



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**ADAPTACIÓN, EVALUACIÓN DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE DOS
INSTRUMENTOS QUE MIDEN LAS CREENCIAS E IMPORTANCIA EN
SALUD BUCODENTAL EN ADULTOS MAYORES MEXICANOS**

T E S I S

QUE PARA OPTAR ÚUÜÆL GRADO DE:

MAESTRA EN CIENCIAS

P R E S E N T A:

ROSA IRENE MELGAREJO CASTREJÓN

**TUTOR: D. EN C. SERGIO SÁNCHEZ GARCÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

MÉXICO, D.F. A ENERO DE 2013.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UN/M
POSGRADO



A mi padre.

AGRADECIMIENTOS

Todo mi agradecimiento a la Universidad Nacional Autónoma de México, mi Alma Mater, a la Unidad de Estudios de Posgrado y a la Facultad de Odontología por permitirme continuar con el sueño de ser una mejor mexicana y por prepararme para dar servicio a mi país. Es un orgullo pertenecer a esta comunidad.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, gracias por el apoyo económico que incentiva la investigación en nuestro país.

A la Unidad de Envejecimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social, en especial a Aurelio y Evita por todo el apoyo brindado para la realización de esta investigación.

A los hombres de mi vida, Miguel y Airy. No existen palabras en el mundo para agradecer la paciencia, la fortaleza y la entereza con las que han enfrentado a mi lado la hazaña de llegar aún más lejos de lo que pensaba. Sin ustedes no habría sido posible. Espero que el trabajo realizado en estos años sirva de ejemplo para ti, Airy, para que llegues mucho más allá de lo que puedas imaginar ahora.

Al Doctor Sergio, gracias, muchas gracias por haberme guiado y por haber aguantado estos más de dos años de arduo trabajo.

Doctora Erika...es casi inimaginable pensar en este trabajo terminado sin su consejo y apoyo; siempre sincero y siempre a tiempo. Gracias por compartir sus conocimientos de manera objetiva a pesar del vínculo formado.

A mi grupo de maestría, al grupo de Odontología Comunitaria: Álvaro. Gracias por todas esas noches de desvelo, desmañadas, el apoyo a la hora de estudiar y hacer tareas, por las palabras de aliento cuando parecía que ya no se podía y por siempre compartir con una sonrisa lo positivo de la vida.

Anelito!!!! Siempre al pie del cañón. Siempre con palabras de aliento y de admiración no merecida. Sigamos adelante que el estudio y el aprendizaje nunca deben terminar.

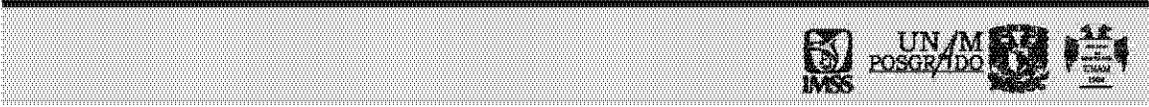
Imposible mencionar a todos y cada uno de los involucrados. A todos aquellos en mi familia, amigos y profesores que siempre estuvieron al pendiente de mis avances y animándome para que este trabajo se concluyera victoriosamente.

GRACIAS

1 RESUMEN

INTRODUCCIÓN. Debido a que no existen actualmente en México o en América Latina instrumentos capaces de medir **las actitudes (creencias e importancia)** hacia la **salud oral en adultos mayores** y ya que es importante disponer de instrumentos que contribuyan a su valoración, se realiza la validación de los instrumentos creados por la Dra. Asuman Kiyak los cuales fueron utilizados para valorar los factores predisponentes de Utilización de los Servicios de Salud Oral en los Estados Unidos de América; con estos instrumentos se espera aportar más elementos para la evaluación de la **salud oral** en este grupo de personas. **OBJETIVO.** Estimar la **validez y confiabilidad** de dos instrumentos que detectan las **actitudes (creencias e importancia)** hacia la **salud oral en adultos mayores.** **RESULTADOS.** Se encuestó a **174** adultos mayores con una edad promedio ($\pm 1DE$) de **72.98** (7.92) años, de los cuales, el **63.8%** (n=111) fueron mujeres y cuya edad promedio fue de **72.77** (8.02) años y **36.2%** (n=63) fueron hombres, su edad promedio fue **73.35** (7.79) años. No hubo diferencias en edad por sexo. En la prueba para evaluar la **homogeneidad**, se obtuvieron valores en el alfa de Cronbach de **0.782** en creencias y **0.716** y **0.849** en importancia para dentados y para edéntulos respectivamente. La **concordancia**, a través de la prueba Coeficiente de Correlación Intraclase (**CCI**) fue del **0.763** para el instrumento de creencias y de **0.874** para el instrumento de importancia y que va de moderada a buena. Las **correlaciones** encontradas entre los instrumentos de **creencias e importancia para dentados** (**$r=0.240$, $p=0.002$**), **creencias e importancia para edéntulos** (**$r=0.458$, $p=0.064$**) y la correlación entre el Geriatric Oral Health Assesment Index (**GOHAI**) (percepción de

salud y necesidad de tratamiento oral) y el instrumento de **creencias** ($r=0.008$, $p=0.915$), así como la correlación entre el **GOHAI** para el cuestionario de **importancia para dentados** ($r=0.182$, $p=0.016$), y la correlación entre el **GOHAI** y el cuestionario de **importancia para edéntulos** ($r=0.023$, $p=0.716$) fueron de débiles a moderadas. Tras la realización del **análisis factorial** por medio del método de extracción de análisis de componentes principales por método de rotación de **Normalización Varimax** para el cuestionario de **creencias**, confirma que tres factores explican el **58.8%** de la varianza total: a) **cuidado profesional y personal** (**22.9%**), b) **prevención** (**20.4%**) y c) **dieta** (**15.5%**). La medida de adecuación muestral de **Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)** fue de **0.77** y la prueba de **esfericidad de Bartlett** de **358.57** con **45 grados de libertad** ($p<0.05$). El **análisis factorial** para el cuestionario de **importancia para pacientes dentados** confirma que **tres componentes** explican el **62.2%** de la varianza total: a) **cuidado personal** (**24.5%**), b) **cuidado profesional** (**22.2%**) y c) **dieta** (**15.4%**). La medida de adecuación muestral de **KMO** fue de **0.73** y la prueba de **esfericidad de Bartlett** de **301.867** con **36 grados de libertad** ($p<0.05$). El **análisis factorial** para el cuestionario de **importancia para pacientes edéntulos** confirma que dos componentes explican el **78.3%** de la varianza total: a) **cuidado profesional** (**41.6%**) y b) **cuidado personal** (**36.6%**). La medida de adecuación muestral de **KMO** fue de **0.70** y la prueba de **esfericidad de Bartlett** de **82.88** con **15 grados de libertad** ($p<0.05$). La media encontrada para el instrumento de creencias fue **37.9 (± 6.8)**; para el cuestionario de **importancia para personas dentadas**, fue de **36.2 (± 7.4)**. El cuestionario de **importancia para edéntulos** presentó una media de **22.2 (± 3.4)**. **CONCLUSIONES.** Ambos instrumentos cuentan con adecuados valores de **validez y confiabilidad** para ser utilizados en la población adulta mayor mexicana.



Palabras clave: adultos mayores, actitudes, creencias, importancia, validez, confiabilidad

2 SUMMARY

INTRODUCTION. Because there are no instruments in Mexico or in any Latin-American country at the time, that are capable of measuring the **attitudes (beliefs and importance)** towards **oral health in elderly people**, and because it is important to provide instruments that contribute to its evaluation, Dr. Asuman Kiyak's instruments are validated; such instruments were used in the United States to evaluate the Predisposing factors on Oral Health Service Utilization, and it is our purpose to give more elements to be able to evaluate **oral health** in this group of people. **OBJECTIVE.** To estimate the **validity and reliability** of two instruments that detect the **attitudes (beliefs and importance)** of **oral health in the elderly people**. **RESULTS.** One-hundred and seventy-four elderly, whose mean age was ($\pm 1DE$) **72.98 (7.92) years** were surveyed, from which, **63.8% (n=111)** were women whose mean age was **72.77 (8.02) years** and **36.2% (n=63)** were men, and whose mean age was **73.35 (7.79) years**. No differences were found in age by sex. The **homogeneity** values obtained through **Cronbach's alfa** were **0.782, 0.716 y 0.849** for believes, importance for dentate and edentulous, respectively. The **consistency** tested through Intraclass Correlation Coefficient (**ICC**) were **0.763** for the believes questionnaire and **0.874** for the importance questionnaire and they go from moderate to good. The **correlation** found between the instrument for **believes and importance for dentate (r=0.240, p=0.002)** and **believes and importance for edentulous (r=0.458, p=0.064)**, as well as the correlation between the Geriatric Oral Health Assessment Index (**GOHAI**) (oral health perception and need for treatment) and the questionnaire on **believes** was (**r=0.008, p=0.915**). The correlation

between **GOHAI** and the **importance for dentate** questionnaire ($r=0.182$, $p=0.016$) and the correlation between **GOHAI** and the questionnaire for **importance for edentulous** ($r=0.023$, $p=0.716$) go from weak to moderate. The **factorial analysis** confirmed that there were three factors that could explain **58.8%** of the total variance in the **believes in oral health** instrument: a) **professional and personal care (22.9%)**, b) **prevention (20.4%)** and c) **diet (15.5%)**. The **Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure** of sampling adequacy was **0.77** and **Bartlett's sphericity test** was **358.57** with **45 degrees of freedom** ($p<0.05$). The **factorial analysis** confirmed that there were three factors that could explain **62.2%** of the total variance in the **importance for dentate patients** instrument: a) **personal care (24.5%)**, b) **professional care (22.2%)** and c) **diet (15.4%)**. The **KMO measure** of sampling adequacy was **0.73** and **Bartlett's sphericity test** was **301.867** with **36 degrees of freedom** ($p<0.05$). The **factorial analysis** confirmed that there were two factors that could explain **78.3%** of the total variance in the **importance for edentulous patients** instrument: a) **professional care (41.6%)** and b) **personal care (36.6)**. The **KMO measure** of sampling adequacy was **0.70** and **Bartlett's sphericity test** was **82.88** with **15 degrees of freedom** ($p<0.05$). The **mean** value for the **believes** instrument was **37.9 (± 6.8)**; For the **importance in dentate patients** instrument, the mean value obtained was **36.2 (± 7.4)**, and the mean value obtained in the **importance for edentulous patients** instrument was **22.2 (± 3.4)**. **CONCLUSIONS.** Both instruments show adequate values of **validity and reliability** to be able to be used in the elderly Mexican population.

Key words: elderly, attitudes, believes and importance, validity, reliability.

3 INTRODUCCIÓN

El avance en la tecnología preventiva y curativa de muchas enfermedades, aunado a la baja exposición de condiciones de riesgo, debería aumentar las expectativas de llegar a la adultez mayor en mejores condiciones de salud y vivir una vejez digna y con calidad de vida. Sin embargo, la pobre salud oral de los adultos mayores provoca problemas de alimentación, limita sus actividades y repercute en la calidad de vida de estas personas.

Una pobre salud oral se manifiesta en el desarrollo de las enfermedades crónicas orales más frecuentes: la caries y las enfermedades periodontales, las cuales tienden a ir en aumento al relacionarse con la creciente población adulta en nuestro país, ya que estas personas conservarán cada vez más sus dientes naturales.

Es importante evaluar las actitudes en términos de creencias y valores (importancia) de la salud oral en los adultos mayores con el propósito de entender las perspectivas, motivaciones y preferencias de los pacientes hacia el cuidado oral. Además de los instrumentos para medir las creencias e importancia en adultos mayores creados por la Dra. Asuman Kiyak, no existen otros instrumentos que midan las actitudes (creencias e importancia) en adultos mayores en México y Latinoamérica.

Tomando en cuenta esta situación, es clara la necesidad de instrumentos válidos que puedan representar un enfoque de esta población para mejorar su educación y los programas de salud oral en el país. Esto es así, ya que en el futuro habrá muchas personas que requieran de cuidados orales complejos, necesitarán apoyo en higiene

oral y consejos sobre alimentación para prevenir el deterioro de su salud, entre otras medidas preventivas.

El objetivo de esta investigación es determinar la validez y confiabilidad de dos instrumentos creados para medir las actitudes (creencias e importancia) en salud oral en adultos mayores en México, ya sea que conserven sus dientes naturales o que sean edéntulos.

CONTENIDO

1	RESUMEN.....	4
2	SUMMARY.....	7
3	INTRODUCCIÓN	9
4	MARCO TEÓRICO	13
4.1	AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA.....	13
4.2	ACTITUDES.....	17
4.2.1	ACTITUDES EN SALUD.....	19
4.2.2	ACTITUDES EN SALUD ORAL.....	22
4.3	MEDICIÓN	27
5	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	32
6	JUSTIFICACIÓN	34
7	OBJETIVO.....	35
7.1	OBJETIVOS PARTICULARES.....	35
8	HIPÓTESIS.....	36
9	MATERIALES Y MÉTODOS.....	37
9.1	DISEÑO DEL ESTUDIO	37
9.2	LUGAR DE ESTUDIO.....	37
9.3	POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	37
9.4	CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	37
9.4.1	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	37
9.4.2	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	38
9.4.3	CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	38
9.5	DISEÑO DE LA MUESTRA.....	38
9.5.1	ESQUEMA DE SELECCIÓN.....	39
9.5.2	TAMAÑO DE LA MUESTRA	39
10	DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	41
10.1	FASE I.....	41
10.2	FASE II.....	41
10.3	FASE III.....	42

11	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES EN ESTUDIO	44
12	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	46
12.1	FASE I	46
12.2	FASE II	46
12.3	FASE III	47
13	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	49
13.1	FASE I	49
13.2	FASE II	49
13.3	FASE III	51
14	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	54
15	RESULTADOS	56
15.1	FASE I. ANÁLISIS DE SENSIBILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS.	56
15.2	FASE II	61
	PRIMERA PRUEBA PILOTO	61
	SEGUNDA PRUEBA PILOTO	66
15.3	FASE III	70
16	DISCUSIÓN.....	99
16.1	FASE I	99
16.2	FASE II.....	103
16.3	FASE III	105
17	CONCLUSIONES	117
18	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	119
21	ANEXOS.....	123

4 MARCO TEÓRICO

4.1 AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA.

Debido al incremento en la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. La población global está aumentando con una tasa anual de uno punto dos por ciento, mientras la población de los de 65 años y más está aumentando con una tasa del dos punto tres por ciento. Cerca de 600 millones de personas tienen hoy más de 60 años y se espera que este número se duplique para 2025.¹ Para el año 2050, las Naciones Unidas estima que la gente de más de 80 comprenderá al 20% de la población adulta mayor en el mundo.²

En el año 2000 en México, la proporción de adultos mayores fue de alrededor del siete por ciento. Se estima que este porcentaje se incremente a 12.5% en 2020 y a 28.0% en 2050.³ Para el 2050 habitarán en nuestro país alrededor de 129 millones de mexicanos, de los cuales, la representatividad de la mujer adulta mayor será de 15.2% mientras que los varones adultos mayores representarán el 12.9% de la población total por lo que se tiene un gran reto en cuanto a la salud de este grupo poblacional.³

Como podemos ver, este grupo de personas representa una diversa y creciente población y aunque representan un avance en las ciencias y las tecnologías de salud son también un reto para los sistemas para proveerles de la adecuada atención: un reto al que debe dedicarse el mayor esfuerzo.^{4,5}

Los adultos mayores tienden a tener más problemas de salud o, lo que a nosotros nos incumbe, a desarrollar enfermedades orales como la caries y la enfermedad periodontal ya que las personas conservarán cada vez más sus dientes naturales y por lo tanto, habrá muchos que requieran de cuidados orales complejos; además, necesitarán apoyo en higiene oral y consejos sobre alimentación para prevenir el deterioro de su salud oral además de otras medidas preventivas. Estas enfermedades, al no ser tratadas, representan riesgo de infecciones y dolor y que pueden tener un impacto profundo en la calidad de vida de este grupo de personas.^{2,6,7,8,9,10,11,12,13,14}

En esta etapa, la calidad de vida se relaciona significativamente con la autonomía y la independencia por lo tanto, es necesario conocer el estado de salud de los adultos mayores ya que esto permitirá adecuar los servicios, establecer prioridades y medir la eficiencia y la efectividad de las intervenciones médicas.^{4,5} Los adultos mayores deben esperar tener una vida de calidad; mejores situaciones en lo biológico, psicológico, social y económico, y que una persona aprecia en sí mismo y respecto a una sociedad como bueno o malo.^{4,5}

La calidad de vida en la vejez es consecuencia de las particularidades del medio en que la persona se desarrolla durante toda su existencia. De acuerdo a la Organización Mundial de Salud, la calidad de vida es: “la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida en el contexto del sistema cultural y de valores en que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones”.^{4,15,16}

El concepto de calidad de vida tiene dos vertientes principales: una parte *objetiva* y una *subjetiva*. La parte *objetiva* se refiere a lo que una sociedad puede ofrecer para

satisfacer las necesidades materiales esenciales como salud, alimentación, educación, empleo, condiciones de trabajo, retiro, jubilación, tiempo libre, ocio, ingresos, bienestar material, vivienda, calidad del medio ambiente, etc. que en general son susceptibles de medirse. La parte *subjetiva*, es la que no puede medirse, tiene que ver con la concepción de cada individuo respecto a la satisfacción, la autorrealización y el desarrollo personal; es una apreciación totalmente personal.^{9,17}

Tanto la vitalidad, como el dolor y la discapacidad, se dejan influenciar por las experiencias personales y por las expectativas de una persona. Considerando que las expectativas de salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad para competir con limitaciones y discapacidad pueden afectar la calidad de vida, dos personas con el mismo estado de salud pueden tener una diferente percepción personal de su salud.¹⁷ En este sentido, la calidad de vida no debe evaluarse por el equipo de salud, ni extrapolarse de un paciente a otro. El paciente es quien debe emitir el juicio perceptivo de calidad de vida.⁹

En la adultez mayor, los grandes miedos se relacionan con la dependencia y el dolor; la percepción que cada uno tiene de su vida define, en muchos aspectos, los desenlaces de situaciones problemáticas. La autopercepción del estado de salud y en consecuencia, de la calidad de vida, tienen un valor de predicción importante en las prácticas sanitarias habituales.^{9,17}

Puesto que la calidad de vida involucra la evaluación de elementos subjetivos, se requiere de un método consistente para recabar información del individuo. Las mediciones de calidad de vida pueden usarse para planear programas de tratamiento a

corto plazo y para evaluar a grupos con diagnósticos específicos. Estas evaluaciones pueden estar basadas en encuestas directas con referencia al inicio de la enfermedad, al diagnóstico y a los cambios de síntomas en los últimos meses.^{9,17,18} Los cuestionarios de calidad de vida permiten que el individuo exprese su percepción de la malestar o problema respecto a la repercusión en su vida y sus actividades, qué importancia les confiere y qué tanto pueden afectar la funcionalidad.⁹

La autopercepción de la salud se considera un parámetro válido para la medición del estado de salud de los adultos mayores y ha demostrado ser un buen indicador de la demanda de servicios sanitarios. La finalidad de este tipo de exploraciones es brindar un manejo adecuado de las necesidades y sentimientos (aspectos objetivo y subjetivo) del paciente.⁹

La adopción del autocuidado como estrategia durante la adultez mayor armoniza con las actividades que se proponen para hacer efectiva la promoción de la salud en cuanto al desarrollo de aptitudes personales y de la adquisición de las habilidades y conocimientos que permitan adoptar conductas favorables para la salud. Mediante el autocuidado los adultos mayores pueden ejercer un mayor control sobre su salud y su microambiente, y están más capacitados para optar por todo lo que contribuya a su bienestar integral.^{9,18}

Una vida más larga no es sólo aumentar los años de vida, sino que debe significar una mejor vida. La calidad de vida se correlaciona con la salud, y esta a su vez con la salud oral y es necesario saber cómo es que los adultos mayores perciben esta relación. Es sabido que el mantenimiento de la salud oral lleva al mantenimiento de una buena

salud general y que el impacto de los programas de promoción de la salud oral ha impactado positivamente en la mayor parte de la sociedad; sin embargo, este mensaje parece haber sido mejor aceptado en los jóvenes.^{4,5,19}

Se hace vital el identificar las percepciones en salud oral y calidad de vida en este grupo de edad para así poder crear mecanismos que se puedan dirigir a sus necesidades específicas para proveerlos de la autonomía, que en los adultos mayores es un componente importante de su calidad de vida; se debe perseguir satisfacer sus demandas, buscar los déficits en las medidas correctoras e incluir actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades.^{4,5,9,19}

4.2 ACTITUDES

De acuerdo a la real academia de la lengua española, la actitud es la “Disposición de ánimo manifestada de algún modo”²⁰ La actitud es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas, una predisposición aprendida a responder de un modo consistente a un objeto social. En este sentido, puede considerarse como cierta forma de motivación social, de carácter secundario, frente a la motivación biológica que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas. Las actitudes y las motivaciones son cruciales en la toma de decisiones humanas; las actitudes son tanto un producto social como una parte intrínseca de la acción social.^{21,22,23}

La actitud es una organización de creencias relativamente perdurable sobre un objeto o situación que nos predispone a responder de alguna manera preferencial. Una actitud es un estado mental y neural que se organiza por medio de la experiencia, que ejerce

una influencia directa y dinámica en la respuesta de los individuos hacia los objetos con los que está relacionado. Por lo tanto, las actitudes son una serie de creencias que interactúan con otras, predisponiéndonos a actuar o responder a alguna situación de manera predecible.²⁴

La actitud se considera una causa o un efecto en las acciones de las personas; no es un comportamiento, no es algo que la gente hace; es más bien la preparación para la acción, una predisposición para responder de una forma particular hacia el objeto (cosas, gente, lugares ideas, acciones, o situaciones). Las actitudes no son únicamente el resultado de experiencias pasadas sino que más bien motivan o impulsan el comportamiento; guían la forma o la manera del comportamiento, motivando algunas acciones y eliminando otras; son una disposición para evaluar los objetos favorable o desfavorablemente.^{25,26,27}

Las actitudes pueden reflejar diversas creencias, sentimientos y comportamientos. De hecho, se cree que las actitudes pueden predecir la mejora del comportamiento y que tienen que ver con las creencias que las personas tienen y se valoran por medio del resultado de este comportamiento como una creencia que los guía a actuar de una u otra forma y que los lleva a facilitar o a impedir cierta acción.^{4,25,26,27}

Siendo así el conocimiento la base en la cual las actitudes, las normas subjetivas y el control percibido se construyen, aunque no existe evidencia de que este conocimiento tenga alguna influencia en las actitudes, puede aumentar la estabilidad y resistencia en las actitudes. El comportamiento que los adultos mayores tengan hacia su salud puede

tener un papel importante para que éstos lleguen a ser centenarios con una salud física y cognoscitiva robusta ^{4,25,26,27}

4.2.1 ACTITUDES EN SALUD

Las actitudes se forman como resultado de un proceso de evaluación y se definen como la evaluación de entidades, que incluyen al comportamiento, y que resultan en la percepción personal a favor o en contra. El comportamiento se ve influenciado por dos factores: la percepción de las normas sociales y las creencias que una persona dé a la habilidad de realizar un comportamiento específico. ^{20,26,28}

Las actitudes pueden predecir el comportamiento y la intención del comportamiento. Así mismo, las actitudes pueden influenciar el comportamiento o ser influenciadas por él. Por lo tanto, las actitudes pueden predisponer a los individuos para adoptar o rechazar comportamientos específicos relacionados con su salud y tienen una importante influencia en la adopción de comportamientos relacionados con ésta. ^{26,28}

Ya que una creencia es “Una convicción de que el fenómeno u objeto es real o verdadero”: la fe, la confianza y la verdad son palabras que se usan para expresar o significar creencia. Las creencias tienen al menos tres características que las definen como tales:

Primero, otras personas pueden clasificarlas de falsas o verdaderas, al margen del valor de certeza que le otorga el que las posee; Segundo, las creencias tienen un elemento cognoscitivo, o lo que la persona sabe o cree saber al respecto; Y Tercero, las creencias tienen un componente afectivo que hace referencia al valor o grado de importancia que tiene una determinada creencia para un individuo en una situación

dada (grado de importancia de la creencia particular que le parezca a un individuo -la intensidad de una creencia-). De hecho, algunos autores sugieren que las creencias de una persona se estructuran de modo ordenado según su importancia relativa.^{20,23,29,30}

Además de los factores emocionales, la práctica de conductas de salud obedecen al pensamiento y las creencias de las personas. Mucha gente mantiene una actitud pasiva hacia su salud y enfermedad; estas personas acuden única y exclusivamente al médico cuando se sienten enfermos depositando todas sus esperanzas de curación en manos de la medicina moderna, la cual, les curará en cuestión de horas.³¹

Sin embargo, cada vez son más las personas que adoptan una actitud activa respecto a su salud al practicar estilos de vida saludables, implicándose activa y responsablemente para mejorar o mantener su salud. Estas personas han hecho cambios relacionados con su salud que se traducirán en una reducción del riesgo de morir, un incremento en la expectativa de vida y una adecuada calidad de vida.³¹

Recientemente se ha reconocido que tanto la mortalidad como la morbilidad están producidas en su mayor parte por motivos conductuales tales como: las creencias, actitudes, hábitos cotidianos y en general, el comportamiento; constituyendo aspectos centrales de esta problemática y que han llevado a investigar las causas de la enfermedad y los factores que protegen a la salud. Los profesionales de la salud proponen e inciden en que los individuos adopten comportamientos aconsejables aunque no siempre esta promoción de salud da resultados positivos ya que es difícil modificar las actitudes la gente quienes aún teniendo información adecuada sobre su salud, no cambian.^{18,26}

Se debe considerar que las necesidades que identifica el profesional de la salud pueden ser diferentes a las experimentadas o percibidas por los individuos. Kiyak dice que algunas personas de diferentes culturas, a pesar de tener síntomas de enfermedad oral, se sienten complacidas con su salud por el sólo hecho de no tener dificultades para masticar. Es necesario entonces, dedicar las tareas de promoción de la salud al cambio de actitudes y creencias (preludio de posteriores conductas) y utilizar la tecnología conductual para promocionar hábitos adecuados de salud por lo que es importante identificar las creencias de los individuos cuando se quieren modificar comportamientos de riesgo.^{19,26}

Si bien los profesionales de la salud deben poner gran interés para facilitar el cambio a comportamientos de salud concretos a largo plazo, no deben olvidar las actitudes que explican los comportamientos de salud, así como otro tipo de variables internas que radican en la persona y que también han sido adquiridas mediante el aprendizaje y que, muchas veces, debe anteponerse el cambio de estas variables a los comportamientos meramente observables para que finalmente se produzcan los cambios en estos. Un signo positivo para una mejor salud en los adultos es el elevar el nivel de educación.^{4,18,26}

El cómo es que las personas ven su propia salud, así como la habilidad que tengan para influenciarla, provee de un contexto para la educación y la promoción para la salud ya que esta percepción puede tener un impacto en las respuestas a los mensajes de salud. Las conductas hacia la salud se pueden distinguir entre las que detectan enfermedades (que proporcionan la posibilidad de detección de trastornos y que por sí

mismas no permiten que la persona mejore su salud) y las conductas de promoción de la salud (aquellas que sí permiten que la persona mejore su salud). Es necesario pensar que los comportamientos en salud en las edades jóvenes y adultez joven puedan detener los impactos en la salud y la función en las edades avanzadas.^{4,18,24}

Es importante que las personas sientan que tienen el control en su salud para que hagan el esfuerzo y que entonces las medidas que se tomen puedan tener un impacto para mejorar su propia salud a la larga. Para que una acción de promoción de la salud tenga un impacto positivo, es necesario contar con la importancia que la gente da a creer que puede influenciar su propia salud para que estén dispuestos a tomar acciones de acuerdo a los mensajes que se les envíen.³²

4.2.2 ACTITUDES EN SALUD ORAL

Ha sido documentado que la mayoría de las enfermedades orales se pueden controlar con la sola iniciativa y responsabilidad del paciente ya que la motivación individual hacia una mejor higiene oral aunada al cuidado de un profesional es una llave importante para la salud oral. Las prácticas de auto-cuidado basadas en elección personal pueden ser consideradas como un aspecto importante del comportamiento en donde las actitudes tienen gran influencia en el comportamiento óptimo de salud oral; cabe mencionar que existe una tendencia a desestimar las necesidades de atención oral por parte de los pacientes, especialmente en periodoncia.^{33,34,35,36}

La intención de mejorar se ve influenciada por las actitudes, las normas subjetivas y el control del comportamiento percibido²⁷ donde la comprensión del significado de la

enfermedad oral en su contexto cultural es fundamental para cambiar las creencias de la gente para con esto mejorar la salud de la comunidad.^{33,37}

Ya que la utilización de los cuidados preventivos no es un comportamiento simple y ésta se relaciona con diversos factores que pueden ser vistos como predisponentes o motivadores (como son las actitudes en salud oral), la salud pública debe poner atención no sólo a factores económicos de las personas sino a factores psicológicos y sociales que pueden afectar tal motivación.^{33,38,39}

Algunos profesionales de la salud oral sienten que las personas con bajo nivel socioeconómico no valoran los servicios orales dándole poca importancia al cuidado oral. Sin embargo, se cree que estas personas no han internalizado el comportamiento y las actitudes que en otras clases sociales se dan por hecho.⁴⁰

Es necesario pensar que el comportamiento regular en salud oral contribuye al estado general de la salud oral en individuos de cualquier edad, sexo o nivel socioeconómico; así, el cuidado preventivo lleva a una mejor salud oral y por lo tanto se mejoran los resultados de las evaluaciones orales y en calidad de vida.²⁷ Además, las creencias en salud se pueden medir por ejemplo, en la auto-eficacia o de otra forma dicho, las expectativas que tienen las personas de los resultados que obtendrán.^{38,39}

El tratamiento oral previo tiene influencia en las percepciones del cuidado oral⁵; de hecho, se ha documentado que las actitudes negativas hacia la salud oral vienen desde la niñez y se fortalecen con las subsecuentes visitas al profesional de la salud. Entonces, se asume que aquellos que tienen una actitud positiva durante la juventud, también la tendrán durante la adultez.^{4,12,35,36}

Anteriormente los adultos mayores esperaban perder sus órganos dentarios como parte de un proceso natural de envejecimiento; Sin embargo, cada día están conservando más y más sus órganos dentarios y al conservar la dentición, sus actitudes también están cambiando: al aumentar el uso de servicios orales combinado con un énfasis en los profesionales de la salud oral para conservar los dientes sugiere que estos órganos dentarios sobrevivirán en las edades avanzadas. Los adultos esperan conservar más sus dientes y creen que necesitan reemplazar sus dentaduras aunque este reemplazo puede ser perturbador.^{4,12,19,35,36}

Aunque los adultos mayores normalmente reconocen la importancia de la salud oral, que tienen conocimientos y conciencia de las revisiones de rutina, muchos no acuden a ellas ya que sienten que no tener dolor significa no tener problemas y sólo visitan al profesional de la salud oral cuando inicia alguna molestia o sus prótesis necesitan reparación o reemplazo; aún así, algunos prefieren repararlas antes que acudir a una visita; además, los adultos mayores y aquellos que utilizan prótesis totales tienen la percepción de que las revisiones regulares y el tratamiento pierden importancia mientras más viejos son.^{5,12,41,42,43}

Se cree que las personas que sólo atienden sus emergencias, que raramente asisten a sus citas, quienes han perdido sus dientes y quienes raramente limpian su boca no parecen tener aprecio por sus órganos dentarios o encías; y en general, los pacientes edéntulos ven la salud oral como algo irreal.^{5,40} por el contrario, quienes valoran su salud oral como buena, la relacionan a las revisiones profesionales.^{6,32,43}

Las visitas al profesional de la salud por razones preventivas no son un simple comportamiento; este se relaciona con diferentes factores de predisposición o motivación que pueden provenir de quienes tienen una orientación preventiva más positiva (mujeres, personas más jóvenes, blancos, residentes urbanos, los más educados, los que tienen mayores ingresos y quienes tienen estándares de vida más altos) son quienes a su vez pudieran actuar como comunicadores para influenciar a los otros en acciones preventivas.^{39,40}

Las actitudes positivas hacia la salud oral se han manifestado también en la importancia de conservar los dientes naturales en personas adultas jóvenes, quienes tienen la voluntad de sufrir un poco de dolor y gastar en el tratamiento necesario para lograrlo.⁴⁴ Otra actitud positiva ha sido la importancia de reducir la ingesta de alimentos azucarados y de mantener una dieta saludable; así como, el cuidar de su apariencia por razones sociales, la habilidad para comer y su habilidad de hablar.^{6,39,43,45,46,47}

Se han relacionado las actitudes positivas a la intención de mejorar su salud, a la realización de tareas de salud, así como a las visitas por prevención y restauración;²⁷ por el contrario, se ha resaltado la influencia que tienen las prácticas en la familia de origen, las experiencias negativas pasadas, la falta de conocimientos, las actitudes negativas hacia la odontología y a los profesionales de la salud en la toma de decisiones de sus tratamientos orales.^{35,43,44}

Se considera que el proceso del cuidado de la salud puede ser visto como un grupo de comportamientos del proveedor y uno del paciente, con complejas interacciones entre ellos, donde la percepción del cuidado oral puede estar influenciada por cómo es que

los pacientes se relacionan a su tratamiento oral. La apreciación del proceso del cuidado de la salud puede ser negativa si la relación profesional de la salud-paciente es insatisfactoria y se cree que debe haber congruencia entre las orientaciones, expectativas y mantenimiento de una actitud neutral, hacia la moral y otros valores del paciente: las relaciones negativas en el proceso interpersonal de la provisión del cuidado de la salud puede resultar en bajos índices de utilización de servicios de salud oral.⁴⁰

Ya que ahora existen más medios de información, la gente está mejor preparada y las normas sociales están cambiando, las personas que ya han experimentado la pérdida dental ya no están satisfechas con las extracciones y aspiran a conservar sus dientes. Es de importancia investigar las actitudes, creencias y valores (importancia) de la salud oral porque la importancia atribuida a la salud oral permanece como el mejor predictor de la utilización de los servicios de salud oral.^{5,6,19,33,42,44}

Aunque está documentado que cualquier población es sensible a cambiar o mejorar sus actitudes a través de estrategias de promoción y educación para la salud oral, el comportamiento y las actitudes sólo se cambiarán en las personas cuando exista un entendimiento de cómo es que se han desarrollado. La necesidad de que los programas de salud se enfoquen a la prevención más que al tratamiento ha sido ya identificada y es ahora necesario entender entonces, las perspectivas, motivaciones y preferencias de los pacientes hacia el cuidado oral.^{5,6,13,19,33,42,44,48,49}

4.3 MEDICIÓN

La medición del estado de salud así como de la percepción de ésta es fundamental en la actividad clínica. En tal medición, se pueden encontrar discrepancias entre los clínicos o el mismo clínico en dos ocasiones diferentes. El origen de esa variabilidad se puede encontrar en el propio sujeto objeto de la medición, en el aparato o instrumento de medida propiamente dicho, o en el observador.^{50,51,52,53,54,55}

La generación de escalas e índices facilitan la medición de las dimensiones del estado de salud en forma de cuestionarios u otros instrumentos que son fundamentales para la recolección de datos que puedan dar información cuantificable como resultado de una entrevista. Estos cuestionarios basan su información en la validez de la información verbal de percepciones, sentimientos, actitudes o conductas que transmite el encuestado, lo que es difícil de contrastar y de traducir a un sistema de medición. En todo caso, la finalidad es conseguir la comparabilidad de la información recabada que permita el escalamiento acumulativo de sus ítems para dar puntuaciones globales al final de la evaluación de una forma tan precisa como sea posible.^{54,56}

La calidad de una medición se comprueba normalmente evaluando su confiabilidad y su validez y los parámetros utilizados para medirla dependen del tipo de variable que se desea medir. La calidad de dichas mediciones condiciona no sólo la calidad de la investigación, sino también la calidad de las decisiones clínicas que se apoyan en estas mediciones. Aunque existen discrepancias en cuanto al orden en que se deben realizar las pruebas de validez y confiabilidad, antes de realizar las mediciones estadísticas de

un instrumento, es necesario realizar un análisis de sensibilidad o de juicio de sus atributos cualitativos: validez de apariencia y de contenido.^{50,51,52,53,56,57}

La confiabilidad se refiere a la estabilidad de la medida cuando ésta se repite varias veces; es un sinónimo de repetibilidad, reproducibilidad o concordancia, también se le llama consistencia o precisión y se evalúa básicamente examinando la homogeneidad existente entre los ítems utilizados en el instrumento y la concordancia entre observadores, intra-observadores y test-retest. Debemos asegurarnos de que el instrumento mide “algo” de una forma reproducible. La reproducibilidad del instrumento de medida es un pre-requisito de su validez, de manera que antes de plantearnos si el instrumento mide lo que queremos medir, debemos asegurarnos de que el instrumento mide “algo” de una forma reproducible.^{50,51,52,53,56}

El término de validez se refiere a si el procedimiento está midiendo realmente el fenómeno que queremos medir; si las inferencias se acercan a la realidad de lo que se está midiendo; que tan adecuado y que tan preciso es un instrumento. Cuando existe una prueba de referencia (estándar de oro), la validez se estima mediante su comparación con el instrumento (validez de criterio); cuando no existe una prueba de referencia aceptable se recurre a otras formas de validación que utilizan criterios subjetivos (validez de contenido y aparente) o empíricos (validez de constructo).^{50,51,52,53,54,55,56,57,58}

La calidad de la medición en la clínica depende de las condiciones en las que se realiza la medición y que no son perfectamente controlables (variabilidad fisiológica, falta de colaboración del paciente, etc.). El proceso de medición puede ser influenciado por la subjetividad del observador y con frecuencia no existe un patrón de referencia aceptable para comprobar la exactitud de la medición. El mayor problema se presenta al medir variables “frágiles” como el dolor o constructos complejos como la calidad de vida.^{50,51,52,53,56}

El concepto de «calidad de vida» se ha introducido como un criterio más a considerar cuando se define el estado de salud de una persona. Debido a que la calidad de vida se basa en mediciones con una carga variable de subjetividad, se requieren métodos de evaluación válidos, reproducibles y fiables. El mayor conocimiento de las evaluaciones para medir la calidad de vida permitirá incorporar estos instrumentos en la evaluación integral de los individuos, en la conducción de ensayos clínicos y en la investigación de servicios de salud.⁵⁷

Al realizar un estudio de concordancia, el objetivo es identificar las causas de las discrepancias para intentar corregirlas; para esto, es necesario separar las fuentes de variabilidad. La variabilidad real, debida a los sujetos en estudio, que es en definitiva lo que tratamos de medir. Para ello, seleccionamos un instrumento que nos ayude a distinguir entre los sujetos. En segundo lugar, se debe considerar la variabilidad debida al propio procedimiento de medición y por último, una parte de la variabilidad es atribuible al observador o usuario de la medición.^{50,51,52,53,56}

Las discrepancias debidas al paciente se pueden deber a la variación biológica del sistema examinado. Las inconsistencias debidas al método dependen a veces del ambiente en que se realiza la medición; la falta de una buena interacción entre el clínico y el paciente dificulta con frecuencia la identificación de determinados datos de la historia clínica y compromete su consistencia. El efecto del observador queda patente en la variabilidad biológica de los sentidos o en la interpretación que se realiza de dicha evidencia. Este tipo de discrepancias se ve facilitado por la tendencia a registrar inferencias en lugar de evidencias.^{50,51,52,53,56}

En diversos estudios se ha utilizado el modelo de Andersen para asociar las características de la población y la utilización de los Servicios de Salud Oral-SSO. En general, los factores asociados son: las características predisponentes que existen antes de que se presente la enfermedad; las características facilitadoras, que son recursos que afectan la habilidad para el acceso a los SSO y las características de necesidad que reflejan el grado de enfermedad o salud.^{33,59,60,61,62,63}

Los instrumentos aquí presentados fueron utilizados para la creación de un modelo que explica la utilización de SSO en los Estados Unidos de América del Norte y que incluye, dentro de los factores predisponentes, las actitudes (creencias e importancia) en salud oral y ya que se pretende crear este modelo explicativo para la población mexicana, estos serán de gran utilidad,³³

En la actualidad no existen en México instrumentos que midan las actitudes en salud oral por lo tanto es necesaria la validación y medición de la confiabilidad de instrumentos en la detección de las actitudes en salud oral en nuestro país. Los

instrumentos encontrados en la literatura para valorar o medir las actitudes en salud oral fueron elaborados por la Dra. Asuman Kiyak en 1987 (Anexo I) y parecen ser los únicos existentes y deben ser sometidos a un proceso de traducción del idioma Inglés, de Estados Unidos, al español de México. Además, de que se deben someter a una validación transcultural de los mismos para poder llevar a cabo su validación.^{33,56}

5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El aumento en la esperanza de vida de la población en general, pero en particular de los adultos mayores en todo el mundo, debe ser tomado como un resultado exitoso del avance de la humanidad. El avance en la tecnología preventiva y curativa de muchas enfermedades, aunado a la baja exposición de condiciones riesgosas, debería aumentar las expectativas de llegar a la adultez mayor en mejores condiciones de salud y vivir una vejez apropiada.

Las actitudes relacionadas a la salud, y en específico a la salud oral, están cambiando en los adultos mayores ya que al estar conservando cada vez más sus dientes naturales estarán expuestos a enfermedades como la caries dental y las periodontopatías que les afectarán en sus condiciones de salud y su vida diaria.

Con el fin de entender las perspectivas, motivaciones y preferencias de los adultos mayores hacia su cuidado oral, las actitudes, creencias y valores (importancia) de la salud oral requieren ser investigadas porque las decisiones que las personas tomen y que estén dirigidas a su salud oral estarán basadas en estas actitudes y toma importancia conocerlas para que en caso necesario, se les pueda modificar con el fin de mejorar su calidad de vida en el futuro.

Toma importancia el uso de un instrumento válido y estandarizado, que sea sencillo de aplicar y que mida las actitudes en salud oral como herramienta de apoyo para planear las estrategias que se llevan a cabo en nuestro país en especial, en una población tan

creciente como lo es la de los adultos mayores y que además puedan predecir las futuras acciones a tomar.

De lo anterior deriva el siguiente cuestionamiento: ¿Los instrumentos para valorar las actitudes (creencias e importancia) en salud oral en adultos mayores tienen valores adecuados de validez así como confiabilidad para ser utilizados en la población adulta mayor mexicana?

6 JUSTIFICACIÓN

La población mexicana está envejeciendo debido a la transición demográfica por la que atraviesa nuestro país. Los adultos mayores mexicanos tienen creencias en salud oral que vienen desde su niñez y que los llevan a ciertos comportamientos y toma de decisiones que dependen del valor que éstos le den a estas creencias.

La medición constituye una actividad de registro, determinación, cuantificación o evaluación; la calidad de las mediciones se comprueba evaluando su validez y su confiabilidad y condicionará no sólo la calidad de las futuras investigaciones, sino también la calidad de las decisiones clínicas que se puedan apoyar en dichas mediciones.

Debido a que no existen actualmente en México y Latinoamérica instrumentos capaces de medir las creencias e importancia de la salud oral, es importante llevar a cabo la validación de los instrumentos creados por la Dra. Asuman Kiyak con los que se espera aportar más elementos para la valoración de las actitudes (creencias e importancia) enfocadas a la salud oral en adultos mayores.

Además, estos instrumentos serán de utilidad para determinar los factores predisponentes como parte del proyecto que tiene como finalidad determinar los: Factores que determinan la Utilización de los Servicios de Salud Oral por adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar no. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social y que se asocian a dicha utilización tomando en cuenta las características propias de esta población.

7 OBJETIVO

Adaptar y evaluar la validez y confiabilidad de dos instrumentos que miden las creencias e importancia de la salud oral en adultos mayores.

7.1 OBJETIVOS PARTICULARES

- Determinar la validez (apariencia, contenido, criterio y constructo) de los instrumentos que miden creencias e importancia de la salud oral en adultos mayores.
- Determinar la confiabilidad (homogeneidad y concordancia) de los instrumentos que miden creencias e importancia de la salud oral en adultos mayores.
- Probar el funcionamiento de los instrumentos en una población real.

8 HIPÓTESIS

H1 La validez, consistencia interna y correlación intraclase de los instrumentos que miden creencias e importancia en salud oral en adultos mayores será mayor o igual a 0.80.

H0 La validez, consistencia interna y correlación intraclase de los instrumentos que miden creencia e importancia en salud oral en adultos mayores será menor a 0.80.

9 MATERIALES Y MÉTODOS

9.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio de validez y confiabilidad de dos instrumentos que miden las creencias e importancia de la salud oral en adultos mayores.

9.2 LUGAR DE ESTUDIO

Área de influencia de la Unidad de Medicina Familiar No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social y que abarca las colonias Anzures, Bosques de las Lomas, Centro, Chapultepec Los Morales, Chapultepec Polanco, Condesa, Hipódromo Condesa, Juárez, Lomas de Chapultepec, Lomas de Bezares, Lomas de Reforma, Los Morales, Los Morales Polanco, Nueva Anzures, Polanco, Reforma Social, Roma, Roma Norte, Roma Sur, San Luis, y Vértiz Narvarte.

9.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Adultos mayores de 60 años y más adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

9.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

9.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adultos mayores de entre 60 y más años⁶⁴
- Individuos que acepten participar en el estudio bajo consentimiento informado y por escrito.
- Adultos mayores de ambos sexos

- Derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 1

9.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Adultos mayores que se niegan a participar.
- Adultos mayores con discapacidades físicas, mentales (que obtengan más de 7 puntos en el índice Pfeiffer de deterioro cognitivo) o ambas que les impida ser entrevistados.
- Adultos mayores que al momento de la visita ya hallan fallecido.
- Adultos mayores que ya no se puedan localizar por cambio de domicilio o por otras razones.

9.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Individuos que no proporcionen los datos necesarios para el estudio.

9.5 DISEÑO DE LA MUESTRA

El marco muestral se conformó por 114,675 adultos mayores adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Muestreo unietápico a partir de los listados mecánicos del total de derechohabientes de 60 años y más que proporcionó el Departamento de Vigencia de la misma Unidad hasta finales del mes de agosto del año 2011.

9.5.1 ESQUEMA DE SELECCIÓN

Se realizó un muestreo aleatorio con el fin de garantizar la representatividad de la muestra entre los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social de 60 años y más adscritos a la Unidad de Medicina familiar No 1.

9.5.2 TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra se calculó bajo los siguientes supuestos:

La consistencia interna de los instrumentos que miden creencias e importancia de la salud oral en adultos mayores es alrededor del 0.80 (coeficiente α de Cronbach)^{50,51,52,53,54,55,56,57,58}. Con un poder de 0.80 y un error α de 0.05.

El cálculo de la muestra se realizó con la fórmula para correlación⁶⁵:

$$= 3 —$$

En donde:

$$= (\quad + \quad)$$

$$C = \frac{0.5 \ln (1+r)}{d(1-r)}$$

r= consistencia interna de 0.80 (coeficiente α de Cronbach)

1. Con valores de α de 0.05 y $1- \beta$ de 0.8, K corresponde a 6.2 (una cola)
2. Se calcula C que es igual a 0.5 que multiplica al algoritmo natural de $(1+0.80)/(1-0.80)=(0.5)\ln(1.80/0.20)=(0.5)(\ln 9)=(0.5)(2.197)=1.098$
3. Sustituyendo la fórmula:

$$= 3 \frac{6.2}{1.098} = 3 \frac{6.2}{1.2069} = 3 (5.1426) = 15.42$$

El tamaño mínimo requerido fue de 16 sujetos para el estudio; ya que cada instrumento cuenta con 10 ítems, esto se ajusta a 160 personas por cada instrumento, además se ajusta el 30% por no respuesta.

El tamaño de la muestra propuesto a estudiar fue de 200 sujetos con el cual se garantiza un poder de 0.80, un error α de 0.05 y una consistencia interna de 0.80 para la hipótesis nula y menor de 0.80 para la hipótesis alterna.

10 DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

El estudio se dividió en tres fases (Gráfico 1).

10.1 FASE I

Durante la primera fase se seleccionaron los instrumentos validados por la Dra. Asuman Kiyak en 1987. Tras su elección se llevó a cabo el proceso de traducción bidireccional (directa e inversa) y se llevó a cabo la adaptación cultural para la población de adultos mayores mexicana.

Se realizó la revisión por expertos para la corroboración de semántica de ambos instrumentos así como el análisis de sensibilidad (análisis teórico), la validez de apariencia y de contenido y la facilidad de uso.

10.2 FASE II

Durante la fase II se llevó a cabo la **primera prueba piloto** en donde se captaron adultos mayores de 60 años y más a conveniencia y se encuestaron de manera rotatoria. Se llevaron a cabo dos entrevistas. La primera a conveniencia y la segunda aproximadamente 48 hrs. después a los mismos individuos utilizando los instrumentos tras su adaptación cultural.

Se calcularon los tiempos en que se puede llevar a cabo la entrevista y se calcularon entonces la homogeneidad o consistencia interna, la concordancia, y validez de criterio.

Se valoró si existe suficiente validez y confiabilidad en ambos instrumentos durante tres sesiones prácticas. Finalmente, se valoraron y realizaron las adaptaciones pertinentes.

Se realizó una **segunda prueba piloto** dentro de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en adultos mayores de 60 años y más a conveniencia donde se llevaron a cabo dos entrevistas. La primera a conveniencia y la segunda aproximadamente 48 hrs. después a los mismos individuos utilizando los instrumentos tras su adaptación.

Se calcularon entonces la homogeneidad o consistencia interna, la concordancia y validez de criterio. Se valoró si existe suficiente validez y confiabilidad en ambos instrumentos y se valoraron y realizaron las adaptaciones pertinentes.

10.3 FASE III

Se confeccionó un cuestionario global que incluyó las variables sociodemográficas y orales -presencia de dientes naturales, percepción de salud oral, Geriatric Oral Health Assesment Index (GOHAI), una batería de preguntas que se relacionan con la práctica en salud oral, además de los instrumentos a validar.

Se llevaron a cabo visitas domiciliarias a la muestra seleccionada a quienes se les aplicó el cuestionario global con el que se obtuvo la información necesaria.

Tras la captura, se calcularon la homogeneidad o consistencia interna, validez de criterio así como la validez de constructo.^{54,55,56,57,58,66} entonces se evaluó si existen valores adecuados de validez y confiabilidad en ambos instrumentos. Se obtuvieron también las puntuaciones máximas para los instrumentos así como las medias de los mismos además de que se realizaron las pruebas estadísticas para comparar las diferencias entre los instrumentos y las variables socioeconómicas y orales.

Se volvieron a realizar los cálculos de homogeneidad, validez de criterio y de constructo con el fin de encontrar discrepancias y obtener los resultados finales con lo que se reevaluó que los instrumentos tuvieran valores adecuados de validez y confiabilidad.

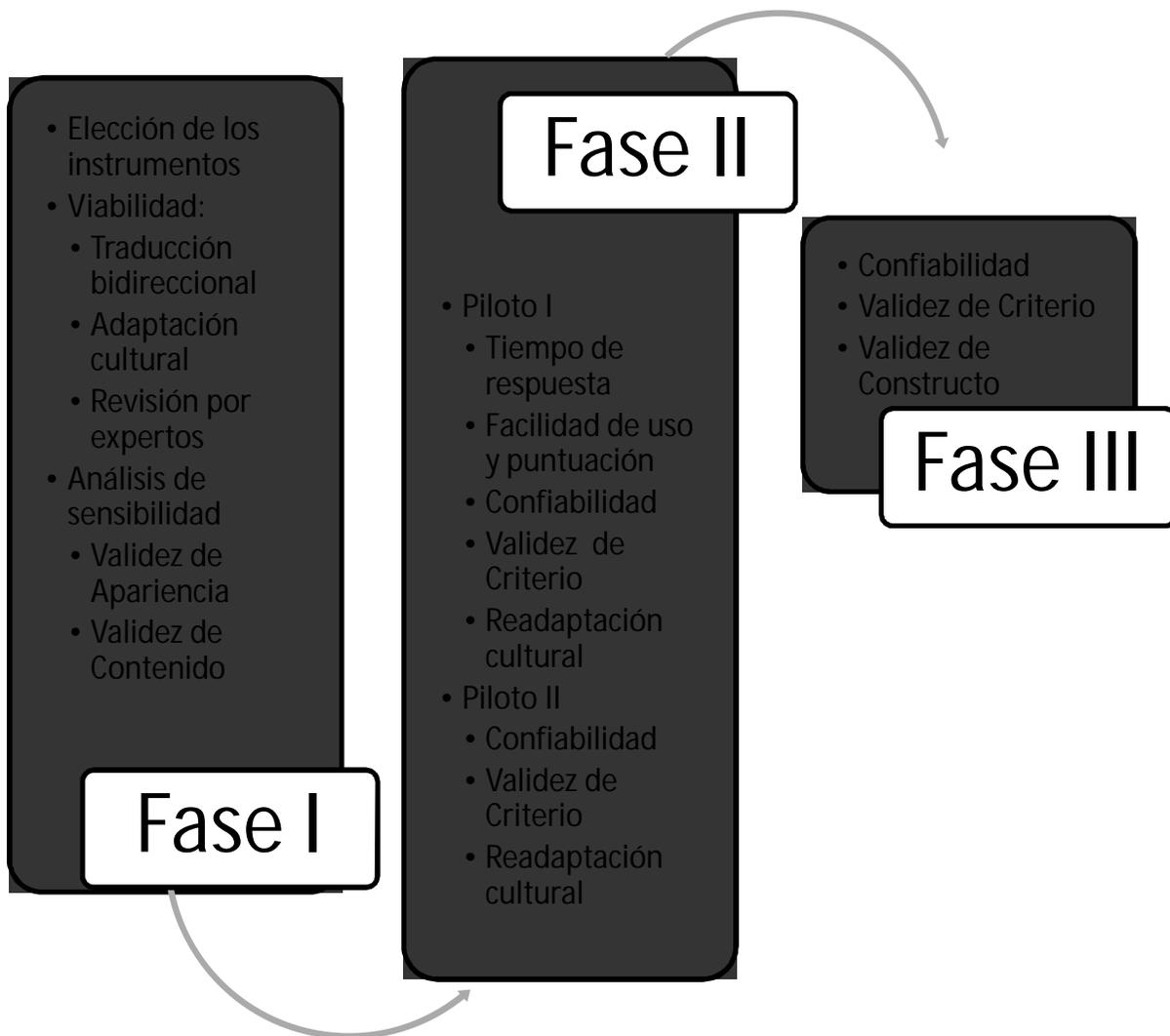


Gráfico 1. Fases de la validación de los instrumentos de actitudes en salud oral en adultos mayores mexicanos.

11 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES EN ESTUDIO

Enseguida se presenta la operacionalización de las variables en estudio (Tabla 1); las definiciones operacionales se encuentran en el Anexo II.

Tabla 1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO	
EDAD	1. De 60 a 74 años, 2. 75 y más años.
SEXO	1. Femenino, 2. Masculino.
EDUCACIÓN	1. sabe leer, 2. sabe escribir, 3. sin primaria, 4. Primaria, 5. Secundaria, 6. medio superior, 7. Superior, 8. Posgrado
OCUPACIÓN	1. Trabajó y recibió un pago por ello, 2. No trabajó, 3. Es jubilado (a) o pensionado (a) y recibió ingreso por esta razón, 4. Se dedicó a los quehaceres del hogar y no recibió pago, 5. Trabajó ayudando en el negocio de la familia sin recibir pago.
INGRESOS^{67,68}	(en base al salario mínimo diario para el D.F. en 2012 en pesos mexicanos al año): 1. <\$22,750 (hasta un salario mínimo), 2. entre \$22,751 y \$68,250 (de uno y hasta tres salarios mínimos), 3. entre \$68,251 y 136,501 (de tres y hasta seis salarios mínimos), 4. más de \$136,502 (más de seis salarios mínimos), 5. no responde.
TIPO DE FAMILIA	1. hogar solitario o unipersonal, 2. familia nuclear, 3. hogar no familiar, 4. familia extensa, 5. hogar compuesto.
PRESENCIA DE ÓRGANOS DENTARIOS	1. Sí, 2. No



UN/M
POSGRADO



USO DE PRÓTESIS ORAL TOTAL O PARCIAL	1. Sí, 2. No
TIPO DE PRÓTESIS	1. Fija, 2. Removible, 3. Fija y removible, 4. Prostodoncia
UBICACIÓN DE LA PRÓTESIS	1. Sólo superior, 2. Ambas, 3. No aplica
PERCEPCIÓN DE SALUD ORAL	1. Excelente, 2. Muy buena, 3. Buena Regular, 4. Mala.
CREENCIAS	1 al 5, sumatoria de respuestas, resultados entre 10 y 50
IMPORTANCIA	1 al 5, sumatoria de respuestas, resultados entre 5 y 45 para dentados y entre 5 y 30 para edéntulos
PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD ORAL (GOHAI). Anexo II	Las preguntas uno, dos, cuatro a seis, ocho a doce con los valores: uno a cinco y las preguntas tres y siete del 5 al uno; sumatoria de respuestas, resultado entre 12 y 60.
FRECUENCIA DE PRÁCTICAS EN SALUD ORAL	5-1 sumatoria de respuestas. Donde 5=siempre, 4=a menudo, 3=a veces, 2=rara vez, 1=nunca

12 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

12.1 FASE I.

Se realizó una revisión de la literatura a través de páginas científicas electrónicas y en la biblioteca de posgrado de Odontología de la UNAM y se recurrió a peritos traductores así como a los expertos en salud pública oral para la evaluación de los instrumentos.

12.2 FASE II

Primera prueba piloto. Se llevó a cabo captando 20 adultos mayores de 60 años y más a conveniencia y se encuestaron de manera rotatoria. Se llevaron a cabo dos entrevistas utilizando los instrumentos tras su adaptación cultural: la primera a conveniencia y la segunda aproximadamente 48 hrs. después a los mismos individuos.

Segunda prueba piloto. Se realizó dentro de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en 30 adultos mayores de 60 años y más a conveniencia, con el fin de probar los cambios realizados a partir de la primera prueba piloto. Se llevaron a cabo dos entrevistas utilizando los instrumentos tras su adaptación. La primera a conveniencia y la segunda aproximadamente 48 hrs. después a los mismos individuos. Se capacitó al personal participante, se les proveyó del protocolo y el instructivo general así como de los cuestionarios necesarios para la recolección de la información.

12.3 FASE III

Se solicitó la autorización de los directivos de la Unidad Medico Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de México para la realización del presente estudio (Anexo III). Se informó a las autoridades de las Delegaciones Cuauhtémoc y Miguel Hidalgo, así como a la Secretaría de Protección y Vialidad del Gobierno del Distrito Federal del presente estudio, con la finalidad de que brindaran el apoyo necesario en el caso de requerirlo para el trabajo de campo.

Previo a la realización del trabajo de campo, se capacitó al personal participante. El personal fue presentado a la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, Área Envejecimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social donde se les proveyó de un instructivo general para el encuestador (Anexo IV) y el protocolo de investigación para la calibración con el fin de unificar criterios y resolver dudas respecto al trabajo de campo. Se conformaron los equipos de trabajo y la forma de proceder con los encuestados.

Se contó con una población de 114, 675 adultos mayores adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 de la Ciudad de México del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se realizó un muestreo simple para garantizar la representatividad de los adultos mayores utilizando el programa estadístico IBM-SPSS versión 19 para Windows obteniéndose una muestra de 1222 sujetos; tomando en cuenta que pudiera haber bajas por diferentes razones al ser ésta una población vulnerable, se aumentó la muestra un 611%. De éstos, se obtuvieron dirección y teléfono además de que se corroboró la edad.

Se realizó la localización de los domicilios en un mapa que muestra el área de influencia de la UMF No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se dividió por cuadrantes para su fácil localización y división del trabajo y a partir de ellos llevar a cabo las visitas. Se realizaron 1222 visitas domiciliarias para recabar la información de cada uno de los sujetos seleccionados para el estudio en dichas visitas se utilizó un instrumento global que incluye los dos instrumentos a validar y que fue elaborado exprofeso para dichas encuestas.

Se llevaron a cabo dos vueltas a los domicilios para localizar a las personas seleccionadas y con el fin de conseguir el tamaño de muestra requerido. Cuando la persona no se encontró, se dejó una nota de visita; en caso de localizar a la persona y que esta aceptara firmar el consentimiento informado, se le encuestó utilizando el cuestionario global

13 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

13.1 FASE I

Durante la fase I se eligieron los instrumentos para valorar actitudes en salud oral propuestos por Kiyak ya que son los únicos que se encuentran disponibles en la literatura. Se valoró teóricamente si eran susceptibles a ser utilizados para la población mexicana. A partir de los cuestionarios originales, se llevó a cabo el proceso de traducción bidireccional (directa e inversa) para así poder llevar a cabo la adaptación cultural para la población de adultos mayores mexicana.

Se realizó un análisis teórico a través de la revisión por expertos para corroborar la semántica de ambos instrumentos. Se realizó el análisis de sensibilidad de los instrumentos, como está sugerido en la literatura, en donde se valoraron el propósito, estructura o marco de referencia, la visión integral, la comprensión, la reproducibilidad, si las escalas son apropiadas, la validez de apariencia y de contenido así como su facilidad de uso.

13.2 FASE II

Tras la recolección de la información se calcularon los tiempos de la entrevista así como la homogeneidad o consistencia interna (α de Cronbach), la concordancia, estabilidad y precisión (correlación intraclase) y validez de constructo y criterio (correlación de Pearson). Así mismo, se comparan las medias de ambos instrumentos entre la primera (t_0) y la segunda (t_1) valoración a través de una prueba t-Student en el programa IBM-SPSS para Windows versión 19.

Para el cálculo de homogeneidad α de Cronbach- se considera que si el α es mayor que 0.90, el instrumento de medición es excelente; en el intervalo 0.90-0.80, el instrumento es bueno; entre 0.80- 0.70, el instrumento es aceptable; en el intervalo 0.70-0.60, el instrumento es débil; entre 0.60-0.50, el instrumento es pobre; y si es menor que 0.50, no es aceptable.

Se valoró la concordancia entre los sujetos a través del coeficiente de correlación intraclase del test-retest. La correlación entre las entrevistas se valoró como >0.90 , muy buena; 0.70-0.90, buena; 0.51-0.70, moderada; 0.31-0.50, mediocre y <0.30 muy mala o nula. Se consideró realizar las encuestas con 48 horas de diferencia ya que no se cree que se obtengan resultados muy diferentes al dejar pasar más tiempo.

La validez de criterio se obtuvo a través de la correlación de Pearson en dónde: El valor del índice de correlación en el intervalo (-1,1). Si $r=1$, existe una correlación positiva perfecta. El índice indica una dependencia total entre las dos variables (relación directa). Si $0 < r < 1$, existe una correlación positiva. Si $-1 < r < 0$, existe una correlación negativa. Si $r=0$, no existe relación lineal y si $r=-1$, existe una relación negativa. Cuando $r < 0.30$, la asociación será débil, $0.30 \leq r \leq 0.70$, la asociación será moderada y >0.70 la asociación será fuerte.

Se valoró si existe suficiente confiabilidad y validez en ambos instrumentos. Se discutieron las discrepancias en los hallazgos entre los encuestadores y el instructor para determinar los errores de registro de la información para lograr el acuerdo de los resultados. Se realizaron tres sesiones prácticas para la valoración del instrumento. Se valoraron y realizaron las adaptaciones pertinentes.

Después de haber recolectado la información para la segunda prueba piloto, se calcularon la homogeneidad o consistencia interna (α de Cronbach), la concordancia, estabilidad y precisión (correlación intraclase) y la validez de constructo y criterio (correlación de Pearson). Así mismo, se comparan las medias de ambos instrumentos entre la primera (t_0) y la segunda (t_1) valoración a través de una prueba t-Student en el programa IBM-SPSS para Windows versión 19.

Se realizó la captura de la información recabada en el programa IBM-SPSS para Windows versión 19 y esta información fue analizada posteriormente en el mismo programa. Se valoró si existía suficiente validez y confiabilidad en ambos instrumentos. Se calcularon los tiempos en que se puede llevar a cabo la entrevista. Se valoraron y realizaron las adaptaciones pertinentes.

13.3 FASE III

La información se capturó en el programa IBM-SPSS versión 19 para Windows con el fin de obtener una base de datos. Se llevó a cabo una auditoría para cotejar la base de datos con las encuestas realizadas con el fin de encontrar discrepancias que pudieran afectar las mediciones. La información ya capturada, se analizó en el mismo programa.

Con la finalidad de caracterizar a la población de estudio, se realizó un análisis descriptivo de la muestra estudiada a partir de los datos sociodemográficos así como de la presencia o ausencia de dientes naturales. Se realizó la prueba t-Student para observar las diferencias entre edad y sexo.

Se realizó la prueba Chi cuadrado (X^2) para observar la heterogeneidad de la muestra dentro de cada una de las variables en estudio (nivele educativo, ocupación, ingresos, tipos de familia, presencia de dientes naturales y la utilización de prótesis, tipos de prótesis utilizadas, presencia de dientes naturales y la percepción de salud oral).

Se valoró la confiabilidad u homogeneidad a través de la prueba de consistencia interna α de Cronbach para el cuestionario de creencias así como para los cuestionarios de importancia para dentados y para edéntulos.

Con el fin de proporcionar la validez de criterio, se realizó la prueba de correlación de Pearson entre los instrumentos de creencias e importancia ya que sus preguntas están relacionadas.^{55,54,57,58} Se obtuvo la distribución de frecuencia de las respuestas en la batería de preguntas y se realizó un prueba X^2 para observar las su heterogeneidad y además se correlacionó dicha batería de preguntas con los instrumentos de creencias, importancia en dentados y edéntulos a través de la correlación de Pearson. Además, para la validez de criterio, se calculó la media del GOHAI y se correlacionaron los instrumentos de creencias, importancia para personas dentadas e importancia para personas edéntulas y el instrumento GOHAI a través de la correlación de Pearson.

^{54,55,57}

Con el fin de valorar la validez de constructo se realizó la obtención de evidencia así como la información empírica que prueba la correlación entre los conceptos referidos y se realizó un Análisis Factorial por el método de extracción de componentes principales y una rotación posterior por el método ortogonal Varimax. Se evaluó la adecuación del

análisis factorial mediante la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett.

Se calculó la sumatoria de puntos con el fin de obtener las puntuaciones máximas y mínimas para los instrumentos de creencias, importancia para dentados e importancia para edéntulos. Se calcularon las medias de los instrumentos que miden las actitudes (creencias e importancia).

Se realizó una comparación de medias de los cuestionarios de creencias e importancia y las variables descriptivas a través de las pruebas t-Student y ANOVA con el fin de establecer asociaciones.

Se realizó la comparación de medias entre los instrumentos de creencias, importancia para dentados e importancia para edéntulos con el instrumento GOHAI tomando en cuenta el punto de corte para percepción de salud; así mismo, se compararon los instrumentos de creencias, importancia para dentados e importancia para edéntulos con el instrumento GOHAI tomando en cuenta el punto de corte para necesidades de atención odontológica. Tras la comparación se obtuvo la correlación entre la percepción de salud oral y las necesidades de atención con los instrumentos a validar.

14 CONSIDERACIONES ÉTICAS

- El protocolo fue sometido a evaluación y registro en el Comité Nacional de Investigación y Ética del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Se llevaron a cabo entrevistas por medio de un cuestionario preparado exclusivamente para este fin dentro de los sistemas de salud de nuestro país para recabar información socioeconómica, psico-social, de salud general y de utilización de los servicios de salud oral, ya sea de seguridad social, público o privado en la población de personas adultos mayores derechohabientes del Instituto Mexicano de Seguro Social de 60 años y más adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 de la misma institución.
- Conforme a las disposiciones del Artículo 16, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en vigor; “En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.
- De acuerdo al Artículo 13, párrafo primero del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en vigor; “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección a sus derechos y su bienestar”.
- De acuerdo a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana en el apartado de expediente clínico y la Secretaría de Salud, se solicitará el consentimiento

válidamente informado por escrito a los participantes y se respetará el derecho a la no participación de aquellos que así lo desearan.

- El documento se entregó impreso, redactado en forma clara, sin abreviaturas, enmendaduras o tachaduras.^{69,70,71}

15 RESULTADOS

Los resultados se obtuvieron de acuerdo a las fases en el diseño del estudio.

15.1 FASE I. ANÁLISIS DE SENSIBILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS.

PROPÓSITO Y ESTRUCTURA O MARCO DE REFERENCIA. Los instrumentos utilizados para la realización de este trabajo de validación cumplen con una función clínica ya que se trata de dos cuestionarios interrelacionados para medir las actitudes a través de las creencias e importancia hacia la salud oral en adultos mayores. Los datos en cuanto a validez no fueron reportados en la literatura pero la traducción fue autorizada por la Dra. Asuman Kiyak de la Universidad de Washington, quien es su creadora (1987).³³

En la actualidad no existen índices reportados en la literatura, además de los presentados en este trabajo, que sean capaces de medir las actitudes en salud oral en los adultos mayores y los aquí utilizados no han sido aún validados en México; estos instrumentos fueron utilizados para la valoración de los factores predisponentes de Utilización de Servicios de Salud Oral en los Estados Unidos y servirán para la creación de un modelo de Utilización de estos servicios en nuestro país, hecho que da a ambos instrumentos una justificación clínica.

El cuestionario de creencias consta de 10 preguntas que se miden en una escala de porcentajes del cero al cien como una probabilidad de que las situaciones sucedan; el al cuestionario de importancia, consta de 10 preguntas de las cuales se toman en cuenta las preguntas uno a cinco y siete a diez para los sujetos dentados y para sujetos

edéntulos se toman en cuenta sólo las preguntas uno a seis y estas se miden en una escala del uno al cinco siendo uno nada importante y cinco lo más importante.

Se toman en cuenta las sumatorias y promedios de éstas para la valoración. Todas las preguntas son mutuamente excluyentes evitando la duplicidad de respuestas lo que les proporciona la suficiente discriminación; además, las respuestas en las escalas de porcentajes y de 1-5 son todas mutuamente excluyentes. Cada uno de los ítems están relacionados en cada uno de los instrumentos y las respuestas de ambos están correlacionadas entre sí.

Ambos instrumentos pueden ser aplicados por un encuestador previamente calibrado basándose en un instructivo general que le será proporcionado y explicado a detalle durante la calibración. Sólo lo podrán utilizar personas que hayan sido calibradas para evitar sesgos en las respuestas, cumpliendo así su aplicabilidad clínica.

Teóricamente los instrumentos son susceptibles a ser utilizados para la población mexicana; tras su traducción (Anexo V) se encontró que los ítems se relacionan con las actitudes hacia la salud oral tomando en cuenta los dominios de: cuidado oral personal y cuidado oral profesional y dieta conteniendo la connotación biológica necesaria. Los instrumentos parecen tener simplicidad ya que la aplicación se vuelve más sencilla al realizar la adaptación a nuestro idioma (español en México); además utilizan las variables mínimas para establecer las actitudes de creencias e importancia hacia la salud oral a través de la valoración de las probabilidades de eventos futuros de cumplirse ciertas actitudes en la práctica: El cepillado diario, La nutrición, Las revisiones orales por un dentista, La apariencia física, Las técnicas de autocuidado, Los

problemas bucales, La conservación de dientes naturales, La atención de un dentista, Los alimentos azucarados como provocadores de caries dental, El consumo de sal fluorurada o las aplicaciones de flúor. Cada uno de los ítems va guiado hacia una de las actitudes evaluándolas de forma independiente sin que se confundan una con otra distinguiéndolas de forma apropiada proporcionándole así, transparencia y claridad a los instrumentos.

REPLICABILIDAD, REPRODUCIBILIDAD. Ambos instrumentos tienen claridad en las instrucciones; no necesita mayor explicación para aplicarlo o evaluarlo si se ha estudiado el instructivo general y las instrucciones al paciente se leen directa y claramente.

Al realizar un examen objetivo, se encontró que las variables se miden de forma cuantitativa. Al re-escribir los ítems en la última adaptación, se mejora la comprensión lo que permitirá evitar el sesgo durante las respuestas. Además, la adaptación de las escalas guiará a una respuesta más objetiva por parte del sujeto encuestado. Al seguir el instructivo general se trata de eliminar el sesgo del encuestador ya que éste no deberá guiar las respuestas sino sólo repetir las instrucciones y mostrar las escalas ya modificadas. Además, se recuerda al entrevistado que las respuestas no representan una calificación sino que lo que se está evaluando es su percepción. para evitar el sesgo de adaptabilidad social. Se les pide también que respondan de acuerdo a su sentir en el momento de la entrevista evitando el sesgo de memoria.

ESCALAS APROPIADAS. Los cuestionarios parecen tener la amplitud necesaria ya que se contemplan todas las variables de respuesta.

Escala de porcentajes con valores del 0 a 100. La escala original contiene sólo 0: no es nada probable y 100: muy probable, dejando los intervalos sin explicación; ésta ha sido modificada para ayudar en la comprensión de respuestas. Escala de importancia con valores del 1 al 5. La escala original contiene sólo 1: nada importante y 5: muy importante dejando los intervalos sin explicación.

Todas las preguntas son mutuamente excluyentes para evitar la duplicidad de respuestas lo que les proporciona la suficiente discriminación. Además, las respuestas en las escalas de porcentajes y de 1-5 son todas mutuamente excluyentes, no existe otra opción de respuesta.

Cada uno de los ítems va guiado hacia una de las actitudes evaluándolas de forma independiente sin que se confundan una con otra. Se distinguen de forma apropiada las actitudes (creencias e importancia) en cuanto a: cepillado diario, nutrición, revisiones orales por un dentista, apariencia física, técnicas de autocuidado, problemas bucales, conservación de dientes naturales, atención de un dentista, consumo de alimentos azucarados como provocadores de caries dental y el consumo de sal fluorurada (o aplicaciones de flúor en consulta).

VALIDEZ DE APARIENCIA. Ambos instrumentos pueden ser aplicados por un encuestador previamente calibrado basándose en un instructivo general que debe ser proporcionado y explicado a detalle durante la calibración. La aplicación de estos instrumentos parece ser simple ya que contiene instrucciones explícitas, contiene las preguntas estructuradas previamente, y las escalas de medición deben mostrarse al

encuestado para facilitar su respuesta y colaboración; con esto se da a los instrumentos un enfoque de intercambio adecuado.

El propósito de los instrumentos, su contenido y coherencia biológica son apropiados al contener el contexto para el que fueron creados: medir las actitudes hacia la salud oral en adultos mayores; los ítems contienen las formas básicas con las que se pueden medir las creencias e importancia en cuanto a: cepillado diario, nutrición, revisiones orales por un dentista, apariencia física, técnicas de autocuidado, problemas bucales, conservación de dientes naturales, atención de un dentista, consumo de alimentos azucarados como provocadores de caries dental y el consumo de sal fluorurada (o aplicaciones de flúor en consulta) con lo que se da la coherencia biológica necesaria a los instrumentos.

VALIDEZ DE CONTENIDO. Los instrumentos incluyen los elementos básicos que cubrirán los elementos para preguntar acerca de las actitudes que tiene esta población hacia la salud oral; esta información está basada en los estudios cualitativos que se han realizado hasta la fecha.^{6,36,43,44}

Desafortunadamente, las preguntas en la sección de creencias parecen estar muy elaboradas, lo que dificulta su comprensión. Éstas ya han sido modificadas esperando una mejor respuesta por parte de los entrevistados. No se incluyen ítems inapropiados, se ha modificado el ítem 10 de creencias ya que en México no se agrega fluoruro al agua y se ha adaptado para incluir la sal fluorurada.

Las respuestas en cada uno de los instrumentos tienen el mismo valor dentro de ellos. Ya que se trata de una traducción, las escalas sólo han sido modificadas para su mejor comprensión proporcionando facilidad de uso a ambos instrumentos. Las escalas elementales son apropiadas para su uso.

La calidad de los datos recogidos es buena ya que proporciona la percepción de las creencias e importancia en salud oral de manera objetiva ya que son medidos en una escala cuantitativa continua a través de una encuesta directa y realizada por un encuestador calibrado.

FACILIDAD DE USO. No se requiere de ningún tipo de tecnología complicada en su aplicación por lo tanto es un instrumento no costoso y de fácil uso.

15.2 FASE II

PRIMERA PRUEBA PILOTO

Tras la realización de la primera prueba piloto, con una muestra de conveniencia con 20 sujetos adultos mayores (60 años y más), se encontró que la primera entrevista se realizó en promedio en 12 minutos ($1 \pm DE = 3.75$), con un rango de entre seis y 21 minutos. La segunda entrevista se realizó en 10 minutos (± 3.054) aproximadamente por sujeto, con un rango de entre cinco y 20 minutos.

HOMOGENEIDAD

En la prueba para la consistencia interna (homogeneidad o reproducibilidad) de las variables del cuestionario de creencias tomando en cuenta los diez ítems, se obtuvo un

α de Cronbach de 0.896. Cuando se separa el cuestionario de importancia para dentados (ítems 1-5 y 7-10) el α de Cronbach obtenido es 0.894 y al separar el cuestionario de importancia para edéntulos (ítems 1-6) el α de Cronbach obtenido es 0.970 (tabla 2).

Tabla 2. Homogeneidad, primera prueba piloto	
	α de Cronbach
Creencias total	0.896
Importancia dentados	0.894
Importancia edéntulos	0.970

CONCORDANCIA, ESTABILIDAD Y PRECISIÓN

Para valorar la concordancia o la variabilidad entre la primera (t_0) y la segunda valoración (t_1), se utilizó la correlación intra-clase para los ítems del cuestionario de creencias y ésta fue de 0.896 con un Intervalo de confianza (Intervalo de Confianza-IC 95%) de 0.736-0.959 que fue significativa estadísticamente ($p < 0.001$). (Tabla 3)

Al evaluar el cuestionario de importancia para individuos dentados (ítems 1-5 y 7-10) entre la primera valoración (t_0) y la segunda (t_1), se encontró una correlación intraclase del 0.894 con un IC de 0.695-0.963 significativo estadísticamente ($p < 0.001$). Así mismo, al comparar las respuestas del cuestionario para individuos edéntulos (ítems 1-6) en su primera (t_0) y su segunda valoración (t_1) se observó una correlación intraclase de 0.970 con un con un IC al 95%=0.544-0.998 significativa estadísticamente ($p=0.008$). (Tabla 3)

Tabla 3. Concordancia, estabilidad y precisión, primera prueba piloto. Prueba Test-retest, Intervalo de confianza al 95%

	Correlación intra-clase	IC 95% (LI-LS)	p=
Creencias	0.896	0.736-0.959	<0.001
Importancia dentados	0.894	0.695-0.963	<0.001
Importancia edéntulos	0.970	0.544-0.998	0.008

VALIDEZ. Creencias

La validez de criterio y de constructo se evaluaron al comparar las respuestas de la primera (t_0) y la segunda valoración (t_1) del cuestionario de creencias, donde se observó una correlación de Pearson de $r=0.814$, siendo esta asociación estadísticamente significativa ($p<0.001$). Al comparar cada una de las respuestas del cuestionario de creencias de la primera (t_0) y la segunda valoración (t_1), se encontró que cada uno de los ítems tuvo una correlación de entre $r=0.446$ y $r=0.848$ con una asociación estadísticamente significativa en todos los casos. Al comparar las medias del cuestionario de creencias de la primera (t_0) y la segunda valoración (t_1), sólo el ítem seis presenta una diferencia entre las medias y es estadísticamente significativa ($p=0.039$). (Tabla 4)

Tabla 4. Cuestionario de creencias: Correlación de Pearson y comparación de medias, Prueba t-Student para comparación de medias, primera prueba piloto.

			Primera valoración (t_0)	Segunda valoración (t_1)	t-Student
	r=	p=	Media (DE)	Media (DE)	p=
Creencias total	0.814	<0.001	781.80 (135.69)	807.65 (125.00)	0.166
ítem 1	0.578	0.008	73.25 (21.04)	78.25 (17.26)	0.227
ítem 2	0.500	0.025	81.00 (17.13)	84.25 (12.06)	0.352
ítem 3	0.446	0.049	78.25 (28.71)	86.25 (15.80)	0.183
ítem 4	0.656	0.002	91.40 (10.82)	92.00 (10.56)	0.766
ítem 5	0.508	0.022	82.90 (16.47)	79.75 (17.50)	0.414
ítem 6	0.749	<0.001	69.00 (24.90)	77.25 (20.74)	0.039
ítem 7	0.624	0.003	83.75 (22.87)	87.35 (17.33)	0.386
ítem 8	0.848	<0.001	80.25 (24.84)	85.75 (21.47)	0.077
ítem 9	0.692	0.001	81.00 (19.44)	80.50 (21.87)	0.893
ítem 10	0.641	0.008	76.25 (21.56)	70.38 (26.17)	0.273

VALIDEZ. Importancia

Al comparar las respuestas de la primera (t_0) y segunda valoración (t_1) del cuestionario de importancia para sujetos dentados, se encontró que la sumatoria de los ítems uno a cinco y siete a diez, tuvieron una correlación $r=0.833$ con una asociación significativa estadísticamente ($p<0.001$). Al comparar las sumatorias de las respuestas de ambas valoraciones, t_0 y t_1 , del cuestionario de importancia para sujetos edéntulos, se encontró que los ítems tuvieron una correlación $r=0.830$ con una asociación significativa estadísticamente ($p<0.001$). La comparación de las medias no es significativa para los cuestionarios de importancia en ningún caso ($p>0.05$). (Tabla 5)

Tabla 5. Cuestionario de importancia: Correlación de Pearson y comparación de medias, Prueba t-Student para comparación de medias, primera prueba piloto.

	r	p	Media t ₀ (DE)	Media t ₁ (DE)	t- Student p=
Importancia para dentados	0.833	<0.001	42.70 (4.04)	42.95 (3.73)	0.682
Importancia para edéntulos	0.830	<0.001	28.45 (3.77)	28.85 (3.28)	0.408

Cuando se compararon las respuestas entre la valoración primera (t₀) y la segunda (t₁) de los ítems por separado, el ítem 1 obtuvo una correlación de r=0.953, para el ítem tres, r= 0.834, para el ítem nueve r=0.801 y para el ítem diez r=0.883 con una asociación estadísticamente significativa (p<0.001) y para el ítem dos la correlación fue r=0.298, con una asociación estadísticamente no significativa (p>0.05). Para los ítems seis y siete se encontró que la correlación es máxima (r=1.000) y que es estadísticamente significativa (p<0.001). La comparación de medias no es significativa estadísticamente. (Tabla 6)

Tabla 6. Cuestionario de importancia, correlación de Pearson y comparación de medias por ítem, Prueba t-Student para comparación de medias, primera prueba piloto.

	r	p	Media t ₀ (DE)	Media t ₁ (DE)	t-Student p
ítem 1	0.953	<0.001	4.75 (0.71)	4.70 (0.73)	0.330
ítem 2	0.298	0.201	4.65 (0.74)	4.90 (0.30)	0.135
ítem 3	0.834	<0.001	4.25 (1.29)	4.35 (0.98)	0.541
ítem 4	0.649	0.002	4.65 (0.93)	4.75 (0.71)	0.541
ítem 5	0.619	0.004	4.45 (1.14)	4.45 (0.88)	1.000
ítem 6	1.000	<0.001	4.40 (1.34)	4.40 (1.34)	1.000
ítem 7	1.000	<0.001	5.00 (0.00)	5.00 (0.00)	1.000
ítem 8	0.795	<0.001	4.88 (0.34)	4.81 (0.54)	0.580
ítem 9	0.801	<0.001	4.63 (0.88)	4.63 (0.71)	1.000
ítem 10	0.883	<0.001	4.75 (0.77)	4.63 (0.88)	0.333

SEGUNDA PRUEBA PILOTO

Se realizó la segunda prueba piloto dentro de la Unidad de Medicina Familiar No 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de México con la previa autorización para trabajo de campo dentro de la misma donde se seleccionó una muestra por conveniencia de adultos mayores (60 años y más) que se encontraban en la clínica y que aceptaron participar bajo consentimiento informado por escrito previa explicación del mismo. Se contó con 30 sujetos a los cuales se les realizó la encuesta en dos diferentes momentos con 48 hrs de diferencia entre la primera (t_0) y la segunda (t_1) valoración con la finalidad de realizar la prueba test-retest.

Se volvió a adaptar el instrumento para su mejor comprensión. Ya que las preguntas en el cuestionario de creencias parecían ser muy largas, se optó por modificarlas comenzando por una frase condicional y la pregunta correspondiente que las desglosara en dos partes. Adaptación: en lugar de una pregunta se utiliza una frase: SI UNA PERSONA CEPILLA SU BOCA DIARIO, ¿Qué tan probable es tenga dientes y encías sanos? La pregunta se realiza durante las instrucciones y se convierte en frase: Una persona tiene dientes y encías sanos sólo por cepillar su boca Se modificó la escala y se utilizó la misma que utiliza el cuestionario de importancia de 1 a 5. Se modificaron las preguntas de importancia al utilizar un sinónimo de importancia (valor) para no guiar a la respuesta de mayor puntaje.

HOMOGENEIDAD

En la prueba para la consistencia interna (homogeneidad o reproducibilidad) de los ítems que componen el cuestionario de creencias se obtuvo un α de Cronbach de

0.781. El instrumento de importancia para dentados obtuvo un α de Cronbach=0.665 y el instrumento para edéntulos obtuvo un α de Cronbach=0.873. (Tabla 7)

Tabla 7. Homogeneidad, segunda prueba piloto.	
	α de Cronbach
Creencias	0.781
Importancia dentados	0.665
Importancia edéntulos	0.873

CONCORDANCIA, ESTABILIDAD Y PRECISIÓN.

Para valorar la concordancia o la variabilidad entre las primera (t_0) y la segunda evaluación (t_1), se utilizó la correlación intra-clase para los ítems del cuestionario de creencias que fue de 0.701 con un intervalo de confianza (IC 95%) de 0.373-0.858 y que fue estadísticamente significativo ($p=0.002$). (Tabla 8)

Al analizar el cuestionario de importancia para dentados (ítems 1-5 y 7-10), la correlación intraclase entre la primera valoración (t_0) y la segunda (t_1) fue de 0.878 con un IC de 0.745-0.942 significativo estadísticamente ($p<0.001$). Para el cuestionario de importancia para edéntulos la correlación intraclase fue de 0.670 con un IC de 0.306-0.843 estadísticamente significativo ($p=0.002$). (Tabla 8)

Tabla 8. Concordancia, estabilidad y precisión, segunda prueba piloto. Prueba Test-retest. Intervalo de confianza al 95%			
	Correlación intra-clase	I.C. (LI-LS)	p
Creencias	0.701	0.373-0.858	0.002
Importancia dentados	0.878	0.745-0.942	<0.001
Importancia edéntulos	0.670	0.306-0.843	0.002

VALIDEZ. Creencias

Se evaluaron la validez de criterio y de constructo al comparar las respuestas del cuestionario de creencias de la primera (t_0) y la segunda valoración (t_1) obteniendo una correlación de Pearson de 0.548 con una asociación estadísticamente significativa ($p=0.002$). Al comparar las respuestas del cuestionario de creencias ítem por ítem del 1 al 10 en su primera (t_0) y la segunda valoración (t_1), se encontró que los ítems con mayor correlación fueron el ítem 8 ($r=0.593$), ítem 7 ($r=0.536$), ítem 4 ($r=0.429$) e ítem 2 ($r=0.382$) siendo estadísticamente significativas ($p<0.05$). Cuando se compararon las medias de entre la primera (t_0) y la segunda valoración (t_1) no se encontró significancia estadística en ningún caso ($p>0.05$). (Tabla 9)

Tabla 9. Cuestionario de creencias: Correlación de Pearson y comparación de medias, Prueba t-Student para comparación de medias segunda prueba piloto

	r=	p=	Media t_0	Media t_1	t-Student p=
Cuestionario total	0.548	0.002	823.33 (104.66)	818.33 (124.59)	0.806
ítem 1	0.051	0.788	83.33 (14.93)	84.67 (15.02)	0.726
ítem 2	0.382	0.037	88.00 (13.74)	86.00 (13.74)	0.476
ítem 3	0.302	0.105	80.67 (19.81)	84.00 (14.52)	0.386
ítem 4	0.429	0.018	87.00 (16.43)	87.67 (17.55)	0.842
ítem 5	0.147	0.439	89.00 (13.22)	87.67 (16.54)	0.712
ítem 6	0.190	0.316	82.33 (19.24)	82.33 (17.35)	1.000
ítem 7	0.536	0.002	88.67 (14.55)	85.33 (19.07)	0.283
ítem 8	0.593	0.001	87.33 (12.01)	84.00 (19.93)	0.265
ítem 9	0.152	0.424	72.67 (27.78)	73.33 (25.64)	0.917
ítem 10	0.042	0.838	70.00 (24.49)	69.62 (27.05)	0.957

VALIDEZ. Importancia

Al comparar las respuestas del cuestionario de importancia para sujetos dentados en su primera (t_0) y segunda valoración (t_1), se encontró que los ítems tuvieron una

correlación de $r=0.784$ con una asociación significativa estadísticamente ($p<0.001$). Al comparar las respuestas del cuestionario de importancia para sujetos edéntulos, en su primera (t_0) y segunda valoración (t_1), se encontró que los ítems tuvieron una correlación $r=0.503$ con una asociación significativa estadísticamente ($p=0.005$). Así mismo, al comparar las medias, se obtuvo que el cuestionario para pacientes edéntulos tiene una asociación significativa estadísticamente ($p=0.035$). (Tabla 10)

Tabla10. Cuestionario de importancia: Correlación de Pearson y comparación de medias por cuestionario total, Prueba t-Student para comparación de medias, segunda prueba piloto.

	r=	p=	Media t_0	Media t_1	t-Student p=
Cuestionario total Para dentados	0.784	<0.001	35.33 (7.23)	36.50 (7.49)	0.198
Cuestionario total Para edéntulos	0.503	0.005	20.20 (3.59)	21.63 (3.54)	0.035

Cuando se compararon las respuestas por separado para cada uno de los ítems en su primera (t_0) y segunda (t_1) valoración del cuestionario de importancia, se obtuvo que las correlaciones de Pearson para los ítems 9 ($r=0.666$), ítem 6 ($r=0.604$), ítem 2 ($r=0.533$), ítem 3 ($r=0.476$), ítem 1 ($r=0.425$), ítem 8 ($r=0.449$) y el ítem 10 ($r=0.425$) fueron las más fuertes y su asociación es estadísticamente significativa ($p<0.05$). Sin embargo, al comparar sus medias, sólo el ítem tres fue estadísticamente significativo ($p=0.003$). (Tabla 11)

Tabla 11. Cuestionario de importancia: Correlación de Pearson y comparación de medias por ítem, Prueba t-Student para comparación de medias, segunda prueba piloto.

	r=	p=	Media t ₀	Media t ₁	t-Student p=
ítem 1	0.425	0.019	4.37 (0.85)	4.53 (0.68)	0.283
ítem 2	0.533	0.002	3.97 (1.09)	4.23 (0.89)	0.147
ítem 3	0.476	0.008	3.50 (1.33)	4.23 (1.00)	0.003
ítem 4	0.326	0.079	4.13 (1.10)	4.17 (1.08)	0.887
ítem 5	0.167	0.379	4.17 (0.98)	4.27 (0.98)	0.669
ítem 6	0.604	<0.001	1.00 (0.00)	3.00 (2.82)	0.500
ítem 7	0.295	0.127	4.46 (0.69)	4.61 (0.62)	0.212
ítem 8	0.449	0.017	4.50 (0.69)	4.39 (0.99)	0.587
ítem 9	0.666	<0.001	3.79 (1.19)	3.71 (1.32)	0.779
ítem 10	0.425	0.019	3.54 (1.39)	3.69 (1.35)	0.490

15.3 FASE III

Durante el trabajo de campo se realizó la visita a 1222 domicilios, el detalle de las visitas se encuentra en el gráfico 2.

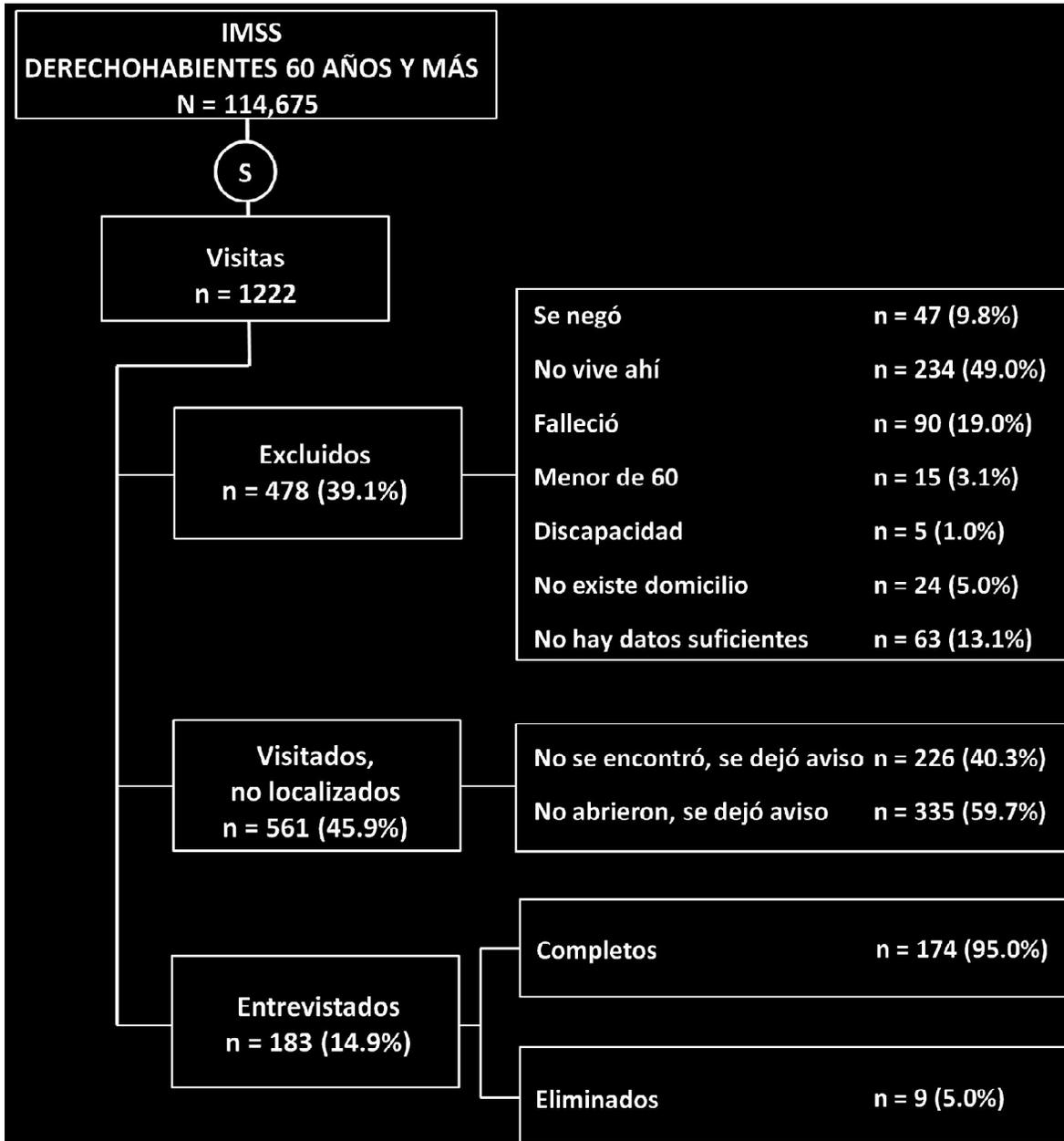


Gráfico 2. Esquema de muestra, visitas y respuesta durante el trabajo de campo.

La muestra se conformó por 174 adultos mayores con una edad promedio ($\pm 1DE$) de 72.9 (7.9) años, de los cuales, el 63.8% (n=111) fueron mujeres y cuya edad promedio fue de 72.7 (8.0) años y 36.2% (n=63) fueron hombres, su edad promedio fue 73.3 (7.7) años. Las diferencias en edad por sexo no son significativas (t-Student=-0.459, $p>0.05$). (Tabla 12)

Tabla 12. Distribución de la muestra por edad y sexo

	n	%	Media	D.E.
FEMENINO	111	63.8	72.7	8.0
MASCULINO	63	36.2	73.3	7.7
Total	174	100	72.9	7.9

En la tabla 13 se observa que menos del dos por ciento de los participantes no saben leer o escribir y aunque aproximadamente una tercera parte de la muestra han concluido el nivel medio superior (31.6%), también una tercera parte de ésta no tiene más que conocimientos a nivel primaria. Al realizar la comparación entre los niveles educativos, se obtuvo significancia estadística en la distribución ($X^2=36.621$, $p<0.001$).

Más de la mitad de los entrevistados (60.3%, n=105) reportan estar jubilados o pensionados recibiendo un ingreso económico por esta razón; seis de ellos también se dedican a los quehaceres del hogar sin recibir pago y tres ayudan en el negocio familiar con o sin percepción económica. El 27% (n=47) continúan trabajando y recibiendo un sueldo; de éstos, 23 adultos mayores son también jubilados con percepción económica. El 8.6% (n=15) se dedican a los quehaceres del hogar sin recibir pago alguno y casi el tres por ciento (n=5) no trabajan. Al comparar la

ocupación de los entrevistados se observaron diferencias significativas en la frecuencia y distribución ($X^2=213.586$, $p<0.001$). (Tabla 13)

De los 32 individuos que tienen dos ocupaciones, 23 (71.87%) son jubilados y tienen un trabajo remunerado; seis (18.75%) son jubilados con pensión y se dedican a los quehaceres del hogar sin pago alguno; El tres punto doce porciento ($n=1$) es jubilado y percibe un ingreso por esta razón y además trabaja en el negocio familiar sin recibir ningún pago; finalmente, de los jubilados con percepción económica, el 6.25% también trabaja en el negocio familiar recibiendo un pago por esta razón. Al comparar a quienes tienen dos ocupaciones se encontraron diferencias significativas en la frecuencia y distribución ($X^2=39.250$, $p<0.001$). (Tabla 13)

El 13.2% ($n=23$) de los entrevistados perciben menos de un salario mínimo al año, poco más de la tercera parte de los adultos mayores entrevistados (33.9%, $n=59$) perciben entre uno y tres salarios mínimos al año mientras que el 27.6% ($n=48$), reciben más de seis salarios mínimos; el 7.5% ($n=13$) de los participantes no responde a esta pregunta. Tras la comparación de los ingresos de los entrevistados se observaron diferencias significativas en su frecuencia y distribución ($X^2=39.908$, $p<0.001$). (Tabla 13)

Más de la mitad de los entrevistados viven en familias de tipo nuclear (56.9%, $n=99$), únicamente el 18.4% ($n=32$) viven solos. Al comparar el tipo de familia en que viven los entrevistados se observaron diferencias significativas en su frecuencia y distribución ($X^2=157.437$, $p<0.001$). (Tabla 13)

Tabla 13. Frecuencia y Distribución de datos sociodemográficos

	n	%
Nivel educativo.		
Sin primaria	25	14.4
Nivel primaria	28	16.1
Nivel secundaria	21	12.1
Nivel medio superior	55	31.6
Nivel superior	33	19.0
Nivel posgrado	12	6.9
Total	174	100.0
Ocupación		
Trabajó y recibió un pago por ello	47	27.0
No trabajó	5	2.9
Jubilado, pensionado y recibió ingreso	105	60.3
Quehaceres del hogar no recibió pago	15	8.6
Trabajó ayudando en negocio familiar y no recibió pago	2	1.1
Total	174	100.0
Individuos con dos ocupaciones		
Jubilados con trabajo remunerado	23	71.87
Jubilados y realizan quehaceres en el hogar sin pago	6	18.75
Jubilado trabaja en negocio familiar sin pago	1	3.12
Jubilado y trabaja en negocio familiar con pago	2	6.25
Total	32	100
Ingreso económico en base a salario mínimo para el D.F. 2012 Pesos mexicanos al año		
<\$22,750	23	13.2
\$22,751-68,250	59	33.9
\$68, 251-136,501	31	17.8
>\$136,502	48	27.6
No responde	13	7.5
Total	174	100.0
Tipo de hogar		
Hogar solitario o unipersonal	32	18.4
Familia nuclear	99	56.9
Hogar no familiar	12	6.9
Familia extensa	22	12.6
Hogar compuesto	9	5.2
Total	174	100.0

El 90.2% (n=157) de los adultos mayores que fueron encuestados reportan la presencia de al menos un diente natural en boca; de éstos, el 73% (n=127) dicen

ser portadores de algún tipo de prótesis observando diferencias estadísticas significativas al comparar la frecuencia y distribución de presencia de dientes naturales y el uso de prótesis. ($X^2=112.644$, $p<0.001$). (Tabla 14)

Tabla 14. Presencia de dientes naturales y utilización de prótesis.

Utiliza algún tipo de prótesis	Dentados		Edéntulos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sí	127	73.0	17	100	144	82.76
No	30	27.0	0	0	30	17.24
	157	100	17	100	174	100

De aquellos que utilizan prótesis, el 47.2% (n=60) reporta utilizar prótesis de tipo removable, un 29.9% (n=38) utiliza sólo prótesis fija y el siete por ciento (n=9) utilizan ambas. Veinte (15.7%) de estos adultos mayores utilizan prostodoncia total. Se observaron diferencias significativas en frecuencia y distribución entre los tipos de prótesis utilizada ($X^2=48.241$, $p<0.001$). (Tabla 15)

Tabla 15. Tipo de prótesis utilizada

	n=	%
Prótesis fija	38	29.9
Prótesis removable	60	47.2
Prótesis fija y removable	9	7.0
Prostodoncia	20	15.7
Total	127	100

De las personas que reportan tener al menos un diente natural, 12 (7.6%) dicen utilizar prostodoncia total superior al igual que dos (11.8%) de las personas edéntulas, mientras que 15 (88.2%) de estas últimas utilizan tanto prostodoncia superior como inferior. (Tabla 16)

Tabla 16. Presencia de al menos un diente natural y utilización de prostodoncia total

Utilización de prostodoncia total	Presencia de al menos un diente natural					
	Si		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sólo superior	12	7.6	2	11.8	14	8.0
Ambas	0	0.0	15	88.2	15	8.6
No aplica	145	92.4	0	0.0	145	83.3
Total	157	100.0	17	100.0	174	100.0

La mayoría de los adultos mayores que fueron entrevistados ven su salud oral como buena (40.2%) o regular y (39.7%). Sin embargo, de las 17 personas edéntulas, nueve (52.9%) ven su salud oral como buena y seis (35.3%) como regular; sólo dos (11.8%) la perciben como mala. No se observaron diferencias significativas en cuanto a la percepción de salud oral entre estas personas ($X^2=3.040$, $p=0.386$). (Tabla 17)

Tabla 17. Presencia de al menos un diente natural y percepción de salud oral.

Percepción de salud Oral	Presencia de al menos un diente natural					
	Si		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Excelente/Muy buena	19	12.1	0	0.0	19	10.9
Buena	61	38.9	9	52.9	70	40.2
Regular	63	40.1	6	35.3	69	39.7
Mala	14	8.9	2	11.8	16	9.2
Total	157	100.0	17	100.0	174	100.0

HOMOGENEIDAD

En la prueba para evaluar la consistencia interna en el cuestionario de creencias se obtuvo un 0.782 en el α de Cronbach. El α de Cronbach obtenido para el instrumento de importancia en personas dentadas (ítems 1-5 y 7-10) fue de 0.716;

al analizar el instrumento que mide sólo la importancia para personas edéntulas el α de Cronbach resultante es 0.849. (Tabla 18)

Tabla 18. HOMOGENEIDAD, Consistencia inter-elementos para los instrumentos de creencias e importancia.

	α de Cronbach
Creencias	0.782
Importancia dentados	0.716
Importancia edéntulos	0.849

VALIDEZ DE CRITERIO

Al realizar la prueba de correlación de Pearson para los instrumentos a validar, se encontró que la correlación entre las creencias y la importancia en pacientes dentados es baja y tiene significancia estadística ($r=0.240$, $p=0.002$); la correlación entre las creencias y la importancia en pacientes edéntulos es mayor pero también se mantiene en los límites bajos y no es significativa estadísticamente ($r=0.458$, $p=0.064$) (Tabla 19)

Tabla 19. Correlación entre los instrumentos a validar

	Creencias	
	r=	p=
Importancia dentados	0.240	0.002
Importancia edéntulos	0.458	0.064

Al preguntar a este grupo de personas qué tan frecuentemente comen saludablemente con el fin de cuidar su boca, más de la mitad de los entrevistados (51.1%, $n=89$) dijo siempre hacerlo y el 10.3% ($n=18$) dijo nunca comer con ese fin se observaron diferencias estadísticamente significativas ($X^2=116.632$, $p<0.001$). Cuando se les preguntó con qué frecuencia visitan al profesional de la salud para que les realice revisiones cada año, más de la tercera parte de los participantes

(36.8%, n=64) mencionó siempre acudir a la visita anual con su profesional de la salud mientras que el 20.1% (n=35) dijeron nunca hacerlo; las diferencias fueron estadísticamente significativas ($X^2=35.770$, $p<0.001$). (Tabla 20)

Tras haberles preguntado con qué frecuencia saben cómo cuidar su boca más de la mitad de los adultos mayores encuestados (66.7%, n=116) mencionaron saber cómo hacerlo mientras que sólo 5.2% (n=9) dijeron nunca saberlo, se observaron diferencias significativas ($X^2=241.747$, $p<0.001$). Cuando se les preguntó con qué frecuencia cuidan sus dientes y encías la mayoría de los adultos mayores entrevistados (68.4%, n=119) respondieron siempre y muy pocos (5.2%, n=9) respondieron nunca hacerlo. Las diferencias observadas fueron significativas estadísticamente ($X^2=265.584$, $p<0.001$). (Tabla 20)

Cuando se preguntó con qué frecuencia su profesional de la salud les limpia los dientes, aproximadamente una tercera parte (32%, n=57) dijo siempre tener la atención de un profesional de la salud para que le realice limpieza, otra tercera parte dijo tener esta atención a menudo (18.4%, n=32) o a veces (11.5%, n=20) y la última tercera parte dijo contar con esta atención rara vez (16.1%, n=28) o nunca (21.3%, n=37), las diferencias fueron significativas estadísticamente ($X^2=22.149$, $p<0.001$). (Tabla 20)

Durante la encuesta se les preguntó con qué frecuencia comen muchos alimentos azucarados, a lo que 32.2% (n=56) de los entrevistados respondieron rara vez consumir este tipo de alimentos, sólo el 13.8% (n=24) dijo hacerlo siempre y el 23.6% (n=41) dijo consumirlos a veces; las diferencias observadas fueron

significativas estadísticamente ($X^2=21.345$, $p<0.001$). A preguntarles con qué frecuencia comen usted sal con fluoruro, sólo el 14.4% ($n=25$) dijo siempre consumir sal con fluoruro pero el 17.8% ($n=31$) dijeron no saber si la consumían o no y el 43.7% ($n=76$) dijo nunca hacerlo; se observaron diferencias estadísticamente significativas ($X^2=103.724$, $p<0.001$). (Tabla 20)

Cuando se les cuestionó con qué frecuencia cepillan su boca diariamente, la gran mayoría (90.8%, $n=158$) respondió hacerlo siempre mientras que sólo dos personas (1.1%) dijeron nunca hacerlo; se observaron diferencias estadísticamente significativas ($X^2=402.267$, $p<0.001$) y al preguntarles cuántas veces al día cepillan sus dientes, más de la mitad (56.3%, $n=98$) respondieron cepillarse los dientes tres o más veces al día, una tercera parte (33.3%, $n=58$) dijeron cepillarse dos veces al día y sólo tres individuos (1.7%) reportan no cepillarse los dientes ni una sola vez; las diferencias observadas fueron significativas ($X^2=129,494$, $p<0.001$). (Tabla 20)

Tabla 20. Distribución de respuestas y preguntas para correlacionar.

¿Con qué frecuencia come usted saludablemente con el fin de cuidar su salud oral?		
	n	%
Siempre	89	51.1
A menudo	37	21.3
A veces	20	11.5
Rara vez	10	5.7
Nunca	18	10.3
Total	174	100.0
¿Con qué frecuencia visita usted al profesional de la salud para que le realice revisiones cada año?		
Siempre	64	36.8
A menudo	19	10.9
A veces	33	19.0
Rara vez	23	13.2
Nunca	35	20.1
Total	174	100.0
¿Con qué frecuencia sabe usted cómo cuidar su boca?		
Siempre	116	66.7
A menudo	25	14.4
A veces	15	8.6
Rara vez	9	5.2
Nunca	9	5.2
Total	174	100.0
¿Con qué frecuencia cuida usted sus dientes y encías?		
Siempre	119	68.4
A menudo	28	16.1
A veces	10	5.7
Rara vez	8	4.6
Nunca	9	5.2
Total	174	100.0
¿Con qué frecuencia su profesional de la salud le limpia los dientes?		
Siempre	57	32.8
A menudo	32	18.4
A veces	20	11.5
Rara vez	28	16.1
Nunca	37	21.3
Total	174	100.0

¿Con qué frecuencia come usted muchos alimentos azucarados?

Siempre	24	13.8
A menudo	26	14.9
A veces	41	23.6
Rara vez	56	32.2
Nunca	27	15.5
Total	174	100.0

¿Con qué frecuencia come usted sal con fluoruro?

Siempre	25	14.4
A menudo	6	3.4
A veces	16	9.2
Rara vez	20	11.5
Nunca	76	43.7
No sabe	31	17.8
Total	174	100.0

¿Con qué frecuencia cepilla usted su boca diariamente?

Siempre	158	90.8
A menudo	8	4.6
A veces	6	3.4
Nunca	2	1.1
Total	174	100.0

¿Cuántas veces al día cepilla sus dientes?

3 ó más	98	56.3
Dos	58	33.3
Una	15	8.6
Ninguna	3	1.7
Total	174	100.0

La correlación entre la pregunta: ¿Cepilla usted su boca diariamente? y la frase: Una persona tiene dientes y encías sanos sólo por cepillar su boca del cuestionario de creencias fue baja y no significativa estadísticamente ($r=0.120$, $p=116$); en cuanto a la correlación entre ¿Cepilla usted su boca diariamente? y la pregunta de importancia: ¿Qué valor le da usted al cepillado de sus dientes o dentaduras? fue muy baja (-0.165 , $p=0.029$) y significativa estadísticamente. (Tabla 21)

La correlación entre la pregunta: ¿Qué tan frecuentemente come usted saludablemente con el fin de cuidar su boca? y la frase: Por tener buena nutrición a lo largo de la vida se tiene buena salud oral, fue muy baja y no significativa estadísticamente ($r=-0.077$, $p=0.310$). Así mismo, la correlación entre la pregunta: ¿Qué tan frecuentemente come usted saludablemente con el fin de cuidar su boca? y la pregunta: ¿Qué valor le da usted a la comida para mantener una buena salud en su boca? fue también muy baja y significativa estadísticamente ($r=-0.418$, $p<0.001$). (Tabla 21)

La correlación entre la pregunta: ¿Qué tan frecuentemente visita usted al profesional de la salud para que le realice revisiones cada año? y la frase: Se previenen problemas orales sólo por tener revisiones con un profesional de la salud regularmente fue baja y no significativa estadísticamente ($r=0.049$, $p=0.518$). En cuanto a la correlación entre la pregunta: ¿Qué tan frecuentemente visita usted al profesional de la salud para que le realice revisiones cada año? y la pregunta ¿Qué valor le da usted a que el profesional de la salud le haga revisiones orales una vez al año? fue también muy baja y con una asociación estadísticamente significativa ($r=-0.484$, $p<0.001$). (Tabla 21)

La correlación fue baja entre la pregunta: en los últimos tres meses, cuando usted se mira al espejo, ¿Cuántas veces ha estado contento (a) de cómo se ven sus dientes o dentaduras? y la frase: Se mejora la apariencia de las personas sólo por tener dientes y encías saludables ($r=0.048$, $p=0.529$) además de que fue no significativa estadísticamente. La correlación entre la pregunta en los últimos tres meses, cuando

usted se mira al espejo, ¿Cuántas veces ha estado contento (a) de cómo se ven sus dientes o dentaduras? y la pregunta ¿Qué valor le da usted a la apariencia de sus dientes y dentaduras? fue también muy baja y la asociación fue significativa estadísticamente ($r=-0.270$, $p<0.001$). (Tabla 21)

Entre la pregunta: ¿Con qué frecuencia sabe usted cómo cuidar su boca? y la frase: Al aprender técnicas de cuidado oral, se mejora la salud oral la correlación presentada fue baja ($r=0.010$, $p=0.895$) y no estadísticamente significativa. Así mismo, la correlación entre la pregunta ¿Con qué frecuencia sabe usted cómo cuidar su boca? y la pregunta ¿Qué valor le da usted al cuidado de su boca? fue también muy baja y significativa estadísticamente ($r=-0.346$, $p<0.001$). (Tabla 21)

La correlación entre la pregunta: ¿Con qué frecuencia visita usted al profesional de la salud para que le realice revisiones? y la frase: Las personas que usan placas pueden tener menos problemas en boca si se realizan revisiones orales periódicamente fue baja ($r=0.006$, $p=0.943$) y no significativa estadísticamente. Así mismo, la correlación entre la pregunta ¿Con qué frecuencia visita usted al profesional de la salud para que le realice revisiones? y la pregunta ¿Qué valor le da usted a acudir al profesional de la salud a revisiones para tener una boca sana? fue también muy baja ($r=-0.481$, $p=0.024$) y significativa estadísticamente. (Tabla 21)

Al correlacionar la pregunta: ¿Con qué frecuencia cuida usted sus dientes y encías? y la frase: Una persona no perderá sus dientes naturales sólo por cuidar de sus dientes y encías fue baja y significativa estadísticamente ($r=0.176$, $p=0.021$). La correlación entre ¿Con qué frecuencia cuida usted sus dientes y encías? y la

pregunta ¿Qué valor le da usted a mantener sus dientes naturales? fue también muy baja ($r=-0.303$, $p<0.001$) significativa estadísticamente. (Tabla 21)

Para la pregunta: ¿Con qué frecuencia su profesional de la salud le limpia los dientes? y la frase: Una persona tiene dientes saludables por realizarse limpieza una vez al año con el profesional de la salud la correlación fue baja ($r=-0.028$, $p=0.710$) y no significativa estadísticamente. La correlación entre ¿Con qué frecuencia su profesional de la salud le limpia los dientes? y la pregunta ¿Qué valor le da usted a que un profesional de la salud le limpie los dientes para tener una boca sana? fue también muy baja ($r=-0.358$, $p<0.001$) y significativa estadísticamente. (Tabla 21)

Cuando se correlacionó la pregunta: ¿Con qué frecuencia come usted muchos alimentos azucarados? y la frase: Se puede provocar caries oral sólo por ingerir alimentos azucarados fue baja ($r=0.039$, $p=0.614$) y no significativa estadísticamente. Así mismo, al correlacionar ¿Con qué frecuencia come usted muchos alimentos azucarados? y la pregunta ¿Qué valor le da usted a evitar comer alimentos azucarados que le puedan provocar caries oral? La asociación fue baja y significativa estadísticamente ($r=0.374$, $p<0.001$). (Tabla 21)

Entre la pregunta: ¿Con qué frecuencia come usted sal con fluoruro? y la frase: Se gasta menos en profesional de la salud consumiendo sal fluorurada la correlación fue baja ($r=-0.015$, $p=0.861$) y no significativa estadísticamente y al hacer la correlación entre ¿Con qué frecuencia come usted sal con fluoruro? y la pregunta ¿Qué valor le da usted a que un profesional de la salud le aplique fluoruro en sus

dientes? fue también muy baja ($r=-0.086$, $p=0.288$) y no significativa estadísticamente. (Tabla 21)

	r=	p=
Frecuencia de Cepillado oral		
Una persona tiene dientes y encías sanos sólo por cepillar su boca	0.120	0.116
¿Qué valor le da usted al cepillado de sus dientes o dentaduras?	-0.165*	0.029
Frecuencia de alimentación saludable		
Por tener buena nutrición a lo largo de la vida se tiene buena salud oral	-0.077	0.310
¿Qué valor le da usted a la comida para mantener una buena salud en su boca?	-0.418*	<0.001
Frecuencia de visitas al profesional de la salud		
Por tener buena nutrición a lo largo de la vida se tiene buena salud oral	0.049	0.518
¿Qué valor le da usted a que el profesional de la salud le haga revisiones orales cada año?	-0.484*	<0.001
Frecuencia de complacencia al mirarse al espejo		
Se mejora la apariencia de las personas sólo por tener dientes y encías saludables	0.048	0.529
¿Qué valor le da usted a la apariencia de sus dientes y dentaduras?	-0.270*	<0.001
Frecuencia de cuidado oral personal		
Al aprender técnicas de cuidado oral, se mejora la salud oral	0.010	0.895
¿Qué valor le da usted al cuidado de su boca?	-0.346*	<0.001
Frecuencia revisiones orales por un profesional		
Las personas que usan placas pueden tener menos problemas en boca si se realizan revisiones orales periódicamente	0.006	0.943
¿Qué valor le da usted a acudir al profesional de la salud a revisiones para tener una boca sana?	-0.481*	0.024
Frecuencia cuidado personal de dientes y encías		
Una persona no perderá sus dientes naturales sólo por cuidar de sus dientes y encías	0.176	0.021
¿Qué valor le da usted a mantener sus dientes naturales?	-0.303*	<0.001

Frecuencia limpieza oral por un profesional		
Una persona tiene dientes saludables por realizarse limpieza una vez al año con el profesional de la salud	-0.028	0.710
¿Qué valor le da usted a que un profesional de la salud le limpie los dientes para mantener una boca sana?	-0.358*	<0.001
Frecuencia de consumo de alimentos azucarados		
Se puede provocar caries oral sólo por ingerir alimentos azucarados	0.039	0.614
¿Qué valor le da usted a evitar comer alimentos azucarados?	0.374*	<0.001
Frecuencia consumo de sal con fluoruro o aplicaciones de fluoruro		
Se gasta menos en profesional de la salud consumiendo sal fluorurada	-0.015	0.861
¿Qué valor le da usted a que un profesional de la salud le aplique fluoruro en sus dientes?	-0.086*	0.288

La correlación encontrada entre el GOHAI y el instrumento de creencias fue ($r=0.008$, $p=0.915$) y fue no significativa estadísticamente. La correlación entre el GOHAI con el cuestionario de importancia para dentados resultó baja pero significativa estadísticamente ($r=0.182$, $p=0.016$). También resultó baja la correlación entre el GOHAI y el cuestionario de importancia para edéntulos ($r=0.023$, $p=0.716$) y no fue significativa estadísticamente. (Tabla 22)

Tabla 22. Correlación y comparación de medias entre GOHAI los instrumentos de creencias e importancia

	r=	p=	Media instrumento (DE±)	Media GOHAI (DE±)
Creencias	0.008	0.915	37.99 (6.84)	48.9(8.41)
Importancia dentados	0.182	0.016	36.2 (7.4)	48.9(8.41)
Importancia edéntulos	0.023	0.716	22.2 (3.4)	48.9(8.41)

VALIDEZ DE CONSTRUCTO

Tras la realización del análisis factorial por medio del método de extracción de análisis de componentes principales por método de rotación Normalización Varimax para el cuestionario de creencias, se confirma que tres factores explican el 58.8% de la varianza total. Los factores se presentaron en el siguiente orden: a) cuidado profesional y personal (22.9% de la varianza), b) prevención (20.4% de la varianza) y c) alimentación (15.5% de la varianza), que corresponden a las creencias en salud oral. La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue de 0.77 y la prueba de esfericidad de Bartlett de 358.57 con 45 grados de libertad ($p < 0.05$). (Tabla 23)

Tabla 23. Matriz de componentes del análisis factorial para el cuestionario de creencias

Creencias	Componente		
	Cuidado profesional y personal	Prevención	Alimentación
	%	%	%
Cepillado	-0.13	8.33	-0.05
Dieta	3.59	6.63	1.40
Revisión oral profesional anual	6.12	2.31	3.10
Apariencia	6.16	3.85	-0.22
Cuidado oral	8.37	0.55	0.50
Revisión oral profesional	6.47	1.28	3.27
Mantener dientes naturales	1.90	6.23	1.63
Limpieza profesional	4.70	5.06	1.86
Evitar consumo azúcares	1.63	0.15	7.64
Consumo sal fluorurada	0.63	2.02	7.98

El análisis factorial para el cuestionario de importancia para pacientes dentados confirma que tres componentes explican el 62.2% de la varianza total. Los factores se presentaron en el siguiente orden: a) cuidado personal (24.5% de la varianza), b) cuidado profesional (22.2% de la varianza) y c) alimentación (15.4% de la varianza) que corresponden a la importancia de la salud oral en pacientes dentados. La medida de adecuación muestral de KMO fue de 0.73 y la prueba de esfericidad de Bartlett de 301.867 con 36 grados de libertad ($p < 0.05$). (Tabla 24)

Tabla 24. Matriz de componentes del análisis factorial para el cuestionario de importancia en dentados

Importancia en dentados	Componente		
	Cuidado personal %	Cuidado profesional %	Alimentación %
Cepillado	8.01	-0.29	1.49
Dieta	1.30	-2.12	7.93
Revisión oral profesional anual	2.83	7.70	-1.60
Apariencia	5.95	4.23	-0.57
Cuidado oral	8.20	2.00	0.52
Mantener dientes naturales	6.19	1.45	1.16
Limpieza profesional	2.02	7.57	0.64
Evitar consumo azúcares	1.29	3.51	6.95
Aplicación tópica de fluoruro	-0.46	6.56	4.54

El análisis factorial para el cuestionario de importancia para pacientes edéntulos confirma que dos componentes explican el 78.3% de la varianza total. Los factores se presentaron en el siguiente orden: a) cuidado profesional (41.6% de la varianza) y b) cuidado personal (36.6% de la varianza) que corresponden a la importancia de la salud oral en pacientes edéntulos. La medida de adecuación muestral de KMO

fue de 0.70 y la prueba de esfericidad de Bartlett de 82.88 con 15 grados de libertad ($p < 0.05$). (Tabla 25)

Tabla 25. Matriz de componentes del análisis factorial para el cuestionario de importancia en edéntulos

Importancia en edéntulos	Componente	
	Cuidado profesional %	Cuidado personal %
Cepillado	0.51	8.40
Dieta	4.98	5.35
Revisión oral profesional anual	8.56	3.96
Apariencia	8.80	-0.62
Cuidado oral	2.74	8.98
Revisión oral profesional	8.18	4.89

En el caso del instrumento de creencias la puntuación va de 10 a 50; mientras más alta la puntuación, mejores creencias en cuanto a salud oral. Este cuestionario presentó una media de 37.9 (± 6.8). (Tabla 26)

Para el cuestionario de importancia para personas dentadas, la puntuación va de 9 a 45 puntos; mientras más alto el puntaje, más valor se da a las prácticas de salud oral. (Tabla 26) La media para este cuestionario fue de 37.99 (± 5.30).

El cuestionario de importancia para edéntulos tiene una puntuación que va de 6 a 30 puntos; mientras más alto el puntaje, más valor o importancia se da a las prácticas de salud oral. Este cuestionario presentó una media de 22.2 (± 3.4). (Tabla 26)

Tabla 26. Medias de los instrumentos utilizados

Instrumento	n=	Puntaje máximo posible	Media	DE (±)
Creencias	174	50	37.99	6.84
Importancia dentados	157	45	37.99	5.30
importancia edéntulos	17	30	23.47	5.97

Al comparar las medias entre el cuestionario de creencias y las variables descriptivas de la muestra se encontraron diferencias significativas entre los adultos mayores jóvenes y el resto de la muestra ($p=0.017$). Así mismo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre aquellos que no estuvieron dispuestos a responder y aquellos que reciben uno y hasta seis salarios mínimos (<un salario mínimo, $p=0.035$, de uno a tres salarios mínimos, $p=0.051$ y de tres a seis salarios mínimos $p= 0.007$). (Tabla 27)

Tabla 27. Comparación de medias del cuestionario de creencias y las variables descriptivas.

CREENCIAS	n=	Media (DE±)	p=
Sexo			
Mujeres	111	38.5 (7.03)	0.152
Hombres (t-Student=1.439)	63	37.0 (6.43)	
Edad			
60-74 años	104	39.0 (6.39)	0.017
75 años y más (t-Student=2.408)	70	36.4 (7.25)	
Educación			
Sin primaria	25	38.8 (7.85)	0.361
Primaria	28	37.5 (5.82)	
Secundaria	21	35.1 (8.24)	
Medio superior	55	39.0 (6.78)	
Superior	33	38.0 (6.27)	
Posgrado (ANOVA, F=1.102)	12	37.5 (5.64)	

Ocupación			
Trabajó con remuneración	47	38.5 (7.25)	0.101
No trabajó	5	32.4 (11.65)	
Jubilado con ingreso	105	37.6 (6.08)	
Quehaceres del hogar	15	39.8 (8.15)	
Trabajó en negocio familiar sin remuneración	2	46.0 (0.00)	
(ANOVA, F=1.972)			
Ingresos (anuales)			
<un salario mínimo	23	39.4 (5.89)	0.006
Uno-tres salarios mínimos	59	38.3 (6.13)	
Tres –seis salarios mínimos	31	40.2 (5.34)	
>seis salarios mínimos	48	36.8 (7.54)	
No responden	13	32.6 (9.01)	
(ANOVA, F=3.710)			
Tipo de familia			
Hogar solitario o unipersonal	32	37.2 (6.78)	0.702
Familia nuclear	99	37.7 (6.75)	
Hogar no familiar	12	39.0 (6.41)	
Familia extensa	22	39.7 (6.52)	
Hogar compuesto	9	37.3 (9.76)	
(ANOVA, F=0.546)			
Dientes naturales			
Sí	157	38.0 (6.85)	0.661
No	17	37.2 (6.91)	
(t-Student=0.439)			
Uso de prótesis			
Sí	127	38.15 (6.75)	0.611
No	47	37.55 (7.14)	
(t-Student=0.509)			
Tipo de prótesis			
Fija	38	38.8 (6.94)	0.894
Removible	60	37.7 (6.47)	
Ambas	9	37.5 (8.53)	
Dentadura total	20	38.2 (6.79)	
Prótesis tipo			
Sólo superior	40	37.5 (6.78)	0.472
Sólo inferior	17	40.4 (8.14)	
Ambas	67	37.8 (6.22)	
(ANOVA, F=0.843)			

Uso dentadura total			
Sólo superior	14	39.7 (9.14)	0.329
Ambas	15	36.0 (6.17)	
(ANOVA, F=1.118)			
Percepción de salud oral			
Excelente	14	40.0 (6.90)	0.149
Muy buena	5	42.6 (6.46)	
Buena	70	36.7 (6.74)	
Regular	69	38.6 (6.40)	
Mala	16	37.4 (8.48)	
(ANOVA, F=1713)			

Quando se realizó la comparación de las medias del instrumento de importancia para personas dentadas se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre aquellos que son adultos mayores jóvenes y los del grupo de más de 75 años ($p < 0.001$). Además, se encontraron diferencias entre aquellos que ven su salud oral como excelente, buena o regular y aquellos que la ven como mala ($p = 0.007$). (Tabla 28)

Tabla 28. Comparación de medias del cuestionario de importancia para dentados y las variables descriptivas.

IMPORTANCIA DENTADOS	n=	Media (DE±)	p
Dientes naturales	157	37.9 (5.30)	
Sexo			
Mujeres	99	38.2 (4.85)	0.408
Hombres	58	37.5 (6.01)	
(t-Student=0.830)			
Edad			
60-74 años	99	39.1 (4.67)	<0.001
75 y más	58	35.9 (5.71)	
(t-Student=3.860)			
Educación			
Sin primaria	25	37.2 (5.35)	0.845
Primaria	22	37.2 (5.33)	
Secundaria	17	38.8 (3.72)	
Medio superior	49	38.3 (5.82)	
Superior	32	38.3 (4.93)	
Posgrado	12	37.2 (6.31)	
(ANOVA, F=0.404)			
Ocupación			
Trabajó con remuneración	46	39.4 (4.87)	0.223
No trabajó	5	35.6 (7.09)	
Jubilado con ingreso	91	37.5 (5.48)	
Quehaceres del hogar	13	37.3 (3.96)	
Trabajó en negocio familiar sin remuneración	2	35.5 (7.77)	
(ANOVA, F=1.441)			
Ingresos (anuales)			
<un salario mínimo	21	38.4 (3.70)	0.241
Uno-tres salarios mínimos	50	37.2 (5.80)	
Tres –seis salarios mínimos	28	39.8 (4.10)	
>seis salarios mínimos	46	37.2 (5.71)	
No responden	12	38.7 (5.89)	
(ANOVA, F=1.388)			
Tipo de familia			
Hogar solitario o unipersonal	28	37.7 (5.35)	0.104
Familia nuclear	90	38.1 (5.06)	
Hogar no familiar	11	39.6 (5.08)	
Familia extensa	20	38.7 (4.51)	
Hogar compuesto	8	33.3 (8.17)	
(ANOVA, F=1.955)			

Uso de prótesis			
Sí	110	38.1 (4.72)	0.702
No	47	37.74 (6.50)	
(t-Student=0.383)			
Tipo de prótesis			
Fija	38	39.0 (3.46)	0.343
Removible	60	37.6 (5.30)	
Ambas	9	38.3 (5.05)	
Dentadura total	3	35.0 (5.00)	
(ANOVA, F=1.123)			
Prótesis tipo			
Sólo superior	40	38.4 (4.09)	0.907
Sólo inferior	17	37.9 (3.94)	
Ambas	50	38.1 (5.43)	
Uso dentadura total			
Sólo superior	12	36.0 (4.22)	0.176
Ambas	0		
(ANOVA, F=1.846)			
Percepción de salud oral			
Excelente	14	38.7 (5.92)	0.007
Muy buena	5	40.2 (3.27)	
Buena	61	38.8 (5.00)	
Regular	63	37.9 (4.81)	
Mala	14	33.2 (5.30)	
(ANOVA, F=3.644)			

Al comparar las medias con el instrumento de importancia para personas edéntulas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$). (Tabla 29)

Tabla 29. Comparación de medias del cuestionario de importancia para edéntulos y las variables descriptivas.

	n=	Media (\pmDE)	p=
IMPORTANCIA EDÉNTULOS	17	37.9 (5.30)	
Sexo			
Mujeres	12	22.3 (6.09)	0.235
Hombres	5	26.2 (5.21)	
(t-Student=-1.237)			
Edad			
60-74 años	5	24.8 (5.89)	0.570
>75	12	22.9 (6.17)	

Educación			
Sin primaria	0		
Primaria	6	26.8 (4.87)	0.237
Secundaria	4	20.7 (5.90)	
Medio superior	6	23.1 (6.21)	
Superior	1	16.0	
Posgrado	0		
(ANOVA, F=1.601)			
Ocupación			
Trabajó con remuneración	1	17.0	0.476
No trabajó	0		
Jubilado con ingreso	14	24.2 (5.74)	
Quehaceres del hogar	2	21.5 (9.19)	
Trabajó en negocio familiar sin remuneración	0		
(ANOVA, F=0.783)			
Ingresos (anuales)			
<un salario mínimo	2	19.5 (4.95)	0.672
Uno-tres salarios mínimos	9	25.0 (5.63)	
Tres –seis salarios mínimos	3	21.3 (7.50)	
>seis salarios mínimos	2	21.5 (9.19)	
No responden	1	28.4 (5.97)	
(ANOVA, F=0.596)			
Tipo de familia			
Hogar solitario o unipersonal	4	21.5 (6.45)	0.239
Familia nuclear	9	24.8 (5.55)	
Hogar no familiar	1	17.0	
Familia extensa	2	28.5 (0.70)	
Hogar compuesto	1	15.0	
Uso de prótesis			
Sí	17	23.4 (5.97)	
No	0		
Uso dentadura total			
Sólo superior	2	23.5 (9.19)	
Percepción de salud oral			
Buena	9	21.0 (5.95)	0.146
Regular	6	25.3 (5.42)	
Mala	2	29.0 (1.41)	
(ANOVA, F=2.211)			

Al comparar el instrumento de creencias y la percepción de salud oral, las personas con una percepción negativa (n=90) tienen una media de 37.91 en creencias mientras que las que tienen una una percepción positiva (n=84) tienen una media más alta (38.07) sin diferencias significativas estadísticamente (t-Student= -0.154, p=0.878). (Tabla 30)

Tabla 30. Percepción de salud oral (GOHAI) y creencias

	n=	Media de Creencias (DE±)	p=
Percepción positiva	84	38.07 (7.32)	0.878
Percepción negativa	90	37.91 (6.41)	

Así mismo, al comparar la percepción de salud y la importancia en pacientes dentados, se obtuvo que quienes tienen una percepción positiva (n=81) tienen una media de 37.93 y quienes tienen una percepción negativa (n=76) tienen una media de 38.07. Las diferencias no son significativas estadísticamente (t-Student=0.165, p=0.869). (Tabla 31)

Tabla 31. Percepción de salud oral (GOHAI) e importancia en pacientes dentados.

	n=	Media de Importancia (DE±)	p=
Percepción positiva	81	37.93 (5.49)	0.869
Percepción negativa	76	38.07 (5.13)	

Cuando se compararon la percepción de salud y la importancia en pacientes edéntulos, se obtuvo que quienes tienen una percepción positiva (n=3) tienen una media de 18.67 y quienes tienen una percepción negativa (n=14) tienen una media

más alta (24.50). Las diferencias no son significativas estadísticamente (t-Student=-1.611, p=0.128). (Tabla 32)

Tabla 32. Percepción de salud oral (GOHAI) e importancia en pacientes edéntulos.

	n=	Media de Importancia (DE±)	p=
Percepción positiva	3	18.67 (3.78)	0.128
Percepción negativa	14	24.50 (5.93)	

Cuando se realizó la comparación entre el instrumento de creencias y las necesidades de atención (GOHAI) no se encontraron diferencias significativas estadísticamente (t-Student=-0.011, p=0.911). (Tabla 33)

Tabla 33. Necesidad de atención oral (GOHAI) y creencias.

	n=	Media creencias (DE±)	p=
Con necesidad de atención	140	37.99 (6.82)	0.991
Sin necesidad de atención	34	38,00 (7.01)	

Así mismo al comparar las medias entre el cuestionario de importancia para dentados y las necesidades de atención no se encontraron diferencias significativas (t-Student=-1.849, p=0.066). (Tabla 34)

Tabla 34. Necesidad de atención oral (GOHAI) e importancia en dentados

	n=	Media importancia dentados (DE±)	P=
Con necesidad de atención	123	37.59 (5.30)	0.066
Sin necesidad de atención	34	39.47(5.10)	

Los 17 sujetos edéntulos presentaron necesidades de atención por lo que no fue posible comparar las medias. (Tabla 35)

Tabla 35. Necesidad de atención oral (GOHAI) e importancia en edéntulos

	n=	Media importancia edéntulos (DE±)	p
Con necesidad de atención	17	23.47	
Sin necesidad de atención	0	0	

16 DISCUSIÓN

16.1 FASE I

Actualmente en la literatura parece no existir ningún instrumento estructurado que mida las actitudes (creencias e importancia) en la salud oral en adultos mayores a excepción de los planteados por la Dra. Asuman Kiyak en 1987 y que son los utilizados en este trabajo. Sin embargo, si existen estudios cualitativos que han expresado las actitudes en salud oral en esta población^{5,6,36,43,44,72}

Fue posible localizar en la literatura instrumentos como el OHB (Oral Health Behaviour) TBP (Theory of Planned behavior), A-ATT (Affective Attitude Toward Behavior), C-ATT (Cognitive Attitude Toward the Behavior), SN (Subjective Norms) o PBC (Perceived Behavioral Control) HU-DBI (THE HIROSHIMA UNIVERSITY – ORAL BEHAVIORAL INVENTORY) que han sido utilizados solamente en jóvenes adolescentes y adultos jóvenes y que reportan valores altos de confiabilidad.^{27,33,34,73,74}

El motivo por el cual estos instrumentos son validados en este trabajo, a pesar de ser de hace más de 20 años, es que ya fueron utilizados por la Dra. Kiyak para relacionar los factores predisponentes de utilización de servicios de SSO, lo cual se pretende estudiar a futuro por la Unidad de Investigación en Envejecimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social en el estudio de “Factores que determinan la Utilización de los Servicios de Salud Oral por adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar no. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social”

Para poder dar versatilidad de uso a los instrumentos presentados, hubo que realizar diversos cambios en ellos. Algunos cambios se hicieron en base al contexto cultural de nuestro México y otros para llegar a la población adulta mayor mexicana. Sin embargo, el contexto general: evaluar las actitudes hacia la salud oral en adultos mayores, no fue modificado. Con este fin, se evaluaron los cuestionarios, así como su comportamiento en cada paso de la validación tomando en cuenta la literatura, la opinión de expertos y del personal que llevaba a cabo las encuestas.

Cabe mencionar que el instrumento de creencias, aquí validado, consta de 10 preguntas tanto para pacientes dentados así como para pacientes edéntulos y el instrumento de importancia está dividido en dos partes: las preguntas uno a cinco y siete a diez son para pacientes dentados y las preguntas uno a seis se utilizan para evaluar a pacientes edéntulos.

Es necesario aclarar el punto anterior ya que durante la traducción se perdió información en el sentido de que la pregunta seis en el instrumento de importancia, indica su utilización sólo para portadores de dentaduras totales (prostodoncia total o pacientes edéntulos) la cual, al traducirse, podría cambiar el sentido (complete denture-dentadura completa) con lo que los resultados de las sumas de los instrumentos podrían no ser las adecuadas de no tomarse en cuenta este punto.⁵⁰

Así mismo, durante la adaptación cultural hubo que modificar el ítem 10 de creencias ya que hablaba de la utilización de agua fluorurada y en nuestro país lo que se usa es la sal fluorurada como medida preventiva para caries dental.^{75,76} Es

necesario realizar traducciones siguiendo los parámetros sugeridos en la literatura 50,51,52,53,54,55,57 y un examen exhaustivo de las traducciones de instrumentos que se vayan a utilizar para investigación con el fin de evitar el sesgo de la información que se desea obtener.

Al re-escribir los ítems en la última adaptación, se mejora la comprensión lo que permitirá evitar el sesgo durante las respuestas. Además, la adaptación de las escalas guiará a una respuesta más objetiva por parte del sujeto encuestado. Al seguir el instructivo general se trata de eliminar el sesgo del encuestador ya que éste no deberá guiar las respuestas sino sólo repetir las instrucciones y mostrar las escalas ya modificadas. Además, se debe recordar al encuestado que las respuestas no representan una calificación sino que lo que se está evaluando es su percepción para evitar el sesgo de adaptabilidad social. Se les pide también que respondan de acuerdo a su sentir en el momento de la entrevista evitando el sesgo de memoria.

Las preguntas en el cuestionario de creencias resultaron ser muy elaboradas para los sujetos entrevistados, quienes a pesar de responder a ellas, pedían en ocasiones repetidas se les volviera a realizar la pregunta. Al convertir estas preguntas en oraciones, se facilitó la comprensión y la fluidez en la encuesta. Además, al modificar la escala de porcentajes en el cuestionario de creencias, y convertirla en una escala del uno al cinco los sujetos utilizaron más los rangos de respuesta haciéndolas más apropiadas para esta población. Este hecho permitió dar fluidez y mayor rapidez de respuesta por parte de los entrevistados.

Los instrumentos aquí evaluados parecen medir las variables mínimas^{6,36} para establecer las actitudes en salud oral pero no se toman en cuenta las experiencias pasadas, las cuales quizá tengan que ver con las actitudes adquiridas durante la vida hacia su propio cuidado o hacia el personal de atención oral.

Tampoco se incluyen el uso de colutorios o de hilo dental, esta omisión quizá tenga que ver con que hace 25 años la gente no tenía conocimiento de su uso pero debería considerarse su inclusión para complementar los cuestionarios ya que la población mexicana está más expuesta a la información a través de los medios de comunicación como ha ocurrido en otras poblaciones.^{44,77}

La ansiedad o el dolor tampoco son consideradas en los instrumentos valorados como actitudes y sin embargo, éstas parecen ser adquiridas como tal desde la infancia y pudieran tener influencia en las prácticas de salud oral; quizá valdría la pena también incluirlas en los instrumentos que investigan las actitudes.^{6,39} ¡Error!

Marcador no definido.⁷⁸

Los instrumentos de creencias e importancia, aquí validados, se utilizaron conjuntamente para medir las actitudes como factores predisponentes para la utilización de los servicios de salud oral³³; por lo tanto se considera que no deben ser utilizados de forma separada aunque al aplicarlos las instrucciones sean independientes. Además, éstos pueden ser aplicados por personal de salud sin ser éste especialista en odontología ya que las instrucciones, de leerse claramente, pueden ser seguidas sin complicaciones.

16.2 FASE II.

Antes de poder utilizar un instrumento en un proyecto real, es necesario probarlo en algunas personas del grupo de interés o hacia quienes está dirigido dicho instrumento. Estas pruebas son muy valiosas ya que nos informan no sólo estadísticamente cuál es su comportamiento, sino que nos informan sobre cómo se comporta ante el encuestador y los encuestados.^{52,55}

Durante la primera prueba piloto se obtuvo el tiempo de realización del cuestionario. El tiempo aproximado para la encuesta es de entre 10 y 12 minutos (rango entre 6 y 21 minutos) el cual es corto, especialmente en adultos mayores, esto supone algo positivo ya que al realizar entrevistas de salud es fácil perder la atención y mientras más fáciles y rápidas sean éstas, más aceptación tendrán.⁵² además, será más fácil su inclusión en el cuestionario de Utilización de SSO,

La homogeneidad en ambos cuestionarios, en la primera prueba piloto resultó buena o excelente (>0.80); además, los valores en la correlación intraclase fueron también fuertes (>0.80). Los instrumentos, al ser utilizados en diferentes tiempos y al mismo grupo de personas, proveen de resultados similares, poseen estabilidad temporal dentro de los sujetos; ambos instrumentos tienen coherencia entre los ítems utilizados además de que aparentan medir lo mismo y que se comportan de manera similar.^{52,53,54,55,56,57,58}

Al no contar con un patrón de oro o una escala externa que nos permita comparar las puntuaciones de los instrumentos, se han utilizado los mismos ítems para dar a los instrumentos la validez de criterio. Contamos con valores que van de 0.44 a

0.84 en el cuestionario de creencias y dónde todos los ítems parecen relacionarse positivamente, como se esperaba. Sin embargo, para el instrumento de importancia, las relaciones fueron muy diferentes, mientras algunas se correlacionan en un valor de 0.29, la correlación en otras llega hasta 1.00, a pesar de esto, cuando se utiliza la sumatoria de los puntajes totales, la correlación es mucho más fuerte, (>0.80) hecho que se pudiera relacionar a los sujetos encuestados.⁵⁷

Hasta este momento, no podemos verificar estadísticamente que el instrumento de importancia sirva para el propósito que ha sido construido aunque estas correlaciones, a pesar de ser tan diversas, fueron todas positivas. Ya que queremos probar que los puntajes de la escala realmente distinguen entre aquellos pacientes que tienen una actitud favorable y los que tienen una actitud desfavorable hacia la salud oral, se decide continuar con una segunda prueba piloto tras la realización de algunos cambios que fueron consensuados entre expertos y encuestadores.

Durante la segunda prueba piloto, hubo baja en los valores de homogeneidad y de acuerdo entre la primera y segunda valoración aunque estos valores van de aceptables a buenos. Ambos instrumentos continúan teniendo la consistencia necesaria para ser utilizados en la población de interés.

A pesar de que los instrumentos funcionaron mejor durante las encuestas tras las adecuaciones realizadas, la validez de criterio también tuvo una baja en valores, aunque este hecho quizá tenga que ver con que la muestra es más homogénea ya

que se trató de personas que se encontraban dentro de la U.M.F.No. 1 y que son utilizadores de servicios médicos. Los valores estadísticos de confiabilidad y validez suelen cambiar según la población en que se aplique la escala.⁷⁹ Se juzga conveniente realizar una muestra aleatoria para valorar su funcionamiento en una población real.

Ya que durante las pruebas piloto se decidió realizar diversos cambios a los instrumentos y ya que las pruebas estadísticas mostraron cambios también, se decidió realizar una prueba de campo en una población real llevando a cabo un muestreo aleatorio con el fin de valorar el comportamiento y dar mayor seguridad en el empleo de estos instrumentos.^{52,79} y de esta manera obtener información más precisa al obtener mayor cantidad de información de los encuestados.

16.3 FASE III

La pobre salud oral de los adultos mayores contribuye a problemas de alimentación, limita las actividades y tiene efectos en la calidad de vida, aún así, las enfermedades crónicas orales más comunes (la caries y las enfermedades periodontales) tienden a ir en aumento al relacionarse con la creciente población adulta mayor en nuestro país.

Por el contrario, en países como Dinamarca, Suecia, Noruega, y otros de Europa, los programas de prevención se han iniciado desde los años 90's dando una mejora en la salud oral de sus habitantes; Sin embargo, la necesidad de atención es muy alta en los grupos vulnerables y en desventaja, tanto en países desarrollados como en países en desarrollo, en donde a pesar de ya tener

conocimientos de esta necesidad, continúan en espera de traducir estos conocimientos y reorientar programas que incluyan servicios preventivos en salud oral para los adultos mayores.^{80, 81, 82}

Aunque la perspectiva de los pacientes es subjetiva, puede ser de gran ayuda para entender y relacionar la perspectiva objetiva del clínico y de los tomadores de decisiones en nuestro país. Aunque estos instrumentos no miden la calidad de vida, los índices son indicadores de las actitudes que puedan influenciar esta misma.^{17,83,84}

A pesar de haber contado con una muestra muy amplia, no fue posible conseguir la cantidad de sujetos propuestos para realizar la validación de los instrumentos debido a las inconsistencias entre la información proporcionada por el departamento de archivo y vigencia de la UMF 1; se logró visitar 1222 hogares, de los cuales, por razones diversas, se fueron excluyendo del estudio y se logró encuestar a tan sólo 183 personas.

Lo antes mencionado tuvo un Impacto negativo en el estudio ya que hubo atraso en la recolección de la información además de representar un gasto económico para su terminación al tener que recorrer la zona de influencia de la U.M.F. 1 en repetidas ocasiones en busca muchas de las personas seleccionadas y que al final, tuvieron que excluirse del estudio. Sería recomendable para la U.M.F: 1, actualizar su base de datos si en el futuro pretenden sus directivos e investigadores realizar otros estudios en esa clínica.

Además de la falta de actualización en la base de datos, existe dificultad para acceder al posible entrevistado, existe un continuo rechazo a la entrevista, y contactos fallidos por no existir viviendas los cuales son problemas comunes al realizar una encuesta domiciliaria.⁸⁵ Cabe también mencionar que esta población es muy sensible en cuanto a su privacidad, especialmente en nuestra ciudad donde los índices de inseguridad limitan este tipo de investigación.

Se ha propuesto realizar estas investigaciones por medio del teléfono pero no se podrían utilizar las tablas que en este caso se utilizaron; otra opción propuesta es el correo pero en nuestro país este tiene algunas deficiencias y quizá no sería posible obtener un alto índice de respuesta.⁷ ¡Error! Marcador no definido.⁷⁸ En algunos casos, las razones para no responder a nuestra encuesta fue la falta de dientes, en todo caso, las personas que quizá más problemas tengan fueron quienes se negaron a participar.⁶

Esta muestra es representativa de los adultos mayores y las edades promedio coinciden con otros estudios realizados en este grupo poblacional.^{5,14} ¡Error! Marcador no definido.^{72,86,87} Hubo más mujeres que hombres, dato que, aunque no es igual a la población general de la Ciudad de México donde hay aproximadamente cinco por ciento más mujeres que hombres, coincide en que las mujeres están mejor representadas.⁸⁸

Más de la mitad de ellos tienen un alto nivel educativo (sólo el 14.4% no habían concluido la primaria y más de la mitad concluyeron el nivel medio superior y más). Estos datos quizá tengan que ver también con que la muestra estudiada vive en la

Ciudad de México donde el grado promedio de mayores de 15 años es de 10.5-años escuela (primer año de nivel medio superior) que es más alto que el grado promedio nacional (8.6-años escuela).⁸⁸

La mayoría de los encuestados está jubilado(a), lo que hace resaltar que la muestra se conformó por personas que son derechohabientes del IMSS y muy probablemente fueron trabajadores afiliados. Además, casi una tercera parte continúan trabajando ya que quizá los reducidos montos de las jubilaciones no les permiten mantener la seguridad económica que requieren.⁸⁹

Muchos de los adultos mayores encuestados perciben más de tres salarios mínimos lo que les da, hasta cierto grado, independencia y seguridad económica al contar con lo mínimo necesario para desarrollar sus actividades más elementales. Estas percepciones pueden ser por trabajo, ayuda de familiares, su pensión o por transferencias del estado a través de los programas gubernamentales; además de que como ya hemos mencionado, viven en la Ciudad de México donde el ingreso per cápita es mayor al nacional.^{67,68}

Otro dato a resaltar es que más de la mitad de la muestra vive en una familia de tipo nuclear, similar al dato de la población del Distrito Federal, donde el 58.9% de las familias viven en este tipo de hogares; en México, la familia continúa siendo el apoyo de los adultos mayores donde a su vez, ellos retribuyen participando en las actividades domésticas.

Tal vez nos estemos enfrentando a una población cada vez más independiente en la Ciudad de México donde, a pesar de las deficiencias en servicios para adultos mayores, éstos obtengan beneficios de la familia y de las instituciones de gobierno⁸⁹ y quienes al estar en mejores condiciones físicas al envejecer, puedan buscar una mejor atención y por lo tanto mejorar sus condiciones de vida.

Contrario a que en el pasado la falta de dientes se consideraba una fase natural del envejecimiento, la gran mayoría de las personas encuestadas tienen al menos un diente natural en boca y muy pocos son edéntulos; esto coincide con otros estudios que han documentado una reducción del edentulismo y que mencionan que cada vez será mayor el número de adultos mayores que mantengan sus dientes naturales^{2,12,19,84,90,91,92}

Lo anterior quizá tenga que ver con el cambio de actitudes en esta población o en los mismos servicios de salud oral (odontológicos) que se han enfocado en la conservación de los órganos dentarios. Los pacientes que han presentado algún tipo de enfermedad oral quizá ya no se encuentren tan satisfechos con la idea de perder sus dientes naturales.

En la muestra estudiada sólo 9.7% (n=17) son edéntulos, dato que es diferente a lo encontrado por Borges en 1999 e Irigoyen en el mismo año en la Ciudad de México donde reportan una prevalencia de edentulismo similar entre sus estudios (26.8% y 23.6%, respectivamente).⁹³ En otro estudio realizado en tres localidades geográficas diferentes en México, indicaron una prevalencia general de edentulismo de 19%, siendo menor entre los adultos mayores de la zona rural.⁹⁴ Y

en el estudio realizado por Sánchez en utilizadores de servicios de salud (IMSS e ISSSTE) se encontró una prevalencia de edentulismo de 15.2%.⁹⁵ En otras poblaciones se ha encontrado una prevalencia de edentulismo de más del 30% y hasta más del 50%.^{2, 77,86,}

La mayoría de las personas que tienen dientes naturales también utilizan algún tipo de prótesis, de hecho, se ha reportado que en muchos de los casos su utilización pueda ser incómoda y que estas significan una molestia; sin embargo, el reemplazo de sus órganos dentarios naturales quizá tenga que ver más con la presión social que se ha asociado con la apariencia física y no con la funcionalidad. También se ha relacionado el hecho de mantener más dientes naturales y su reemplazo en las mujeres por estética.^{12,84,96,97}

La mayor parte de la población encuestada mencionó ver su salud oral de regular a buena; de los que son edéntulos, más de la mitad perciben su salud como buena. En uno de los estudios cualitativos, Brondani, en el año 2010 reportó que la mayoría de sus encuestados eran pacientes dentados y que percibían su salud oral de buena a más o menos buena. Estos datos coinciden con lo encontrado en nuestro estudio.⁷² y aunque podría parecer que el ser dentado representa un sesgo de selección, cabe mencionar que al área de influencia de la U.M.F. 1 cuenta con colonias tanto de altos como de bajos ingresos y que fue posible entrevistar a personas tanto dueños de viviendas en las colonias más adineradas como a empleados de éstas mismas.

La homogeneidad en los dos cuestionarios presentaron un alfa de Cronbach mayor a 0.70, dato que indica que la consistencia interna es fuerte.⁵⁷ y confirma que los instrumentos aquí validados poseen la homogeneidad suficiente para ser utilizados con confianza en otros estudios dónde se requiera evaluar las creencias e importancia hacia la salud oral en los adultos mayores en nuestro país. Así mismo, ambos instrumentos muestran buena estabilidad temporal y que la muestra es heterogénea y se confirma el comportamiento homogéneo de los instrumentos, cuando su uso es apropiado (utilizando las instrucciones para el encuestador, las tablas con la escala) y se demuestra su consistencia en diferentes condiciones de aplicación.⁵⁸ además de que parecen servir a su propósito, y son escalas en las cuales se pueden acumular las puntuaciones parciales y dar una puntuación global.

54,55,56,57,58

Aunque las correlaciones entre los instrumentos utilizados (creencias e importancia) no son muy altas, estas son positivas y suponen una correlación directa y son suficientes para dar a los instrumentos en estudio la validez de criterio que se requiere. Cabe recordar que aunque las personas tengan una creencia, cualquiera que esta sea, a ésta no siempre se le dará un valor equivalente al grado de dicha creencia.

Se creó una batería de preguntas con el fin de encontrar correlaciones entre las prácticas reales y las creencias e importancia; sin embargo, aunque las personas reportan llevar a cabo prácticas preventivas y de cuidado oral, las correlaciones resultaron bajas y hasta negativas, en especial para el cuestionario de importancia.

Aunque las acciones que las personas puedan tomar van a relacionarse de manera importante a las actitudes de salud oral;³⁴ los cambios en las actitudes, en especial en los adultos mayores, son lentas de modificar ya que estos las tienen arraigadas desde su niñez y son muy profundas.

Así mismo, al correlacionar el instrumento GOHAI y los cuestionarios de esta investigación, las asociaciones resultaron bajas pero positivas, asumiendo también una asociación directa lo que nos hace corroborar que estos instrumentos tienen la adecuada validez de criterio para su validación. Se debe mencionar que este instrumento mide las necesidades de atención odontológica o la percepción de salud oral y no las actitudes pero al no contar con un estándar de oro, nos fue útil para la validación. Ya que este proceso de validación se debe llevar a cabo con cautela, debemos tomar en cuenta que los valores de correlación bajos entre instrumentos que miden características distintas en cierta población, nos muestran exactamente eso, que miden características distintas y que la correlación no tiene que ser alta ya que no están teórica y lógicamente relacionados con el rasgo representado en el instrumento bajo estudio.⁷⁹

Además, cuando se trata de encuestas con personal involucrado en el tema, las personas tienden a responder en función de lo que se considera socialmente aceptable provocando con esto un sesgo de deseabilidad social y quizá, ya que durante el cuestionario se insiste en preguntas que tienen que ver con la salud oral, el encuestado pueda contestar de forma similar a las respuestas anteriores o que

considere que los ítems que tienen alguna relación se deban puntuar de forma similar cayendo en un sesgo de aprendizaje o de lógica.^{51,57,}

No se contó con datos de las dimensiones que fueron medidas al utilizar por primera vez estos instrumentos, por lo cual, fue necesario realizar una validación de constructo con el fin de definir las dimensiones de las que ambos instrumentos están compuestos. Las dimensiones obtenidas en el análisis factorial para la realización de la validez de constructo fueron el cuidado tanto personal como profesional, la prevención, y la dieta, que son tomadas en cuenta en otros estudios de actitudes hacia la salud oral en adultos mayores, comprobando su apoyo empírico^{6,36,43,44}

De las dimensiones antes mencionadas, es el cuidado personal el que tiene que ver con el mejor control de la mayoría de las enfermedades orales y se requiere de gran iniciativa y responsabilidad para llevarlo a cabo. Es probable que la falta de visitas al profesional de la salud tenga que ver con las experiencias pasadas y esas actitudes acerca de la prevención o la atención y que han sido aprendidas y adquiridas a lo largo de la vida; estas actitudes podrían influenciar el valor que se da al comportamiento llevado a la práctica.^{6,27,39,43}

Cuando se aísla el cepillado oral personal realizado con dentífricos fluorurados (los cuales no se toman en cuenta en nuestros instrumentos) como comportamiento de salud oral, se reconoce que aunado a los factores ambientales y sociales pueden afectar (de manera ya sea positiva si se realiza o de manera negativa si no se

realiza) la incidencia de gingivitis y enfermedad periodontal y que dichos factores pueden ayudar en el cambio del comportamiento⁹⁸

Así mismo, el cuidado profesional (dentista) puede ser uno de los factores de mayor influencia en el buen estado de salud oral. El cuidado preventivo constituye una solución a los conflictos entre las necesidades, motivaciones y la forma de actuar de las personas.³⁹ Sin embargo, no se puede aislar el cuidado personal del profesional ya que ambos suman como resultado una buena salud oral.

Los niveles de conocimientos casi siempre se pueden modificar a través de iniciativas de promoción de la salud y estos se relacionan a los cambios en los comportamientos. Un simple cambio en la instrucción personal de higiene oral podría tener cambios en el comportamiento de las personas.^{48,98,100}

Es por tanto necesario informar a la población edéntula del riesgo que representa no realizar visitas odontológicas preventivas y en general informar de la reducción de costos que significaría realizar este tipo de visitas; se debe proveer a la población de conocimientos para mejorar las actitudes y a su vez, corregir los hábitos preventivos de salud oral.^{43,72,74}

Los datos antes mencionados, quizá tengan que ver con el hecho de que las creencias nos digan que tanto saben las personas respecto a la salud oral pero estas personas no le estén dando el valor que se requiere para mantenerse saludables. Se ha documentado que las personas adultas mayores, a pesar de tener síntomas de enfermedad oral, se sienten complacidas con su salud por el

sólo hecho de no tener dificultades para masticar y esto quizá los esté llevando a quitarle importancia a las prácticas de salud.^{19,23,29,99}

Sería de utilidad recordar que las actitudes se deben tomar en cuenta para mejorar la salud de la población; en general la media de estos instrumentos nos dicen que esta muestra tiene buenas actitudes en salud oral. A pesar de que las correlaciones resultaron satisfactorias para fines de validación, sería importante realizar una valoración clínica para dar mayor validez de criterio a nuestros instrumentos.^{27,73,74}

A pesar de que los instrumentos existentes de actitudes en salud oral se han realizado en poblaciones jóvenes, estos indican que las personas con menores niveles de enfermedad tienden a tener actitudes más positivas en salud oral. Se ha concluido que mientras mejores sean las actitudes, mejor será también la intención de cambiar el comportamiento personal hacia la salud.^{27,73,74}

Se compararon las medias del cuestionario de creencias y las variables descriptivas donde resaltó que los adultos jóvenes quizá sean quienes tienen mejores creencias y dan mayor importancia (en dentados) a su salud oral. En la literatura se menciona que los pacientes más jóvenes tienen actitudes más positivas en salud oral.¹⁰⁰

También se resaltó que quienes no estuvieron dispuestos a contestar la pregunta en cuanto a su percepción económica podrían tener una diferencia en creencias con los que si la reportaron. Otro dato a resaltar fue que la percepción de salud oral

presenta diferencias entre aquellos que ven su salud oral como excelente, buena o regular y aquellos que la ven como mala.

Además, al tomar en cuenta los resultados del GOHAI quienes tienen una percepción positiva parecen tener mejores creencias pero le dan menos importancia a las prácticas de salud oral; sin embargo, quienes no tienen necesidad de atención odontológica muestran tener mejores creencias y dar mayor importancia a las prácticas de salud oral.

Los instrumentos aquí estudiados se presentan como una herramienta para los profesionales de la salud mexicanos para entender las actitudes que puedan ayudar a mejorar las prácticas de salud oral en sus pacientes y para mejorar los programas de promoción de la salud basados en educación para esta población ya que proveerán de evidencia necesaria para tomar iniciativas en salud. Para lograr este entendimiento, es necesario valorar el estado biológico, psicosocial y económico de los pacientes y los problemas orales obvios.^{6,4,11,19,48,83}

Es necesario entonces, dedicar las tareas de promoción de la salud al cambio de actitudes y creencias (preludio de posteriores conductas) y utilizar la tecnología conductual para promocionar hábitos adecuados de salud. Es importante identificar las creencias de los individuos cuando se quieren modificar comportamientos de riesgo.^{19,26}

17 CONCLUSIONES

- Los instrumentos valorados cuentan con adecuada validez de apariencia, de contenido, de criterio y de constructo para ser utilizados en la población adulta mayor mexicana. (la versión final se encuentra en el Anexo VI).
- Ambos instrumentos cuentan con valores adecuados de confiabilidad (homogeneidad y concordancia) para ser utilizados por la población adulta mayor mexicana.
- Ya que las actitudes se miden a través de los conocimientos de las personas y lo que éstas llevan a la práctica, estos instrumentos parecen brindar la opción que se requiere en los estudios de Odontología ya que no existe ningún otro instrumento que las mida hasta el momento y estos mismos no han sido traducidos a otro idioma ni han sido validados en otro país, estos resultados ofrecen un gran aporte a los estudios que se pueden realizar posteriormente en esta rama de la Salud.
- Se podría considerar la inclusión de: el uso de colutorios bucales, hilo dental, la ansiedad y el dolor en los instrumentos aquí validados.
- Las actitudes, de ser manejadas apropiadamente, no sólo se pueden modificar, sino que a su vez modificarán los comportamientos en los individuos.
- Tras esta validación, ambos instrumentos podrán ser utilizados para la evaluación de los factores predisponentes –actitudes- hacia la salud oral en el trabajo de investigación: “Factores que determinan la Utilización de los

Servicios de Salud Oral por adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar no. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social ”

18 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Kandelman D, Petersen PE, Ueda H. **Oral health, general health, and quality of life in older people.** Spec Care Dentist 2008; 28(6): 224-236
- ² Thorstensson H, Johansson B. **Why do some people lose teeth across their lifespan whereas others retain a functional dentition into very old age?.** Gerodontology. 2010; 27:19-25.
- ³ **CONAPO. Proyecciones de la población de México 2005-2050.** Disponible en: <http://salud.gob.mx>.
- ⁴ Kiyak HA. **Successful Aging: Implications for Oral Health.** Journal of Public Health Dentistry. 2000; 60 (4): 276-281
- ⁵ Penner A, Timmons V. **Seniors' Attitudes: Oral health and quality of life.** Int J Dent Hygiene. 2004; 2: 2-7
- ⁶ Wu B, Liang J, Plassman BL, Remle C, Luo X. **Edentulism trends among middle-aged and older adults in the United States: comparison of five racial ethnic groups.** Community Dent Oral Epidemiol 2012; 40: 145-153.
- ⁷ Sánchez S, **El envejecimiento de la población y la salud oral: Un reto para los servicios de salud en México.** 2009; Revista Odontológica Mexicana. 13 (3) 134-135 Revista Odontológica Mexicana. EDITORIAL
- ⁸ Borreani E, Jones K, Scambler S and Gallagher JE. **Informing the debate on oral health care for older people: a qualitative study of older people's views on oral health and oral health care.** Gerodontology. 2010; 27: 11-18
- ⁹ Rodríguez RG, Lazcano BG. **Práctica de la geriatría.** 2ª ed. México: Mc Graw Hill; 2007.
- ¹⁰ Health topics, Ageing [consulta: 3 de noviembre de 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
- ¹¹ Patil MS, Patil SB. **Geriatric patient-psychological and emotional considerations during oral treatment.** Gerodontology. 2009; 26:72-77
- ¹² Hellyer P.H. **The older oral patient-who cares?** Columna de opinión en: **BRITISH ORAL JOURNAL.** 2011; 211 (3)
- ¹³ Konishi C, Hakuta C, Ueno M, Shinada K, Wright FAC, Kawaguchi Y. **Factors associated with self-assessed oral health in the Japanese independent elderly.** Gerodontology. 2010. 27: 53-61
- ¹⁴ Stuck AE, Chappuis C, Flury H, Lang NP. **Oral treatment needs in an elderly population referred to a geriatric hospital in Switzerland.** Community Dent Oral Epidemiol. 1989; 17: 267-272
- ¹⁵ Promoción de la salud; Glosario; Organización Mundial de la Salud. **Evaluación de la Calidad de Vida, Grupo WHOQOL, 1994. ¿Por qué Calidad de Vida?** Grupo WHOQOL. En: Foro Mundial de la Salud, OMS, Ginebra, 1996.
- ¹⁶ WHO. **Constitution of the World Health Organization.** Disponible en: Ten years of the World Health Organization (Annexe I). Geneva, 1958.
- ¹⁷ Velarde JE, Ávila FC. **Evaluación de la calidad de vida.** Salud Pública de México. 2002; 44 (4): 349-361
- ¹⁸ Oblitas LA. **Psicología de la salud y calidad de vida.** 2ª México: Thomson; 2006.
- ¹⁹ Kiyak AH, Reichmuth M. **Barriers to and Enablers of Older Adults' Use of Oral Services.** Journal of Oral Education. 2005; 69(9): 975-986
- ²⁰ **Real Diccionario de la Lengua Española.** Versión en línea disponible en: <http://buscon.rae.es/drael/>
- ²¹ Eiser JR, van der Pligt, J. **Attitudes and decisions.** New essential psychology. Gran Bretaña: Taylor & Frances/Routledge; 1988. 209
- ²² Fiske ST, Gilbert DT, Gardner L. **Handbook of social psychology. 5a Ed.** New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. 2009.
- ²³ Rokeach M. **Attitude change and behavior change.** Public Opinion Quarterly; 1966;30: 529.
- ²⁴ Allport GW. **Attitudes.** In C. Murchison (Ed.), Handbook of social psychology (798-844). Worcester, MA: Clark University Press. 1935
- ²⁵ Oskamp S, Schultz W. **Attitudes and opinions.** 3ra Ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers; 2005.
- ²⁶ Schwarz N, Bohner G. **Intraindividual Process, Chapter twenty: The Construction of Attitudes.** En Blackwell Handbook of Social Psychology. Blackwell Publishers; 2002. 436-455.

- ²⁷ Dumitrescu AL, Wagle M, Dogaru BC, Manolescu B. **Modeling the theory of planned behavior for intention to improve oral health behaviors: the impact of attitudes, knowledge, and current behavior.** *Journal of Oral Science.* 2011; 53 (3): 369-377
- ²⁸ **Actitudes.** Enciclopedia of Public Health. Disponible en: <http://www.enotes.com/public-health-encyclopedia/attitudes>
- ²⁹ Greene W, Simons-Morton B. **Educación para la salud.** México: Interamericana McGraw-Hill; 1988.
- ³⁰ Green LW, Marshall WK, Sigrid GD, Kay BP. **Health education planning: A diagnostic approach.** Palo Alto, CA: Mayfield Publishing Co; 1980.
- ³¹ Fiore MC, Novotny TE, Pierce JP et al. **Trends in cigarette smoking in the United States: The changing influence of gender and race.** *JAMA.* 1989; 261: 49-55.
- ³² Malam S, Angle H. **Health Education Population Survey (HEPS) 1996-2003. Overview of patterns and trends in health-related knowledge, attitudes, motivation and behaviours in Scotland.** 2004. Scotland: Health Scotland. Disponible en: <http://www.healthscotland.com/documents/browse/523/1669.aspx>
- ³³ Kiyak AH, **An Explanatory Model of Older Persons' Use of Oral Services. Implications for Health Policy.** *Medical Care.* 1987; 25 (10): 936-952
- ³⁴ Buunk-Wekhoven YAB, Dijkstra A, van der Schans CP. **Determinants of oral hygiene behavior: a study based on the theory of planned behavior.** *Community Dent Oral Epidemiol* 2011; 39: 250-259
- ³⁵ Strauss RP. **Sociocultural Influences Upon Preventive Health Behavior and Attitudes Towards dentistry.** *AJPH.* 1976; 66(4): 375-377
- ³⁶ Samorodnitzky GR, Levin L. **Self-Assessed Oral Status, Oral Behavior, DMF, and Oral Anxiety.** *Journal of Oral Education.* 2005; 69 (12): 1385-1389
- ³⁷ Lee KL; Schwarz E, Mak KY. **Improving oral health through understanding the meaning of health and disease in a Chinese culture.** *Int Dent J.* 1993; 43 (1): 2-8
- ³⁸ Stewart JE, Strack S, Graves P. **Development of oral hygiene self-efficacy and outcome expectancy questionnaires.** *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997; 25: 337-42.
- ³⁹ Tash RH, O'Shea RM, Cohen LK. **Testing a Preventive-symptomatic Theory of Oral Behavior.** *AJPH.* 1969; 59 (3): 514-521
- ⁴⁰ Frazier PJ, Jenny J, Bagramian RA, Robinson E, Proshok JM. **Provider Expectations and Consumer Perceptions Of the Importance and Value of Oral Care.** *AJPH.* 1977; 67 (1): 37-43
- ⁴¹ Manashvini S, Sanjayagouda B. **Geriatric patient-psychological and emotional considerations during oral treatment.** *Gerodontology.* 2009; 26: 72-77.
- ⁴² Mc Grath C, Bedi R. **A study of the impact of oral health on the quality of life of older people in the UK- findings from a national survey.** *Gerodontology* 1998; 15: 93-98
- ⁴³ Slack-Smith L, Lange A, Paley G, O'Grady M, French D, and Short L. **Oral Health and Access to oral care: a qualitative investigation among older people in the community.** *Gerodontology.* 2010; 27: 104-113.
- ⁴⁴ Cronin M, Meaney S, Jepson N, Finbarr P. **A qualitative study of trends in patient preferences for the management of the partially dentate state.** *Gerodontology* 2009; 26: 137-142
- ⁴⁵ Samorodnitzky-Naveh G, Geiger SB, Levin L. **Patients' satisfaction with oral esthetics.** *JADA.* 2007; 138: 805-808
- ⁴⁶ Vallittu PK, Vallittu ASJ, Lassila VP. **Oral aesthetics-a survey of attitudes in different groups of patients.** *Journal of Dentistry.* 1996; 24(5): 335-338.
- ⁴⁷ Samorodnitzky-Naveh G, Geiger SB, Levin L. **Patients' satisfaction with oral esthetics.** *JADA.* 2007; 138: 805-808
- ⁴⁸ Kay E, Locker D. **A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at improving oral health.** 1998. 15:132-144
- ⁴⁹ Stuck AE, Chappuis C, Flury H, Lang NP. **Oral treatment needs in an elderly population referred to a geriatric hospital in Switzerland.** *Community Dent Oral Epidemiol.* 1989. 17: 267-272
- ⁵⁰ Latour J, Abaira V, Cabello J B y López SJ. **Las mediciones clínicas en cardiología: validez y errores de medición.** *Rev Esp Cardiol.* 1997; 50:117-128

- ⁵¹ Streiner DL, Norman GR. **Health Measurement Scales. A Practical Guide to their Development and Use.** USA: Oxford University Press; 1989
- ⁵² Feinstein AR. **Clinimetrics.** USA: Yale University Press; 1987
- ⁵³ DeVellis RF. **SCALE DEVELOPMENT.** USA: SAGE Publications; 1991
- ⁵⁴ García de Yébenes M, Rodríguez S, Carmona L. **Validación de cuestionarios.** ReumatolClin. 2009; 5(4):171-177
- ⁵⁵ Sánchez R, Echeverry J. **Validación de Escalas de Medición en Salud.** Rev. Salud Pública. 2004; 6 (3): 302-318,
- ⁵⁶ Aguilar NS, Fuentes CA, Ávila FJ, García ME. **Validez y confiabilidad del cuestionario del ENASEM para la depresión en adultos mayores.** Salud Pública Mex. 2007; 49 (4): 256-262.
- ⁵⁷ Arribas M. **Diseño y validación de cuestionarios.** Matronas Profesión. 2004; 5 (17): 23-29
- ⁵⁸ Oviedo HC, Campo-Arias A. **Aproximación al uso del coeficiente alfa de Chronbach.** Revista Colombiana de Psiquiatría. 2005; 34 (4):572-580
- ⁵⁹ Clavero, A., **Una revisión de modelos econométricos aplicados al análisis de demanda y utilización de servicios sanitarios.** Hacienda Pública Española/ Revista de Economía Pública, 173-(2/2005): 129-162
- ⁶⁰ Aday, L., Andersen, R., **A Framework for the Study of Access to Medical Care.** Health Services Research. Fall 1974. Pp: 208-220
- ⁶¹ Andersen, R., **Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it matter?** Journal of Health and Social Behavior, 1995, Vol. 36 (March): 1-10.
- ⁶² Andersen R, Newman JF. **Andersen and Newman Framework of Health Services utilization.** 1995
- ⁶³ Brothwell, DJ, Jay M, Schönwetter DJ. **Dental Service Utilization by Independently Dwelling Older Adults in Mnitoba, Canada.** JCDA. www.cda-adc.ca/jcda.2008;74,2, 161-161f.
- ⁶⁴ Ley de los derechos de las personas adultas mayores. Diario Oficial de la Federación, 25 abril de 2012.
- ⁶⁵ Velasco V, Martínez V, Roiz J, Huazano F, Nieves A. **Muestreo y Tamaño de Muestra. Una guía práctica para personal de salud que realiza investigación.** Buenos Aires, Argentina, 2002.
- ⁶⁶ Oviedo HC, Campo-Arias A. **Aproximación al uso del coeficiente alfa de Chronbach.** Revista Colombiana de Psiquiatría. 2005; 34 (4):572-580
- ⁶⁷ Documento Metodológico del Índice Nacional de Precios al Consumidor. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Junio, 2011. Disponible en: www.inegi.org.mx/est/contenidos/.../INP/Default.aspx?...INPC...
- ⁶⁸ Comisión Nacional de los Salarios Mínimos (conasami). Clasificación de los municipios por área Geográfica. Disponible en: http://www.conasami.gob.mx/clasif_muni_area_geografica.html
- ⁶⁹ **Ley General de Salud. Leyes y Códigos de México.** México, D.F.: Editorial Porrúa; 2000.
- ⁷⁰ **Gaceta del Senado de la República, LX legislatura.** No. 20, año 2008, jueves 03 de Abril, 2º año de ejercicio, Segundo Periodo Ordinario. Consulta: 21 de Mayo de 2009.
- ⁷¹ Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998. **Expediente Clínico.** México, D.F.: Diario Oficial de la Federación; 30 de septiembre de 1999.
- ⁷² Brondani M. The voice of the elderly in accepting alternative perspectives on oral health. Community Oral Health. 2010. 27: 139-144
- ⁷³ Komabayashi T, Kwan SYL, Hu DY, Kajiwara K, Sasahara H, Kawamura M. **A comparative study of oral health attitudes and behavior using the Hiroshima University-Oral Behavioural Inventory (HU-DBI) between oral students in Britain and China.** Journal of Oral Science. 2005; 47 (1): 1-7.
- ⁷⁴ Levin L, Shenkman A. **The relationship between oral caries status and oral health attitudes and behavior in Young Israeli adults.** Journal of Oral Education. 2004; 68 (11):1185-1191.
- ⁷⁵ Maupomé G, Jaramillo R, Andrade L, Juárez P, López R, Sánchez W, et al. **Flúor contenido en la sal para consumo humano distribuida en la Ciudad de México.** Bol Oficina Sanit Panam. 1995; 119(3)
- ⁷⁶ Briseño JM. **Historia de la Fluoración.** Revista ADM, Importancia Histórica. 2001. 57 (5) No.5: 192-194
- ⁷⁷ Irigoyen ME, Velázquez C, Zepeda MA, Mejía A. **Caries oral y enfermedad periodontal en un grupo de personas de 60 o más años de edad de la Ciudad de México.** Revista de la Asociación Dental Mexicana. 1999; 56: 64-69

- ⁷⁸ Green R, Humphris G, Lindsay S, Mellor A, Millar K, Sidebotham B. **Psychiatric distress, pain and fear in patients in general oral practice.** Community Dent Oral Epidemiol. 1997; 25: 233-237.
- ⁷⁹ Kerlinger, F.N. **Investigación del comportamiento.** Cuarta edición, México, Mc graw hill. 2002
- ⁸⁰ Petersen PE, Bjarne N. **General and Dental Health in relation to Life-style and social Network Activity among 67-year-old Danes.** Scand J Prim Health Care 1989; 7: 225-30
- ⁸¹ Petersen PE, Yamamoto T. **Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme.** Community Dent Epidemiol 2005; 33: 81-92.
- ⁸² Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan S, Ndiaye C. **The global burden of oral diseases and risks to oral health.** Bulletin of the World Health Organization. Vol. 83, no. 9, Genebra Sept. 2005
- ⁸³ Eisemann M, Eriksson M, Molloy DW, Nordenstam M, Richter J. **Attitudes towards self-determination in health care.** European Journal of Public Health. 1999; 9(1): 41-44
- ⁸⁴ Sussex PV, Thomson WM, Fitzgerald RP. **Understanding the 'epidemic' of complete tooth loss among older New Zealanders.** Gerodontology. 2010; 27:85-95.
- ⁸⁵ Núñez VA. **Incidenias de la entrevista personal en la investigación mediante encuesta.** Revista Española de Investigaciones Sociológicas. Centro de Investigaciones Sociológicas. Vol. 109: 219-236, 2005
- ⁸⁶ Borges-Yañez S.A. **Prevalencia de caries coronal y radicular en una población anciana de la Ciudad de México.** Revista de la División de Estudios de Posgrado e Investigación. 1999 (3):25-32
- ⁸⁷ Borges S.A, Maupomé G, Tsuchiya JE. **Características sociodemográficas y condiciones generales en un grupo de pacientes mayores de 60 años, atendidos en una clínica universitaria en 1991.** Profesional de la salud y Paciente 1991;1:20-8.
- ⁸⁸ Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/df/default.aspx?tema=me&e=09>
- ⁸⁹ Disponible en: http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos_mayores_web2.pdf
- ⁹⁰ Ahluwalia KP, Cheng B, Josephs PK, Lalla E, Lamster IB. **Oral disease experience of older adults seeking oral health services.** Gerodontology. 2010; 27:96-103
- ⁹¹ Petersen PE 2003. The World Oral Health Report 2003. WHO. **Global Oral Health Programme.** Oral Health, 45.
- ⁹² Niessen LC, Weyant RJ. **Causes of tooth loss in a veteran population.** Journal of Public Health Dentistry. 1989; 49 (1): 19-23
- ⁹³ Strayer MS. **Oral Health Among Homebound Elderly.** 1993; 53(1):12-16
- ⁹⁴ Borges SA, Maupomé G, Martínez M, Cervantez L, Gutiérrez LM. **Dietary fiber intake and oral health status in urban-marginal and rural communities in Central Mexico.** Journal of Nutrition, Health & Aging. 2004; 8 (5): 333-339
- ⁹⁵ Sánchez S, Cárdenas B, Juárez T, García C. **Modelo de Clases latentes aplicado al análisis de salud bucodental en adultos mayores.** Cartel. Segundo Encuentro Nacional Envejecimiento y Salud. Instituto de Geriatria. 2012.
- ⁹⁶ Samorodnitzky GR, Geiger SB, Levin L. **Patients' satisfaction with oral esthetics.** 2007; JADA. 138:805-808
- ⁹⁷ Oosterhaven SP, Wester GP, Schaub RMH. **Perception and significance of oral appearance: the case of missing teeth.** Community Dent Oral Epidemiol. 1989; 17: 123-126.
- ⁹⁸ Honkala E, Freeman R. **Oral hygiene behavior and periodontal status in european adolescents: an overview.** Community dent Oral Epidemiol. 1988; 16:194-198
- ⁹⁹ Locker D, Gibson B. **Discrepancies between self-ratings of and satisfaction with oral health in two older adult populations.** Community Dent Oral Epidemiol. 2005; 33: 280-288.
- ¹⁰⁰ Liddel A, Locker D. **Gender and age differences in attitudes to oral pain and oral control.** Community Dent Oral Epidemiol. 1997; 25:314-318.



UNAM
POSGRADO



ANEXOS

ANEXO I

Appendix A

Beliefs Regarding Oral Health

"In this last section, I will read to you some issues related to oral health. For each statement that I read to you, tell me *how likely* it is for that outcome to occur using this percentage scale (GIVE R% SCALE). The more likely you think an event is for people in general, the greater the % score you would give it. For example, if I asked you how likely it is for a baby to be born with teeth, you might say 5%, indicating that you believe the chances of a baby born with teeth in only 5 times out of 100. Any questions?"

1. What are the chances that, by brushing his teeth daily, a person will have healthy teeth and gums? __%
2. What are the chances that good nutrition throughout our lifetime will help us have good oral health? __%
3. What are the chances that, by getting regular dental checkups even when there is nothing wrong, people can prevent oral problems? __%
4. What are the chances that healthy teeth and gums will help improve a person's looks? __%
5. What are the chances that learning about proper oral care techniques can result in better oral health? __%
6. What are the chances that people who wear dentures and get regular checkups will have fewer oral problems? __%
7. What are the chances that people would not lose their natural teeth if only they would take care of their teeth and gums? __%
8. What are the chances that, by having their teeth cleaned by a dentist or hygienist once or twice a year, people can have healthy teeth? __%
9. What are the chances that eating sweet foods will cause tooth decay? __%
10. What are the chances that, by drinking fluoridated water, a person's dental bills will be lower? __%



Appendix B Importance of Oral Health

"In this section, I will read to you some statements about various oral health behaviors. Looking at this rating scale from *very important* to *not at all important* (GIVE R 5-POINT RATING SCALE), tell me how important each of these behaviors is."

1. How important is it *to you* to brush your teeth or dentures for a healthy mouth?

1 2 3 4 5

Not at all important

Very important

2. How important is it *to you* to get good nutrition for good oral health?
3. How important is it *to you* to get dental checkups even when there is nothing wrong?
4. How important is it *to you* to improve your looks by having healthy teeth and gums?
5. How important is it *for you* to learn about proper care for your mouth?
6. (FOR COMPLETE DENTURE WEARERS ONLY)
How important is it *for you* to get regular dental checkups for a healthy mouth?

(QUESTIONS 7 THROUGH 10 ARE FOR RESPONDENTS WITH ANY NATURAL TEETH)

7. How important is it *to you* to keep your natural teeth?
8. How important is it *to you* to have your teeth cleaned by a dentist or hygienist for a healthy mouth?
9. How important is it *to you* that sweet foods might decay *your* teeth?
10. How important is it *to you* to get fluoride treatments in a dentist's office so you can prevent cavities?

Anexo II

DEFINICIONES OPERACIONALES

EDAD: es el tiempo de existencia de una persona a partir de su día de nacimiento. Se refiere al número de años cumplidos a la fecha del registro; se obtuvo de manera directa por medio de la pregunta ¿Cuántos años cumplidos tiene el día de hoy? Y se registró con números arábigos de acuerdo a lo reportado por el individuo. Para obtener información más verídica se realizó también la pregunta: ¿En qué día, mes y año nació usted? Se registraron con número arábigo el día, mes y año de nacimiento de acuerdo a lo reportado por el encuestado.

SEXO: Es la diferencia biológica distintiva entre hombres y mujeres. La información se obtuvo por observación directa. Se registró como: 1= femenino, 2= masculino.

EDUCACIÓN: Es la adquisición sistemática de conocimientos, ideas, hechos y técnicas con las que cuenta una persona. Se refiere al nivel de estudios alcanzado por el individuo. La información se obtuvo por medio de las preguntas: 1. ¿Usted sabe leer un recado? 2. ¿Usted sabe escribir un recado? Lo que se registró como 1. Sí 2. No. ¿Cuál es el último año y grado que pasó (aprobó) en la escuela? 1. Nunca asistió 2. Terminó la primaria 3. No terminó la primaria 4. Terminó la secundaria 5. No terminó la secundaria 6. Terminó la preparatoria, vocacional o bachillerato 7. No terminó la preparatoria, vocacional o bachillerato 8. Terminó carrera técnica 9 no terminó carrera técnica 10. Terminó la carrera superior o profesional 11. No terminó la carrera superior o profesional 12. Posgrado 88. No sabe 99. No responde de acuerdo a lo reportado por el encuestado.

OCUPACIÓN: Es la actividad remunerada o no remunerada que desempeñe el encuestado al momento de la visita; la información se obtuvo por medio de las preguntas: En los últimos doce meses usted: 1. Trabajó y recibió un pago por ello 2. No trabajó 3. Es jubilado (a) o pensionado (a) y recibió ingreso por esta razón 4. Es jubilado (a) o pensionado (a) y no recibió ingreso por esta razón 5. Se dedicó a los quehaceres del hogar y no recibió pago 6. Ayudó en un negocio familiar y recibió un pago 7. Trabajó ayudando en el negocio de la familia sin recibir pago 8. No sabe 9. No responde de acuerdo a lo reportado por el entrevistado.

INGRESOS: Se refiere a la cantidad en dinero percibido mensualmente ya sea por trabajo remunerado o a través de diferentes fuentes. Se obtuvo por medio de las preguntas: En total, ¿cuánto gana o recibe usted por su(s) trabajo(s) o actividad(es) al mes? se registró la cantidad total en pesos mexicanos. **OTROS INGRESOS:** Se refiere a otro tipo de percepción económica que no lo es por el trabajo realizado. Se obtuvo por medio de la pregunta: En los últimos doce meses, ¿cuánto recibió usted por ... Se registró la cantidad mencionada en pesos mexicanos al frente de cada percepción: 1= aguinaldo? 2=reparto de utilidades? 3= ahorro para el retiro? 4= fondo de ahorro para la vivienda? 5= indemnización por suspensión de actividades? 6= jubilaciones y/o pensiones? 7= indemnización por accidente 8= regalos o donativos de alguna persona que no vive con usted? 9= renta (casas, terrenos, locales), intereses, bancarios, préstamos a terceros? 10= venta de algún bien? 11= por cobro de algún seguro de vida? 12= algún otro ingreso no mencionado? de acuerdo a lo reportado por el entrevistado.

NIVEL SOCIOECONÓMICO DE ACUERDO AL INGRESO TOTAL: Se refiere al grado alcanzado en la sociedad de acuerdo a la cantidad económica percibida por el individuo por

actividades laborales o no laborales por año. Se registró la suma de los ingresos totales anotando la cantidad en pesos mexicanos.

Se consideraron 4 estratos de ingreso monetario calculado de acuerdo a la definición del INEGI para la ENIGH (2008). El salario mínimo utilizado para el cálculo es el salario mínimo general promedio de 2008 y tomando en cuenta el salario mínimo calculado por la conasami para el Distrito Federal (zona A) para el año 2012 (\$62.33 pesos diarios)

1. Hasta un salario mínimo de ingreso monetario personal diario por año (<\$22,750 pesos anuales)
2. De uno y hasta tres salarios mínimos de ingreso monetario personal diario por año (\$22,750-\$68,250 pesos anuales)
3. De tres y hasta seis salarios mínimos de ingreso monetario personal diario por año (\$68,251-\$136,501 pesos anuales)
4. Más de seis salarios mínimos de ingreso monetario personal diario por año (>\$136,502 pesos anuales)

TIPO DE FAMILIA: El conjunto de relaciones que se establecen con los miembros de la familia que reside en el mismo hogar a través de la pregunta: ¿Quién es el jefe de familia? Se reportó: 1=él/ella mismo (a), 2=esposo (a), 3=hijo (a), 4=hijo (a) político (a), 5=padre, 6=hermano (a), 7=nieto (a), 8=amigo (a) Se registró el tipo de familia de acuerdo a la pregunta anterior como: 1=Hogar solitario o unipersonal, 2=Familia nuclear (padre, madre e hijos), 3=Hogar no familiar (co-residentes), 4=Familia extensa (abuelos, padres, hijos nietos, tíos, sobrinos, nueras, yernos) 5=Hogar compuesto (además de los anteriores, compadres, amigos).

PRESENCIA DE ÓRGANOS DENTARIOS Y EDENTULISMO: Se refiere al estado o hecho de encontrar o no al menos un diente en boca al momento de la entrevista según la descripción del encuestado e independientemente de su estado, se valoró a través de la pregunta: ¿tiene usted dientes naturales? Se registró: 1= sí, 2= no.

USO DE PRÓTESIS DENTAL TOTAL O PARCIAL: Se refiere al uso o portación de prótesis parciales o totales al momento de la encuesta. La información se obtuvo por medio de la pregunta ¿utiliza usted algún tipo de prótesis? La respuesta se reportó 1= Si, 2= No. si la respuesta fue afirmativa se continuó con la pregunta ¿su prótesis es...1= fija, 2= removible, 3= las dos, 4= dentadura total. ¿su prótesis es...1= sólo arriba, 2= sólo abajo, 3= las dos. En caso de utilizar prostodoncia total Su dentadura es...1= sólo arriba, 2= sólo abajo, 3= las dos de acuerdo a lo reportado por el entrevistado.

ACTITUDES: CREENCIAS E IMPORTANCIA: Las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo.

CREENCIAS: Se refiere a las actitudes que se miden en conocimientos relacionados con la salud oral. La información se obtuvo por medio de las afirmaciones: Una persona tiene dientes y encías sanos sólo por cepillar su boca, Por tener buena nutrición a lo largo de la vida se tiene buena salud oral, Se previenen problemas dentales sólo por tener revisiones con un dentista regularmente, Se mejora la apariencia de las personas sólo por tener dientes y encías saludables, Al aprender técnicas de cuidado bucal se mejora la salud oral, Las personas que usan placas pueden tener menos problemas en boca si se realizan revisiones bucales periódicamente, Una persona no perderá sus dientes naturales sólo por cuidar de sus dientes y encías, Una persona tiene dientes saludables por realizarse limpieza una vez al año

con el dentista, Se puede provocar caries dental sólo por ingerir alimentos azucarados, y Se gasta menos en dentistas consumiendo sal fluorurada. Se registró en una escala del uno al cinco, siendo uno lo menos probable y cinco lo más probable de acuerdo a lo reportado por el entrevistado. La sumatoria de las respuestas da un resultado entre 10 y 50, el valor más alto indica mejores creencias en la salud oral.

IMPORTANCIA: Se refiere a las actitudes mostradas en la valoración de los conocimientos y prácticas que pueden beneficiar la salud oral. Se obtuvo por interrogatorio directo La información se obtuvo por medio de las preguntas: ¿Qué valor le da usted al cepillado de sus dientes o sus dentaduras?, ¿Qué valor le da usted a la comida para mantener una buena salud en su boca? ¿Qué valor le da usted a que el dentista le haga revisiones dentales una vez al año? ¿Qué valor le da usted a la apariencia de sus dientes o dentaduras? ¿Qué valor le da usted al cuidado de su boca? La siguiente pregunta es sólo para personas edéntulas y se termina su interrogatorio con la misma ¿Qué valor le da usted a acudir al dentista a revisiones para tener una boca sana? ¿Qué valor le da usted a que un dentista le limpie los dientes para tener una boca sana? ¿Qué valor le da usted a evitar comer alimentos azucarados que le puedan provocar caries dental? ¿Qué valor le da usted a que el dentista le aplique fluoruro en sus dientes? Se registró en una escala del uno al cinco, siendo uno lo menos importante y cinco lo más importante de acuerdo a lo reportado por el entrevistado. La sumatoria de las respuestas da un resultado entre 5 y 45 para pacientes dentados y entre 5 y 30 para pacientes edéntulos, el valor más alto indica la mayor importancia dada a la salud oral.

PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD ORAL: Cuestionario **GOHAI**. Se refiere a la forma en que el individuo ve su condición de salud oral en el momento de la entrevista. Éste

instrumento considera que aún cuando los individuos generalmente no son capaces de definir la extensión de sus necesidades de tratamiento, la auto-percepción de la apariencia de su boca, de su capacidad de masticar y de su salud oral pueden relacionarse con sus evaluaciones clínicas. Para la percepción de salud oral se utilizó el punto de corte de 50 puntos, se utilizó percepción positiva >50 y percepción negativa <50 ; así mismo, se utilizó como punto de corte >57 que determina las necesidades de atención. La información se obtuvo a través de las preguntas: **En los últimos doce meses...** Cuántas veces ha tenido que comer menos o cambiar de comida por culpa de sus dientes o de su dentadura? Cuántas veces ha tenido problemas al masticar comidas como la carne o las manzanas? Cuántas veces ha tragado usted bien? Cuántas veces no ha podido usted hablar bien por culpa de sus dientes o dentadura? Cuántas veces no ha podido comer las cosas que usted quería sin tener ninguna molestia? Cuántas veces no ha querido salir a la calle o hablar con la gente por culpa de sus dientes o dentadura? Cuando usted se mira al espejo, cuántas veces ha estado contento de cómo se ven sus dientes o su dentadura? Cuántas veces ha tenido que utilizar algún medicamento para aliviar el dolor de sus dientes o las molestias en su boca? Cuántas veces ha estado preocupado o se ha dado cuenta de que sus dientes o su dentadura no están bien? Cuántas veces se ha puesto nervioso por los problemas de sus dientes o de su dentadura? Cuántas veces no ha comido a gusto delante de otras personas por culpa de sus dientes o dentadura? Cuántas veces ha tenido molestias o dolor en sus dientes por el frío, el calor o las cosas dulces? Se reportaron las preguntas uno, dos, cuatro a seis, ocho a nueve con los siguientes códigos: 1= nunca, 2= rara vez, 3= a veces, 4= a menudo, 5= siempre. Las preguntas tres y siete se codificaron: 5= nunca, 4= rara vez, 3= a veces, 2= a menudo, 1=

siempre. La sumatoria de las respuestas da un resultado entre 12 y 60, el valor más alto indica la mejor autopercepción de la salud oral.

FRECUENCIA DE PRÁCTICAS EN SALUD ORAL: 5-1 sumatoria de respuestas. Donde 5=siempre, 4=a menudo, 3=a veces, 2=rara vez, 1=nunca ¿Con qué frecuencia come usted saludablemente con el fin de cuidar su boca? ¿Con qué frecuencia visita usted al profesional de la salud para que le realice revisiones cada año? ¿Con qué frecuencia sabe usted cómo cuidar su boca? ¿Con qué frecuencia visita usted al profesional de la salud anualmente? ¿Con qué frecuencia cuida usted sus dientes y encías? ¿Con qué frecuencia su profesional de la salud le limpia los dientes? ¿Con qué frecuencia come usted muchos alimentos azucarados? ¿Con qué frecuencia come usted sal con fluoruro? En dónde las opciones de respuesta son: y que se registrarán de acuerdo a lo reportado por el encuestado. ¿Cepilla usted su boca diariamente? Si la respuesta es siempre, o a menudo, ¿Cuántas veces al día cepilla sus dientes? además de algunas preguntas del cuestionario GOHAI: ¿Cuántas veces no ha querido salir a la calle o hablar con la gente por culpa de sus dientes o dentadura? Cuando usted se mira al espejo ¿Cuántas veces ha estado contento de cómo se ven sus dientes o su dentadura?



UNAM
POSGRADO



Anexo III



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y EN SERVICIOS DE SALUD,
ÁREA ENVEJECIMIENTO

Oficio No. 09-56-48-4R-2800

Julio 29, 2011

Dra. Leticia Gabriela Gutiérrez Luna
Director
U.M.F. 01
IMSS

Handwritten notes:
SUBMITIDO
Se autoriza a la Dra. Leticia Gutiérrez Luna
#aparece 1568/111

Por este conducto, le solicito sea usted tan amable de autorizar y permitir el acceso a la Alumna del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas Odontológicas y de la Salud. UNAM con No Cuenta 404077767 **Rosa Irene Melgarejo Castrejón**, para poder tener acceso a las instalaciones y realizar pruebas piloto con los usuarios, así mismo se está requiriendo su fina y amable atención para poder tener acceso al Censo Poblacional de derechohabientes adscritos a la Unidad bajo su cargo (**adultos mayores de 60 años y más**), así como a los datos de nombre, domicilio y teléfonos de una muestra, seleccionada de dicho censo.

Cabe señalar que dicha consulta es para dar cumplimiento al proyecto titulado **"Utilización de los Servicios de Salud Bucodental en Adultos Mayores de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social"**, (Se anexa copia del Protocolo).

Sin otro particular y agradeciendo de antemano la atención que se sirva prestar al presente, le envío cordial saludo.

Atentamente

Handwritten signature of Dr. Sergio Sánchez García

Dr. Sergio Sánchez García
Investigador titular A



Ccp:

- **Dr. Gustavo Velázquez Granados** - Jefe de Enseñanza.
- **Rosa Irene Melgarejo Castrejón** - Interesada.



UIESSAE/ecn

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

PISO DEL EDIFICIO DE LAS MONJAS. C.M.N. "SIGLO XXI"
CUAUHTEMOC No. 330, COL. DOCTORES, C.P. 06725, MÉXICO, D.F.

TELS.: 55-19-27-24 CONMUTADOR 56-27-69-00/21846 Y 21847
E-mail: sergio.sanchezga@imss.gob.mx ssanchez@servidor.unam.mx

ANEXO IV

Instructivo general para el entrevistador

- ✓ El entrevistador tendrá que asistir a las reuniones de capacitación.
- ✓ Estudiar detenidamente las instrucciones del manual. Revisarlo las veces que sea necesario para que obtenga el dominio de éste.
- ✓ Preguntar y aclarar dudas que tenga sobre el instructivo y el cuestionario así como del trabajo de campo con el principal capacitador o con el equipo.
- ✓ Obtener el material necesario.
- ✓ Realizar las entrevistas.
- ✓ Antes de dar por terminada la entrevista, revisar que los cuestionarios estén apropiadamente llenados.
- ✓ Entregar los cuestionarios al encargado de éstos.
- ✓ Ser siempre amable y cortés con los entrevistados: **RECUERDE QUE SON PERSONAS ADULTAS MAYORES Y QUE PUEDEN TENER NECESIDADES Y LIMITACIONES Y QUE MERECEN CONSIDERACIÓN Y RESPETO.**
- ✓ Ser siempre amable y cortés con sus compañeros entrevistadores.

Se utilizarán los siguientes materiales para las entrevistas y el entrevistador debe siempre llevarlos a la actividad de campo:

- Credencial de identificación personal del IMSS para poder llevar a cabo las entrevistas como miembro del equipo de trabajo de la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, Área de Envejecimiento.

- Tabla de apoyo.
- Lápices.
- Sacapuntas.
- Goma suave.
- Copias del cuestionario (suficientes para las que se requiera realizar en el día asignado).
- Copias enmicadas de las escalas de porcentajes y de importancia, así como la tabla para el instrumento GOHAI.
- Manual del entrevistador en caso de tener dudas.

Indicaciones generales para el trabajo de campo:

- No hacerse acompañar de personas ajenas a la investigación
- Identificar su procedencia como personal que está asignado a la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, Área de envejecimiento
- Describir el fin de su presencia en la visita
- Pedir permiso para entrar, si fuese negado, solicitar hacer la entrevista en la puerta.
- Proporcionar información de la procedencia y teléfono del responsable de la investigación para cualquier aclaración
- No hacer promesas
- Si el entrevistado pidiera algún servicio, aclarar que su función es de entrevistador únicamente y que para obtención de servicios se deberá acudir a su Unidad de Medicina Familiar.

Indicaciones para el desarrollo de la entrevista

- ✓ Mantenerse neutral durante toda la entrevista, no sugerir respuestas o hacer comentarios acerca de la información obtenida ni de las posiciones o comentarios políticos, religiosos o sociales que el individuo o su familia expresen
- ✓ Aceptar cualquier tipo de comentarios acerca del buen o mal funcionamiento de la Institución, haciendo la observación de que lo que dice es muy importante y nos puede ayudar a mejorar. No hacer comentarios negativos acerca de la Institución
- ✓ Centrar al entrevistado de manera respetuosa e inteligente en las respuestas a las preguntas de la encuesta, cada que éste se desvíe de la información que nos interesa recabar.
- ✓ Llenar los cuestionarios ÚNICAMENTE con la información proporcionada por el entrevistado, no inventar o suponer respuestas.
- ✓ En ningún momento se puede tomar la iniciativa de cambiar algún aspecto sin previa consulta y discusión con el investigador responsable o el supervisor.

Las preguntas:

- ✓ Lea cada pregunta, no las interprete o modifique su forma
- ✓ Si el entrevistado no entendió bien la pregunta, ésta deberá repetirse una segunda vez en forma lenta y pausada sin modificarla.
- ✓ No suponga respuestas.
- ✓ Si el entrevistado no sabe la respuesta a alguna pregunta, no de la información ya que esto sesga el estudio. De ser necesario, aclare las dudas al terminar el cuestionario.

- ✓ No muestre acuerdo ni desacuerdo ante cualquier respuesta, tampoco exprese sus opiniones.
- ✓ No apesure al entrevistado en el desarrollo de la entrevista, ya que podría obtener información de mala calidad.
- ✓ Si el entrevistado no sabe, no responde o no aplica la pregunta, se indicará en las respuestas de cada una de las preguntas.
- ✓ Llenar la hoja de respuesta para facilitar la toma de datos.

Actitudes: creencias e importancia de la salud oral:

Este rubro se dividirá utilizando otras preguntas como distractores para no sesgar las respuestas.

Sección de importancia

- Aclarar que no existen respuestas correctas o incorrectas.
- Leer las instrucciones claramente al entrevistado sin mostrar prisa al hacerlo.
- Mostrar la escala de importancia
- Explicar que la escala sólo tiene valores del uno al cinco y que el 5 significa que la situación es muy importante y que el uno significa que es nada importante y que él puede elegir cualquier número dependiendo de su experiencia personal.
- **Ahora le voy a hacer unas preguntas sobre varios comportamientos que tenemos acerca de la salud de nuestra boca, debe decirme qué tan importante es para usted cada uno de ellos en su experiencia personal. Le recuerdo que no hay respuestas correctas ni incorrectas. En una escala del 1 al 5 (mostrar escala del 1**

al 5) donde el 5 quiere decir que usted le da mucha importancia y 1 que usted no le da nada de importancia a esa situación. Por ejemplo, si yo le preguntara, qué valor le da usted a visitar al médico para una revisión, usted puede decir 4, con lo que nos diría que para usted es bastante importante visitar al médico para revisión. **¿Alguna duda?** Las preguntas uno a cinco y siete a diez se utilizarán para pacientes dentados y las preguntas uno a seis para pacientes edéntulos. Se deberá marcar 77 en caso de no aplicar la pregunta por ser dentado o edéntulo.

Sección de creencias:

- Aclarar que no existen respuestas correctas o incorrectas
- Leer las instrucciones claramente al entrevistado sin mostrar prisa al hacerlo.
- Mostrar la escala de porcentajes
- Explicar que el valor 5 se refiere a una mayor probabilidad y que el valor 1 se refiere a la menor probabilidad.
- **Le voy a hacer unas preguntas acerca de la salud de la boca. No existen respuestas correctas o incorrectas. En una escala del 1 al 5 (mostrar escala del 1 al 5), donde uno es lo menos probable y cinco lo más probable, responda qué tan probable es que las situaciones que le voy a mencionar sucedan. Por ejemplo, un bebé nace con dientes; usted puede decir uno, lo que quiere decir es que es muy poco probable que así ocurra. ¿Alguna duda?**
- En caso de que el entrevistado no entendiera el ejemplo, dar un nuevo ejemplo

- Por ejemplo, si le preguntara qué tan probable es que un bebé nazca con dientes, usted puede decir 20%, indicando que es muy poco probable que esta situación suceda ¿alguna pregunta?

ANEXO V

TRADUCCIONES.

La primera traducción directa, Inglés-Español, fue realizada por la Cirujana Dentista Titulada: Rosa Irene Melgarejo Castrejón. Las traducciones inversas Español-Inglés e Inglés-Español se realizaron a través de dos peritos traductores autorizados por el Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal (Lic. Estela López López- Ced. Prof. 4561820 y Lic. Paola M. Núñez Acevedo No. de Registro 117).

Se realizó entonces la adaptación cultural para la población mexicana con el fin de tener la mejor comprensión del instrumento al ser aplicado, tanto por el encuestador como por el encuestado. El ítem 10 fue modificado, a razón de que el agua para consumo humano en México no está adicionada con flúor como medida de prevención para caries dental.

En nuestro país se ha implementado un programa para fluoración de la sal de consumo humano con la finalidad de prevenir la caries dental en la población, por lo que la modificación se realizó en ese sentido. El ítem 10 original versa de la siguiente manera: What are the chances that, by drinking fluoridated water, a person's dental bills will be lower? Su traducción y adaptación: ¿Qué tan probable es que una persona gaste menos en atención dental por consumir sal fluorurada?.

Se realizó la revisión por expertos para poder corroborar el contexto de los instrumentos. Se encontró que durante las traducciones en el ítem 6 de importancia se perdía el sentido de la oración original: "FOR COMPLETE DENTURE WEARERS ONLY", durante la primera traducción: **"SÓLO PARA PORTADORES DE DENTADURAS TOTALES"**, segunda

traducción: “ONLY FOR PEOPLE WITH COMPLETE DENTITION”, durante la tercera traducción: “ÚNICAMENTE PARA PERSONAS CON DENTADURA COMPLETA” por lo cual se utilizó la primera traducción.

Creencias que tienen que ver con la salud oral

“En esta sección, le leeré algunas cuestiones relacionadas con la salud oral. Para cada oración que yo lea, dígame que tan probable sería que ocurriera el resultado usando la escala de porcentaje (**MOSTRAR LA ESCALA DE PORCENTAJES**). Mientras más sienta que el evento le suceda a la gente en general, más alto será el porcentaje que usted le dará. Por ejemplo, si yo le preguntara que tan probable es que un bebé nazca con dientes, usted podría decir 5%, indicando que usted cree que las probabilidades de que un bebé nazca con dientes es de 5 veces de cada 100, alguna pregunta?

1. ¿Qué tan probable es que una persona tenga dientes y encías saludables por cepillar sus dientes diariamente? _____%
2. ¿Qué tan probable es que la buena nutrición a lo largo de nuestra vida nos ayude a tener buena salud oral? _____%
3. ¿Qué tan probable es que la gente pueda prevenir problemas orales al tener chequeos dentales regulares aún cuando no se tiene ningún problema? _____%
4. ¿Qué tan probable es que el tener dientes y encías saludables ayude a que una persona mejore cómo se ve? _____%
5. ¿Qué tan probable es tener como resultado una mejor salud oral al aprender acerca de las técnicas apropiadas de cuidado bucal? _____%
6. ¿Qué tan probable es que la gente que usa dentaduras y que tiene revisiones dentales regularmente tenga menos problemas bucales? _____%
7. ¿Qué tan probable es que las personas no pierdan sus dientes naturales con sólo cuidar de sus dientes y encías? _____%

8. ¿Qué tan probable es que una persona que se realice limpieza con el dentista una o dos veces al año tenga dientes saludables? _____%
9. ¿Qué tan probable es que ingerir comidas azucaradas cause caries dental? _____%
10. ¿Qué tan probable es que al ingerir agua fluorada una persona gaste menos en atención dental? _____%

Importancia de la salud oral

“En esta sección le leeré algunas cuestiones acerca de varios comportamientos que tenemos en cuanto a la boca. Mirando esta escala de medición que va de muy importante (5) a nada importante (1) (**MOSTRAR LA ESCALA DE 5 PUNTOS**), dígame qué tan importante es este comportamiento”

1. ¿Qué tan importante es para usted cepillarse los dientes o cepillar sus dentaduras para tener una boca sana?

1 2 3 4 5

Nada importante

Muy importante

2. ¿Qué tan importante es para usted tener una buena nutrición para tener una buena salud oral?
3. ¿Qué tan importante es para usted que le realicen chequeos dentales aunque no tenga ningún problema?
4. ¿Qué tan importante es para usted mejorar su apariencia al tener dientes y encías sanas?
5. ¿Qué tan importante es para usted aprender sobre el cuidado correcto de su boca?

6. (SÓLO PARA PORTADORES DE DENTADURAS TOTALES)

¿Qué tan importante es para usted realizar chequeos dentales para tener una boca saludable?

(LAS PREGUNTAS 7 A 10 SON PARA PERSONAS CON AL MENOS UN DIENTE NATURAL)

7. ¿Qué tan importante es para usted mantener sus dientes naturales?
8. ¿Qué tan importante es para usted que le limpie los dientes un dentista para tener una boca saludable?
9. ¿Qué tan importante es para usted saber que los alimentos azucarados puedan cariar sus dientes?

11. ¿Qué tan importante es para usted el que le realicen tratamientos de fluoruro en un consultorio dental para que pueda prevenir la caries?

TRADUCCIÓN DEL DOCUMENTO ORIGINAL: C.D. ROSA IRENE MELGAREJO



Creencias sobre la Salud Bucal

“En esta sección, leeré en voz alta algunas preguntas sobre salud bucal. Al contestar cada pregunta, dígame qué tan probable piensa que es, utilizando la escala de porcentaje (MUESTRE LA ESCALA DE PORCENTAJE). Cuanto más alta piense que sea la probabilidad, mayor será el porcentaje. Por ejemplo, si le pregunto qué tan probable es que un bebé nazca con dientes, puede contestar 5%, lo cual muestra que cree que las posibilidades de que un bebé nazca con dientes son de 5 en 100. ¿Tiene alguna pregunta?

%

1. ¿Qué tan probable es que las personas tengan dientes y encías sanas si se cepillan los dientes diariamente? ____%
2. ¿Qué tan probable es que una nutrición sana a lo largo de nuestras vidas nos ayude a mantener nuestra salud bucal? ____%
3. ¿Qué tan probable es que las personas puedan prevenir los problemas de salud bucal si se hacen revisiones dentales de forma regular, aun cuando no hay nada de malo en sus dientes? ____%
4. ¿Qué tan probable es que el tener dientes y encías sanas ayude a mejorar la apariencia de una persona? ____%
5. ¿Qué tan probable es que el conocer técnicas apropiadas de salud bucal mejore su salud bucal? ____%
6. ¿Qué tan probable es que las personas que tienen dentadura y van al dentista de forma regular tengan menos problemas de salud bucal? ____%
7. ¿Qué tan probable es que las personas conserven sus propios dientes con tan solo cuidar de sus dientes y encías? ____%
8. ¿Qué tan probable es que las personas que se realicen una limpieza dental una o dos veces al año tengan dientes sanos? ____%
9. ¿Qué tan probable es que el comer alimentos azucarados cause caries dental? ____%
10. ¿Qué tan probable es que el beber agua fluorada signifique gastar menos en atención dental? ____%

 Estela López López, Perito Traductor autorizado por el H. Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, publicado en el Boletín Judicial de fecha 1° de junio de 2009, con No. de Registro 97, certifico que la anterior traducción al español, contenida en 2 (dos) fojas útiles por su anverso, es a mi juicio fiel y completa de su original en idioma inglés.
 * Esta traducción contiene espacios en blanco para llenado del interesado.
 México, D.F., a 8 de abril de 2011.

Lic. Estela López López
 PERITO TRADUCTOR
 TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL
 Cédula Profesional No. 4561820



[TRADUCCIÓN CERTIFICADA]

La Importancia de la Salud Bucal

"En esta sección, leeré en voz alta algunas preguntas sobre varios comportamientos de salud bucal. Con base en la escala de valoración que va de (5) "muy importante" a (1) "para nada importante" (MUESTRE LA ESCALA), dígame qué tan importante considera usted cada comportamiento".

1-5

1. ¿Qué tan importante es para usted cepillarse los dientes o la dentadura para tener una boca sana? _____
2. ¿Qué tan importante es para usted llevar una nutrición sana para tener una buena salud bucal? _____
3. ¿Qué tan importante es para usted tener revisiones dentales, incluso cuando no hay nada malo con sus dientes? _____
4. ¿Qué tan importante es para usted mejorar su apariencia al tener dientes y encías sanas? _____
5. ¿Qué tan importante es para usted aprender a cuidar apropiadamente de su boca?

6. (ÚNICAMENTE PARA PERSONAS CON DENTADURA COMPLETA)

¿Qué tan importante es para usted hacerse revisiones dentales para tener una boca sana? _____

(LAS PREGUNTAS DE LA 7 A LA 10 SON PARA PERSONAS QUE TIENEN POR LO MENOS UNO DE SUS PROPIOS DIENTES)
7. ¿Qué tan importante es para usted conservar sus propios dientes? _____
8. ¿Qué tan importante es para usted que el dentista le realice limpiezas dentales para tener una boca sana? _____
9. ¿Qué tan importante es para usted saber qué alimentos azucarados pueden causarle caries dental? _____
10. ¿Qué tan importante es para usted recibir un tratamiento con flúor en el consultorio del odontólogo para prevenir la caries dental? _____

Lic. Estela López López
 PERITO TRADUCTOR DEL
 TRIBUNAL SUPERIOR DE
 JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL
 Cédula Profesional No. 4561820





Oral Health Beliefs

"In this section, I will read out some questions regarding oral health. In answer to each question, please tell me how likely you think it is, using the percentage scale (**SHOW PERCENTAGE SCALE**). The higher you think the probability is, the higher the percentage. For example, if I ask you how likely is it that a baby is born with teeth, you may answer 5%, which shows that you believe that the chances of a baby being born with teeth are 5 in a 100. Do you have any questions?

%

1. How likely is it that people will have healthy teeth and gums if they brush their teeth every day? ____%
2. How likely is it that a sound nutrition throughout our lives will help us to maintain our oral health? ____%
3. How likely is it that people may prevent oral health problems if they have regular dental check-ups, even if there is nothing wrong with their teeth? ____%
4. How likely is it that having healthy teeth and gums helps to improve a person's appearance? ____%
5. How likely is it that learning about proper oral health techniques will improve your oral health? ____%
6. How likely is it that people who have dentition and go to the dentist regularly will have less oral health problems? ____%
7. How likely is it that people will keep their own teeth by just looking after their teeth and gums? ____%
8. How likely is it that people who have their teeth cleaned by the dentist once or twice a year will have healthy teeth? ____%
9. How likely is it that eating sugary food causes tooth decay? ____%
10. How likely is it that drinking fluoridated water means spending less in dental care? ____%

I, Paola M. Núñez Acevedo, Expert Translator duly authorized by the Supreme Court of Justice for the Federal District, as published in the Official Gazette on June 1st, 2009, with Registration No. 117, DO HEREBY CERTIFY that the foregoing translation in two (2) pages is, to the best of my knowledge and belief, true and complete.

* Blank spaces were left for completion by the interested party.

Mexico City, April 8, 2011

PAOLA M. NÚÑEZ ACEVEDO
Perito Traductor
TRIBUNAL SUPERIOR DE
JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL
paola@traductores.com.mx
Paola Núñez



[CERTIFIED TRANSLATION]

<p align="center">The Importance of Oral Health</p> <p>"In this section, I will read out some questions regarding several oral health behaviors. Based on the rating scale ranging from (5) "very important" to (1) "not at all important" (SHOW THE SCALE), please tell me how important you think each behavior is."</p>	<p align="center">1-5</p>
<p>1. How important is it to you to brush your teeth or dentition to have a healthy mouth? _____</p> <p>2. How important is it to you to have a sound nutrition to have a good oral health? _____</p> <p>3. How important is it to you to have dental check-ups, even if there is nothing wrong with your teeth? _____</p> <p>4. How important is it to you to improve your appearance by having healthy teeth and gums? _____</p> <p>5. How important is it to you to learn how to look after your mouth properly? _____</p> <p>6. (ONLY FOR PEOPLE WITH COMPLETE DENTITION)</p> <p>How important is it to you to have dental check-ups in order to have a healthy mouth? _____</p> <p>(QUESTIONS 7 TO 10 ARE FOR PEOPLE WHO HAVE AT LEAST ONE OF THEIR OWN TEETH)</p> <p>7. How important is it to you to keep your own teeth? _____</p> <p>8. How important is it to you to have your teeth cleaned by a dentist in order to have a healthy mouth? _____</p> <p>9. How important is it to you to know which sugary food may cause tooth decay? _____</p> <p>10. How important is it to you to have fluorine treatment at a dentist's office to prevent tooth decay? _____</p>	

PAOLA M. NÚÑEZ ACEVEDO
 Perito Traductor
 TRIBUNAL SUPERIOR DE
 JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL
 paola@traductores.com.mx
Paola Núñez Acevedo

ANEXO VI

Cuestionarios: versión final

Le voy a hacer unas preguntas acerca de la salud de la boca. No existen respuestas correctas o incorrectas. En una escala del 1 al 5 (mostrar escala del 1 al 5), donde uno es lo menos probable y cinco lo más probable, responda qué tan probable es que las situaciones que le voy a mencionar sucedan. Por ejemplo, un bebé nace con dientes; usted puede decir uno, lo que quiere decir es que es muy poco probable que así ocurra.

¿Alguna duda?

1. Una persona tiene dientes y encías sanos sólo por cepillar su boca
2. Por tener buena nutrición a lo largo de la vida se tiene buena salud oral
3. Se previenen problemas dentales sólo por tener revisiones con un dentista regularmente
4. Se mejora la apariencia de las personas sólo por tener dientes y encías saludables
5. Al aprender técnicas de cuidado bucal, se mejora la salud oral
6. Las personas que usan placas pueden tener menos problemas en boca si se realizan revisiones bucales periódicamente
7. Una persona no perderá sus dientes naturales sólo por cuidar de sus dientes y encías
8. Una persona tiene dientes saludables por realizarse limpieza una vez al año con el dentista
9. Se puede provocar caries dental sólo por ingerir alimentos azucarados
10. Se gasta menos en dentistas consumiendo sal fluorurada

Ahora le voy a hacer unas preguntas sobre varios comportamientos que tenemos acerca de la salud de nuestra boca, debe decirme qué tan importante es para usted cada uno de ellos en su experiencia personal. Le recuerdo que no hay respuestas

correctas ni incorrectas. En una escala del 1 al 5 (mostrar escala del 1 al 5) donde el 5 quiere decir que usted le da mucha importancia y 1 que usted no le da nada de importancia a esa situación. Por ejemplo, si yo le preguntara, qué valor le da usted a visitar al médico para una revisión, usted puede decir 4, con lo que nos diría que para usted es bastante importante visitar al médico para revisión. ¿Alguna duda?

1. ¿Qué valor le da usted al cepillado de sus dientes o de sus dentaduras?
2. ¿Qué valor le da usted a la comida para tener una buena salud de su boca?
3. ¿Qué valor le da usted a que el dentista le haga revisiones dentales una vez al año? ¿qué valor le da usted
4. ¿Qué valor le da usted a la apariencia de sus dientes o dentaduras?
5. ¿Qué valor le da usted al cuidado de su boca?
Sólo para personas edéntulas.
6. ¿Qué valor le da usted a acudir al dentista a revisiones para tener una boca sana?
(las preguntas 7 a 10 son para personas con uno o más dientes naturales)
7. ¿Qué valor le da usted a mantener sus dientes naturales?
8. ¿Qué valor le da usted a que un dentista le limpie los dientes para tener una boca sana?
9. ¿Qué valor le da usted a evitar comer alimentos azucarados que le puedan provocar caries dental?
10. ¿Qué valor le da usted a que el dentista le aplique fluoruro a sus dientes?