cuantitativa	Razón	18 a 44 años
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Se denomina instrucción al proceso mediante el cual una persona o un grupo de personas atraviesan un período de adquisición de conocimientos	Nivel de escolaridad que ha alcanzado una persona a lo largo de su vida	cualitativa	Cualitativa	Nominal	Analfabeto Primaria Secundaria Superior universitario Superior técnico

4.- INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

4.1 INSTRUMENTOS DOCUMENTALES:

Se utilizará la encuesta de STOFHLA (Short Test of Functional Health Literacy in Adults)

4.2 INSTRUMENTOS MECANICOS:

Computador portátil, procesador i7

4.3 MATERIALES:

Materiales de escritorio.

4.4 RECURSOS:

Para llevar a cabo el estudio se necesitaron recursos institucionales (UCACUE), recursos humanos (Encuestadores y Tutores) y recursos financieros (autofinanciados).

5.- PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS

5.1.- UBICACIÓN ESPACIAL

La Parroquia se encuentra a sólo 8 kilómetros al suroeste de la ciudad de Cuenca. Limita con la Parroquia San Joaquín al norte, con las parroquias de Tarqui y Victoria del Portete al sur, San Gerardo, Chumblín, San Fernando y Zhaglli, al este, y con Chaucha hacia el oeste. Baños tiene una superficie de 327,3 km², que representa el 10,6 por ciento de la superficie total del cantón de Cuenca.

5.2.- UBICACIÓN TEMPORAL

La investigación se realizó entre los meses de marzo y abril del 2018, recolectando datos de encuestas para expresar en resultados los niveles de alfabetización en salud bucal.

5.3.- PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS

Para el registro de datos, se tomó en cuenta las encuestas aplicadas en la parroquia Baños, considerando los límites, el número de manzanas y de casas designadas a cada encuestador.

5.3.a. MÉTODO DE EXAMEN UTILIZADO POR LOS EXAMINADORES

Se inició con los datos de identificación de la persona encuestada, estos incluyen: nombre, sexo, edad, número cédula, nivel de instrucción, ocupación, ingreso mensual; se procede con la firma del consentimiento informado y finalmente con la realización del cuestionario.

5.3.b. CRITERIOS DE REGISTRO DE HALLAZGOS

Los datos obtenidos mediante la encuesta se registran en el programa Epi Info™

6.- PROCEDIMIENTO PARA EL ANALISIS DE DATOS. –

La encuesta sobre alfabetización en salud oral consta de 4 preguntas cerradas con opciones entre 1 a 5. De esta manera la primera y segunda pregunta dan un punto de forma individual cuando se ha marcado el literal 4 o 5, la tercera y cuarta pregunta dan un punto por literal si se ha marcado las opciones 1 o 2. Con estos valores se obtiene una escala de 0 a 4, es así que las personas con puntuación de 4 tienen alfabetización en salud oral, y puntuación de 3 a 0 no tienen alfabetización.

7.- ASPECTOS BIOÉTICOS

El presente estudio no implicó conflictos bioéticos. Se les indicó que existe 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

El siguiente estudio fue realizado con los datos de la encuesta de salud bucal a los adultos de 18 a 44 años de edad en la parroquia Baños, Cuenca- Ecuador, que constan en el registro del departamento de investigación de la carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca, mostrando los siguientes resultados:

TABLA No 1.- NIVEL DE ALFABETIZACIÓN EN SALUD BUCAL.

NIVEL DE ALFABETIZACIÓN		
	n	%
Alta alfabetización	88	24
Baja alfabetización	284	76
Total general	372	100

Baja Alfabetización: 76%

INTERPRETACIÓN. Se observa un nivel de baja alfabetización en salud bucal del 76%.

TABLA No 2.- DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DE ACUERDO AL SEXO.

SEXO	ALTA ALFABETIZACIÓN		BAJA ALFABETIZACIÓN		TOTAL GENERAL	
	n	%	N	%	n	%
FEMENINO	43	12	149	40	192	52
MASCULINO	45	12	135	36	180	48
TOTAL	88	24	284	76	372	100

(p: 0.5548)

INTERPRETACIÓN: La siguiente tabla nos indica que 149 personas del sexo femenino poseen una deficiente alfabetización en salud bucal con un porcentaje del 40%, seguido del sexo masculino con 135 casos. Por lo que el sexo femenino presenta mayor analfabetismo en salud bucal.

TABLA No 3.- DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DE ACUERDO A LA EDAD.

EDAD	ALTA ALFABETIZACIÓN		BAJA ALFABETIZACIÓN		TOTAL GENERAL	
	N	%	N	%	N	%
18-22	24	7	68	18	92	25
23-27	13	4	63	17	76	20
28-32	15	4	60	16	75	20
33-37	18	5	38	10	56	15
38-42	14	4	41	11	55	15
43-44	4	1	14	4	18	5
Total	88	24	284	76	372	100

(p: 0.4141)

INTERPRETACIÓN: En la siguiente tabla se puede observar que el grupo de edades con una mala alfabetización en salud bucal son los grupos de 18-22 y 23-27 años con 68 y 63 casos respectivamente

TABLA No 4.- NIVEL DE ALFABETIZACIÓN EN SALUD BUCAL SEGÚN EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	BUENA ALFABETIZACIÓN		MALA ALFABETIZACIÓN		TOTAL GENERAL	
	N	%	N	%	N	%
ANALFABETO	2	1	3	1	5	1
PRIMARIA	16	4	69	18	85	23
SECUNDARIA	40	11	132	35	172	46
SUPERIOR TÉCNICA	18	5	38	10	56	15
SUPERIOR UNIVERSITARIA	12	3	42	11	54	15
TOTAL	88	24	284	76	372	100

(p: 0.3862)

INTERPRETACIÓN: El grado de instrucción con mejor alfabetización en salud bucal es el nivel secundario con 40 casos equivalente al 11%.

TABLA No 5.- RELACIÓN ENTRE ALFABETIZACIÓN EN SALUD BUCAL Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	ALTA ALFABETIZACIÓN		BAJA ALFABETIZACIÓN		TOTAL GENERAL	
	n	%	N	%	N	%
BAJO	204	72	58	66	262	70
ALTO	80	28	30	34	110	30
Total	284	100	88	100	372	100

(p : 0.00494)

INTERPRETACIÓN. El grado de instrucción con mejor alfabetización en salud bucal es el nivel bajo con 58 casos equivalente al 34% el resultado evidencia que el grado de instrucción bajo presenta un bajo nivel de alfabetización en salud bucal con el 66% de los casos.

La relación entre el nivel de alfabetización en salud bucal y el grado de instrucción que consiste en dos niveles; alto que corresponde a estudios tanto primaria y secundaria completa e incompleta, nivel bajo que corresponde a estudios tanto primario y secundaria completa e incompleta y sin estudios. En la muestra del estudio realizado a 372 adultos de 18 a 44 años, de la parroquia Baños, dio como resultado el chi cuadrado es igual a (p : 0.00494) lo que demuestra que tiene significancia, es decir que existe relación entre el nivel de instrucción y el nivel de alfabetización en salud bucal.

2.- DISCUSIÓN

El presente estudio se ejecutó con el objetivo de Calcular el nivel de alfabetización en salud oral en adultos de 18 a 44 años de la parroquia Baños del cantón Cuenca, en donde la población encuestada accedió de forma libre a ser parte del estudio y completar el cuestionario. La población es de 372 personas encuestadas, donde el 52% corresponden al sexo femenino y el 48% al sexo masculino.

En esta investigación se obtuvieron resultados que indican una mayor deficiencia de alfabetización en salud, de manera que el 76 % equivalente a 284 casos pertenecen a este grupo de baja alfabetización. Que es similar a los resultados obtenidos por Marília Jesús Batista y col⁽³¹⁾. En el artículo, conocimientos de salud oral y resultados de higiene dental en una población adulta en Brasil, donde se obtuvo una alfabetización deficiente con una prevalencia del 71.5 %.

El estudio realizado por Jonatan Konfino⁽³⁸⁾ sobre la alfabetización en salud a 229 personas asistentes a un hospital universitario expresa un mayor porcentaje de buena alfabetización con 37.6% en el sexo femenino lo cual es opuesto a nuestros resultados ya que solo el 12% de mujeres presentan una adecuada alfabetización.

El estudio de Konfino indica que el nivel de la inadecuada alfabetización en salud es del 30.1%.en contraste con nuestra investigación que describe el 76 %.como la preeminencia de la baja alfabetización.

Raquel Pelayo Alonso y cols.⁽³⁹⁾ Llevaron a cabo un estudio sobre alfabetización en salud en un hospital universitario de España. Se aplicó el cuestionario para determinar los niveles a 37 personas, de esta manera obtuvieron resultados que indican que el 83% presentan una inadecuada o problemática alfabetización, datos similares se reflejan en nuestro estudio ya que de la población entrevistada el 76% tiene una mala alfabetización.

En la investigación actual el sexo que se encuentra más afectado por las malas condiciones de alfabetización en salud oral es el femenino con un porcentaje del 52% teniendo una leve diferencia al sexo masculino.

Estos resultados contrastan con los del artículo de Pelayo ⁽³⁹⁾ de 37 personas durante el 2017 en el cual el sexo masculino tiene una mayor deficiencia en alfabetización en salud bucal con un porcentaje del 54%.

En un análisis por parte de Konfino y col. Determinaron que el nivel de instrucción educativa donde los pacientes con instrucción baja es decir en pacientes que solo han cursado un nivel bajo de alfabetización en salud, coincide con este estudio al presentarse bajo nivel de alfabetización en salud en adultos que han cursado un nivel bajo de instrucción educativa (66%), si se relaciona en forma significativa con estas dos variables, y se convierte en una barrera para acceder a los servicios de salud,

3.- CONCLUSIONES

- El nivel de alfabetización en salud bucal tiene mayor porcentaje de baja alfabetización con 76% en la parroquia Baños, Cuenca- Ecuador, Agosto 2017- Abril 2018.
- El sexo femenino es el que posee mayor deficiencia de alfabetización en salud bucal con 149 casos equivalente al 40% en la parroquia Baños, Cuenca- Ecuador, Agosto 2017- Abril 2018.
- El grupo etario más afectado por el nivel inadecuado de alfabetización en salud bucal es el de 18 a 22 años con 68 casos en la parroquia Baños, Cuenca- Ecuador, Agosto 2017- Abril 2018.
- El grado de instrucción con mejor alfabetización en salud bucal es el nivel secundario con 40 casos equivalente al 11% en la parroquia Baños, Cuenca- Ecuador, Agosto 2017- Abril 2018. Si existe relación entre el grado de instrucción y el nivel de alfabetización en salud bucal en base a la expresión de chi cuadrado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud es el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar. [Online].; 2014.
Disponible en <http://www.paho.org/>
2. Ministerio de Salud Pública. SlidePlayer. [Online].; 2006 [cited 2017 Dic 29]. Available from: <http://slideplayer.es/slide/11937855/>.
3. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Brand H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12(1):80.
4. Gente sana 2010. Comunicación de salud e informática de salud.
Disponible en: <http://www.healthypeople.gov/hp2020/Objectives/TopicArea.aspx?id=25&TopicArea=Health+Communication+and+Health+IT>
5. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS Alfabetización en salud y riesgo de ingreso hospitalario. J Gen Intern Med. 1998 Dic; 13 (12): 791-8.
6. Instituto de Medicina. Alfabetización de salud: una receta para terminar con la confusión . National Academy Press . 2004
7. Michael Glick OM. Visión 2020 de la FDI. [Online].; 2012 [cited 2017 Dic 27]. Available from: http://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/resources/vision_2020_spanish.pdf.
8. Ayala Eugenia PG. Plan Nacional de SALud Bucal. [Online].; 2009 [cited 2017 Dic 29].
Available from: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20BUCAL.pdf>.
9. La barrera invisible: la alfabetización y su relación con la salud oral. Un informe de un grupo de trabajo patrocinado por el Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial, Instituto Nacional de Salud, Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, Departamento de Salud y Servicios Humanos. Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial, Instituto Nacional de Salud, Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, Departamento de Salud y Servicios Humanos. J Public Health Dent. 2005 Verano; 65 (3): 174-82.
10. A. Horowitz , D. Kleinman. Alfabetización oral en salud: el nuevo imperativo para mejorar la salud oral Dent Clin North Am , 52 (2008) , pp. 333 – 344

11. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012; 12(1):80.
Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>
12. Centro de control y prevención de enfermedades. *Understanding Health Literacy*. 2011.
Disponibe en <https://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/Understanding.html>
13. Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
14. Lee SD, Arozullah AM, Choc YI. Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Soc Sci Med*. 2004; 58:1309-21.
15. Institute of Medicine: *Health literacy: a prescription to end confusion*. Washington, DC: The National Academies; 2004.
16. Mancuso JM. Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nurs Health Sci*. 2008; 10:248-55.
17. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*. 2011; 155(2):97-107.
18. Oates DJ, Paasche-Orlow MK. Health literacy: communication strategies to improve patient comprehension of cardiovascular health. *Circulation*. 2009 [citado]; 119(7):1049-51.
Disponible en: <http://circ.ahajournals.org/content/119/7/1049.long>
19. Sanders LM, Federico S, Klass P, Abrams MA, Dreyer B. Literacy and child health: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009; 163(2):131-40.
20. Vianney Pons JM. El déficit de comprensión numérica. *Las matemáticas como problema*. *Med Clin (Barc)*. 2012; 138:15-7
21. At the heart of plain language. Available at: www.plainlanguagenetwork.org/. Accessed August 15, 2007.
22. Doak CC, Doak LG, Root JH. *Teaching patients with low literacy skills*. 2nd edition. Philadelphia: JB Lippincott Company; 1996.
23. Bonal Ruiz R, Almenares Camps HB, Marzán Delis M. Coaching de salud, un nuevo enfoque en el empoderamiento del paciente con enfermedades crónicas no transmisibles. *MEDISAN*. 2012 [citado 12 Ago 2012]; 16(5). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000500014

24. Cuesta Mejías LA. La dispensarización en el policlínico universitario docente de Playa un año después de la reorganización. Rev Cubana Med Gen Integr. 2011 [citado]; 27(1): 42-49.
Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_27_1_11/mgi05111.htm
25. Sierra Pérez D, Muñoz Roque AM, Gandul Salabarría L, Pérez Charbonier C, Barceló Montiel Z, Fernández Corona BG. Programa del médico y la enfermera de la familia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas [citado 6 Mar 2012]; 2011. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/programa_med_enf_familia/indice_p.htm
26. Bonal Ruiz Rolando. Alfabetización en salud en medicina general integral. Perspectivas en Santiago de Cuba. MEDISAN. 2013 Enero; 1(17).
27. V. HAMKD. Oral Health Literacy The new imperative for oral health. Dental Clinics. 2008; 52(2): p. 333 - 344.
28. Cartes-Velásquez Ricardo Andrés. Alfabetismo en salud: bases conceptuales y evidencia en odontología. MEDISAN [Internet]. 2015 Abr [citado 2018 Jul 23]; 19(4): 562-570.
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000400013&lng=es.
29. Bonal Ruiz Rolando, Marzán Delis Mercedes, Castillo Frómata Milvian, Rubán Alfaro María de los Ángeles. Alfabetización en salud en medicina general integral. Perspectivas en Santiago de Cuba. MEDISAN [Internet]. 2013 Ene [citado 2018 Jul 23]; 17(1): 126-140.
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100016&lng=es.
30. Pilar Bas Sarmiento, Martina Fernández Gutiérrez. Propuestas de evaluación de la Alfabetización en Salud. Psychologia Latina. 2015, Vol. 6, No. 1, 1-11. Disponible en <https://psicologia.ucm.es/data/cont/docs/29-2016-06-16-01%20BAS%20SARMIENTO24.pdf>
31. Batista Marília Jesus, Procopio Lawrence. Oral health literacy and oral health outcomes in an adult population in Brazil. BMC Public Health. 2017 September 22; 17: 736.
Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5530456/>

32. Lee Jessica Y. The Relationship of Oral Health Literacy and Self-Efficacy With Oral Health Status and Dental Neglect. *American Journal of Public Health*, 102(5), 923–929. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2011.30029>
33. Yoko Kawaguchi. Relationship between oral health literacy and oral health behaviors and clinical status in Japanese adults. *Journal of Dental Sciences*. Volume 8, Issue 2, June 2013, Pages 170-176.
Disponibile _____ en
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1991790212001547>
34. Bress Lisa E. Improving Oral Health Literacy – The New Standard in Dental Hygiene Practice. *American Dental Hygienists' Association* December 2013, 87 (6) 322-329;
Disponibile en <https://jdh.adha.org/content/87/6/322>
35. Villavicencio-Caparó E., Cuenca-León K., Vélez- León E., Sayago-Heredia J., CabreraDuffau A. Pasos para la planificación de una investigación clínica. *Odontología activa UCACUE* Vol. 1 No.1, enero 2016. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php?journal=OACTIVAUCACUE&page=article&op=view&path%5B%5D=20&path%5B%5D=22>.
36. Villavicencio-Caparó E., Alvear-Córdova M., Cuenca-León K., Calderón-Curipoma M., Palacios-Vivar D., Alvarado-Cordero A. Diseños de estudios clínicos en odontología. *Revista OACTIVA UC Cuenca*. Vol. 1, No. 2, 2016.
Disponibile _____ en:
<http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php?journal=OACTIVAUCACUE&page=article&op=view&path%5B%5D=37&path%5B%5D=46>
37. Villavicencio Caparó E, Alvear Córdova MC, Cuenca León K, y cols. El tamaño muestral para la tesis ¿Cuántas personas debo encuestar? *Revista OACTIVA UC Cuenca*. Vol. 2. No. 1, pp 59-62. 2017.
38. Konfino Jonatan. ALFABETIZACION EN SALUD EN PACIENTES QUE ASISTEN A UN HOSPITAL UNIVERSITARIO. *Medicina*, 69(6), 631–634.
Disponibile en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4180496/>
39. Pelayo Alonso Raquel, Martínez Álvarez Patricia, Merino García Sara, Labrador Pérez Alicia, Sánchez Cano Soraya, Cobo Sánchez José Luis. Análisis del nivel de alfabetización en salud, en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Enferm Nefrol [Internet]*. 2017 Sep [citado 2018 Jul 23] ; 20(3): 221-226.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842017000300221&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842017000300004>.

ANEXOS

ANEXO.- TOTAL DE LA POBLACION SEGÚN NIVEL DE ALFABETIZACION

EDAD	SEXO	CORTE	INSTRUCCIO CORTE
18	Femenino	<i>buena alfa</i>	BAJO
18	Masculino	<i>buena alfa</i>	BAJO
18	Femenino	<i>buena alfa</i>	BAJO
18	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
18	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
18	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
18	Femenino	<i>buena alfa</i>	BAJO
18	Femenino	<i>buena alfa</i>	BAJO
18	Femenino	<i>buena alfa</i>	BAJO
18	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
18	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
18	Femenino	<i>buena alfa</i>	BAJO
18	Femenino	<i>buena alfa</i>	BAJO
18	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
19	Femenino	<i>mala alfa</i>	ALTO
19	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
19	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
19	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
19	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
19	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
19	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
19	Masculino	<i>buena alfa</i>	BAJO
19	Femenino	<i>buena alfa</i>	BAJO
19	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
19	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
19	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
19	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
19	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
19	Masculino	<i>buena alfa</i>	BAJO
19	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
19	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
19	Masculino	<i>buena alfa</i>	BAJO
19	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
19	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
19	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
19	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
19	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
19	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
19	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
19	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
19	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO

19	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
19	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
20	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
20	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
20	Masculino	<i>buena alfa</i>	BAJO
20	Masculino	<i>buena alfa</i>	BAJO
20	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
20	Femenino	<i>mala alfa</i>	ALTO
20	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
20	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
20	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
20	Masculino	<i>buena alfa</i>	BAJO
20	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
20	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
20	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
20	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
20	Masculino	<i>buena alfa</i>	BAJO
20	Femenino	<i>mala alfa</i>	ALTO
20	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
20	Femenino	<i>mala alfa</i>	ALTO
20	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
20	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
20	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
20	Femenino	<i>buena alfa</i>	ALTO
21	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
21	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
21	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
21	Femenino	<i>mala alfa</i>	ALTO
21	Femenino	<i>mala alfa</i>	ALTO
21	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
21	Masculino	<i>buena alfa</i>	ALTO
21	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
21	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
21	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
21	Femenino	<i>buena alfa</i>	ALTO
21	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
21	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
21	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
21	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
21	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
21	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
21	Femenino	<i>buena alfa</i>	BAJO
22	Femenino	<i>mala alfa</i>	ALTO
22	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO

22	Masculino	<i>buena alfa</i>	BAJO
22	Femenino	<i>buena alfa</i>	BAJO
22	Femenino	<i>mala alfa</i>	ALTO
22	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
22	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
22	Femenino	<i>buena alfa</i>	BAJO
22	Masculino	<i>buena alfa</i>	ALTO
22	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
23	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
23	Masculino	<i>buena alfa</i>	ALTO
23	Femenino	<i>mala alfa</i>	ALTO
23	Masculino	<i>buena alfa</i>	BAJO
23	Femenino	<i>mala alfa</i>	ALTO
23	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
23	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
23	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
23	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
23	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
23	Masculino	<i>buena alfa</i>	BAJO
23	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
23	Femenino	<i>mala alfa</i>	ALTO
23	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
23	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
23	Femenino	<i>buena alfa</i>	BAJO
23	Femenino	<i>mala alfa</i>	ALTO
23	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
23	Femenino	<i>mala alfa</i>	ALTO
23	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
24	Femenino	<i>mala alfa</i>	ALTO
24	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
24	Femenino	<i>mala alfa</i>	ALTO
24	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
24	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
24	Masculino	<i>buena alfa</i>	ALTO
24	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
24	Masculino	<i>buena alfa</i>	ALTO
24	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
24	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
24	Femenino	<i>mala alfa</i>	ALTO
24	Femenino	<i>mala alfa</i>	ALTO
24	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
25	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
25	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
25	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO

25	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
25	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
25	Femenino	<i>buena alfa</i>	ALTO
25	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
25	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
25	Femenino	<i>buena alfa</i>	BAJO
25	Femenino	<i>mala alfa</i>	ALTO
25	Masculino	<i>buena alfa</i>	ALTO
25	Masculino	<i>buena alfa</i>	BAJO
25	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
25	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
25	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
26	Masculino	<i>buena alfa</i>	ALTO
26	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
26	Masculino	<i>buena alfa</i>	BAJO
26	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
26	Femenino	<i>mala alfa</i>	ALTO
26	Femenino	<i>mala alfa</i>	ALTO
26	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
26	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
26	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
26	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
26	Femenino	<i>mala alfa</i>	ALTO
26	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
26	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
27	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
27	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
27	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
27	Masculino	<i>buena alfa</i>	BAJO
27	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
27	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
27	Femenino	<i>mala alfa</i>	ALTO
27	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
27	Femenino	<i>mala alfa</i>	ALTO
27	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
27	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
27	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
27	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
27	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
27	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
28	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
28	Femenino	<i>mala alfa</i>	ALTO
28	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
28	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO

28	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
28	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
28	Femenino	<i>buena alfa</i>	BAJO
28	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
28	Masculino	<i>buena alfa</i>	BAJO
28	Femenino	<i>mala alfa</i>	ALTO
28	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
28	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
28	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
28	Masculino	<i>buena alfa</i>	ALTO
28	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
28	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
28	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
28	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
28	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
29	Femenino	<i>mala alfa</i>	ALTO
29	Femenino	<i>mala alfa</i>	ALTO
29	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
29	Masculino	<i>buena alfa</i>	ALTO
29	Femenino	<i>buena alfa</i>	ALTO
29	Masculino	<i>buena alfa</i>	ALTO
29	Femenino	<i>buena alfa</i>	BAJO
29	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
29	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
29	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
29	Femenino	<i>buena alfa</i>	ALTO
29	Femenino	<i>mala alfa</i>	ALTO
29	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
29	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
30	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
30	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
30	Masculino	<i>buena alfa</i>	BAJO
30	Femenino	<i>mala alfa</i>	ALTO
30	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
30	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
30	Femenino	<i>buena alfa</i>	ALTO
30	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
30	Femenino	<i>buena alfa</i>	ALTO
30	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
30	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
30	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
30	Femenino	<i>buena alfa</i>	BAJO
30	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
30	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO

30	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
30	Femenino	<i>mala alfa</i>	ALTO
30	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
30	Femenino	<i>mala alfa</i>	ALTO
30	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
30	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
30	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
31	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
31	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
31	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
31	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
31	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
31	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
31	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
32	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
32	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
32	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
32	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
32	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
32	Masculino	<i>buena alfa</i>	ALTO
32	Masculino	<i>buena alfa</i>	BAJO
32	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
32	Masculino	<i>buena alfa</i>	ALTO
32	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
32	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
32	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
32	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
33	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
33	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
33	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
33	Femenino	<i>buena alfa</i>	BAJO
33	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
33	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
33	Femenino	<i>mala alfa</i>	ALTO
33	Masculino	<i>buena alfa</i>	ALTO
33	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
33	Femenino	<i>buena alfa</i>	BAJO
34	Femenino	<i>buena alfa</i>	BAJO
34	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
34	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
34	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
34	Femenino	<i>buena alfa</i>	ALTO
34	Femenino	<i>mala alfa</i>	ALTO
35	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO

35	Femenino	<i>buena alfa</i>	BAJO
35	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
35	Femenino	<i>buena alfa</i>	BAJO
35	Femenino	<i>buena alfa</i>	BAJO
35	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
35	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
35	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
35	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
35	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
35	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
35	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
35	Masculino	<i>buena alfa</i>	ALTO
35	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
35	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
35	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
35	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
36	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
36	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
36	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
36	Masculino	<i>buena alfa</i>	BAJO
36	Masculino	<i>buena alfa</i>	BAJO
36	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
36	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
36	Masculino	<i>buena alfa</i>	ALTO
36	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
36	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
36	Femenino	<i>buena alfa</i>	BAJO
36	Femenino	<i>buena alfa</i>	ALTO
36	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
36	Masculino	<i>buena alfa</i>	ALTO
36	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
36	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
36	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
36	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
36	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
37	Masculino	<i>buena alfa</i>	BAJO
37	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
37	Masculino	<i>buena alfa</i>	ALTO
37	Masculino	<i>buena alfa</i>	BAJO
37	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
38	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
38	Femenino	<i>buena alfa</i>	BAJO
38	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
38	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
38	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO

38	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
38	Femenino	<i>buena alfa</i>	ALTO
38	Masculino	<i>buena alfa</i>	BAJO
38	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
38	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
38	Femenino	<i>buena alfa</i>	BAJO
38	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
38	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
38	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
38	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
39	Masculino	<i>buena alfa</i>	BAJO
39	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
39	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
39	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
39	Femenino	<i>buena alfa</i>	BAJO
39	Femenino	<i>mala alfa</i>	ALTO
40	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
40	Femenino	<i>mala alfa</i>	ALTO
40	Femenino	<i>buena alfa</i>	BAJO
40	Masculino	<i>buena alfa</i>	BAJO
40	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
40	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
40	Masculino	<i>buena alfa</i>	BAJO
40	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
40	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
40	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
40	Masculino	<i>mala alfa</i>	ALTO
40	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
40	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
40	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
40	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
40	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
40	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
40	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
41	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
41	Femenino	<i>buena alfa</i>	BAJO
41	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
41	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
41	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
41	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
41	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
41	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
42	Femenino	<i>mala alfa</i>	ALTO
42	Femenino	<i>buena alfa</i>	BAJO
42	Femenino	<i>buena alfa</i>	BAJO
42	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
42	Femenino	<i>buena alfa</i>	ALTO
42	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO

42	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
42	Masculino	<i>buena alfa</i>	BAJO
42	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
42	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
42	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
42	Femenino	<i>mala alfa</i>	ALTO
43	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
43	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
43	Masculino	<i>buena alfa</i>	BAJO
43	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
43	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
43	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
43	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
43	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
43	Masculino	<i>buena alfa</i>	ALTO
43	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
43	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
44	Masculino	<i>mala alfa</i>	BAJO
44	Femenino	<i>buena alfa</i>	ALTO
44	Femenino	<i>buena alfa</i>	BAJO
44	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
44	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
44	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO
44	Femenino	<i>mala alfa</i>	BAJO

ANEXO. - ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

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

Edad: _____ AÑOS Ocupación: _____ PARROQUIA: _____

OPCIONAL

Ingreso mensual familiar aproximado: _____

¿Cuántas personas dependen de este ingreso?: _____

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 | |

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 planeado 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 sintoma 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 sintoma 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. Postpone las citas, asiste al dentista regularmente	Valor: 1 si los literales b, d o f están marcados Si el literal c está marcado no es un puntaje de Indiferencia dental

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

Firma.....

Activar Windows
Ve a Configuración para activar

NEGLIGENCIA DENTAL					
Califique del 1 al 5 si está de acuerdo con esta frase :	Definitivamente no			Definitivamente si	
	1	2	3	4	5
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 de farmacia d) Por hábito 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. Comienzé 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 ()

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	

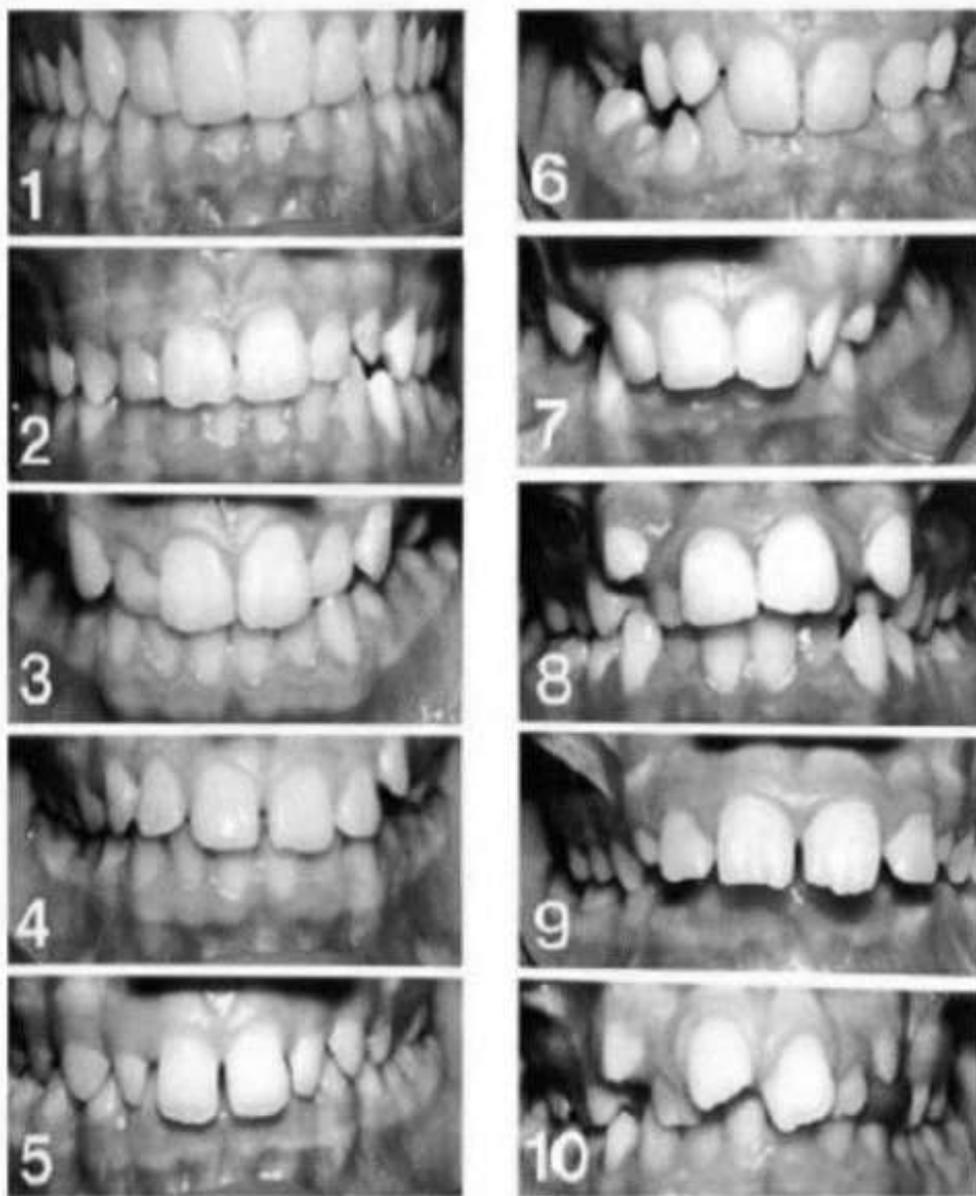
RELACION PROFESIONAL/PACIENTE	
Poco =1 Lo Justo = 2 Bueno=3 Muy Bueno =4 Excelente =5	
45. Le hace sentir cómodo:	1 2 3 4 5
46. Le trata con respeto:	1 2 3 4 5
47. Muestra interés en sus ideas acerca de mi salud dental:	1 2 3 4 5
48. Entiende sus preocupaciones principales:	1 2 3 4 5
49. Le presta atención (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
60. Se toma el tiempo necesario con Ud:	1 2 3 4 5

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

AUTOPERCEPCIÓN			
En los últimos 6 meses. Los dientes cariados te han causado dificultad para:			
Nº		Afectados Si/No	Severidad
69	Comer alimentos (comidas, helados)	Si → No	1 2 3
70	Hablar claramente	Si → No	1 2 3
71	Lavarse los dientes	Si → No	1 2 3
72	Descansar (incluyendo dormir)	Si → No	1 2 3
73	Mantener un buen estado de ánimo (sin 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



ANEXO.- STOFHLA (SHORT TEST OF FUNCTIONAL HEALTH LITERACY IN ADULTS)

	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