UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGÍA INTEGRAL

INSTRUMENTOS DE AUTOPERCEPCIÓN Y EMPODERAMIENTO INTERSECTORIAL PARA LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS ESTOMATOLÓGICOS POR ADULTOS MAYORES

Dra. ALINA ROCHE MARTÍNEZ

Tesis presentada en opción al grado científico de

Doctor en Ciencias Estomatológicas

La Habana

2025

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGÍA INTEGRAL

INSTRUMENTOS DE AUTOPERCEPCIÓN Y EMPODERAMIENTO INTERSECTORIAL PARA LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS ESTOMATOLÓGICOS POR ADULTOS MAYORES

Autor: Dra. Alina Roche Martínez. M. Sc.

Tutores: Prof. Tít. Dra. Estela de los Ángeles Gispert Abreu, Dr. C.

Prof. Tít. Lic. Bernardo Manuel Nuñez Pérez, Dr. C

Tesis presentada en opción al grado científico de

Doctor en Ciencias Estomatológicas

La Habana

2025

Agradecimientos

Quiero hacer llegar mis más sinceros agradecimientos a todas aquellas personas que me acompañaron no solo en lo intelectual sino y sobre todo, en lo humano:

A M.Sc. Hilda A Peguero y Dr.C. Bernardo Manuel Nuñez Pérez, mi reconocimiento especial, por su apoyo incondicional, que me ha permitido la realización de esta investigación.

A mi tutora Dr.C. Estela de los Ángeles Gispert Abreu, quien me ha brindado sus conocimientos, orientación y apoyo, que fueron fundamentales para culminar esta investigación.

A todos mis compañeros de trabajo en especial a: M.Sc. Dra. Ana Zoe Jiménez García, M.Sc.Dra. Larissa Daudinot Coss, M.Sc.Dra. Maritza Alfaro Mons, M.Sc.Dra. MaydaYllarreta Bandera, Dr. Mohamed Azís Pérez Caldevilla, M.Sc. Lic. Ramón Luis Fonseca González por su colaboración y con quienes compartí dificultades y logros.

A: Dr.C. Indira Gómez Capote, Dr. C. Rosa María González Ramos, Dr.C. María Caridad Barciela Longoria, Dr.C. Agustín Rodríguez Soto, Dr.C. Denia Morales Navarro, por su paciencia y acompañarme hasta el final de este camino.

A las compañeras de la biblioteca Yazue Ortiz Rivero y Grisel Vara Amador, y amiga de siempre Lic. María Victoria Quesada por todo su apoyo.

Ruego que me disculpen aquellas personas que he omitido sus nombres y los considero merecedores de mi gratitud

…Es más fácil descender una montaña que subirla, pero la vida es mejor desde la cumbre, sin embargo, de no haber sido por el apoyo efectivo y moral que incondicionalmente nos brindaron nuestros familiares y amigos no estaríamos hoy aquí disfrutando de la vista que nos ofrece la cumbre de la montaña.

A todos muchas gracias

Dedicatoria

A mis padres

Que entregaron su vida a mi formación social y profesional

A mi hija y nieto

Por ser lo que más quiero en la vida

A mis amigos

Que con mucho cariño y amor me han ayudado siempre

SÍNTESIS

Introducción: el aumento de la población adulta mayor en Cuba, justifica la necesidad del estudio de los problemas que le acompañan. **Objetivo:** diseñar instrumentos para evaluar, autopercepción sobre salud bucal y empoderamiento intersectorial relacionado con la utilización de los servicios estomatológicos por adultos mayores en el contexto local. **Diseño Metodológico:** la investigación se realizó en la Facultad de Estomatología de La Habana, Consejo Popular Príncipe en el período 2019-2024, con empleo de metodología mixta. Los instrumentos se diseñaron mediante discusión grupal y validación de contenido por expertos, según método de Lawshe modificado por Tristán. La prueba piloto evaluó la consistencia interna mediante el alfa (α) de Cronbach. **Resultados:** La validación de contenido mostró valores superiores a 0,5, y por encima de 0,7 en confiabilidad, lo cual confirma la adecuación de los instrumentos. Se evidenció que, aunque los adultos mayores reconocen la importancia de la salud bucal, tienden a subestimar las enfermedades bucales, lo que limita su uso de servicios estomatológicos. El empoderamiento intersectorial fue adecuado a nivel local en el 46,7 %. **Conclusiones:** Los instrumentos diseñados son válidos, coherentes y relevantes, y su aplicación puede contribuir a mejorar la atención en salud bucal y el empoderamiento en la comunidad.

ÍNDICE

CONTENIDOS		Pág.
INTRODUCCIÓN		**1**
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO		
I.1.	Envejecimiento, vejez y adulto mayor	**11**
I.2.	Salud y salud bucal del Adulto Mayor	**14**
I.3.	Acceso y utilización de los servicios estomatológicos por los adultos mayores	**19**
	Empoderamiento intersectorial	**22**
	I.4.1 Empoderamiento	**22**
I.4.	I.4.1. Empoderamiento en salud	**24**
	I.4.2. Intersectorialidad	**25**
	I.4.3. Empoderamiento intersectorial	**28**
I.5.	Diseño y validación de instrumentos	**30**
	Conclusiones Capítulo I	**34**
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO		
II.1.	Clasificación de la investigación	**35**
II.2.	Métodos de investigación	**36**
II.3.	Etapas de la investigación	**38**
II.3.1	Etapa I	**38**
II.3.2.	Etapa II	**46**
II.3.3.	Etapa III.	**51**
II.3.4	Etapa IV.	**57**
	Conclusiones del Capítulo II	**57**
CAPÍTULO III. RESULTADOS		
III.1	Resultados I Etapa	**59**
III.2	Resultados II Etapa	**65**
III.3	Resultados III Etapa	**69**
III.4	Resultados IV Etapa	**78**
	Conclusiones del Capítulo III	**80**
CAPÍTULOIV. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS		
IV.1	Etapa I Discusión de los resultados	**81**
IV.2	Etapa II Discusión de los resultados	**84**
IV.3	Etapa III y IV Discusión de los resultados	**91**

Conclusiones del Capítulo IV **96**

CONCLUSIONES **97**

RECOMENDACIONES **98**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población, es uno de los grandes problemas sociales del siglo XXI. A partir del pasado siglo, el número de personas que en el mundo rebasó la edad de 60 años aumentó de 400 millones en la década del 50 a 700 millones en la década del 90. En América Latina se produce un incremento sostenido en la proporción y número absoluto de personas de 60 años y más, que continuará incrementándose de manera acelerada.[1]

Cuba no está exenta de este desafío; la pirámide poblacional se transforma de forma progresiva, para constituir uno de los países más envejecidos de América Latina. Según el Anuario Estadístico de Salud, el porcentaje de adultos mayores en la población nacional al cierre de 2023 era el 24,4 % encontrándose dentro de las provincias mayormente envejecidas Villa Clara, La Habana y Sancti Spíritus. El municipio Plaza de la Revolución de La Habana, es el más envejecido del país con un cuarto de su población con más de 60 años, seguida de Remedios, y Cabaiguán.[1-3]

El envejecimiento de la población cubana, es una de las implicaciones demográficas y sociales derivadas del descenso de la fecundidad, alto saldo migratorio, incremento de defunciones y el aumento de la esperanza de vida. Este fenómeno implica un reto, que lo hacen tributario de grandes y complejas decisiones gubernamentales y estatales. Esta compleja situación, cobra especial relevancia, en el sector salud que debe adaptarse para asegurar la calidad de los servicios. [4]

La tercera edad, es una etapa de la vida en la cual las necesidades de salud se hacen cada vez más crecientes, debido fundamentalmente a los cambios fisiológicos que aparecen en el declinar de los años, lo que trae consigo un

incremento de las enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, demencia senil como la enfermedad de Alzheimer, procesos osteodegenerativos y otros. Además, en este grupo de pacientes aumenta la probabilidad de presentar, una variedad de problemas bucales, entre estos destacan la pérdida parcial o total de órganos dentarios, lesiones cariosas principalmente en zonas cervicales, periodontitis, xerostomía y cáncer bucal. [4,5]

Las facilidades para el acceso a los servicios estomatológicos, pueden coadyuvar al control de las enfermedades bucales. Según Remuzgo Alvarado [6] el uso de los servicios de salud, ha sido analizado por diferentes autores a través del tiempo, uno de los modelos más estudiados y aceptados es el modelo de Andersen el cual considera que está determinado por factores predisponentes, capacitantes o habilitantes y factores de necesidad.

En la actualidad, envejecer se vuelve un hecho lleno de connotaciones negativas en algunos grupos o sectores de la sociedad, que ven a la persona mayor como un sujeto no activo e improductivo para la sociedad, más frágil y dependiente que el resto de individuos de diferentes franjas etarias.

Por otra parte, las estrategias de salud bucal dirigidas a este grupo poblacional aún no logran satisfacer sus necesidades, para ello es imprescindible la evaluación del estado de salud bucal y sus condicionantes con el fin de comprender las demandas específicas de salud en esta población.[7]

Esta valoración puede ser de tipo objetiva, es decir, realizada a partir de la perspectiva clínica del profesional mediante la aplicación de indicadores clínicos o subjetiva, basada en las vivencias de los adultos mayores. Entre los instrumentos más utilizados desde este enfoque se encuentran la autoevaluación y autopercepción que permiten valorar sus condiciones bucales y su relación con

problemas funcionales, sociales y psicológicos, refleja cómo los individuos perciben su salud en relación con sus experiencias y expectativas personales.[7]

Priorizar el envejecimiento activo y satisfactorio requiere un cambio de paradigma, el cual desmantele los prejuicios que limitan la participación y la capacidad de los adultos mayores. Las personas de la tercera edad son capaces de continuar el desarrollo de sus capacidades y superar las falsas creencias sobre su limitada participación en la sociedad. [8]

El envejecimiento poblacional es multidimensional, por lo que requiere de acciones intersectoriales, concebidas como la integración de varios sectores para resolver problemas asociados de manera íntegra y aportar a la extensión de la vida con calidad.[9]

A nivel mundial es reconocida la importancia de la aplicación de la intersectorialidad para dar solución a problemas de salud, no obstante, en ocasiones dificultades como la sostenibilidad afecta su ejecución. Autores como Castell-Florit Serrate y cols.[10] y Aparicio Meneses y cols.[11], consideran que la intersectorialidad en salud con frecuencia se aplica ante problemas de salud pública críticos, con el fin de inducir una rápida participación social; pero no está generalizada su concepción como un enfoque tecnológico gerencial, para la construcción de salud con la participación y el compromiso de todos los implicados, lo que es básico para su arraigo en el plano consciente.

Desde esta perspectiva, es pertinente y relevante proporcionar conocimientos, técnicas, métodos y procedimientos que logren el empoderamiento de directivos del sistema de salud, otros sectores sociales, y líderes comunitarios sobre intersectorialidad, su esencia es adelantarse en identificar problemas de salud y actuar de conjunto con todos los sectores para eliminar sus causas.[12]

El impacto del envejecimiento sobre la sociedad, la salud y las crecientes demandas de atención de la población mayor de 60 años, en servicios estomatológicos, con frecuencia se asocian al daño acumulado por deficiencias en la orientación de los sistemas y servicios de salud, en la autopercepción de la importancia de la salud bucal, en la medida que utilizan los servicios de salud, apoyo y acompañamiento, lo cual pone de manifiesto la necesidad de aplicar la intersectorialidad como garantía de mayor salud y bienestar.

En este proceso juega un papel clave el empoderamiento, entendido como proceso mediante el cual los miembros de una comunidad desarrollan capacidades para actuar en su beneficio.[13]

El empoderamiento en salud, hace referencia a las habilidades que permiten al sujeto, hacerse responsable de la toma de decisiones para el control diario de sus situaciones de salud. [13,14]

De esta manera se reconoce que el empoderamiento de las comunidades, los líderes y adultos mayores refuerza la capacidad para actuar, y coadyuva al desarrollo de la autonomía y responsabilidad que resulta en su implicación interactiva en los problemas de salud que los afectan. “El empoderamiento personal y la intersectorialidad se esgrimen como marco de referencia para el establecimiento de nuevas teorías, en este caso la del empoderamiento intersectorial por la salud pública"[10] como categoría integrada.

En Cuba, los servicios de salud son universales, gratuitos y se fundamentan en una concepción de atención y protección a la salud como derecho constitucional de todos los ciudadanos, amparados en los artículos 67(responsabilidad de la familia en el cuidado y atención de los adultos mayores), 73 (El Estado, la sociedad y las familias tienen la obligación de proteger y asistir a los adultos mayores).La Ley 165

de Salud Pública, Sección Cuarta (de la atención a los ancianos)artículo 141.1 (establece que el Sistema Nacional de Salud desarrolla estrategias intersectoriales y comunitarias para fomentar capacidades funcionales bienestar y autonomía de estas personas para lograr un envejecimiento activo y saludable) 2 considera que para la atención y los cuidados a la persona adulta mayor el sistema en coordinación con los órganos locales del Poder Popular organiza y garantiza la habilitación de servicios e instituciones sociales y especializadas .[15,16]

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha identificado metas e indicadores en los 17 Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS), planteados en la Agenda del Desarrollo Sostenible del 2030, los cuales deben ser considerados como prioridad y tomados en cuenta para la formulación de políticas públicas y lograr mejores resultados en el sector salud, por lo que constituye un referente internacional para concretizar los esfuerzos realizados por diferentes sectores, que buscan estrechar las brechas existentes en la salud asociadas a determinantes sociales, económicos y ambientales.[17]

Justificación del estudio

En Cuba el incremento de la población adulta mayor y sus implicaciones, hace pertinente el estudio de los problemas que le acompañan, en especial los relacionados con la salud bucal, que suelen incrementarse con la edad, y requieren una visión amplia e integradora. No basta con profesionales que posean profundo conocimiento de los aspectos biológicos característicos de esta etapa de la vida y habilidades desarrolladas para su tratamiento, los desafíos actuales del envejecimiento y sus perspectivas futuras demandan reconocer la necesidad de la participación activa de varios sectores sociales, que incluyan tanto al individuo como a la familia y la comunidad. Además, se precisa la implicación de múltiples

saberes y el desempeño de todos los que se encuentran alrededor del problema, por tanto, ha de replantearse el perfeccionamiento de la intersectorialidad para preservar y generar la salud.

La utilización de servicios estomatológicos por adultos mayores, empoderamiento, así como la aplicación de la intersectorialidad ha sido un tema que ha generado gran interés en el ámbito académico y asistencial, las investigaciones tanto nacionales como internacionales que los evalúan tienen limitaciones como:

- Son escasas las relacionadas con la atención estomatológica.
- Los instrumentos internacionales en muchos casos no se ajustan al contexto social cubano.
- No hay evidencias en la bibliografía consultada sobre la existencia de algún instrumento nacional o internacional validado, que responda a las estrategias y objetivos trazados por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) apoyado en la voluntad política del país, que permitan evaluar el acceso a los servicios de salud estomatológicos .Por este motivo, se debe tener en cuenta la autopercepción sobre su salud bucal que presentan los adultos mayores y el empoderamiento intersectorial para mejorar la condición estomatológica de estos pacientes.

La población cubana envejece a un ritmo acelerado, lo que tiene implicaciones para el país y en la salud pública, por lo cual contar con instrumentos de evaluación de autopercepción y empoderamiento intersectorial relacionados con la utilización de los servicios estomatológicos, válidos y confiables que puedan ajustarse a las características de cada territorio del país, permitiría trazar estrategias para disminuir los efectos negativos que este proceso podría tener en la salud bucal de los adultos

mayores, sobre la base de lo anteriormente expresado puede definirse el siguiente **problema científico**:

- ¿Qué instrumento puede emplearse para la determinación de la autopercepción de adultos mayores sobre su salud bucal y la utilización de los servicios estomatológicos en el Consejo Popular Príncipe del Municipio Plaza de la Revolución en el período de 2019 a 2024?
- ¿Qué instrumento puede emplearse para la identificación del nivel de empoderamiento intersectorial, y la utilización de los servicios estomatológicos por adultos mayores del Consejo Popular Príncipe del Municipio Plaza de la Revolución en el período de 2019 a 2024?

Para abordar esta problemática, se propone el diseño de dos instrumentos específicos para la población adulta mayor cubana que permitan determinar la autopercepción de la salud bucal y el empoderamiento intersectorial a nivel local a través de los cuales, se podrán identificarlas dificultades que presentan para acceder a los servicios estomatológicos y guiar acciones de mejora de salud bucal. Ambos son fruto de investigaciones en el contexto nacional y adquiere gran importancia para los programas y estrategias nacionales de la Atención Primaria de Salud, encaminadas al adulto mayor, que facilitaría la toma de medidas encaminadas a la mejora del acceso a la atención estomatológica, apoyo social y comunitario, así como oportunidades educativas que promuevan un envejecimiento saludable.

Objetivos

En el Consejo Popular Príncipe del Municipio Plaza de la Revolución durante el período de 2019 a 2024:

1. Diseñar un instrumento que mida la autopercepción de los adultos mayores acerca de la salud bucal y utilización de los servicios estomatológicos.
2. Determinar la autopercepción de los adultos mayores acerca de la salud bucal, utilización de los servicios estomatológicos y las necesidades de atención.
3. Diseñar un instrumento de evaluación del nivel de empoderamiento intersectorial para la utilización de los servicios estomatológicos por adultos mayores en el nivel local.
4. Identificar el nivel de empoderamiento intersectorial para la utilización de los servicios estomatológicos por adultos mayores en el nivel local.

Actualidad

El tema tiene gran actualidad e importancia, dado los cambios demográficos de la población en Cuba, donde existe una población envejecida y por tanto más propensa a padecer enfermedades bucales.

El trabajo que se presenta contribuye a la actualización de los conocimientos acerca de la temática salud bucal. Toma en cuenta, el papel que juegan los grupos y sectores sociales en el acompañamiento, para la solución de los problemas de salud bucal que se presentan en los adultos mayores y adapta el referente de autopercepción y empoderamiento intersectorial a la utilización de los servicios estomatológicos por adultos mayores; elementos que le imprimen pertinencia al tema investigado. Favorece el cumplimiento de lo legislado en la Constitución de la República de Cuba, con respecto al envejecimiento y la protección del adulto

mayor, además de estar en consonancia con los Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución; y en correspondencia con los objetivos de trabajo de la OMS en su agenda 2030 para el desarrollo sostenible de América Latina y el Caribe.

A su vez, los instrumentos que se proponen se convierten en herramientas que facilitarán la orientación comunitaria y profiláctica, así como el desarrollo de las esferas asistencial e investigativa, en correspondencia a los requerimientos del Sistema Nacional de Salud (SNS) y su repercusión en la calidad de la atención en los servicios estomatológicos y en su satisfacción.

Novedad científica

Estriba en el diseño y validación de dos instrumentos: uno para la medición de la autopercepción de adultos mayores sobre su salud bucal y otro dirigido a la evaluación del empoderamiento intersectorial a nivel local, relacionado con la utilización de los servicios estomatológicos, sin precedentes en el país para la especialidad de Estomatología, que tuvo en cuenta los problemas detectados en la caracterización de la población adulta mayor. La investigación aporta evidencias de la importancia del empoderamiento de adultos mayores y sectores sociales para fortalecer la participación social en la solución de problemas de salud bucal.

Aportes teóricos y prácticos

El aporte **teórico**, se basa en la definición del concepto empoderamiento intersectorial relacionado con la utilización de los servicios estomatológicos por adultos mayores, ampliación del conocimiento sobre la temática de autopercepción sobre salud bucal de esta población y empoderamiento intersectorial relacionado con la utilización de los servicios estomatológicos. El marco teórico conceptual se ha aplicado en la docencia de pre y posgrado en Estomatología General Integral

(EGI), ha propiciado temas de tesis de especialidad y puede complementar el análisis de la situación de salud.

La contribución **práctica**, consiste en brindar dos instrumentos al sector salud que pueden constituir, puntos de partida para el diseño de estrategias conjuntas que contribuyan al mejoramiento de la atención de salud en adultos mayores del área.

Tiene aportes de trascendencia social y humana, ya que da respuesta al encargo social de una sociedad cubana envejecida.

Los instrumentos permitirán, realizar el análisis situacional en cuanto a las condiciones que afectan la salud bucal a los adultos mayores y las limitaciones para acceder a los servicios estomatológicos, lo cual es referente para la toma de decisiones informada y medir los cambios con las acciones que se realicen.

La investigación realizada tuvo como salidas, 16 tesis de terminación de especialidad de EGI, socialización de resultados en eventos científicos nacionales e internacionales 11y tres publicaciones en revistas científicas.

Estructura de la tesis

La tesis consta de introducción y cuatro capítulos. Capítulo I, Marco Teórico donde se presenta la construcción referencial de la investigación, con bases conceptuales en adulto mayor, salud bucal, utilización de los servicios estomatológicos, empoderamiento intersectorial, elaboración y validación de instrumentos. Capítulo II, presenta el Diseño metodológico empleado. Capítulo III, Resultados. Capítulo IV Discusión de los resultados que dan salida a los objetivos propuestos en la investigación.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

En este capítulo aparece el marco teórico referencial, el cual proporciona coherencia y fundamenta el desarrollo del presente trabajo. Se abordó la descripción del estado del arte relacionado con la comprensión de los conceptos envejecimiento, vejez, adulto mayor, salud bucal y su relación con la salud general, utilización de los servicios estomatológicos, empoderamiento intersectorial y elaboración y validación de instrumentos.

I.1. Envejecimiento, vejez y adulto mayor

Cualquier estudio sobre los adultos mayores, requiere como punto de partida, una base de conocimientos sobre el proceso de envejecimiento y la vejez. La humanidad se enfrenta al mayor envejecimiento de la historia, ha pasado de muchos niños y pocos abuelos a pocos niños y muchos abuelos. Esta transformación tiene y tendrá profundas consecuencias en los diversos ámbitos de la vida individual, familiar, comunitaria, nacional y mundial. Por todo ello, entre los principales temas actuales de debate internacional se encuentran los cambios demográficos y su impacto en la sociedad.[1]

Envejecimiento y vejez, ambos conceptos suelen confundirse e incluso ser utilizados de forma indistinta, sin embargo, existe distinciones entre ambos.

Resultan oportunas las ideas de Gutiérrez Quinceno[18] acerca del tema, al precisar el proceso del envejecimiento humano como individual, multidimensional, heterogéneo en su presentación, intrínseco, irreversible, se desarrolla durante el curso de la vida y finaliza con la muerte. Se trata de un proceso complejo, que va acompañado de cambios biológicos y psicológicos de los individuos. Puede considerarse como proceso en constante evolución y en el que cada persona envejece en función de cómo haya vivido y es manifestada de una forma compleja por múltiples facetas (fisiológicas, emocionales, cognitivas, sociológicas,

económicas e interpersonales) y que a su vez van a influir en el funcionamiento y bienestar social.

Por otra parte, la vejez es una etapa de ciclo vital. Hay definiciones científicas, biológicas, médicas, geriátricas, psicológicas, entre otras. Dornell Regueira[19] al referenciar a Cantú acerca del término vejez expresa “período de la vida y como parte del proceso de envejecimiento, ocurre en un sujeto particular y único, por lo cual la modalidad de envejecimiento no se puede generalizar a partir de los cambios que ocurren sólo a nivel físico, pues cada sujeto interpreta éstos cambios de acuerdo a sus esquemas mentales, su estructura de personalidad, creencias, valores, los procesos de socialización a los que ha sido expuesto y al lugar que ocupa dentro de un contexto social y ecológico particular”.

Cabe agregar, las ideas de Rodríguez Ávila [20] que explica el concepto desde la sociología gerontológica con tres tipos distintos de definición, la primera cronológica y entiende que la edad es relevante para comprender ese proceso, la segunda funcional, como forma de ver cuando aparecen las limitaciones y discapacidades, la tercera la vejez como parte del proceso del ciclo vital de las personas y que presenta características singulares.

La autora de la investigación considera a partir de las observaciones anteriores, que el envejecimiento es un proceso que ocurre a lo largo de la vida y la vejez es un estado que comienza en un momento no bien precisado.

El informe de la OMS sobre envejecimiento y salud en el año 2015 al formular el marco para la acción de salud pública en este grupo, introduce un cambio de concepto, de envejecimiento activo, hacia el envejecimiento saludable, definido este como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional, que permite

el bienestar en la vejez, con énfasis en una perspectiva funcional desde el enfoque del curso de la vida.[18,21]

La propuesta de la OMS para el decenio del envejecimiento saludable 2021-2030, tratará de lograr la acción catalizadora y coordinada de gobiernos y sociedad para reducir desigualdades en materia de salud (o de cualquier tipo), que afecten al adulto mayor, así como mejorar su calidad vida, la de sus familias y comunidades. Es diseñada como un conjunto de acciones, basadas en la colaboración concertada y sostenida para que el envejecimiento de la población, deje de verse como un problema y pase a considerarse una oportunidad.[22,23]

Cuba sobresale como uno de los países latinoamericanos con mayor tasa de envejecimiento, en el año 2019; el 20,80 % de la población tenía o había sobrepasado la sexta década de vida; al cierre del 2022 este indicador se situó en 22,30 %, dos puntos porcentuales más en apenas tres años, de acuerdo con la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI). Para el 2025 se pronostica que la cifra de ancianos sobrepase 25,00 % del total de habitantes puesto que la población cubana actual está en una fase de transición demográfica, que se refleja en el aumento de este grupo poblacional.[24-26]

Este proceso ha tenido como causas fundamentales la velocidad acelerada de su transición demográfica, la estabilización de bajos niveles de fecundidad, variables que unidas al comportamiento de las migraciones en los últimos años han provocado tasas de crecimiento casi nulas o negativas.[24]

En general, resulta necesario señalar que el envejecimiento demográfico se ha convertido en un desafío ético que requiere considerar a las personas mayores en su heterogeneidad, como sujetos y no solo personas vulnerables que deben ser dotadas de asistencia y cuidados.

Zayas Somoza y cols.[3] al abordar la definición de “adulto mayor” (o también anciano) expresada por la OMS con fines demográficos, estadísticos e investigativo, incluye a toda aquella persona de 60 o más años de edad. Así mismo, subdivide esta categoría en adultos de la tercera (60 – 74 años), cuarta edad (75–89 años), longevos (90 – 99 años), y centenarios (aquellos con 100 o más años de edad).

En conclusión, cualquier periodización que se tome a partir de la edad, da lugar a grupos heterogéneos, pues se incluyen personas que han tenido experiencias de vida en diferentes entornos.

I.2. Salud y Salud bucal del Adulto Mayor

Resulta oportuno considerar que el concepto de salud, ha evolucionado en el tiempo, es cambiante y depende de los contextos socio históricos, en el influyen el grado de desarrollo socioeconómico y humano alcanzado, la historia, la cultura entre otros elementos. La literatura científica consultada, permitió identificar que autores como Rodríguez Carbajal y cols.[27] y Portal Miranda [28,29] coinciden al considerarla como estado de equilibrio, con determinado grado de componente subjetivo, entre lo biológico y lo psíquico con el medio ambiente social, cultural y natural, clave dentro del grupo de los denominados sistemas altamente complejos, por el número elevado de elementos, relaciones, propiedades, jerarquías y fronteras a que están sometidos.

Además, puede ser entendida como un producto social en la cual sus actores y las acciones, trascienden las fronteras del denominado “sector salud,” por lo que se requiere de una respuesta social organizada.[30]

La autora se identifica con la definición de salud que ofrece Olivero [31] entendida, “como un proceso socio histórico multideterminado, holístico e integral, que permite

a las personas y colectividades resolver conflictos de la vida y gestionar sus condiciones para su realización, buen vivir y felicidad en convivencia armónica con la naturaleza , la sociedad; constituye un objetivo, un recurso y un derecho que se puede garantizar si se actúa de forma participativa, intersectorial, y transdisciplinaria".

Martínez Fuentes y cols.[32] identifican la salud de las personas mayores como "la capacidad funcional de atenderse a sí mismo y desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad, la cual le permite, de una forma dinámica, el desempeño de sus actividades del diario vivir".

Al dialogar sobre la salud, es importante incluir las consideraciones que ofrecen sobre la salud bucal Bastidas Chaux y cols.[33]y Loyola Carrasco y cols.[34] al definirla como "ausencia total de patologías en nuestros dientes, encías, carrillos, paladar, ligamento, hueso alveolar y demás estructuras bucales".

Se concuerda en esta investigación, con el concepto de salud bucal de Gispert Abreu y cols.[35] como "el estado de completo bienestar físico, mental y social relacionado con la preservación del complejo buco maxilo facial; de esta manera se comprendería más fácil como parte inseparable del todo que es la salud." Por consiguiente, la definición de salud bucal se integra al concepto de salud general.

Los cambios fisiológicos asociados a la edad incluyen la acumulación de factores de riesgo a lo largo de la vida, disminución de la función inmune, alteraciones metabólicas, que unidas a estilos de vida poco saludables, presencia de factores psicosociales, cognitivos genéticos y ambientales, condicionan la presencia de enfermedades sistémicas que suelen manifestarse de manera compleja, afectan múltiples órganos y sistemas corporales por tanto el crecimiento de este grupo poblacional se ha visto acompañado de un incremento de estas enfermedades que

representan no solo un factor influyente en el deterioro de la salud personal, sino también constituyen un reto para el sistema de salud y economía de un país.[36,37]

A criterio de la autora, es importante conocer la relación bidireccional entre algunas enfermedades sistémicas y las enfermedades bucales en el adulto mayor, no es posible que se analicen de forma aislada sobre todo en esta población por la elevada presencia de ambas en esta etapa de la vida, que precisan de un mayor cuidado y una atención sistemática.

Es característico la alta frecuencia de enfermedades sistémicas como: diabetes *mellitus* (DM), enfermedad renal crónica (ERC), hipertensión arterial (HTA), enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y deterioro cognitivo leve (DCL) en los adultos mayores y dentro de las enfermedades bucales se señalan las periodontopatías, caries dental, disfunción masticatoria y cáncer bucal. El deterioro del funcionamiento de órganos y tejidos, acompañados de inadecuados estilos de vida, la ausencia a las consultas estomatológicas, son consecuencias que hacen comunes estos padecimientos en esta etapa. [37,38]

Actualmente es aceptado que la DM es un factor de riesgo para el aumento de la prevalencia y la gravedad de la periodontitis, así mismo la periodontitis es un agente importante para el aumento de riesgo de complicaciones de la DM. La progresión de la enfermedad periodontal, está relacionada con la disminución de la capacidad defensiva del hospedero. Si el sistema inmune se encuentra deprimido o deteriorado se produce una disminución de sus funciones, que favorece condiciones favorables para que los agentes patógenos desarrollen sus múltiples mecanismos de invasividad y virulencia, las citocinas liberadas por la cavidad bucal aumentan la inflamación crónica que acompaña a las enfermedades generales y agravan sus síntomas, es por ello que los pacientes que padezcan estas dos

enfermedades pueden tener más dificultades para controlar su glicemia y presentan un riesgo mayor de complicaciones, por lo cual deben ser sometidos a un examen bucal minucioso que incluya el examen periodontal completo.[39-41]

La inflamación periodontal también puede influir de forma negativa en pacientes con ERC, los cuales presentan deterioro de la respuesta inmune que se refleja en una mayor susceptibilidad a padecer infecciones. De ahí que el tratamiento periodontal adecuado atenúa la inflamación sistémica, mejora los niveles de los marcadores de función endotelial y mejora la función renal.[42,43]

En cuanto a la HTA se atribuye el efecto que provoca la terapia medicamentosa en los adultos mayores, con una posible relación en la aparición de las lesiones bucales. Estos medicamentos favorecen la xerostomía, que provoca mayor vulnerabilidad de la cavidad bucal, se incrementa el riesgo de presentar: caries dental, dificultad en la masticación y la deglución, lengua quemada, disminución en la retención de prótesis, lesiones liquenoides y el síndrome de la boca seca.[26,37]

Investigaciones referidas por Ayala Sotolongo y cols.[43] señalan la asociación entre la enfermedad periodontal con infarto agudo de miocardio, el infarto cerebral isquémico, formación de trombos y la arteriosclerosis, neumonía bacteriana, bronquitis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y abscesos pulmonares porque las bacterias bucales de la bolsa periodontal pueden ser aspiradas hasta los pulmones.

Ciria González y cols.[44] reportan que en los últimos años se ha estudiado la relación la enfermedad coronaria y periodontal concluyéndose que los individuos con enfermedad periodontal tienen mayor riesgo de padecer de enfermedades cardiovasculares. En los momentos actuales se piensa, que el factor común entre

ambas enfermedades es la interacción entre los productos de la placa bacteriana y las respuestas inflamatorias inmunológica del huésped.

Las enfermedades bucales tienen además un impacto considerable en la función masticatoria, la cual puede verse reducida por la falta de dientes y produce alteraciones morfológicas del hipocampo y déficits de memoria espacial. [38,41]

El paciente con Deterioro Cognitivo Leve (DCL), mostrará un progresivo abandono de su higiene bucal, una memoria prospectiva deteriorada altera las rutinas diarias de higiene dental, la disminución de la función y puede ocasionar dolor por caries dental, halitosis, movilidad dentaria, pérdida de dientes y uso de prótesis inadecuadas. La presencia de periodontitis en estos pacientes, desencadenan factores inflamatorios que se trasladan al cerebro, por medio de la circulación sistemática, provocan neuroinflamación y una consecuente degeneración neuronal lo que conduce al deterioro cognitivo.[38]

Aunque existen evidencias claras del papel de la salud bucal en la salud general, sigue siendo un tema sujeto a debate científico, aún persisten dudas sobre los mecanismos precisos que vinculan la cavidad bucal y la salud general, aunque la mayoría de los autores lo asocian a la inflamación crónica de bajo grado y al estrés oxidativo.[41]

La detección oportuna de alteraciones bucales en pacientes con enfermedades sistémicas, resulta importante para prevenir complicaciones y mejorar los resultados clínicos de las mismas. Esto enfatiza la importancia de tener en cuenta que las enfermedades bucales aparecen como patologías múltiples y que se deben adoptar enfoques multidisciplinarios en el cuidado de pacientes adultos mayores.[45,46]

Sobre la base de las consideraciones anteriores, la autora puntualiza que estos individuos requieren un enfoque diferente, tratamientos modificados y conocimiento de cómo los cambios considerados naturales y asociados a la vejez, en realidad se pueden convertir en enfermedades.

I.3. Acceso y utilización de los servicios estomatológicos por los adultos mayores

El análisis de la literatura científica, permite una primera observación al tema en lo referido a que se advierte en ella, la existencia de una controversia de carácter terminológico en lo relativo al uso del término "acceso" o "accesibilidad".

Conceptualizar el término acceso a los servicios de salud, con base en la literatura revisada, lleva a concluir que ha sido interpretado de diferentes maneras. Alarcón Cruzado [47],Parrales Valencia [48] y Fuentes Reveron [49] que sintetizan en sus trabajos criterios de diferentes autores acerca del tema, puntualizan que algunos lo comprenden como un proceso multidimensional, donde se evalúa la "disponibilidad", "accesibilidad", "acomodación" y "aceptabilidad" de los servicios de salud, otros se centran en aspectos socio organizadores y geográficos, además enfocado en políticas de salud, que determinan la forma en que los usuarios utilizan los servicios para satisfacer sus necesidades, también se define como la recepción adecuada de un servicio de salud por parte de una persona que tiene necesidad, así como como la capacidad de emplear adecuadamente los recursos o los servicios de salud.

La accesibilidad a los servicios de salud por su parte es manejada como la relación que se forma entre los individuos de la población y los servicios de salud, sumado a esto la ausencia de barreras o interferencias para obtener atención de salud, y

señalan la necesidad de tener en cuenta la disponibilidad de recursos para la salud, y el consumo real de los servicios.[6]

Fuentes Reveron [49] resume los criterios de diversos autores acerca del uso de los términos “acceso” y “accesibilidad”. Destaca que hay autores que los utilizan de forma indistinta, sin encontrar conflicto entre sus significados; otros establecen el criterio de que uno está contenido en el otro: uno es el proceso y el otro una etapa dentro de este. Concluye el autor que "acceder" al sistema de salud no es suficiente, lo que se espera es que permita una atención médica, que genere beneficios en la salud y el bienestar de los pacientes.

Un sistema de salud puede considerarse exitoso, si las personas logran un buen estado general de salud, y tienen un acceso adecuado a los servicios para seguir un tratamiento, el cual controlará su enfermedad o conseguirá su recuperación y la mejora sus niveles de salud, cuestión refrendada en Cuba como derecho constitucional y en especial el de los adultos mayores.[15]

El acceso a los servicios de salud es el proceso de interacción entre usuarios y proveedores que se inicia ante una necesidad y se expresa a través de la utilización de los servicios. Al medir la utilización de los servicios, se estudia la accesibilidad a los mismos.[50,51]

La sistematización de los referentes teóricos acerca de la comprensión del concepto de utilización de los servicios de salud [52-54] permite concluir que ha sido comprendido como:

- Proceso social, dinámico y complejo.
- Resultante de la interacción del individuo que busca la atención y el profesional que lo acompaña dentro de un sistema de salud.

- Pone en contacto a los actores, la población y el personal de salud, con el propósito de satisfacer una condición de salud determinada.

Según Remuzgo Alvarado [6],dentro de las determinantes individuales y contextuales de acuerdo al modelo de Andersen se describen tres factores para el uso de los servicios de salud, factores predisponentes determinados por las características demográficas como edad y sexo; factores sociales que incluyen la educación, ocupación, relaciones socialesy los factores mentales como creencias propias en cuanto a salud; los factores capacitantes o habilitantes donde aparecen los financieros y organizacionales, ingresos propios , la economía personal, existencia de una fuente regular de atención de salud, el transporte, tiempo de viaje, tiempo de espera para recibir la atención, y los recursos disponibles destinados a los servicios y los factores de necesidad a nivel individual que tiene en cuenta la necesidad de servicios de salud percibida (como una persona ve y percibe su salud general, estado funcional o síntomas patológicos) y la necesidad de servicios de salud evaluada (punto de vista profesional, evaluación objetiva del estado de salud y la necesidad de tratamiento).

A nivel contextual, se hace la distinción entre características de necesidad ambiental (como elementos ocupacionales, tráfico, inseguridad ciudadana y tasa de mortalidad) e índices de salud poblacional representados por medición de salud comunitaria, que incluyen indicadores epidemiológicos de mortalidad, morbilidad y discapacidad.[6]

De la misma forma al abordar las barreras que limitan la utilización de los servicios de salud [47-49,53 ,54] se manifiestan las siguientes regularidades:

- Barreras personales: falta de conocimiento o incapacidad de los individuos para reconocer sus necesidades de servicios de salud, nivel educacional asociada al uso de los servicios de salud.
- Barreras económicas: costos extra en los servicios públicos de salud.
- Barreras geográficas: imposibilidad de acercarse a los servicios de salud debido a la geografía, tiempo de llegada, las vías y medios para el acceso.
- Barreras organizacionales o administrativas: sobresaturación o utilización ineficiente de los recursos, organización y planificación de acciones de salud, tiempo de espera, calidad y satisfacción con el servicio recibido.
- Barreras sociales y culturales: trabas en el conocimiento de algunas poblaciones que, basándose en costumbres o prácticas culturales determinadas, ven limitados su acceso a los servicios sanitario.

A criterio de la autora la utilización de los servicios estomatológicos está asociada además de estos factores, a la autopercepción de los adultos mayores sobre su salud bucal, pues a pesar de constituir un indicador de naturaleza subjetiva, resulta válido para determinar su estado de salud, identificar necesidades de apoyo, estados de dependencia, situación financiera y constituye un factor clave para planificar y mejorar la atención en adultos mayores.

I.4. Empoderamiento e Intersectorialidad

I.4.1 Empoderamiento

El término empoderamiento es multidimensional, y desde el ámbito científico es de interés para los investigadores, comprende aspectos políticos, sociales, laborales, psicológicos, entre otros, surgió en la década de los sesenta, y en la actualidad forma parte de las agendas gubernamentales como los objetivos de desarrollo sostenible. Ha cobrado gran importancia en los últimos años en las ciencias

humanas y sociales, como forma de poder que involucra al ser humano y la sociedad, relacionándolos entre sí, con el fin de buscar a través de su participación que se desarrollen tanto de forma personal como social.[55]

En este orden, el análisis de la literatura científica consultada [56,57] permitió identificar las consideraciones de la OMS acerca de empoderamiento como un proceso social, cultural, psicológico y político mediante el cual las personas y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones, llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades.

A juicio de la autora, el empoderamiento, se convierte en eje del concepto de promoción de salud, al mejorar la capacidad de las personas, las organizaciones y comunidades para ejercer influencia en las determinantes de la salud, aceptar la participación en la toma de decisiones, gestión y evaluación. Es importante contar con herramientas y conocimientos esenciales que ayuden a provocar cambios no solo a nivel personal, sino también a nivel comunitario y social, se tiene un mejor control si la persona se involucra, se compromete, se activa, participa, en fin, se empodera.[58]

De este modo, el análisis realizado por la autora acerca del concepto de empoderamiento, permite destacar las siguientes ideas:

- Proceso clave para el desarrollo comunitario, las personas y comunidades se convierten en protagonistas de su propio cambio, dotándolas de control y dominio sobre su realidad, haciéndolas responsables de las acciones en las que se involucran y por las que están afectadas. Fomenta la autodeterminación y la participación. [59]

- Sentido de control sobre los determinantes de la calidad de vida, hace énfasis en que la salud es uno de esos determinantes, así que las decisiones que tome el individuo empoderado en torno a dicho aspecto corresponderán a valores que para el sujeto son importantes [55]
- Proceso en el cual el individuo hace elecciones de vida, accede a los recursos de su entorno, donde interactúa de manera individual y colectiva, en contextos donde había estado negado, asume más control y poder, genera bienestar a sus condiciones de vida, y desarrolla sus capacidades individuales y colectivas. [60]

I.4.2 Empoderamiento en salud

Al abordar el empoderamiento en salud se hace necesario tener en consideración su esencia, como refiere Rodríguez Ramírez [55], postulado que la autora considera pertinente y aceptable, como "habilidades que permiten al sujeto hacerse responsable de la toma de decisiones para el control diario de sus situaciones de salud y tiene como fin aumentar con ello la percepción de la persona sobre la capacidad de mejorar y mantener su salud, además de desarrollar conocimientos, habilidades y motivación para ejercer el control de su propia situación de salud".

Por otro lado, el análisis del empoderamiento en salud, ha sido realizado a partir de diferentes dimensiones, ejemplo de ello son los trabajos de Carnota Lauzán [61] resumiéndolo en: empoderamiento del personal, empoderamiento de pacientes y empoderamiento comunitario. Loiti Rodríguez y cols. [62] asume como dimensiones del empoderamiento el individual, colectivo y social, dimensiones asumidas para la ejecución de la investigación.

En lo que respecta al estudio acerca del empoderamiento en salud, la investigación de Loiti Rodríguez y cols.[62] sintetiza los estudios en tres dimensiones, los

relacionados con enfermedades o estados de salud, la implicación de los pacientes y familiares, el contexto socio cultural y las situaciones de marginalidad.

La autora de esta investigación pudo precisar después de haber realizado la sistematización de la bibliografía consultada, que los estudios acerca del empoderamiento en salud [55,63-68] han sido realizados desde diversas aristas.

- Empoderamiento del paciente con insuficiencia cardiaca crónica.
- Empoderamiento y cuidado en pacientes con Diabetes *Mellitus* tipo II.
- Empoderamiento de la mujer enferma de cáncer.
- Factores asociados al paciente empoderado en el tema de coronavirus.
- Empoderamiento y adherencia terapéutica en el adulto mayor.
- Empoderamiento y su relación con la promoción y producción de salud.

El empoderamiento en salud para adultos mayores, es un proceso crucial que promueve el bienestar hábitos saludables y la participación social. Implica fortalecer capacidades, confianza y autonomía, permitiéndoles tomar decisiones sobre su salud, fomenta la integración social, la participación activa en la comunidad y contribuye a un envejecimiento sostenible y saludable.[68]

I.4.3. Intersectorialidad

El enfoque de intersectorialidad para aportar solución, incluso a los más complejos problemas de salud ratifica que múltiples sectores en acción conjunta pueden servir de soporte a la promoción y educación para salud.

La salud es considerada como un producto social, por lo que se requiere una respuesta organizada que permita lograr sinergia gracias a la integralidad de las acciones e intervenciones, dirigidas al bienestar de la población. La intersectorialidad es uno de los pilares desde los que se sostiene. [69]

En el campo de la salud, en la región de las Américas, el concepto de intersectorialidad, tiene sus bases en la Declaración Salud para Todos de Alma-Ata de 1978. El documento enfatiza en la estrategia de atención primaria y la búsqueda de equidad en salud, destaca que entraña "la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad relacionados con del desarrollo nacional y comunitario"[70] lo que, a juicio de la autora de esta investigación, lo hace un tema de suma importancia a trabajar no solo por el sector salud sino también por los diversos sectores de la sociedad, la economía y gobierno.

La revisión y análisis de la literatura científica permitió conocer de los estudios realizados por diversos investigadores[30,70-74] acerca del tema y su importancia para el sector salud, así también identificar su consideración como herramienta para preservar y generar salud en la población, alcanzar metas superiores en salud pública y mejorar la calidad de la práctica. En el caso de Cuba, se destaca la existencia de un sistema nacional de salud único que cuenta con la voluntad política para convertir en realidad logros en el sector, con la presencia de recursos humanos motivados, la inversión tecnológica y una sociedad organizada que constituyen un escenario proclive a su materialización.

Castell-Florit Serrate y cols.[75,76] definen la intersectorialidad como "intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas total o parcial, a tratar los problemas vinculados con la salud, bienestar y calidad de vida", concepto que más tarde precisa como "herramienta gerencial con que de forma científica organizada, da la posibilidad de lograr que los diferentes sectores involucrados de forma directa o indirecta en la producción de salud,

trabajen de conjunto para una dirección consensuada acerca de lo que mejor se puede hacer, como hacerlo y verificar qué se hace".

Sánchez Frenes y cols.[77] abordan el tema de la intersectorialidad como tecnología, y sustenta que se basa en la aplicación del conocimiento científico a la solución de problemas prácticos a través de una cultura que provee métodos y medios para interactuar con el entorno social y físico, para así mejorar las condiciones de vida. Puede ser enmarcada dentro de los principios básicos conceptuales de una tecnología apropiada, forma parte de políticas y estrategias para el desarrollo sostenible de la salud a nivel nacional o internacional. Por lo que ofrece posibilidades para la formación de recursos humanos con valores éticos, y compromiso con una práctica profesional científica en función de la salud y el bienestar de la sociedad, e influye en su disposición y utilización ante las demandas situacionales de salud y bienestar en su contexto.[78]

La necesidad de realizar las tareas de la salud pública con un enfoque interdisciplinario e intersectorial es innegable, pues esta última proporciona la plataforma para el desarrollo de la acción integral por la salud y el bienestar en cualquier país o escenario, aunque difieran en el grado de desarrollo socioeconómico y humano, la historia, cultura, el ambiente natural, la estructura social, la organización, las funciones del gobierno y de cada sector en particular.[79]

La autora comparte los criterios de Castell-Florit Serrate y cols.[80] en cuanto a la necesidad de que directivos y líderes de los sectores de la sociedad (administración pública, sociedad civil y sectores no estatales) estén empoderados, lo cual significa mayor confianza, motivación, determinación, pertinencia, satisfacción y creatividad en sus decisiones y tareas, así como disposición a compartir recursos e

información, al trabajo en equipo y a la resolución de problemas lo que sin duda son determinantes para una gestión de salud pública eficaz.

A partir de lo anterior se hace favorable realizar acciones según área de responsabilidad, interrelacionadas en respuesta a objetivos definidos de forma colectiva y que se comparta el liderazgo, lo que promueve la participación de los trabajadores de cada sector.

I.4.4. Empoderamiento intersectorial

En Cuba los estudios realizados por Castell-Florit Serrate y cols.[80] acerca de la conceptualización del empoderamiento intersectorial, son destacados, la autora se adscribe al formulado por ellos como el "desarrollo de la capacidad para la acción social, resolver problemas, tomar decisiones, buscar recursos materiales, cognitivos e instrumentales de manera activa. Coadyuva además a que los individuos, las instituciones y las comunidades se responsabilicen y actúen en los problemas de su entorno con autodeterminación y sentido de autoeficacia".

El autor citado refiere que, aunque "la intersectorialidad posibilita la integración de las acciones de diversos sectores de la sociedad, esto no siempre se logra, por debilidades que afectan su efectividad y sostenibilidad, y que aparecen en su ejecución por situaciones, estructurales, organizativas, de control" que conduce a la aparición de problemas en el logro de la integración consciente y proactiva de sectores, compartir información, recursos, responsabilidad, acciones y financiamiento. En muchos casos hasta el presente primó la participación intersectorial inducida por situaciones de urgencia, lo que limita sus posibilidades.[10]

Estos obstáculos pueden superarse, a juicio de la autora y de los investigadores antes citados, si los directivos de los sectores de la sociedad, los líderes comunitarios perciben que poseen capacidad para interrelacionarse, ser efectivos

en su desempeño, motivar y movilizar a los trabajadores de sus sectores respectivos a involucrarse en la producción social de salud y la mejora sostenible en los ambientes y estilos de vida. Esto significa un reforzamiento de su empoderamiento psicológico, que le permitirá eliminar conflictos, resistencias, estrés y desarrollar un estado motivacional que pueda ser beneficioso.[81,82]

La Escuela Nacional de Salud Pública, de Cuba, ha realizado un arduo trabajo en el estudio de la intersectorialidad a través de un grupo de investigación del empoderamiento intersectorial por la salud en directivos y líderes del nivel local, y formulan importantes consideraciones teóricas acerca del tema. Concluye que el empoderamiento intersectorial por la salud pública debe ser entendido como la "gestión intersectorial consciente, coordinada y comprometida del directivo, o líder comunitario, cuya meta es la promoción, prevención y solución de problemas relacionados con la salud pública, a través de la interpretación del contexto, el autocontrol y la integración intersectorial".[10]

Promover el empoderamiento intersectorial de directivos pertenecientes a organizaciones e instituciones de sectores estatales y no estatales, con la inclusión de los líderes locales de las comunidades, es primordial para recabar alianzas y actuación por el mayor bien social que es la salud poblacional.

En el tratamiento del tema del envejecimiento saludable se destaca el Proyecto «Programa Integral de Envejecimiento Saludable en el Municipio Plaza (PIES-PLAZA)» dirigido a un empoderamiento intersectorial entre los diferentes actores sociales de la comunidad, a un envejecimiento saludable y activo impulsado por la Sociedad Cubana de Gerontología y Geriatría, el Gobierno Municipal de Plaza, el Ministerio de Salud Pública y la Unión Europea, PIES-PLAZA. [83]

La autora de la presente investigación tiene en consideración los fundamentos teóricos revisados, y conceptualiza el empoderamiento intersectorial, relacionado con la utilización de los servicios estomatológicos por adultos mayores, como proceso intersectorial sistemático dirigido a que los diferentes sectores comunitarios asuman su responsabilidad con relación a la satisfacción de las necesidades de utilización de los servicios estomatológicos por los adultos mayores mediante el fortalecimiento de sus capacidades cognitivas, perceptivas, actitudes y experiencia práctica que le permitan la actuación en su comunidad.

I.5. Diseño y validación de instrumentos

Un paso fundamental al realizar una investigación científica (cualitativa, cuantitativa o mixta) es la recolección de datos válidos y confiables a través de un instrumento; este debe ser seleccionado de forma apropiada según las necesidades y el objetivo del estudio. Su diseño depende además de los recursos financieros para su construcción y prueba, acceso a la información, edad y educación de los pacientes quienes serán objeto de medición, y el nivel de precisión de la medida que se pretende obtener. El conjunto de estos factores determinará la extensión del instrumento.[84]

Las características deseables en un instrumento son: fácil aplicación, formato, breve, claro, fácil interpretación de resultados, puntuación, registro y codificación.[85] Todo instrumento antes de ser utilizado en el ámbito de la investigación debe estar calibrado para producir resultados con el menor error posible. El uso de estas estrategias se ha vuelto más intenso en las últimas décadas, y motiva las buenas prácticas para la obtención del instrumento adecuado. Dentro de las principales características psicométricas de un instrumento de medición tenemos la validez, confiabilidad, sensibilidad y factibilidad.[86]

Cuando se alude al instrumento y su definición, la autora de esta investigación coincide con lo formulado por Capote Femenías [87] que se refiere a: “conjunto de preguntas o ítems contenidos en un cuestionario junto a las instrucciones a quienes responden, el procedimiento de administración o aplicación, forma de obtener el puntaje y la interpretación de los resultados. Al analizar los resultados de su aplicación, se traduce en un escalamiento acumulativo de sus ítems, al otorgar puntuaciones globales al final de la evaluación”.

Diversos autores [85, 88-90] coinciden en señalar que cuando se intenta medir objetos de estudio de carácter inmaterial, se pueden encontrar diversas situaciones que pueden ser: la inexistencia de algún instrumento anterior para medir esto o todo lo anterior es inaceptable, por lo que se necesita crear una medida nueva; existe una operacionalización anterior, pero es insuficiente o inaplicable en la forma original, lo que conlleva a que puede crearse una medida nueva , por lo que se hacen modificaciones a la anterior o también existe una o varias anteriores, pero se aspira a hacer un equivalente más simple , más económico, lo que puede conducir a la creación de una, que conlleve a que se hagan modificaciones a la anterior y se asimile alguna existente, aunque quizás deba traducirse del idioma original. En este caso debe hacerse una traducción y transformación transcultural y validarse en el medio en que se quiere aplicar.

La autora de la investigación a partir de la propuesta de Cruz Avelar y cols.[85], Capote Femenías [87] y Jiménez Quintana [89] en cuanto a los pasos básicos a considerar para la creación de un instrumento asume los siguientes:

- Obtención de la información, lo cual puede ser a partir de la revisión de la literatura, opinión de los directivos de los servicios de Estomatología y de los especialistas en el tema o de ambas formas.

- Definición de la estructura, que incluye la forma en que se agrupan los ítems, definición de dimensiones y categorías.
- Selección de los ítems o preguntas definitivas, de acuerdo con su agrupación o no y de acuerdo con su aceptabilidad.

En el proceso de realizar una investigación científica, la medición de las variables requiere de instrumentos válidos y confiables entre ellos el cuestionario, es considerado uno de los instrumentos más utilizados para la recolección de datos. Consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir, congruentes con el planteamiento del problema o hipótesis, representan un medio útil y eficaz para obtener información de los consultados en un tiempo breve, por lo que resultan vitales para recabar datos de grupos numerosos. [90]

La autora se suma a las propuestas de Nápoles Fernández y cols. [90] acerca de los requisitos que deben reunir las preguntas del cuestionario:

- Redactadas de forma coherente, organizada, secuenciada y estructurada.
- Ser objetivas, claras, precisas y comprensibles para los sujetos encuestados, para evitar términos confusos, ambiguos, de doble sentido o con múltiples significados.
- No pueden hacer suposiciones acerca de los encuestados, ni ser percibidas como amenazas.
- No deberán inducir una respuesta o inclinar hacia la misma, así como no es aconsejable que abarquen varios temas en una misma interrogante.

Una vez construido o modificado un instrumento debe ser sometido al proceso de validación, el cual es dinámico y continuo. Corral Franco [91] retoma lo considerado por Ruiz Bolívar al destacar tres tipos de validez: de contenido, de constructo y predictiva. La American Psichological Association (APA) describe cuatro tipos de

validez: de contenido, predictiva, concurrente y de constructo [92]. Otros autores la clasifican de apariencia, contenido, criterio y de constructo. [89]

Rodríguez Soto [93] comparte el criterio de otros autores que, una vez creado, modificado o adaptado, cualquier instrumento debe ser validado, a través de:

- Comportamiento en un grupo de observaciones: estudios piloto, estudios de validación.
- Evaluación de sus atributos o propiedades, sobre todo, adecuabilidad, fiabilidad, validez.
- Validación transcultural, en caso que se desee utilizar en otra regiones o países con diferencias culturales importantes.

Esta investigación utiliza criterios ya establecidos para evaluar la validez de contenido de instrumentos relacionados con la autopercepción de salud bucal y empoderamiento intersectorial para la utilización de los servicios por adultos mayores mediante criterio de expertos.

La validez es el grado con que un instrumento mide lo que se propone. Las evidencias para la validez, se clasifican en tres tipos: de contenido, de constructo y de criterio. La validez de contenido se refiere a la pertinencia de las dimensiones del instrumento en relación con lo que se pretende medir. Los métodos incluyen paneles de expertos para evaluar la claridad, nivel de detalle y redundancia de los ítems y escalas del instrumento.[89]

La confiabilidad o fiabilidad corresponde a la exactitud y precisión de las técnicas, instrumentos y procedimientos empleados en la recogida de los mismos, su consistencia y su reproductividad o replicación. La utilidad práctica se relaciona con la conveniencia del uso de un determinado instrumento, si es preciso o no, adecuación, aceptación, entre otros aspectos a considerar.[90-94]

Existen varias formas de hallar la consistencia interna, pero al final la mayoría son variantes del alfa de Cronbach. La popularidad del uso del coeficiente alfa de Cronbach descrita por Lee J Cronbach en 1951, estriba en que permite evaluar la magnitud en que los ítems de un instrumento estén correlacionados y la practicidad de su uso radica en que requiere una sola administración de la prueba. Además, tiene la ventaja de corresponder a la medida de todos los posibles resultados de la comparación que se hace en el proceso de dividir en mitades una escala y es más fidedigno cuando se calcula a una escala de 20 ítems o menos.[95]

Conclusiones del capítulo I

El análisis de los referentes teóricos, acerca de las definiciones de envejecimiento y vejez emitidas por diferentes autores, permite reconocer el papel del envejecimiento poblacional en Cuba y las propuestas de organizaciones internacionales en torno a la repercusión de este proceso en políticas sociales, y servicios de atención de salud a este grupo poblacional, el efecto bidireccional entre la salud general y bucal, acceso a los servicios de salud y barreras que pueden afectarlo.

El empoderamiento, la intersectorialidad, se identifican como tecnologías gerenciales necesarias para realizar tareas de salud pública vinculadas con la atención al adulto mayor. Se presenta la definición de empoderamiento intersectorial relacionado con la utilización de los servicios estomatológicos sin precedentes en estomatología, aportada por la autora, además los referentes teórico–metodológicos sobre diseño y validación de instrumentos, que fundamentan la investigación.

CAPÍTULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

La presente investigación, asumió el método dialéctico-materialista como base del diseño metodológico y abordó la solución del problema científico, sigue una metodología mixta con diseño secuencial en las diferentes etapas que incluyó tipo de estudio, variables, técnicas y procedimientos y consideraciones éticas.

II.1. Clasificación de la investigación

La investigación clasifica como estudio de desarrollo e innovación tecnológica, mixta, su producto es la confección y validación de dos instrumentos de medición de autopercepción de salud bucal y empoderamiento intersectorial para la utilización de los servicios de salud bucal por adultos mayores.

Se realizó en la Facultad de Estomatología de La Habana y áreas de salud que brindan atención a pacientes del Consejo Popular Príncipe del municipio Plaza de la Revolución, provincia La Habana en el período comprendido del 2019 - 2024. Motivado por ser uno de los de mayor tasa de envejecimiento dentro del municipio seleccionado, por factibilidad, y por investigaciones previas realizadas por la autora que evidenciaron dificultades en el aspecto a investigar.

Los adultos mayores del Consejo Popular Príncipe reciben atención en 2 áreas de salud:

- Policlínico Docente Dr. Cosme Ordóñez Carceller.
- Policlínico Docente Dr. Héctor Terry Molinet.

La atención estomatológica la reciben en:

- Clínica Estomatológica Dr. René Otaso Casimajou.
- Facultad de Estomatología de La Habana.

II.2 Métodos de investigación

- **Métodos del nivel teórico**

Análisis documental o de literatura: se desarrolló una búsqueda de artículos originales y de revisión publicados entre 2004 y 2025 con los siguientes criterios de inclusión, artículos científicos publicados en fuentes nacionales e internacionales, a texto completo en español e inglés, cuyo contenido era concerniente al tema de la investigación. Se utilizó el motor de búsqueda Google Académico por ser esta selección del ámbito nacional e internacional la de mayor alcance en las ciencias biomédicas, en bases de datos SciELO, Medline. Una vez seleccionados los artículos se realizó una lectura de su contenido completo para realizar la síntesis de los datos necesarios para el estudio. La información obtenida fue el sustento del marco teórico que permitió conocer la situación de la temática de la investigación y de discusión de los resultados obtenidos.

Análisis - síntesis: permitió la búsqueda de relaciones entre los componentes teóricos de la literatura revisada y el análisis e interpretación de los resultados, lo cual permitió la realización de generalizaciones y derivar conclusiones. Se empleó durante toda la investigación para elaborar las propuestas.

Histórico - lógico: posibilitó el estudio del problema de investigación en el tiempo a partir de las leyes que rigen su desarrollo comportamiento lógico, trayectoria en el contexto nacional e internacional y la actitud de la comunidad científica en relación al tema en diferentes momentos históricos concretos.

Inducción - deducción: facilitó el logro de las generalizaciones necesarias para descubrir las regularidades con respecto al empoderamiento intersectorial. **Sistematización**: proporcionó la reconstrucción y reflexión analítica de los resultados de estudios relacionados con el acceso a los servicios, empoderamiento,

intersectorialidad, empoderamiento intersectorial y su relación con la salud bucal en el adulto mayor, así como estrategias de diseño y validación de instrumentos, lo cual permitió la organización de los conocimientos y sus interrelaciones al integrar aspectos teóricos a partir del comportamiento de la práctica.

Sistémico estructural funcional: permitió establecer y analizar los nexos entre los actores de los distintos sectores de la sociedad responsables de garantizar la salud bucal de los adultos mayores, así como establecer y analizar los componentes, etapas y momentos de la metodología propuesta para el diseño metodológico del instrumento.

- **Métodos y técnicas de nivel empírico utilizadas**

Observación clínica: técnica de obtención de información para identificar las enfermedades bucales; caries dental, enfermedad periodontal, disfunción masticatoria, factores de riesgo y necesidades de atención, en los adultos mayores.

Entrevista no estructurada: técnica utilizada para identificar aspectos de interés para la investigación a diferentes sectores de la población que incluyeron adultos mayores, cuidadores, dirigentes a nivel local, personal de salud a través de preguntas abiertas, en lugar de seguir un cuestionario estructurado.

Grupo de discusión: se utilizó para la recolección de datos a través de la interacción grupal, constituido por pequeño número de personas seleccionados cuidadosamente, para el debate del tema determinado, con el fin de brindar información a partir de la interacción de sus miembros.

Criterio de expertos a través del Método Delphi: metodología estructurada que se utilizó para recolectar juicios de expertos, procesar la información y a través de recursos estadísticos, construir un acuerdo general de grupo. Permitió la transformación durante la investigación de las apreciaciones individuales de los

expertos en un juicio colectivo. Se empleó para la validación de los instrumentos propuestos.

II.3. Etapas de la investigación

La investigación se estructuró en cuatro etapas secuenciales, cada una con objetivos y actividades específicas que garantizaron la rigurosidad metodológica.

II.3.1 Etapa I

Para cumplir el primer objetivo, se desarrollaron las siguientes acciones**:**

- Revisión bibliográfica para identificar instrumentos que evalúen la autopercepción en salud bucal de adultos mayores.
- Entrevista no estructurada y grupos de discusión para el diseño del instrumento por la investigadora.
- Validación de contenido por criterio de expertos y prueba piloto.

Revisión bibliográfica

Estuvo dirigida a la búsqueda de investigaciones que evaluaran la autopercepción de la salud bucal y utilización de los servicios estomatológicos por adultos mayores del ámbito nacional e internacional. Dentro de los criterios para su selección se tuvo en cuenta su relevancia, calidad científica, criterios de inclusión y exclusión claros y actualidad. Los límites de la búsqueda para los artículos científicos y académicos fueron: publicaciones a texto completo, en idioma español e inglés, de los últimos 20 años, se emplearon las palabras clave en idioma español: “instrumento”, “cuestionario”, “herramienta” “adulto mayor”, “autopercepción”, “salud bucal”, “utilización de los servicios estomatológicos”. La información obtenida fundamentó el desarrollo del marco teórico y referencial de la investigación.

La consulta se realizó mediante el acceso a las siguientes bases de datos:

- SciELO: recurso electrónico que incluye una colección seleccionada de revistas científicas de América Latina, en todas las áreas del conocimiento.
- Medline: biblioteca electrónica en línea de búsqueda de literatura en ciencias biomédicas y biológicas.
- PubMed: sistema de búsqueda de información de ciencias de la salud.
- Biblioteca Virtual en Salud (BVS): disponible en la red de Infomed. Se revisó el repositorio de tesis doctorales y la colección de Revistas Médicas Cubanas.
- Sitios de organismos y organizaciones como Organización Mundial de Salud y Organización Panamericana de Salud.

En los artículos para su análisis se tuvo en cuenta los siguientes criterios: el nivel de correspondencia con la temática de la investigación, los instrumentos o forma específica en que evalúan el acceso a los servicios , las barreras o limitaciones para la utilización de los servicios estomatológicos , tipos de validez utilizadas y criterios establecidos para su selección .Fueron excluidos los que luego de realizar la lectura del título y el resumen, no se identificaba claramente algún criterio de selección, solo aparecen resúmenes, artículos duplicados.

Se realizó la lectura minuciosa de los artículos seleccionados a texto completo, se aplicó el método de análisis de contenido y fueron clasificados según, autores nacionales e internacionales. Se consideró tiempo de publicación, metodología, diseño y validación, especialidad e instrumento utilizado para la evaluación.

El procesamiento de la información se realizó mediante la síntesis de fuentes relevantes, organizadas cronológicamente para tener una visión general del tema, y utilizarlas para fundamentar el conocimiento existente.

Entrevista no estructurada

Muestra

Se seleccionaron seis adultos mayores, de ellos el 60,0 % pertenecen al grupo de adultos jóvenes (60 - 74 años), el 40,0 % al grupo de (75 - 89 años) y seis cuidadores del Consejo Popular Príncipe, que cumplieron con los criterios de selección escogidos por muestreo no probabilístico a conveniencia [96], elegidos por la autora basándose en su accesibilidad y proximidad con la investigación, tiene en consideración su aprobación de participar en el estudio y residir en el área por más de tres años, vinculados en actividades comunitarias. A todos les fue explicado el propósito del estudio y la información necesaria, para asegurar mejores respuestas, al aclarar preguntas o dudas. Se mantuvo un diálogo flexible, susceptible de intercambios con el entrevistado, de reorientarse en el transcurso de la misma, y se solicitó el consentimiento informado de los entrevistados. (Anexo 1)

La entrevista clasifica como individual y no estructurada, porque el entrevistador dirigió el intercambio con cada entrevistado de manera espontánea y profunda adaptándose a sus respuestas, se realizan en ambiente relajado lo que facilita la apertura del interrogado, se tiene en consideración el tipo de población a la que va dirigida, y puede relevar información valiosa no considerada previamente. Se aseguraron las condiciones de privacidad durante las entrevistas.

Se utilizó la grabación para capturar las palabras y matices del diálogo, lo que permitió clasificar los datos por temas comunes y agrupar las ideas similares que busca patrones o afinidades entre ellas para su posterior revisión, transcripción y procesamiento de la información. Esto permitió identificar los problemas o necesidades más urgentes, con mayor impacto, y facilitar su interpretación. Se organizan los discursos en tres categorías y subcategorías: percepción

(importancia y relación con enfermedades sistémicas), frecuencia (anual, semestral y por molestias o dolor), barreras (económicas, geográficas y administrativas), los cuales se agrupan de forma global y partir del criterio de análisis se procesa la información para obtener las principales dificultades percibidas por esta población, válidas para la confección del instrumento.

Técnicas de procesamiento y análisis

El análisis cualitativo de la información se realizó mediante un proceso de reflexión y síntesis de las transcripciones realizadas.

Grupo de discusión

A partir de la recolección de los referentes teóricos constatados en la revisión de la literatura consultada y la información de la entrevista no estructurada, se construyó por la autora un instrumento preliminar (Anexo 2) para evaluar la autopercepción de la salud bucal y limitaciones en la utilización de los servicios estomatológicos por adultos mayores, presentada a un grupo de discusión [97] constituido por especialistas de EGI para obtener sus criterios y realizar reajustes.

De 20 especialistas convocados, se seleccionaron nueve para lo cual se tuvo en consideración la aprobación para participar en el estudio, profesionales con categoría científica Doctores en Ciencias o Máster Ciencias, tener más de 10 años de experiencia profesional y categoría docente principal Auxiliar o Titular.

Los especialistas seleccionados fueron citados previamente, comunicándoles el objetivo de la reunión, así como el lugar y la hora de su realización, se mantuvo el dialogo e interactividad entre los miembros del grupo. Fue dejado claro la confidencialidad de lo discutido y su uso solo para fines de la investigación en curso.

Etapas de implementación: registro, identificar los participantes, firmar el consentimiento informado. (Anexo 3). La autora de este trabajo fungió como

moderadora para asegurar la motivación durante la discusión a fin de que fluyera, unido a la creatividad y la opinión sin presiones ni barreras.

Apertura: presentación del grupo, selección del registrador, fueron construidas las reglas para el uso de la palabra y tiempos, se produjo la introducción al tema de reflexión por la moderadora.

Desarrollo: al inició de la actividad se ofrece información, basada en hallazgos de investigaciones previas realizadas por la autora sobre la utilización de los servicios estomatológicos por adultos mayores, aspectos revisados en la literatura consultada, opinión de los adultos mayores cuidadores, para presentar el instrumento elaborado por la autora el cual será sometido a su valoración.

Registro: se introducen algunas pausas para que el registrador revise las notas.

Cierre: generalizar las discusiones, evaluar la sesión, agradecer la participación.

Se llevaron a cabo dos sesiones de trabajo, en la primera se presentó el instrumento y de acuerdo a la experiencia práctica y evidencias de investigación de los participantes se emitieron recomendaciones y se propusieron ajustes. En la segunda sesión de trabajo, se presentó el instrumento preliminar con las modificaciones realizadas para la aprobación por parte del grupo.

Las transcripciones realizadas por el registrador sirvieron de base para el procesamiento de la información y confeccionar el instrumento.

Validación de contenido por juicio de expertos a través del método Delphi

Una vez elaborada la versión preliminar se sometió a juicio de expertos por el método Delphi [98] para la validación de contenido y realizar las modificaciones pertinentes.

Según Fernández González y cols.[99] el criterio (juicio o consulta de expertos) en las últimas décadas ha sido ampliamente utilizado en ciencias médicas y otras

disciplinas, para muchos investigadores. Considera el autor que puede constituir la regla de oro en la validación de una propuesta o componente de la investigación científica en el campo de las investigaciones cualitativas.

Selección de expertos: se elaboró un listado de 15 especialistas de estomatología que, por su dominio del tema,pueden ser considerados expertos, y no formaron parte del grupo de discusión.

El criterio para la selección de los mismos, previa solicitud de consentimiento informado (Anexo 4), fue a partir de los resultados del Coeficiente de Competencia (Anexo 5), se calculó mediante la fórmula: K= ½ (Kc + Ka) siendo (Kc) el coeficiente de conocimiento del especialista el que se toma sobre la base de la autoevaluación presentada en escala creciente del 1 al 10, calculado mediante una tabla donde se solicitó al especialista que marcara con una “X” entre el intervalo del 1 al 10, el nivel de conocimientos que poseía sobre el tema antes referido luego se multiplica por 0,1; el coeficiente de argumentación o fundamentación (Ka) de cada uno de los expertos según las fuentes de argumentación se calculó con respecto a una tabla patrón (Anexo 6) obteniéndose información acerca de su conocimiento sobre la temática, así como el nivel de argumentación o fundamentación de la obtención de los conocimientos.

Se consideró el coeficiente de competencia en cuanto a:

Si 0,8<K<1,0; el coeficiente de competencia es alto.

Si 0,5<K<0,8; el coeficiente de competencia es medio.

Si K < 0,5; el coeficiente de competencia es bajo.

Se tuvo en cuenta, además, que los expertos presentaran categoría científica de, Doctores en Ciencias o Máster en Ciencias, más de 10 años de experiencia

profesional y categoría docente principal Auxiliar o Titular, se excluyeron los autores de la investigación.

Con estos resultados se seleccionaron siete expertos para realizar a validación de contenido del instrumento, considerado por algunos estudios como mínimo aconsejable para disminución del error a partir del grado de competencia experta.

Decisión de la vía de consulta: se utilizó el correo electrónico, WhatsApp y consulta telefónica de forma individual.

Una vez seleccionados los expertos y determinada la vía de consulta, se utilizó el método Delphi, para dar a conocer los aspectos generales de la investigación, los criterios para la validación, del instrumento preliminar (Anexo 7); se solicitó el análisis de los ítems, de acuerdo con los criterios propuestos por Chaple Gil y cols.[100] evaluados según los siguientes indicadores:

- Claridad: los Ítems son comprensibles y bien redactados para registrar e interpretar la información.
- Coherencia: relación entre el ítem y el indicador que se mide.

En ambos indicadores fueron evaluados con respuesta única Si (si lo cumple), Poco (si lo cumple moderadamente), o Nada (si no lo cumple).

- Relevancia: la evaluación se realizó con base en la siguiente escala: Esencial: si aborda exhaustivamente y con precisión el contenido que enuncia el aspecto. Útil pero no esencial: no aborda, en esencia, el contenido que enuncia el aspecto. No importante: logra abordar solo parte del contenido que enuncia el aspecto.

Fase de consulta

- Realización de las rondas de consulta: se realizaron dos rondas para llegar al consenso entre los jueces.

- Retroalimentación: se le devuelve a cada experto el instrumento con su respuesta anterior, acompañado del análisis estadístico de la respuesta grupal.

Fase de consenso

- Construcción del consenso: se considera suficiente cuando el valor de la razón de validez (RVC)'≥ 0,5823, criterios considerados por los autores de este método.
- Reporte de los resultados: incluye la valoración de su veracidad, pertinencia y consistencia para aquellos que lo consultan.

Técnicas de procesamiento y análisis

La información recabada de los expertos fue objeto de procesamiento estadístico a través de una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2010, siete días después, fue realizado otro contacto por vía personal, correo electrónico, WhatsApp, o consulta telefónica, para determinar si existió variación en las respuestas de la evaluación de cada ítem y de forma global el instrumento, las cuales no tuvieron modificación. A partir de estas consideraciones se calculó el número de coincidencia para todas las respuestas de si lo cumple y esencial que emplea la razón de validez (RVC') según el modelo de Lawshe modificado por Tristán referido por Rodríguez Soto y cols.[101] el cual proporciona la concordancia, para cada uno de los criterios con que fueron analizados.

RVC' = ne/N

Donde:

- ne = número de expertos que concordaron en la categoría esencial.
- N = número total de expertos consultados.
- RVC'≥ 0,5823 = suficiente y RVC' < 0,5823 = insuficiente.

- Con los valores de RVC' se determinó el índice de validez de contenido (IVC) global a partir de la sumatoria de todos los CVR individuales entre el total de ítems.

Una vez concluida la consulta a expertos se obtuvo un instrumento, que se utilizó para realizar una prueba piloto[102], en área de salud Puentes Grandes a 50 adultos mayores el municipio Plaza de la Revolución, con características similares a la población que se propone estudiar, con el objetivo de evaluar la claridad, validez, identificar errores, comprobar si las preguntas son claras, el lenguaje es adecuado para esta población.

La prueba piloto, permitió determinar además la consistencia interna del instrumento, para lo cual se utilizó el método estadístico de correlación alfa de Cronbach, el cual considera como valor mínimo el de 0.70 y se prefieren valores entre 0.80 y 0.90, para determinar el grado de correlación entre los ítems que forman parte del dominio medido.[95]

II.3.2 Etapa II

Aplicación del instrumento para determinar la autopercepción de los adultos mayores acerca de la salud bucal, y limitaciones en la utilización de los servicios estomatológicos, además se pudo precisar, las necesidades de atención.

Universo y muestra

El universo estuvo constituido por 6512 adultos mayores, de las áreas de salud pertenecientes al Consejo Príncipe, y a través de muestreo estratificado, la muestra quedó integrada por 774 adultos mayores, determinado mediante el uso del paquete estadístico EPIDAT versión 3.2 con un efecto de diseño de 1.2 y proporción esperada de 40 %.

Criterios de selección: pacientes de 60 y más años, de ambos sexos, pertenecientes al área de salud, que no presentaron incapacidad mental para realizar los procedimientos prescritos en la investigación y que accedieron de forma voluntaria a colaborar con la misma.

Criterios de salida: pacientes que no dieron su consentimiento a participar, aquellos cuyos familiares o cuidadores no autorizaron su participación y los que en el transcurso del mismo decidieron no continuar.

Operacionalización de variables

Sociodemográficos

Edad: en años cumplidos al momento del estudio según criterios de la OMS de la clasificación de las edades en el adulto mayor. (60 – 74años); (75 – 90 años); (91años y más)

Sexo: escala nominal: femenino y masculino. Según sexo biológico**.**

Nivel educacional: se consideró el último grado de enseñanza terminada por el adulto mayor (educación básica; educación media; educación superior).

Estado civil actual: según refiere el entrevistado (casado; acompañado; divorciado; separado; viudo; soltero).

Ingresos económicos de los que depende: según refiere el entrevistado (ingreso salarial; ingresos por jubilación; seguridad social; aporte de la familia; no ingresos personales).

Dificultades funcionales personales para realizar actividades sociales

Problemas para: realizar actividades cotidianas solos, recordar cosas importantes, salir solos a actividades sociales y(o) recreativas; asistir solos a consulta estomatológica (Según refiere el entrevistado)

Apoyos con que cuenta: según refieren el entrevistado (familiares; vecinos; amigos; apoyo de las instituciones de la comunidad; cuidadores)

Autopercepción del estado de salud bucal

Percepción de su salud bucal: según refiere el entrevistado (muy bueno; bueno; regular; muy malo; malo).

Prioridad le concede a la salud bucal: según refiere el entrevistado (muy alta; alta; moderada; baja; muy baja).

Conocimientos de salud bucal: según refiere el entrevistado (muy alta; alta; moderada; baja; muy baja).

Disposición a realizar algún cambio en sus hábitos de vida para mejorar su salud bucal: según refiere el entrevistado (sí; no; pudiera ser; ya no se puede mejorar).

Utilización de los servicios

Frecuencia con que asiste a la consulta de Estomatología: según refiere el entrevistado, [solo cuando lo necesita (por molestias o urgencias); semestral; anual; otro periodo].

Factores que considera pudieran limitar su asistencia a los servicios estomatológicos según refiere el entrevistado : distancia de los servicios (según vías de comunicación existentes y transportes disponibles); capacidad para asumir los costos con relación a la atención estomatológica (compra de cepillos dentales, pasta dental, medicamentos antibióticos, analgésicos, costos de desplazamiento a la clínica); presencia de barreras arquitectónicas; dificultades para movilizarse; tiempo de espera para recibir atención; tiempo de duración de la atención; demora entre una consulta y otra; dificultad con disponibilidad de medicamentos y otros recursos; trato recibido; otros; ninguno.

Necesidades de atención de los adultos mayores

A los adultos mayores participantes del estudio de autopercepción además se les determinaron las necesidades de atención basado en los factores de riesgo locales y problemas de salud bucal que presentaban**.**

Problemas de salud general que padece: según refiera el entrevistado y diagnosticado por el médico de familia o especialista.

Hipertensión Arterial (HTA); Diabetes Mellitus; Cardiopatías; Osteoporosis; VIH/sida; Otros; Ninguno.

Factores de riesgo generales presentes: según refiera el entrevistado: hábito de fumar, ingestión de alcohol, frecuente ingestión de azúcar, frecuente ingestión de alimentos que requieren poca masticación (muy cocinadas o blandas), ingestión de alimentos muy calientes o picantes, ausencia o infrecuente consumo de frutas y vegetales, frecuente exposición al sol sin protección. (Si; No).

Factores de riesgo locales presentes: se detecta a través del examen clínico profesional para constatar la presencia de biopelícula dental bacteriana; cálculo dental; prótesis desajustada; dientes filosos; sepsis bucal; traumatismos mucosos; interferencias oclusales; bruxismo; otros). (Si; No).

Problemas de salud bucal presentes: se detecta a través del examen clínico profesional para identificar , la presencia de caries dental (cavitadas no tratadas), obturaciones defectuosas (fracturadas o con filtraciones visibles),enfermedad periodontal, disfunción masticatoria, alteraciones en la articulación témporo mandibular (ATM), desdentamiento, lesiones potencialmente malignas, lesiones malignas, otras lesiones mucosas, boca seca, prótesis defectuosa, estomatitis subprótesis, ninguno, otros.(Si; No).

Necesidad de atención estomatológica

Del nivel primario ____ Del nivel secundario ____

Técnicas y procedimientos de la información

Obtención de la información

La información fue recogida en las clínicas estomatológicas y visitas en sus viviendas. A los pacientes atendidos en la consulta estomatológica se les confeccionó la historia clínica individual (HCI) (Anexo 8) y examen bucal a través de la observación clínica, se emplea el método visual y táctil, luz artificial e instrumental necesario, donde se obtuvo información relacionada con factores de riesgo, problemas de salud generales y bucales presentes, así como las necesidades de atención , se respetaron las medidas de bioseguridad para el investigador y el paciente, y se aplicó el instrumento.

Los pacientes visitados en sus viviendas se les realiza entrevista individual, se aplica el instrumento de autopercepción de salud bucal, y se realiza examen bucal para determinar factores de riesgos, problemas de salud presentes generales y bucales, necesidades de atención estomatológica las cuales se recogen en una guía de observación anexa al instrumento. (Anexo 9)

A todos los pacientes que participaron del estudio se les solicitó el consentimiento informado. (Anexo 1).

Técnicas de procesamiento y análisis

Análisis cuantitativo: se creó una base de datos en Excel, procesados con SPSS para Windows®. El procesamiento de los datos se realizó con medidas de estadística descriptiva, en consonancia con las variables investigadas.

En todos los casos el indicador para evaluar las respuestas de los entrevistados fue expresado a través de frecuencia absoluta y relativa, lo cual permitió determinar la situación en materia de salud bucal en esa población.

La aplicación del instrumento permitió determinar la situación de salud bucal de la población estudiada, fundamentándose no solo aspectos clínicos, sino también en conocer la autopercepción sobre su salud bucal, las barreras que lo limitan para recibir una atención sistemática, crucial para el diagnóstico de salud de esta población

II.3.3 Etapa III

Con el fin de cumplir el objetivo tres se realizan las acciones siguientes

- Revisión bibliográfica para identificar instrumentos y opiniones de evaluación del empoderamiento intersectorial para la utilización de los servicios de salud bucal por adultos mayores.
- Entrevista no estructurada y grupos de discusión para el diseño de la versión preliminar del instrumento por la investigadora y especialistas de Estomatología General Integral (EGI).
- Validación de contenido por criterio de expertos y prueba piloto.

Revisión de la literatura

Se revisaron artículos científicos del ámbito nacional e internacional a texto completo en español e inglés, en revistas indexadas del 2004 – 2025. Los criterios para la selección de los artículos fueron relevancia, calidad científica, criterios de inclusión y exclusión claros y actualidad. Se incluyeron los artículos que evaluaran el empoderamiento, intersectorialidad y empoderamiento intersectorial, uso de instrumentos para su evaluación y formas de validación, accedidas a través del motor de búsqueda Google Académico en bases de datos SciELO, Medline, con el

empleo de los descriptores empoderamiento, intersectorialidad y empoderamiento intersectorial como referentes para la investigación. Se excluyeron los artículos duplicados, los que solo aparecen resúmenes, y los que no ajustan de forma clara a la temática a investigar.

Fue aplicado el método de análisis – síntesis para la revisión de los artículos seleccionados, clasificados según autores nacionales e internacionales, tiempo de publicación, metodología empleada incluyendo el diseño de investigación, los criterios de validez y el instrumento de evaluación aplicado. A partir de esta búsqueda bibliográfica que fundamenta el marco teórico y referencial se determinaron los principales aspectos a evaluar en el instrumento.

Entrevista no estructurada

Se realiza con el fin de indagar acerca del tema de investigación y la disposición para la planificación y realización de acciones de empoderamiento intersectorial relacionadas con la salud bucal del adulto mayor. Clasifica como individual y no estructurada, porque el entrevistador dirigió el intercambio abierto con cada entrevistado.

Selección de la muestra

Se trabajó con informantes claves[103] o personas que por sus vivencias, conocimientos y relación con la actividad comunitaria constituye una fuente importante de información, facilitan al acceso a otras personas y a nuevos escenarios y contrarresta la información consultada en documentos relacionados con los objetivos propuestos.

La selección de los entrevistados fue por conveniencia, a partir de considerar que existiera representación de diversos sectores sociales, que residieran o laboraran

en el Consejo Popular Príncipe de forma permanente por más de tres años con experiencia en el trabajo comunitario.

Se entrevistaron 16 personas de forma individual, de ellos cuatro líderes comunitarios directivos de organizaciones de masas, un miembro del Consejo Popular Príncipe, un delegado del Poder Popular, dos cuidadores, cuatro adultos mayores, un Médico de la familia, dos Estomatólogos y un Técnico de Atención Estomatológica.

Antes de comenzar la entrevista se solicitó el consentimiento (Anexo 10) y se señaló la confidencialidad de lo discutido y su uso solo para fines de la investigación en curso. Se mantuvo un diálogo flexible, susceptible de intercambios con el entrevistado.

Se utilizó la grabación para capturar palabras y opiniones relevantes, se ordenan por afinidad entre las temáticas y se definen como categorías y subcategorías: intersectorialidad (conocimiento, utilización y periodicidad), instrumento (conocimiento y empleo) y aplicación (existencia, aplicabilidad) esto permitió agrupar las posibles respuestas de forma global y obtener información de las principales dificultades en la aplicación de esta tecnología. Durante todo el proceso, se mantuvo la fidelidad a los hechos y la veracidad de la información recopilada.

Técnicas de procesamiento y análisis

La interpretación de los datos cualitativos se fundamentó en un análisis reflexivo y síntesis de las transcripciones realizadas.

Grupo de discusión

Selección de los especialistas a participar: de un total de siete especialistas de EGI convocados a partir de considerar la disposición a participar en la investigación, (Anexo11) profesionales con más de 10 años de experiencia, categoría científica

de Doctor en Ciencias o especialistas de II grado, Máster, con categoría docente principal de Titular o Auxiliar, se conformó el grupo de discusión con tres especialistas.

Se explicó al grupo de participantes que el objetivo de su colaboración era la fase de diseño preliminar de un instrumento para medir del empoderamiento intersectorial para la utilización de los servicios de salud bucal por adultos mayores.

Diseño del instrumento: consistió en unificar los criterios emitidos por la autora, resultados de la sistematización de la literatura, y entrevista no estructurada, así como las recomendaciones del grupo de discusión.

Para su confección se distinguieron como etapas la definición y caracterización del objeto de estudio, la selección de las dimensiones, relacionadas con el conocimiento de la situación de adultos mayores referentes a la salud bucal, así como la, percepción y experiencia práctica en la aplicación de la intersectorialidad para abordar el problema de salud, además la construcción de los ítems y la definición de la forma evaluativa.

El cumplimiento de estas etapas permitió elaborar un instrumento preliminar para su validación de contenido por juicio de expertos. (Anexo 12)

Validación de contenido del instrumento

Selección de la muestra: fueron convocados 13 especialistas con competencia acerca de la temática que no formaron parte del grupo de discusión. Para la selección de los expertos se tuvo en consideración; tener categoría científica de Doctores en Ciencias o Máster en Ciencias, especialista de II grado, más de 10 años de experiencia profesional y categoría docente principal Auxiliar o Titular.

Con previa solicitud de su consentimiento para participar. (Anexo 13), los criterios anteriormente expuestos y los resultados del índice de competencia, (Anexo 5 y 6)

se seleccionaron nueve expertos para realizar la validación de contenido del instrumento preliminar.

La evaluación por parte de los expertos se realizó en dos rondas hasta que la variabilidad en las respuestas emitidas fuera mínima. Las respuestas fueron recibidas de forma individual, se evalúan sus criterios para la presentación de resultados finales. La vía para contactar con los expertos en las dos rondas fue correo electrónico, WhatsApp y consulta telefónica o personal. En el primer contacto se envió el instrumento diseñado por la vía determinada, acompañado de una nota o explicación verbal de presentación que incluyó los objetivos del Delphi, plazo de respuesta, garantía de anonimato y precisiones sobre el tema a evaluar. En la segunda se envía el instrumento con las modificaciones realizadasy escala de medición, según sus recomendaciones para su nueva evaluación. (Anexo 14)

La forma evaluativa o escala de medición, fue confeccionada por la autora en un formato sencillo y fácil de utilizar, que a través de ítems específicos y dimensiones reflejen las capacidades de actores involucrados para participar de manera consiente coordinada y comprometida en acciones intersectoriales, se tuvo en consideración, la selección de indicadores, niveles de logro y desempeño, valores a cada nivel y validación. (Anexo 14).

Técnicas y procedimientos de obtención de la información

Para la validación por juicio de expertos a través del método Delphi**,** se calculó el número de coincidencia para todas las respuestas se emplea la razón de validez (RVC') según el modelo de Lawshe modificado por Tristán y se considera en la fase de consenso que los ítems son aceptables o suficiente cuando el valor de RVC'≥ 0,5823.

El reporte de los resultados incluye la valoración del instrumento en cuanto a su claridad, coherencia y relevancia para ser aplicado.

Análisis de consistencia interna a través de prueba piloto

Para comprobar la adecuación del instrumento de medición y alcanzar los objetivos del estudio, se realizó una prueba piloto, dirigida a verificar su comprensión, si los ítems o preguntas son verdaderamente suficientes y claros, además de que se tiene la oportunidad de evaluar la congruencia del lenguaje, redacción o adaptación cultural (si fuera necesario).

La prueba se efectuó en el municipio Plaza de la Revolución, Consejo Popular Príncipe a 30 personas escogidos a conveniencia, de ellos cinco adultos mayores, cuatro cuidadores, tres especialistas en EGI, dos especialistas en Medicina General Integral, una enfermera, dos Licenciadas en Atención Estomatológica, dos trabajadores no estatales, cuatro trabajadores gubernamentales, cuatro miembros de la sociedad civil, tres directivos de salud.

Técnicas de procesamiento y análisis

A partir de esta prueba piloto se determinó la validez interna del instrumento, para lo cual se empleó el método estadístico de correlación alfa de Cronbach. Sus valores oscilan entre 0 y 1. El valor mínimo aceptable debe oscilar entre 0,7 y 0,9 sin embargo existen textos que señalan que un valor de 0.6 también puede ser considerado aceptable; por debajo de ese valor la consistencia interna del instrumento es bajo, o lo que es lo mismo: es poco fiable o preciso para medir lo que se desea.[104]

II.3.4 Etapa IV

Anidado en la muestra del estudio piloto se concibió el cuarto objetivo para realizar un, levantamiento de información y evaluación preliminar previo al diagnóstico del nivel de empoderamiento intersectorial a nivel local.

Consideraciones éticas

La investigación fue aprobada y evaluada en cada una de sus etapas por el comité de ética de la investigación de la Facultad de Estomatología de La Habana, perteneciente a la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, desde el punto de vista metodológico, científico y ético.

Luego de, exponer los objetivos del estudio, los beneficios que proporcionaría, y de especificar que la decisión de participar o no, o de retirarse del estudio no acarrearía toma de medidas en su ámbito personal, laboral o social; se solicitó el consentimiento informado de las personas participantes en la investigación en las diferentes etapas, y directivos de salud pública correspondientes. Cumplió con los principios expuestos en la declaración de Helsinki, [105] en cuanto beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.Los datos obtenidos se emplearán con fines investigativos y puestos a disposición de los decisores en salud.

Conclusiones del Capítulo II

Para el diseño de los instrumentos de autopercepción de salud bucal y evaluación del empoderamiento intersectorial para la utilización de los servicios de salud bucal por adultos mayores, se desarrolló una investigación mixta de desarrollo e innovación tecnológica. Se aplicaron métodos y técnicas cualitativas para profundizar en las causas, motivaciones, opiniones desde una perspectiva subjetiva y cuantitativa para medir variables específicas a partir de datos numéricos en cada una de sus etapas, las que, permitieron alcanzar los objetivos previstos. Los

procedimientos utilizados sustentaron desde el punto de vista metodológico y científico los resultados alcanzados. Se destaca el diseño del estudio piloto para la validación en la práctica de los instrumentos.

CAPÍTULO III
RESULTADOS

El capítulo recoge los resultados de la investigación, organizados según las etapas de la misma que dan salida a los objetivos del estudio.

III. Descripción de las características del contexto de la investigación

El Consejo Popular Príncipe, cuenta con una población eminentemente envejecida, y seis circunscripciones, en una demarcación de 1,6 Km cuadros, con una población de 12 970 habitantes, de ellas el 45,2 % son mujeres y el 54,8 % son hombres. Sus límites geográficos van desde San Lázaro hasta Ayestaran por el este, con Calzada Carlos Manuel de Céspedes (Calzada de Infanta) hasta calle Aranguren, por el sur la Plaza de la Revolución. Constituido por un presidente, una vicepresidenta, seis delegados que se subordinan a la asamblea municipal y dentro de sus funciones se encuentra, el trabajo activo para satisfacer necesidades asistenciales económicas, educacionales, culturales y sociales de la población y en la búsqueda de soluciones de los problemas planteado.

III.1 Resultados. Etapa I

Como resultado de la revisión inicial de la bibliografía orientada hacia el diagnóstico de instrumentos que evaluarán la autopercepción de la salud bucal y utilización de los servicios estomatológicos por adultos mayores, se recuperaron 730 trabajos en base a sus títulos y resúmenes de los cuales se seleccionaron 87 que fueron analizados a texto completo, distribuidos en 65 artículos originales, 4 tesis de culminación de estudios, 10 tesis de maestrías, 3 tesis de doctorado, 5 revisiones sistemáticas, distribuidos en 60 revistas científicas. Por sitios Scielo 81, Medline 3, Dialnet 3, de ellos nacionales 37 e internacionales 23.

De estos artículos revisados fueron elegidos seis que contenían elementos esenciales del dominio a evaluar:

- Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. Brasil 2001.[106]
- Encuesta nacional de salud 2011-2012 cuestionarios de adultos. Instituto Nacional de estadísticas España.[107].
- Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud bucal para la población adulta mayor atendida en la red pública hospitalaria de Medellín. Colombia. Colombia 2014.[108]
- Acceso a la atención odontológica e inequidad en niños de 0 a 11 y adultos mayores de 60 años de edad según ámbito geográfico. Perú. 2015.[47]
- Factores asociados a la utilización de servicios de salud odontológicos. Argentina 2018.[54]
- Necesidad social de atención estomatológica al adulto mayor con dismovilidad. Cuba 2021.[109]

En la sistematización de la literatura no fue posible encontrar referentes a instrumentos validados que se correspondieran con los objetivos de la investigación.

En el análisis de los trabajos recopilados a nivel internacional y nacional, se mostró que los autores han utilizado diferentes formas de medición con disímiles marcos conceptuales que destacan la interacción de factores sociales, individuales y estructurales propios del sistema de servicios de salud que representan, que incluyen el análisis de datos de encuestas nacionales, el seguimiento de indicadores de cobertura en salud y la recolección de información primaria por medio de instrumentos y diversas metodologías cualitativas las cuales en muchos casos no se ajustan al contexto social cubano.

Para la evaluación de la calidad de vida y percepción de la salud bucal en adultos mayores utilizan el Índice de Evaluación de la Salud Oral Geriátrica (GOHAI), tienen en cuenta aspectos relacionados con la estética, uso de prótesis, conocimientos de salud bucal y la evaluación se establece según los criterios de cada investigación, en ellos no se tienen en cuenta otros factores como las dificultades personales para realizar actividades sociales, dependencia para realizar actividades diarias como asistir a consultas estomatológicas, apoyos con los que cuentan, disposición de realizar cambios en su vida, todos estos aspectos a tener en cuenta para la mejora de su salud bucal.

Entrevista no estructurada

En cuanto a la entrevista no estructurada con seis adultos mayores y seis cuidadores que cumplieron con los criterios de selección, y como resultado de sus comentarios (Anexo 15), fue factible identificar según afinidad de las temáticas tres categorías y subcategorías: percepción (importancia y relación con enfermedades sistémicas), frecuencia (anual, mensual, cuando tiene dolor o molestias, para recibir tratamiento) y barreras (geográficas, económicas, organizacionales, demográficas).

Dentro de las principales dificultades encontrados según sus criterios: priorizan la atención de salud médica general a la salud bucal por la presencia de morbilidades asociadas (HTA, DM), y falta de motivación para el cuidado de su salud bucal; entre otras causas se consideró la dependencia para realizar determinadas actividades sociales, dependencia de otras personas, y reconocen como barreras demora en las consultas, disponibilidad de recursos en las clínicas estomatológicas, problemas económicos para asumir gastos de transporte, cepillos, cremas dentales, distancia de la unidad asistencial.

Grupo de discusión

En la primera sesión de trabajo del grupo de discusión, fue presentado un instrumento preliminar (Anexo 2), constituido por 24 ítems distribuidos en tres dimensiones. Dimensión socio-demográfica (7 ítems), Dimensión de salud y evaluación funcional del Adulto Mayor (10 ítems), Dimensión socio - organizacional (7 ítems).

Dentro de los comentarios realizados por los especialistas en la primera sesión de trabajo se propuso:

- Eliminar ítems relacionados con aspectos como factores de riesgo, enfermedades bucales y sistémicas, necesidades de atención estomatológica, dado a que esta información se puede obtener de la historia clínica (HCL) y colocarlos como guía de observación para determinar a necesidades de atención estomatológica en caso de que los pacientes no se entrevisten en la consulta.
- Eliminar frases como: solicitud de atención, exploraciones médicas y modificar vocablos para hacerlos más comprensibles para los entrevistados, como los relacionados con niveles de ingreso, pensión contributiva, cotización de otra persona, nivel de dependencia, por términos que den mayor claridad.
- Reordenar los ítems y de las dimensiones.

En la segunda sesión se presentó el instrumento con las modificaciones propuestas constituido de la siguiente forma:

Dimensión I: aspectos socio demográficos con cinco ítems (edad, sexo, nivel educacional culminado, estado civil actual, ingresos económicos de los que depende).

Dimensión II: dificultades funcionales personales para realizar actividades sociales con un ítem (realizar actividades cotidianas solo, recordar cosas importantes, salir solo, asistir solo a actividades sociales y(o) recreativas) y apoyos con que cuenta.

Dimensión III: autopercepción del estado de salud bucal con cuatro ítems (percepción del estado de salud bucal, prioridad que le concede a la salud bucal, medida en que sus conocimientos de salud le permiten realizar acciones para la mejora de su salud bucal, disposición a realizar algún cambio en sus hábitos de vida para mejorar su salud bucal).

Dimensión IV: utilización de los servicios estomatológicos con dos ítems (frecuencia con que asiste a la consulta de estomatología y factores que consideran pudieran limitar su asistencia a los servicios estomatológicos).

El instrumento preliminar (Anexo 7) previa aprobación por el grupo de discusión fue sometido a validación de contenido por expertos

Validación de contenido por juicio de expertos a través del método Delphi

De los 15 expertos posibles se seleccionaron siete, en base a los criterios establecidos para su selección.

Caracterización de los Expertos: 71,4 % eran Doctores en Ciencias, el 28,5 % Máster, con categoría docente principal representados por el 71,4 % como profesores Titulares, 28,5 % Auxiliares y todos con más de 10 años de experiencia.

Tabla 1. Distribución de expertos según el grado de competencia obtenido

Experto	Coeficiente conocimiento (Kc)	Coeficiente argumentación (Ka)	Competencia Experta (K)	Código
1	1	0,93	0,96	Alto
2	0,9	0,73	0,81	Alto
3	1	0,73	0,86	Alto
4	1	1	1	Alto
6	0,8	0,73	0,81	Alto
7	1	1	1	Alto

Todos los expertos seleccionados, según aparece en la Tabla 1 obtuvieron un coeficiente de competencia (K) por encima de 0.8 considerado alto.

Validez de contenido

Tabla 2. Evaluación del instrumento deautopercepción de salud bucal y utilización de los servicios por adultos mayores acuerdo a claridad, coherencia, y relevancia según criterio de expertos

Ítems	Claridad		Coherencia		Relevancia	
	C	CVR	**C**	**CVR**	**C**	**CVR**
1.1	7	1,00	6	0,85	7	1
1.2	7	1,00	6	0,85	6	0,85
1.3	6	0,85	7	1,00	7	1,00
1.4	6	0,85	5	0,71	5	0,71
1.5	7	1,00	7	1,00	7	1,00
1.6	7	1,00	7	1,00	7	1,00
1.7	7	1,00	7	1,00	7	1,00
1.8	7	1,00	7	1,00	7	1,00
1.9	7	1,00	6	0,85	6	0,85
1.10	7	1,00	7	1,00	6	0,85
1.11	6	0,85	6	0,85	6	0,85
1.12	7	1,00	7	1,00	7	1,00
CVI		**0,96**		**0,92**		**0,92**

La Tabla 2 muestra que existe nivel de concordancia elevado en cada uno de los ítems evaluados por los expertos.

Dentro de las recomendaciones realizadas por tres expertos se sugiere suprimir de manera indistinta ítems como nivel educacional, sexo, frecuencia de atención a consulta estomatología, los que no se eliminan por obtener valores en el CVR superiores a 0,58, que es un indicador aceptable. Se realiza una segunda ronda de consulta a expertos y se mantienen los resultados por encima de 0,58.

De acuerdo con el criterio unánime de los siete expertos consultados, las cuatro dimensiones obtuvieron una puntuación de uno.

La consistencia interna se determinó a través del alfa Cronbach para verificar la homogeneidad de los ítems respecto al dominio medido.

Tabla 3. Resultados del alfa de Cronbach

alfa de Cronbach	Entrevistados	Total de ítems
0,88	50	12

El resultado obtenido de 0,88 se encuentra dentro del rango deseable de 0,80 a 0,90, lo cual sugiere que los ítems están bien correlacionados entre sí, miden lo que se desea evaluar, por lo que el instrumento presenta una alta consistencia interna.

En virtud de los resultados obtenidos la autora concluye que el instrumento final (Anexo 16) presenta claridad, coherencia y relevancia además de ser adecuado para su aplicación práctica.

III.2 Resultados. Etapa II

La situación de salud bucal de la población estudiada, se determina a través de la aplicación del instrumento validado de autopercepción de salud bucal y utilización de los servicios estomatológicos por adultos mayores el cual se comporta de la forma siguiente:

El grupo de edad que más utiliza el servicio estomatológico es el de 60 –74; años que representan el 73,9 %, seguida del grupo de 75 - 89años con 21,4 %, el menos representado fue el de 90 - 99 añoscon 4,6 %. El sexo, que más asistió fue el femenino con 63,6 %, mientras que el masculino solo estuvo presente en el 36,3 % de los casos.

En cuanto al nivel educacional de los sujetos en estudio resultó elevado, la enseñanza media y media superior son los niveles educativos más prevalentes con 38,6 % y 34,7 %. El 56,4 % de esta población no vive solo, 37,0 % están casados

mientras que el 19,3 % acompañado, el 43,5 % no tiene acompañamiento familiar, de ellos, el 17,3 % son viudos.

La fuente fundamental de obtención de ingresos fue el aporte familiar con 67,3 %, el 51,6 % se encuentra jubilado y el 26,6 % cuenta con ingreso salarial tanto en el sector estatal como privado, solo el 3,2 % es favorecido por la seguridad social.

En el adulto mayor se establecen estados de dependencia y en muchos casos presentan dificultades funcionales personales para realizar actividades de la vida social, en la población en estudio se observó que el 31,6 % presenta dificultades para realizar actividades cotidianas solos, el 25,3 % presenta dificultades para salir solos, el 25,7 % no logran en muchas ocasiones asistir solos a actividades sociales y(o) recreativas, el 24,1 % presenta dificultades para asistir solos a la consulta estomatológica, esto hace que el 47,9 % requieren el apoyo de la familia para realizar actividades cotidianas, el 24,9 % de amigos, el 16,6 % de cuidadores,

el 15,2 % de vecinos y solo el 0,3 % reciben apoyo de las instituciones de la comunidad.

La autopercepción sobre el estado de salud bucal es otro aspecto evaluado en los adultos mayores, la cual en muchos casos la consideran buena y moderada, condiciones que disminuyen a medida que aumenta la edad. La situación de salud bucal se percibe buena en el 34,1 % de los pacientes y el 31,6 % moderada, fundamentalmente en el grupo de 60 - 74 años, a medida que aumenta la edad es mayor el porcentaje de pacientes que la consideran mala y muy mala.

La prioridad referida, que le conceden a su salud bucal es alta en el 36,1 %, el 30,7 % la consideran moderada, lo cual justifica la mayor presencia de adultos mayores jóvenes en los servicios estomatológicos, y que disminuye considerablemente con el incremento de la edad. En correspondencia los conocimientos de salud le

permiten realizar acciones para la mejora de su salud bucal resultan moderado en el 45,4 % de los pacientes y altos en 33,8 %, todo esto hace que el 59,6 % de los adultos mayores presenten buena disposición a realizar algún cambio en sus hábitos de vida para el mejoramiento de su salud bucal y el 31,0 % considera que pudiera ser y solo un 4,7 % refiere que ya no se puede mejorar. Empoderar a estas personas tiene gran importancia en el mejoramiento de su calidad de vida y nivel de autoestima.

Referente a la utilización de los servicios, el 53,6 % de los adultos mayores asisten solo cuando lo necesita (por dolor, molestias o urgencias) y el 36,3 % asiste de forma anual, lo cual no se corresponde con la prioridad concedida a su salud bucal. Entre los factores más importantes que refieren limitar su asistencia a los servicios estomatológicos se encuentran**,** la distancia de los servicios 32,8 %, así como el medio de transporte utilizado para llegar al servicio, la dificultad para asumir los costos de cepillos y cremas dentales, con un 28,4 %, dificultades para movilizarse el 25,7 %, dificultad con la disponibilidad de medicamentos y otros recursos con 24,2 %.

Los aspectos relacionados con factores de riesgos locales y generales, enfermedades bucales y necesidades de atención obtenidas del examen bucal en pacientes que asistieron a consulta o visitados en sus viviendas se comportaron como sigue:

Dentro de los problemas de salud general predominó la HTA y DM con un 84,1 % y 65,8 %, seguido de las cardiopatías en el 8,2 % de los casos, no se presentaron casos diagnosticados de otras enfermedades.

Con relación a la presencia de factores de riesgo generales se pudo constatar la frecuente ingestión de azúcares 72,3 %, ingestión de alimentos que requieren poca

masticación con 49,3 %, hábito de fumar 41,7 % como las más relevantes. Cabe destacar que la ausencia o infrecuente consumo de frutas y vegetales 41,4 % y la frecuente exposición al sol sin protección 35,0 %.

La presencia de biopelícula dental bacteriana en 77,2 %, seguida de presencia de cálculo dental 66,0 % y prótesis desajustada 51,8 % fueron los factores de riesgo locales con mayor presencia, unido a que el 16,0 % de la población en estudio presentó sepsis bucal.

En cuanto a los problemas de salud bucal, se pudo observar que la enfermedad periodontal estuvo presente en el 75,8 % de los adultos mayores, seguida de la disfunción masticatoria en 64,8 %, y la caries dental en el 41,4 %, las alteraciones de la ATM en el 14,0 % de los casos, en su mayoría asociados a la perdida de dientes, así como las lesiones mucosas 11,4 %, donde aparecen las úlceras, lesiones asociadas al hábito de fumar y la estomatitis subprotésica.

Dentro de las necesidades de atención se constata que la mayoría de los pacientes requieren los dos tipos de atención, el 78,8 % de los adultos mayores requieren tratamientos cuya competencia es de especialistas de la atención secundaria, y él 73,90% requiere ser atendidos en la atención primaria.

El diagnóstico de la autopercepción de la salud bucal y utilización de los servicios de los adultos mayores que participaron en el estudio, permitió concluir que existen dificultades en la frecuencia sistemática con que asisten a consulta y barreras que limitan su presencia en los servicios estomatológicos y a pesar de tener una adecuada autopercepción sobre su salud bucal sobre todo en el grupo de adultos jóvenes, lo cual disminuye a medida que aumenta la edad, esta población presenta problemas de salud bucal, que pueden influir de forma negativa en su salud general, es por ello que su asistencia sistemática no solo garantiza la mejora de indicadores

en ese sentido sino que ayudan al control de enfermedades sistémicas con elevada presencia en estas edades.

Conocer la autopercepción de salud bucal de los adultos mayores es crucial para desarrollar estrategias de intervención efectivas, esto no solo permite identificar sus problemas, sino también influye en la búsqueda de atención médica, lo cual garantiza una mejor salud bucal y bienestar general.

Las dificultades relacionadas con la salud bucal en este grupo poblacional ,se pueden agudizar por la dificultad para asumir los costos para adquirir cepillos y cremas dentales para realizar la higiene bucal, o para asumir los costos de desplazamiento a la clínica, acompañado en muchos casos con dificultades de movilidad reducida incluso en adultos jóvenes, limitaciones físicas específicamente en edades más avanzadas, falta de acompañamiento de sectores sociales que forman parte de las instituciones de la comunidad en caso de ancianos que viven solos, alimentación inadecuada, por lo que consideramos que factores multicausales están implicados en la situación detectada lo cual hace necesaria la participación de otros actores sociales y pensamiento estratégico, que permitan, distinguir particularidades y proyectar los cambios necesarios.

III.3. Resultados. Etapa III

Resultados de la revisión de la literatura

En una primera fase de esta tercera etapa, y como resultado de la revisión bibliográfica, no se encontraron evidencias de instrumentos que evalúen el empoderamiento intersectorial de líderes locales relacionados con la utilización de los servicios estomatológicos por adultos mayores. Se recuperaron 1320 documentos, entre libros, tesis y artículos científicos, de los cuales se consultó un total de 101, en base a sus títulos y resúmenes. De ellos, 10 tesis de Maestrías o

Doctorado, 91 artículos científicos, distribuidos en 22 revistas científicas, nacionales 67 e internacionales 12, de ellos cuatro revisiones sistemáticas, ubicados por bases de datos; 95 en Scielo, tres en Medigraphic, tres en Dialnet.

Existe un gran número de trabajos que evalúan de forma independiente intersectorialidad - empoderamiento, de los que seleccionaron cinco por presentar metodología adecuada, relevancia, y relación con la temática a estudiar:

- Intersectorialidad en el contexto socioeconómico cubano y sus implicaciones en la salud de la población. Cuba 2012.[110]
- Percepción de las demencias y la intersectorialidad en el contexto del Policlínico Docente Playa. Cuba 2019.[111]
- Intersectorialidad en la prevención y control de enfermedades no trasmisibles. Santa Rita. Jiguaní, Cuba. 2020.[112]
- Embarazo en la adolescencia: diseño y validación de un instrumento para medir el trabajo intersectorial. Colombia 2022.[113]
- Adaptación y validación del instrumento EMPODERA-TB para evaluar el empoderamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar. México 2022.[114]

Generalmente en el caso de la intersectorialidad las investigaciones consultadas se centran en la evaluación de diferentes enfermedades y tienen en cuenta factores determinantes, condicionantes y desencadenantes. En estomatología los estudios se centran en relacionar la intersectorialidad con la promoción de salud en niños de edad escolar y estrategia intersectorial relacionadas con las determinantes sociales en la población adulta mayor, el empoderamiento por su parte es evaluado basándose en aspectos relacionados con sus dimensiones.[74]

Por otra parte, de los trabajos revisados aparecen los de Castell-Florit Serrate y cols.[10,80] que ofrecen una visión de la esencia del término empoderamiento

intersectorial y la necesidad de promoverlo en la sociedad, además de brindar una perspectiva teórica operacionalizada acerca del mismo, validada por juicio de expertos y determinado la razón de validez (RVC') e índice de validez de contenido (IVC). Así mismo Gispert Abreu y cols[115] realiza una medición en líderes y directivos locales de las dimensiones del empoderamiento intersectorial por la salud bucal que revela insuficiencias en su dominio. No obstante, en el análisis de los artículos revisados se pudo constatar que no existen antecedentes de instrumentos que evalúen el empoderamiento intersectorial en estomatología.

El empoderamiento intersectorial es evaluado por el grupo de investigación de intersectorialidad de la Escuela Nacional de Salud Pública, los cuales validan el concepto y realizan sus investigaciones en el contexto de la salud pública en general,dado que la utilización del empoderamiento intersectorial pudiera contribuir a la resolución de algunos problemas que ha presentado la intersectorialidad, entre ellos las dificultades para la integración consciente y proactiva de sectores, asimismo para compartir información, recursos, responsabilidad, acciones y financiamiento.[10]

Resultados de la entrevista no estructurada

Como resultado de la entrevista no estructurada, a informantes claves y representación de diferentes sectores sociales del Consejo Príncipe, según el análisis de los resultados que recogen los principales comentarios de los participantes (Anexo17) se establecen tres categorías y subcategorías: intersectorialidad (conocimiento, utilización y periodicidad), instrumento (conocimiento, existencia) aplicación (empleo y aplicabilidad), lo cual facilitó el procesamiento de la información y con ello, esclarecer las principales barreras,

facilitadores, apoyos, perceptibles, así como propuestas de cambios para fortalecer la intersectorialidad .

Para la investigación se pudo concluir que dentro de las principales dificultades los entrevistados reconocen la importancia de la intersectorialidad, pero que no se ejecuta de forma práctica, realizan actividades intersectoriales de forma aislada,con poca sistematización y control de acciones conjuntas, en el caso del sector salud, reconocen que no emplean ningún instrumento para diagnosticar el empoderamiento intersectorial a este nivel.

Los artículos seleccionados y los resultados de la entrevista no estructurada constituyeron referentes que después de ser analizados por la autora permitió la construcción del instrumento inicial de evaluación de empoderamiento intersectorial para la utilización de los servicios de salud bucal por adultos mayores el cual se analiza en el grupo de discusión.

Resultados del grupo de discusión

La sesión de trabajo con la autora y el grupo de discusión constituidos por especialistas de EGI conocedores de la temática y actividades comunitarias, aportó recomendaciones referidas al diseño del instrumento:

- reconocen que deben ser incluidas entre los sectores a encuestar los directivos de salud, los administradores de las Casas de Abuelos y trabajadores no estatales.
- evaluar los términos utilizados que pueden ser confusos, entre ellos redes de apoyo, nivel de dependencia, enfermedad de larga duración, evaluación funcional.

Las recomendaciones emitidas permitieron a la autora la elaboración del instrumento preliminar, con 21 ítems y tres dimensiones. (Anexo 12)

Resultados de validación de contenido por criterios de expertos.

De 23 expertos convocados a participar de diferentes provincias del país, por su amplio conocimiento, habilidad y experiencia en la temática, 12 dieron su consentimiento y quedaron seleccionados nueve, según la evaluación del nivel de competencia considerado alto en todos los casos.

Tabla 4: Nivel de competencia de expertos para validación de contenido

Experto	Coeficiente de conocimiento(Kc)	Coeficiente de argumentación (Ka)	Competencia Experta (K)	Código
1	1,00	1,00	1,00	Alto
2	1,00	0,95	0,98	Alto
3	0,9	0,85	0,88	Alto
4	1,00	0,95	0,98	Alto
5	0,9	0,9	0,9	Alto
6	0,9	0,85	0,87	Alto
7	1,00	0,95	0,98	Alto
8	0,8	0,95	0,87	Alto
9	1,00	0,95	0,98	Alto

Los expertos seleccionados pertenecen a las provincias de La Habana, Camagüey, Santi Espíritus, Cienfuegos y Villa Clara, de ellos el 88,8 % son Doctores en Ciencias, el 11,1 % Másteres en Ciencias, el 77,7 % presentan categoría Titular y el 22,2 % de Auxiliar todos con más de 10 años de experiencia profesional.

Este instrumento inicial fue sometido a validación de contenido por criterio de expertos. (Anexo 12). Como resultado de esta primera evaluación a pesar de que todos los ítems presentaron un valor por encima de 0,58 según su razón de validez; se realizaron recomendaciones para su mejora como:

- Precisar los sectores a encuestar: se debe determinar de forma clara el sector por el cual será encuestado.

- En algunos ítems se evalúan más de un aspecto: organizaciones e instituciones.
- Valorar la comprensión y claridad: se deben evaluar tres ítems que se sugieren ser eliminados y reformulados en uno solo por ser muy repetitivos.
- Uniformidad en nombrar los sectores: Iglesia o Religión, pues aparecen de forma indistinta.
- Considerar sinónimos de algunos términos: algunos sectores pueden tener dificultad con la comprensión de términos como políticas públicas.
- Pasar dos ítems a otra dimensión: se recomienda separar las relacionadas con utilización de los servicios de las que evalúan percepción y experiencia práctica de los sectores y reformular las dimensiones.
- Incluir en la validación la escala de evaluación.

De esta primera revisión se modificaron cuatro ítems, se eliminaron dos y se añadió una nueva dimensión. A partir de las recomendaciones realizadas, se procedió a realizar las modificaciones y el instrumento quedó estructurado de la siguiente manera: cuatro dimensiones y 18 ítems, con su escala de evaluación que incluyó dos categorías, adecuado e inadecuado, a partir de la cual se evalúo el desempeño en dos niveles opuestos.

Este tipo de escala es útil para evaluaciones simples donde se requiere una decisión clara sobre si algo lo cumplió o no, en un estándar determinado.

El instrumento modificado con la escala de evaluación, se somete a una segunda revisión por los expertos. (Anexo 14) para obtener sus criterios y aprobación

Tabla 5. Evaluación de la validez según enunciación de las dimensiones del instrumento de evaluación del empoderamiento intersectorial relacionado con la utilización de los servicios estomatológicos por adultos mayores a nivel local

Dimensiones	Instrumento inicial		Modificación	
	Coincidencias	CVR'	**Coincidencias**	CVR'
Conocimiento de los actores de los diferentes sectores sociales, relacionados con la utilización de los servicios estomatológicos por los adultos mayores en su comunidad.	**6**	**0,66**	**8**	**0,88**
Percepción de los diferentes sectores sociales relacionados con la intersectorialidad y la utilización de los servicios estomatológicos por los adultos mayores en su comunidad.	**-**	**-**	**9**	**1,00**
Actitud de los sectores sociales relacionada con la intersectorialidad y la utilización de los servicios estomatológicos por los adultos mayores.	**7**	**0,77**	**9**	**1,00**
Experiencia práctica de los sectores sociales relacionados con la intersectorialidad y la utilización de los servicios estomatológicos por adultos mayores	**6**	**0,66**	**9**	**1,00**

En la tabla 5, se puede observar que, como resultado de la primera evaluación desde la perspectiva de los expertos en el tema, todas las dimensiones sobrepasan el 0,58 considerado valor aceptable según el modelo de Lawshe modificado por Tristán por el cual fueron evaluados, no obstante, se proponen modificaciones debidamente asumidas por la autora e incorporadas en el mismo para la mejora del instrumento. Se evidenció un incremento en el nivel de coincidencias, así como una mejora en su razón de validez.

Tabla 6: Evaluación de la validez de contenido según claridad, coherencia y relevancia del instrumento de evaluación del empoderamiento intersectorial relacionado con la utilización de los servicios estomatológicos por adultos mayores a nivel local modificado

Dimensión	Ítems	Claridad		Coherencia		Relevancia	
		C	CVR	C	CVR	C	CVR
I	1.1	7	0,77	9	1,00	8	0,88
	1.2	8	0,88	8	0,88	8	0,88
	1.3	7	0,77	9	1,00	8	0,88
	1.4	8	0,88	8	0,88	8	0,88
	1.5	7	0,77	8	0,88	8	0,88
II	1.6	8	0,88	8	0,88	8	0,88
	1.7	9	1,00	9	1,00	9	1,00
	1.8	9	1,00	9	1,00	9	1,00
	1.9	9	1,00	9	1,00	9	1,00
	1.10	9	1,00	8	0,88	8	0,88
III	1.11	9	1,00	9	1,00	9	1,00
	1.12	9	1,00	9	1,00	9	1,00
	1.13	8	0,88	8	0,88	8	0,88
	1.14	9	1,00	8	0,88	9	1,00
IV	1.15	9	1,00	9	1,00	9	1,00
	1.16	8	0,88	9	1,00	9	1,00
	1.17	9	1,00	8	0,88	8	0,88
	1.18	8	0,88	8	0,88	8	0,88
CVI			0.91		0.93		0.93

En la tabla 6 se puede apreciar, que la evaluación del instrumento modificado por los expertos obtuvo valores por encima de 0,58 tanto para los 18 ítems como las cuatro dimensiones los cuales son considerados aceptables según el modelo utilizado.

Los hallazgos demostraron que, en el proceso de validación a través de juicio de expertos, la claridad, coherencia y relevancia después de dos sesiones, todos coinciden en que los ítems propuestos son suficientes y claros, lo cual se corrobora con la evaluación donde todos los ítems obtienen valores entre 0,77 y 0,88 lo que

indica que presenta propiedades aceptables para ser utilizado como herramienta útil para el propósito para el que ha sido construido.

Validación a través de prueba piloto

Para comprobar la adecuación del instrumento de medición, se realizó una prueba piloto, que permitió evaluar la validez interna.

Tabla 7. Distribución de los aciertos por preguntas y confiabilidad sin la pregunta

Ítems	No	%	alfa(α)de Cronbach al sacar la variable
1.1	15	50,0	0,82
1.2	19	63,3	0,83
1.3	22	73,3	0,83
1.4	18	60,0	0,84
1.5	17	56,7	0,83
1.6	21	70,0	0,83
1.7	22	73,3	0,82
1.8	13	43,3	0,82
1.9	15	50,0	0,81
1.10	14	46,7	0,83
1.11	25	83,3	0,83
1.12	23	76,7	0,83
1.13	21	70,0	0,83
1.14	19	63,3	0,81
1.15	22	73,3	0,82
1.16	15	50,0	0,80
1.17	15	50,0	0,82
1.18	21	70,0	0,81
Total			0,83

En los resultados obtenidos se observa el porcentaje de aciertos por pregunta en los ítems del instrumento el 89%se encuentra por encima del 50,0 %, solo dos quedaron por debajo de este indicador. La consistencia interna evaluada por el coeficiente alfa de Cronbach es superior a 0,8 con un valor global de 0,83 por ítems.

De igual manera el grado de concordancia entre los expertos se sitúa en un nivel alto de cohesión y relevancia (Anexo 18).

III.4. Resultados. Etapa IV

Con los resultados obtenidos en el estudio piloto se pudo realizar un estudio preliminar del nivel del empoderamiento intersectorial en el Consejo Popular Príncipe y cuyos resultados se muestran a continuación.

Tabla 8: Distribución del nivel de empoderamiento adecuado según sectores en el Consejo Príncipe

Sectores	Total	Empoderamiento de sectores	
		No	%
Adulto mayor	5	1	20,0
Cuidador	4	1	25,0
EGI	3	2	66,6
MGI	2	2	100
Enfermera	1	1	100
Licenciada en Atención Estomatológica	2	2	100
Trabajador no Estatal	2	1	50,0
Trabajador Gubernamental	4	2	50,0
Sociedad civil	4	1	25,0
Sector salud	3	1	33,3
Total	**30**	**14**	**46,7**

El porcentaje se calcula en base al total de personas en cada grupo.

En la tabla 8 se aprecia que solo el 46,7 % de los entrevistados presentan un empoderamiento adecuado, de ellos el sector salud es el más representado tanto en el personal médico como estomatólogos y licenciadas en Atención Estomatológica. No ocurre de igual forma con otros sectores que sus niveles resultan más bajos, esto evidencia la ausencia de una comprensión clara y utilización práctica por parte de los diferentes sectores sociales en torno a la responsabilidad directa en su aplicación, poniendo de manifiesto la necesidad de

implementar una estrategia, orientada a elevarlos aspectos cognitivos y de aplicación práctica.

Tabla 9. Distribución del nivel de empoderamiento adecuado según dimensiones en el Consejo Príncipe

Dimensiones	Empoderados	%
I	15	50,0
II	14	46,6
III	19	63,3
IV	14	46,6

En la tabla 9 se aprecia que el mayor porcentaje de personas con empoderamiento intersectorial adecuado se presenta en la dimensión tres, actitud de los sectores sociales relacionada con la utilización de los servicios estomatológicos por los adultos mayores, la cual incluye su disposición y motivación a realizar trabajos conjuntos con otros sectores , lo cual favorece la integración práctica , para crear entornos amigables, se observa además que el 50,0 % tiene conocimiento relacionados con los problemas de salud bucal de esta población, los factores sociales y de comportamiento que pueden influir en el estado de salud bucal, a pesar de esto su percepción acerca de la función que debe jugar cada uno y su experiencia práctica, obtienen menores puntuaciones, lo cual puede estar justificada por la concepción que sus sectores pueden servir de apoyo, no considerándose ejecutores en este proceso.

La evaluación del empoderamiento intersectorial de líderes locales, es necesaria para la mejora de la salud bucal de este grupo poblacional.Este conocimiento permite identificar los aspectos en los cuales se debe intensificar nuestro trabajo, en función de implementar estrategias integrales eficaces, orientadas a establecer metas y objetivos comunes con todos los sectores, aumentar la participación

comunitaria, con un liderazgo claro y compartido, que fomente el uso de herramientas tecnológicas para mejorar la comunicación e información y con ello promover el desarrollo de un envejecimiento activo y saludable.

Conclusiones del capítulo III

La revisión de la literatura en la que se incluyen artículos según criterios de selección con un alto nivel de argumentación, junto a los criterios obtenidos de la entrevista de la entrevista no estructurada y los grupos de discusión, sirvieron como punto de partida para el diseño preliminar de los instrumentos. La evaluación por juicio de experto permitió determinar que la validez de contenido fue alta en ambos casos y la confiabilidad medida a través de alfa de Cronbach a partir de los resultados obtenidos del estudio piloto, son considerados confiables. A pesar de que se observó que la autopercepción de los adultos mayores fue valorada como aceptable en los aspectos evaluados, los resultados mostrados no se corresponden con la frecuencia de asistencia a consulta y persisten elevadas las necesidades de atención. El empoderamiento intersectorial es adecuado en menos de la mitad de las personas objeto de estudio.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se presenta la discusión de los resultados de la investigación, agrupados según las técnicas utilizadas, a partir de la indagación en diversas fuentes que permitieron comparar y contrastar los resultados presentados con otros estudios.

IV. 1 Discusión de los resultados. Etapa I

Revisión Bibliográfica

Parte trascendental en una investigación para proponer los instrumentos de autopercepción de la salud bucal y empoderamiento intersectorial relacionado con la utilización de los servicios estomatológicos por adultos mayores a nivel local, consistió en explorar la existencia de instrumentos similares aplicados en estudios anteriores y valorar la utilidad de cada uno de ellos para el trabajo en curso. La razón principal fue contar con términos de referencia o parámetros que permitieran perfeccionar la atención ofrecida en este sentido. El análisis de la literatura científica revisada demostró su uso en las investigaciones.[116-118]

En la revisión de la literatura nacional e internacional se encontraron seis [47,54,106-109] artículos que contenían elementos del dominio a evaluar, pero que no fueron posibles su adaptación al contexto cubano, dadas las características del sistema de salud y las particularidades del subsistema de atención estomatológica en el que fueron creados, además de que sus objetivos no se correspondían con los trazados para esta investigación.

No obstante, la lectura de la bibliografía encontrada, facilitó precisar los artículos más relevantes a través de la evaluación seguida en cada una de sus fases.

Entrevista no estructurada

Dentro de las técnicas para la recogida de la información González Veja y cols.[119] hace referencia a la entrevista, descrita como método oportuno para obtener

información social entre ellas la no estructurada, que responde a los objetivos de recoger datos de forma libre con una visión más profunda del tema de investigación y por estas características fue elegida por la autora. Se reconoce en esta investigación, su valor para conocer la opinión de adultos mayores, familiares /cuidadores , personal de salud y otros actores sociales, lo que coincide con los criterios de Chiriboga Efrén y cols.[120], Borjas García y cols.[121] y Duarte Wisnesky y cols.[122] que reconocen que la entrevista no estructurada o abierta supera el intercambio formal de preguntas y respuestas por un diálogo entre iguales, y la utilizan con el objetivo de establecer familiarización, generar datos, reconocer actores claves y ritmos de la comunidad.

Los resultados obtenidos con el uso de la entrevista no estructurada por la autora, posibilitó la elaboración de un instrumento para caracterizar la población adulta mayor lo cual coincide con Luna Maldonado y cols. [123] y Velasco Yanez y cols. [124] al utilizar la misma metodología, con el fin de identificar los factores sociales, culturales e históricos que influyeron en la pérdida dental y el autocuidado de la salud en población geriátrica. Mientras que Mesa Trujillo y cols.[25] utilizan la misma técnica, con pacientes y familiares/cuidadores para evaluar factores asociados a la salud de pacientes centenarios.

Grupos de discusión

La investigación coincide con los estudios revisados [11,74] en cuanto al uso de equipos técnicos o grupos de discusión y en su integración. Considera la autora que el usos de estos equipos durante la investigación ayudan a compartir experiencias, promueven una comprensión más profunda sobre el tema debatido, permite crear consensos en aras de alcanzar los objetivos propuestos ,obtener información valiosa, y tienen un lugar relevante en la confección de instrumentos

de investigación, en correspondencia con los objetivos del estudio, la población, muestra, naturaleza de los datos, disponibilidad de recursos y la experiencia del investigador.

Validación de contenido del instrumento por juicio de expertos

La manera de diseñar y validar un instrumento varía según el tipo y objetivo del mismo, una de las estrategias más aplicadas para calcular evidencias de validez de contenido, es someterlo a juicio de expertos, con el método o técnica el Delphi.

La definición del número de expertos a participar en una validación de una propuesta científica, es diverso según lo demuestran los trabajos revisados de diferentes investigadores [125 - 130], con los que coincide la autora de esta tesis. Por otra parte, existe congruencia con la opinión de Tejeda Dilou y cols. [131] en lo relacionado con la validación de instrumento, se puede expresar que el abordaje y los tipos de medición están en dependencia del objetivo del colectivo de investigadores.

La investigación que se presenta coincide con los criterios de Torrez Malca y cols.[132] y FleitesDid y cols.[92] al reconocer que en el proceso de construcción y/o adaptación de un instrumento de medición, la validez de contenido representa el primer nivel de evidencias de una prueba que incluye, redacción, formato y presentación de los ítems o preguntas del instrumento evaluadas por un comité de expertos.

El número de expertos seleccionados para la validación del instrumento de autopercepción de salud bucal y utilización de los servicios por adultos mayores, por la autora, está en correspondencia con lo planteado en la literatura y coincide con los resultados obtenidos por otros autores en cuanto al número y métodos utilizados. Remuzgo Alvarado[6] en la validación de dos instrumentos, relacionados

con barreras de acceso a los servicios odontológicos y satisfacción con la atención odontológica con población adulta mayor, por medio de juicio de expertos y la utilización del alfa de Cronbach para evaluar la validez interna a partir de los resultados obtenidos en estudio piloto, obtiene resultados, que coinciden con los reportados por la autora [133] donde los mismos eran pertinentes, relevantes, claros y aptos para ser aplicados con una alta confiabilidad.

Silvina Dho[54] considera que la utilización de servicios de salud estomatológicos se ve afectada por aspectos como: edad, sexo, educación, ingreso, ocupación, estatus socioeconómico, disponibilidad de servicios, ubicación geográfica, aspectos culturales, actitudes frente a la salud, valores, estilos de vida, experiencias previas de atención y presencia o ausencia de síntomas.

IV. 2 Discusión de los resultados. Etapa II

En lo referente a la caracterización de los adultos mayores que participaron del estudio, los resultados obtenidos en la variable sexo relacionado con la utilización de los servicios, mostró prevalencia por el sexo femenino, coincidente con estudios realizados en Cuba, y con este mismo grupo de población por Isaguirre Bordelois y cols.[134] Torrecilla Venegas y cols.[1], Franco Suárez y cols.[135] y Nuñez Peña y cols.[26]que refuerzan la idea de la feminización del envejecimiento a partir del aumento de la esperanza de vida, lo que justifica su mayor presencia en las consultas estomatológicas.

En lo referente a la edad, el estudio de Navarrete y cols [136] encuentra que prevalece la de 78 años, lo cual difiere de lo encontrado en la caracterización de la población geriátrica del Consejo Popular Príncipe Plaza de la Revolución. De Castro Yero y cols.[137] señalan que el mayor porcentaje corresponde a las edades comprendidas entre los 60 y 69 años y aunque no se utilizan los mismos rangos de edades los

adultos jóvenes están representados en un mayor porcentaje al igual que en el estudio que se presenta.

Al evaluar el nivel educativo, los resultados de Agudelo Suárez y cols.[108] y Tapia y cols [138] señalan que puede constituir una barrera a la prestación del servicio, y llega en algunos casos a impedir una comunicación efectiva con el paciente, afectar la aceptabilidad ante el tratamiento, y resalta la existencia de una asociación positiva entre años de estudio y utilización de los servicios.

En esta investigación, se identificó el predominio de la enseñanza media y media superior, lo que concuerda con Delgado Pérez y cols.[139] en estudio realizado en barrios de diferentes orígenes y morfologías urbanas en La Habana, Cuba, contrario a esto, Azcuy y cols.[140] encontraron que en este grupo poblacional predominan los que, solo avanzaron los primeros grados de la primaria, según su criterio esta situación puede incidir para el acceso a determinados servicios.

En el caso de lo hallado en este estudio, contar con un nivel educacional elevado constituyó una fortaleza, fundamental para el empoderamiento y la autogestión en la vejez que, con actividades de educación continua, puede reforzar la autopercepción positiva, el conocimiento sobre salud bucal, la interacción con los servicios, promover el autocuidado, favorecer la aplicación de prácticas preventivas y la comprensión de la importancia del cuidado bucal para reducir enfermedades, en esta población vulnerable.

Los ancianos que viven solos y poseen bajo nivel de escolaridad pueden tener necesidades asociadas a la información para realizar trámites, por lo que van a requerir más de ese apoyo informal que puedan brindar los vecinos de la comunidad, u otros actores claves como el trabajador social.[25]

En relación al estado civil, fue necesario tenerlo en cuenta, en la investigación que se presenta, reconocida también por Roque Doval y cols.[141] que considera adquiere gran importancia. El resultado obtenido difiere de los estudios de López Castellanos y cols.[142] que reconocen, que la mayoría mencionó no tener pareja, eran solteros, divorciados o viudos y un menor por ciento dijo estar casado, la soledad puede incidir sobre la personalidad, disminuye la autoestima, afecta la autoimagen, refuerza los sentimientos de pérdida, eleva el sentimiento de minusvalía social, así como el incremento del aislamiento y la subestimación de sus capacidades, aun cuando estén conservadas y con posibilidades para seguir utilizándolas de forma activa tanto laboral como social.

Un aspecto positivo en este estudio es que la mayoría de los adultos mayores no viven solos, lo cual favorece su bienestar emocional, social y físico, al contar con apoyo y compañía en su entorno cotidiano. La convivencia reduce los sentimientos de soledad, aislamiento, fomenta el cuidado mutuo, ayuda mantenerse activos y reduce riesgos asociados al envejecimiento.

El nivel de ingresos, a consideración de Silvina Dho[54], Delgado Pérez y cols.[139] y López Home y cols [143] se ha relacionado fuertemente con la utilización de los servicios de salud y constituyen una de las barreras reportadas con mayor frecuencia, consideran además que un porcentaje elevado de adultos mayores tienen algún vínculo laboral, mientras que en edades más avanzadas se observa la existencia de mayor número de jubilados, fenómeno que tiene consecuencias individuales y colectivas con deterioro en la economía personal o familiar, cambios en los hábitos y comportamientos, reestructuración de su tiempo y en muchos casos necesitan otras ayudas económicas, suministrada por familiares, el estado o

por otras organizaciones. Contar con autosuficiencia económica puede favorecer el desarrollo de un mejor empoderamiento en adultos mayores.

En este estudio la mayoría de los adultos mayores, contó con sustento familiar que proporciona apoyo emocional, social y práctico, fomenta hábitos saludables, facilita la atención oportuna de enfermedades, contribuye a mantener su autonomía y funcionabilidad y es clave para un envejecimiento saludable.

A juicio de la autora, el adulto mayor, asume determinados comportamientos psicosociales que condicionan la actitud ante la consulta estomatológica, a esto se le suman factores propios de su cultura, o en algunos casos su situación social.

Al considerar las dificultades personales que suelen tener los adultos mayores para realizar actividades de la vida cotidiana, Mesa Trujillo [25] hace referencia que al arribar a esta etapa de la vida se necesita de apoyo, tanto de la familia, como de la comunidad para lograr un abordaje integral en su atención. Los hallazgos de su investigación relacionados con la tendencia a la dependencia, de los adultos mayores, relaciones de apoyo intergeneracional han sido corroborados por la autora [144-147] en estudios donde concluye que los adultos mayores en muchos casos presentan limitaciones funcionales, que pueden influir en los cuidados de su higiene bucal y provoca la pérdida dentaria, limitaciones en el consumo de alimentos, disminución de su autoestima y comunicación con las personas, lo cual hace necesario el fortalecimiento de la solidaridad en el interior de cada familia, para lograr mejoras en sus relaciones sociales.

Autores como Collazo Ramos y cols.[148] y Rodríguez Cabrera y cols.[149] han encontrado en relación a las necesidades de atención percibidas en los adultos mayores, que la reconocen como buena, pero hay dificultades que constituyen brechas a solucionar, estos pacientes, se ven afectados por sus percepciones de

estar o no enfermos, muchas de ellas condicionadas, entre otros, por situaciones de índole económica, alimentaria, familiar, entorno social y las formas particulares de cada individuo de afrontar y percibir la salud que hacen que sus necesidades sean valoradas de formas diferentes.

En relación a la prioridad y conocimientos relacionadas con su salud bucal, a diferencia de autores como Espinosa y cols.[150] y López Castellanos y cols.[142] se encontró predominio de categorías altas y moderadas justificadas por la mayor presencia de adultos mayores jóvenes, la cual disminuye con el aumento de la edad, mientras que los autores antes mencionados refieren que en su estudio la percepción era baja, relacionándolo con la disminución de las expectativas ,en comparación a su salud general, los problemas de salud bucal resultan insignificantes en este período. Al igual que estos autores, Roche Martínez y cols.[151] considera que en los adultos mayores el tratamiento dental pasa a segundo término, otorgándole prioridad a la atención de las enfermedades sistémicas. El ignorar la relación entre ambas, provoca que muy pocas personas conserven todos sus dientes hasta la edad avanzada.

Por otra parte, la autora coincide con Álvarez Cedeño[152], Torrecilla Venegas y cols.[153] y Nápoles González y cols.[109] al señalar que, aunque la demanda de servicios es menor a sus necesidades, causas asociadas como el conocimiento en relación a su salud bucal, influyen en la disposición de los mismos para realizar modificaciones del comportamiento que permitan su mejora. Su tratamiento requiere de métodos novedosos e interesantes, demandan mayor comprensión, que los conduzcan a reconocer que sí pueden vencer sus dificultades en lo referente a su salud.

El aumento de la esperanza de vida, según Castañeda Abascal y cols.[154] debe estar acompañado de una mejoría de las capacidades físicas, mentales y de su autonomía, que les permita a los ancianos valerse por sí mismos y gozar de un adecuado equilibrio emocional y psicosocial.

En relación con la frecuencia con que los adultos mayores visitaban el estomatólogo, los resultados del estudio, coinciden con investigaciones previas realizadas por la autora [144-147] y los trabajos, de Silvina Dho [54], López Castellanos y cols [142] ,Esquivel Hernández y cols.[155] , donde se destaca que los sujetos estudiados, no consideraban necesario asistir a consulta, pues no presentaban molestias, lo realizaban con mayor frecuencia para recibir tratamientos dentales y no específicamente para un control rutinario, lo cual reafirma que los adultos mayores en ocasiones no prestan un adecuado cuidado y atención a su salud bucal.

En relación con las barreras de acceso a los servicios de salud bucal de los adultos mayores, los resultados del estudio, coinciden con estudios previos realizados por la autora [145,146] y los criterios de Brizuela Mora[156] que advierten que la ubicación de las clínicas estomatológicas, en muchos casos en los segundos pisos de los policlínicos, con entradas de escaleras empinadas limitan el acceso del adulto mayor.

La autora considera que, a pesar de que, los ancianos jóvenes conservan más su independencia y mantienen su protagonismo para realizar sus actividades diarias, con menor cantidad de limitaciones, con el aumento de la edad comienzan a evidenciarse discapacidades, en muchos casos no pueden valerse por sí solos y requieren de apoyo tanto de la familia como de diferentes sectores sociales.

En relación con las enfermedades crónicas en los adultos mayores la hipertensión arterial y la diabetes *mellitus,* seguidas de las cardiopatías fueron las

predominantes en el estudio que se presenta, resultados similares fueron obtenidos por López Home y cols.[143] y Navarrete y cols.[136] donde la hipertensión arterial tuvo la mayor incidencia seguida de la diabetes, las cardiopatías, ansiedad y alergia y como fue expresado, estas enfermedades guardan estrecha relación con las enfermedades bucales, cuyo control es más efectivo si se recibe atención estomatológica de forma sistemática .

Los adultos mayores arriban a la vejez sometidos a un gran número de factores de riesgo relacionados con, el modo y estilo de vida, biología humana, presencia de hábitos nocivos, deficiente higiene bucal, dieta rica en azúcares, presencia de enfermedades crónicas no transmisibles, los cuales son los agravantes más comunes considerados los factores que participan en la aparición clínica o bien modifican la evolución de enfermedades.[157]

En Cuba el Programa Nacional de Estomatología considera al adulto mayor como un grupo priorizado, sin embargo, aún es elevado en estos individuos la prevalecía de enfermedades buco dentales como el desdentamiento, la caries dental, las enfermedades periodontales y el cáncer bucal dentro de las más reconocidas.[157]

Estudios realizados por diferentes investigadores[3,39,158,159] reportan alta prevalencia de la enfermedad periodontal en adultos mayores, seguida de la disfunción masticatoria lo cual coincide con los resultados obtenidos, viéndose afectada no sólo la función masticatoria, sino también la fonación, y estética, por tanto, aumenta la necesidad de atención secundaria, tratamiento que conlleva mayor necesidad de recursos y disposición por parte del paciente. Su presencia puede agravar los síntomas de enfermedades sistémicas como es el caso específico de la diabetes *mellitus*, cardiopatías y enfermedad renal crónica.

Resultados evidenciados por diferentes autores[157,160-165]en estudios relacionados con la presencia de caries dental, coinciden con esta investigación en cuanto al reconocimiento de que continúa considerándose una enfermedad de alta prevalencia.Por ello resulta de suma importancia prestar atención a su detección y manejo en el ámbito de la atención primaria.

Los resultados obtenidos, corroboraron que pocos de los adultos mayores estudiados presentaron lesiones mucosas, lo que difieren de los obtenidos por Marín Páez y cols.[166] en cuanto al número de pacientes afectados, pero similares en relación a la presencia de la estomatitis subprótesis y las úlceras que fueron las de mayor aparición.

A consideración de la autora, algunas deficiencias encontradas en la caracterización descrita, no pueden ser solucionadas solamente por el sector salud, sino que requieren un enfoque multidireccional con la participación activa de otros sectores sociales.

IV. 3 Discusión de los resultados. Etapa III y IV

En la literatura consultada no se encontró evidencias de instrumentos que utilicen el empoderamiento intersectorial como una vía efectiva para obtener mejores resultados en lo relacionado con en el tratamiento de adultos mayores en lo referente a salud bucal, por lo que su diseño y validación adquiere gran relevancia al considerarse como las formas más eficaces si se aplica de forma sostenible para lograr mejoras en lo referente a salud bucal.

La validación mediante el juicio de expertos es un método cada vez más utilizado en la investigación [167-170]. La validez y la consistencia interna son los dos criterios de calidad que debe reunir todo instrumento de medición tras ser sometido a la consulta y al juicio de expertos con el objeto de que los investigadores puedan

utilizarlo en sus estudios. Estos métodos fueron asumidos por la autora en la investigación para el diseño y validación de contenido del instrumento de evaluación de empoderamiento intersectorial para la utilización de los servicios de salud bucal por adultos mayores.

La metodología utilizada coincide con diferentes autores como Barrón[171]que valida el contenido de un instrumento para la medición y evaluación de hábitos saludables en adultos mayores, en el cual no se obtuvieron otras propiedades como la confiabilidad y sus resultados se enfocan a la comparación con otros similares, lo que difiere del estudio que se presenta en esta investigación.

Por otra parte, Serrani Azcurra[172], adapta una escala de empoderamiento sobre salud bucal en adultos mayores y utiliza el juicio de expertos para validar su contenido, y la consistencia interna a través del alfa de Cronbach, sus excelentes criterios de validez y confiabilidad, reflejan los atributos del instrumento, lo que coincide con el estudio que se presenta.

De igual forma coincide la investigación con los estudios de Castell-FloritSerrate y cols.[10] y Agustín Barrios[173] al realizar la validez de contenido a través de juicio de expertos evaluados por el mismo método asumido en la investigación mediante el modelo de Lawshe modificado por Tristán, y para el procesamiento estadístico la razón de validez (RVC') e índice de validez de contenido (IVC).

Para la autora es notable la necesidad de contar con instrumentos, que sean de fácil aplicación, útiles en diversos contextos, adaptados a la cultura de estudio, y reforzado por políticas públicas que trabajan y protegen a este grupo poblacional. La aplicación de este instrumento a un grupo piloto permitió determinar la consistencia interna a través del α de Cronbach lo que determinó su confiabilidad.

La prueba piloto tiene gran utilidad para identificar dificultades de comprensión, ajustar términos o redacción, según la retroalimentación a la población a la cual se le aplica.

Autores como Fernández Sánchez y cols.[174], Barboza Solís y cols.[175] consideran que los estudios piloto tienen un elevado uso en investigaciones médicas. A pesar de no realizarse con los mismos objetivos de la investigación presentada, lo utilizan en aspectos relacionados con adultos mayores implementados para analizar la fidelidad, aceptabilidad y efectos preliminares de un instrumento.

En la investigación presentada, un estudio piloto con una muestra pequeña, proporcionó evidencia suficiente de su confiabilidad, que respalda la utilidad de esta herramienta metodológica para la salud pública a nivel local, según las particularidades de cada territorio y de acuerdo con sus resultados implementar acciones que permitan mejorar la utilización de los servicios de salud y la situación de salud bucal de los adultos mayores. Sirve, además, como referente para impulsar este tipo de investigaciones en el área de la estomatología.

Los resultados obtenidos con la aplicación del instrumento en la prueba piloto en el Consejo Popular Príncipe, evidenciaron las diferencias entre los diferentes sectores entrevistados en cuanto al empoderamiento intersectorial cuyos resultados muestran los mayores porcentajes en personal de salud y aunque no encontramos en la literatura consultada evidencias de estudios precedentes para comparar estos resultados, se observa que aún no se logra su aplicación práctica de forma adecuada.

Fleites Didy cols.[176] y Roche Martínez y cols [177] en estudios relacionados con la intersectorialidad expresan que no es posible garantizar el derecho a la salud desde un solo sector, el sector salud desarrolla acciones en aras de lograr un

envejecimiento saludable, pero requiere de la imbricación de múltiples actores sociales para lograr la verdadera eficacia.

Para lograr el objetivo de mejorar la salud de los adultos mayores, se deben aumentar los trabajos en grupo que dirigidos por el sector salud, permitan aumentar los conocimientos sobre la importancia de la aplicación de esta tecnología en la solución de los problemas en este grupo poblacional y concientizar al resto de los sectores del territorio, de la necesidad de jugar un papel activo y determinante en este proceso. Su incremento actual y futuro obliga a reorientar las políticas de salud a su favor.

Las consideraciones de Ferrer Lozano y cols.[178] y Calderón Abad[179] concuerdan con los resultados obtenidos, ya que a pesar de tener todos los actores sociales buena disposición para realizar acciones conjuntas en aras de la solución de los problemas de esta población su aplicación práctica, no se logra de forma efectiva. Expresa además que la participación de instituciones del sector de la salud con otras instituciones y organizaciones de la sociedad civil, para dar respuesta a los determinantes causales de cada entorno, todavía no tiene la posibilidad de influir en la toma de decisiones, seguimiento, control de las acciones y recursos. Su aplicación en ocasiones carece de enfoque sistémico epidemiológico desde el nivel local, lo que tiende a movilizar a los implicados, pero obedece más a campañas, y adolecen de sistematicidad.

Porroche Escudero[180] por su parte considera que el empoderamiento a nivel individual, por sí solo, “no es suficiente para producir el cambio”, tiene que ir acompañado de cambios estructurales o institucionales que incluyan la participación comunitaria, así como políticas regionales, locales y nacionales. El empoderamiento no es algo que los profesionales de la salud o las activistas

puedan dar, ni puede ser impuesto desde el exterior, sino que debe surgir “desde una misma”, el rol de los profesionales, es el de “facilitador”,aportar las herramientas para propiciar los procesos vitales que den lugar a la concientización, que a su vez darán paso al empoderamiento.

Aun cuando muchos gobiernos y organismos nacionales e internacionales han puesto a la salud en su epicentro de atención, todavía no se logran las respuestas que requieren los disímiles desafíos sanitarios que acechan al planeta. Son respuestas impostergables que no podremos encontrar de manera aislada, sino que demandan del esfuerzo conjunto de todos.[24]

A consideración de la autora, los resultados obtenidos mediante la aplicación de este instrumento, permitirán identificar necesidades, planificar intervenciones y monitorear el impacto en la calidad de vida de los adultos mayores. Asimismo, propone, que para que el empoderamiento intersectorial adquiera plena potencialidad, es imprescindible fortalecer la articulación y coordinación entre los distintos sectores, promover acciones integradas que favorezca la autonomía y el bienestar de esta población para lo cual se requiere:

- Empoderar a los adultos mayores, familias, directivos de los sectores de la sociedad y a los líderes del nivel local.
- Capacitación a los directivos de los diferentes sectores involucrados.
- Ajustar el trabajo intersectorial a las particularidades culturales, barreras y facilidades de los niveles locales.
- Estimular y fortalecer las redes de apoyo.
- Estimular el trabajo en equipo, la toma de decisiones, la participación comunitaria, y construir espacios de trabajo donde exista buena comunicación, y el acceso a información relevante.

- Garantizar que los individuos, las instituciones y las comunidades se responsabilicen y actúen en función de mejorar la situación de salud bucal de la población adulta mayor de forma sostenible.
- Reforzar la comunicación bidireccional y la capacitación del personal de salud para la atención integral en el adulto mayor.
- Implementar campañas educativas intersectoriales que involucren a familiares, cuidadores, líderes comunitarios para reforzar la importancia del autocuidado y consulta regular.
- Evaluar periódicamente el impacto de las acciones intersectoriales y ajustar las estrategias según los resultados y retroalimentación de los propios adultos mayores.

Conclusiones del Capítulo

La metodología que se presenta para el diseño y validación de los instrumentos, fue comparada y cotejada con la revisión de la literatura, lo que permitió discutir elementos teóricos que posibilitaron el sustento científico de los mismos.

La discusión de los resultados permitió ratificar que los estudios dirigidos a la evaluación del empoderamiento intersectorial para la utilización de los servicios de salud bucal por adultos mayores, demanda de reconocer la necesidad de la participación activa de varios sectores sociales que incluyan tanto al individuo como a la familia y la comunidad. Se precisa la implicación de múltiples saberes y el desempeño de todos los que se encuentran alrededor.

CONCLUSIONES

- El instrumento diseñado para medir autopercepción de salud bucal relacionado con la utilización de los servicios por adultos mayores, demostró poseer alta validez de contenido y confiabilidad. Su implementación se postula como fundamental para optimizar la calidad y efectividad de las intervenciones destinadas a este grupo población.
- La aplicación del instrumento de autopercepción de salud bucal permitió la identificación de áreas de mejora acorde con las necesidades específicas de adultos mayores, y evidencia la tendencia a subestimar las enfermedades bucales, que limitan la utilización de los servicios estomatológicos en busca de atención profesional.
- El instrumento diseñado para evaluar el nivel de empoderamiento intersectorial, acorde con sus resultados de validez y confiabilidad, constituye una herramienta que puede sentar las bases para intervenciones sostenibles, que articulen servicios sociales y de salud en la atención estomatológica de este grupo poblacional.
- Menos de la mitad de las personas entrevistadas evidenciaron un nivel adecuado de empoderamiento intersectorial. Aunque existe conocimiento claro sobre la situación de los adultos mayores y buena disposición para participar en actividades conjuntas la falta de experiencia práctica limita la aplicación efectiva de la colaboración intersectorial en este contexto. Esta brecha señala la necesidad de fortalecer procesos que permitan traducir la intención y el conocimiento en acciones concretas.

RECOMENDACIONES

- Sugerir a los directivos de salud pública que consideren la incorporación de los instrumentos construidos en el perfeccionamiento de las estrategias para la salud bucal de los adultos mayores.
- Evaluar el nivel de empoderamiento intersectorial y utilización de los servicios por adultos mayores a nivel local con el propósito de la creación de una línea base que guíe las acciones para su desarrollo en el Consejo Popular Príncipe, fortalecer la acción comunitaria y la participación activa de los propios adultos mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torrecilla Venegas R, Castro Gutiérrez I. Efectos del envejecimiento en la cavidad bucal. Rev. 16 de Abril [Internet]. 2020 Oct-Dic [citado 2 May 2024]; 59 (278):1-6. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_4/article/view/819
2. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2022 [Internet]. La Habana: MINSAP. [Internet]. 2023 [citado 20 octubre 2024]. Disponible en: https://files.sld.cu/dne/files/2024/09/Anuario-Estad%c3%adstico-de-Salud 2023-EDICION-2024.pdf
3. Zayas Somoza E, Ferrer Hurtado O, Fundora Álvarez V. Sobre las asociaciones entre la disfunción masticatoria y el estado nutricional en adultos mayores. Rev. Cub. de Alimentación y Nutrición [Internet]. 2022 Jul-Dic[citado 5 Ene 2024];31(2):[aprox. 15 p.]. Disponible en: https://revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/1242
4. Villafuerte Reinante J, Alonso Abatt Y, Alonso Vila Y, Alcaide Guardado Y, Leyva Betancourt I, Arteaga Cuéllar Y. El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial. Rev. Medisur [Internet]. 2017 [citado 26 Feb 2024]; 15(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3239
5. Franco-Giraldo Álvaro. La salud bucal, entre la salud sistémica y la salud pública. Univ. Salud [Internet]. 2021 Sept [citado 8 de agosto de 2024];23(3):291-300. Disponible en: https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/4928
6. Remuzgo Alvarado AKP. Relación entre las barreras de acceso a los servicios odontológicos y la satisfacción con la atención odontológica en usuarios externos del puesto de salud Calana en Tacna [Tesis en Internet]. Perú:

Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2021[citado 26 Feb 2024]. Disponible en: https://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstreams/78d854c2-4238-46ba-b678-cd4a9f23ce2f/download

7. Enríquez Díaz MS, Palomino de Taboada GI. Autoevaluación y Autopercepción de la salud oral en pacientes geriátricos de una población peruana. Sciéndo [Internet]. 2024 Ene-Mar[citado 2 Dic 2024];27(1):45-51. Disponible en: https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/SCIENDO/article/view/5857
8. Falagán Izquierdo P. Empoderamiento en la vejez [Tesis en Internet]. España: Universidad de Cantabria; 2018 [citado 26 Feb 2024]. Disponible en: https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/14107?show=full
9. Escobar Díaz FA, Rodríguez Corredor ZA. Salud en todas las políticas e intersectorialidad en América Latina y en el Caribe, 2011-2021 Revisión de alcance. Rev. de Salud Pública [Internet]. 2023[citado 20 May 2024];XXIX(2):1-11. Disponible en: https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/42180
10. Castell-Florit Serrate P, Gispert Abreu E de los A, Álvarez Lauzarique M, Santana Espinosa M, Hernández Ferro P. Perspectiva teórica del empoderamiento intersectorial por la salud pública en directivos y líderes comunitarios. Rev. Cubana de Salud Pública [Internet]. 2022 [citado 25 Sep 2024];48(1):1-25. Disponible en: https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/3182
11. Aparicio Meneses LM, Hernández Méndez O, García Leyva L, Peña Rojas Y. Estrategia intersectorial para el perfeccionamiento del programa de médico y enfermera de la familia. Arch.Méd. Camagüey [Internet]. 2023 [citado 4 Feb

2025];27[aprox. 20 p.]. Disponible en: https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/9549

12. Rondón Sánchez E, Quiñones Rodríguez DM. Intersectorialidad, importancia y limitaciones en su aplicación en Cuba. Rev. Cubana de Salud Pública. [Internet]. 2022 [citado 25 Sep 2024];48 (Supl. especial revisiones). Disponible en: https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/3130
13. Bernal Ordoñez LK, Niño Gutiérrez EL, Casanova ML, Trevillo del Campo F, Rodríguez A, Jiménez García DA. Participación y empoderamiento comunitario en la atención primaria en salud en América Latina: revisión sistemática exploratoria. Rev.Panam Salud Pública [Internet]. 2024[citado 25 Ene 2025];48:e135. Disponible en: https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2024.v48/e135/es
14. Martínez Guerrero RJ. Estrategia de comunicación para el desarrollo hacia el empoderamiento social de las personas adultas mayores del programa Pensión 65 [Tesis en Internet]. LIMA – PERÚ: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2023[citado 26 Feb 2024]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/116372?show=full
15. Gaceta Oficial. Constitución de la República de Cuba [Internet]. Cuba: Ministerio de Justicia; 2019 [citado 25 Sep 2023]. Disponible en: https://www.gacetaoficial.gob.cu/es/constitucion-de-la-republica-de-cuba.
16. Gaceta Oficial. Ley No. 165 «De Salud Pública», 12 de febrero de 2024 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2005[citado 20 Sep 2024]. Disponible en: https://www.gacetaoficial.gob.cu/es/gaceta-oficial-no-12-ordinaria-de-2024

17. Naciones Unidas. La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe [Internet]. Naciones Unidas, Santiago: CEPAL; 2018[citado 11 de Nov 2024]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/cb30a4de-7d87-4e79-8e7a-ad5279038718/content
18. Gutiérrez Quinceno B. La evolución del concepto de envejecimiento y vejez ¿Por fin hablaremos de salud en vejez en el siglo XXI?. Salutem Scientia Spiritus [Internet]. 2022 Dic [citado 27 Sep 2023];8(4):14-22. Disponible en: https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/salutemscientiaspiritus/article/view/624
19. Dornell Regueira TI. Narrativas, construcciones de identidades y poder femenino en las vejeces. En: Diálogos (im)perfectos / Vejeces y feminismos [Internet]. Montevideo-Uruguay: Universidad de la República; 2023[citado 19 Sep 2024]. Disponible en: https://www.academia.edu/118456297/Web_dialogos_imprefectos_vejeces_y_feminismos_2_\
20. Rodríguez Ávila N. Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad. Horiz. sanitario [Internet]. 2018 Abr [citado 27Sep 2023];17(2):87-88. Disponible en: https://revistahorizonte.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/2417
21. Zarebskia G. La Organización Mundial de la Salud (OMS): del envejecimiento saludable a la vejez como enfermedad. Desafíos para la gerontología. Gerontology Today [Internet]. 2021 Dic[citado 27Sep 2023]; 1(2):13-23. Disponible en: https://igermed.com/wp-content/uploads/2021/12/01-Zarebski-GT2.pdf

22. Pérez Fleites D, Triana Álvarez E, Reyes Camejo T. Tecnologías de la Información y Comunicaciones en el envejecimiento saludable: 30 años de experiencias en Colón. Rev. Científica Estudiantil de Cien.Méd. de Matanzas [Internet]. 2024[citado 18 Mar 2024];3(3). Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulocodigo=9554120&orden=0&info=link
23. Colectivo de autores. Envejecimiento saludable en Cuba [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2022 [citado 19 Sep 2024]. Disponible en: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/envejecimiento-saludable-en-cuba
24. Oficina Nacional de Estadística e Información. El Envejecimiento de la Población. Cuba y sus territorios [Internet]. La Habana: ONEI; 2023 [citado 18 Dic 2023]. Disponible en: https://temas.sld.cu/estadisticassalud/2023/06/28/cuba-en-datos envejecimiento-y-esperanza-de-vida-que-dicen-los-indicadores-demograficos/
25. Mesa Trujillo D, Espinosa Ferro Y, Verona Izquierdo A I, Valdés Abreu BM, García Mesa I. Factores asociados a la salud y el bienestar en adultos mayores centenarios. Rev. Cubana Med.Gen.Integr. [Internet]. 2022 Mar [citado 18 Mar 2024];38(1):1-14. Disponible en: https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1246/547
26. Núñez Peña L, Bosch Núñez A, González Espangler L, Trupman Hernández Y. Ancianos con enfermedades bucales y medicación antihipertensiva. MEDISAN [Internet]. 2023 [citado 28 Sep 2023];27 (3):[aprox. 23p.]. Disponible en: https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/4546x
27. Rodríguez Carbajal G, Meras Jáuregui R. Consideraciones sobre el concepto «salud»: Una propuesta cubana. Medicentro Electrónica [Internet]. 2022

[citado 8 Jul 2024];*26*(1):122-130. Disponible en: https://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/3147/2838

28. Portal Miranda JÁ. Una Convención para respaldar el futuro. Rev.Infodir [Internet]. 2022[citado 6 Oct 2023];(39):1-4. Disponible en: https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/1347
29. Portal Miranda JÁ. Intervención en Asamblea Mundial de la Salud [Internet]. Cuba: MINSAP; 2023[citado 20 Nov 2024]. Disponible en: https://salud.msp.gob.cu/?p=34650&doing_wp_cron=1741107885.9601390361785888671875
30. Alfonso Carrazana E, Aguila Salas A, Feijoo Morales Y. Atención primaria de salud en la lucha contra el COVID-19 en Cuba. Medicentro Electrónica [Internet]. 2023 Jun [citado 8 Ago 2023];*27*(4):e3756. Disponible en: https://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/3756
31. Olivero IV. Dualidades del Concepto de Salud. ICSA [Internet]. 2023 Jun [citado 28 Sep 2023];11(22):92-104. Disponible en: https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/10853
32. Martínez Fuentes AJ, Fernández Díaz IE. Ancianos y salud. Rev. Cubana Med.Gen.Integr. [Internet]. 2008 Dic [citado 27 Sep 2023]; 24(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400010&lng=es
33. Bastidas Chaux SL, Espinoza Tumbaco GJ, Armijos Moreta JF, Gavilánez Villamarín SM. Estudio de las medidas educativas de la diabetes en la salud oral de adultos mayores. Revista Conrado [Internet]. 2022 [citado 20 Sep 2024];18(S3):492-500. Disponible en: https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/2695/2619

34. Loyola Carrasco DJ, Lozada López F, Pancho Chavarrea TL. Promoción de la educación sanitaria sobre salud bucodental en residentes de un centro de acogida en Ecuador. RC [Internet]. 18 de julio de 2022 [citado 26 de agosto de 2025];18(87):55-64. Disponible en: https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/2502
35. Gispert Abreu E, Castell-Florit Serrate P, Herrera Nordet M. Salud bucal poblacional y su producción intersectorial. Rev. Cubana Estomatol. [Internet]. 2015 [citado 27 Sep 2023];52:[aprox. 5 p.]. Disponible en: https://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/807
36. Batista Duarte AC, Amaral RM, Herrera Serna BY, Amaral RC. Autopercepción y condición de salud bucal en el anciano. Rev. Cubana Estomatol. [Internet]. 2021[citado 23 Sep 2024];58(3). Disponible en: https://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/3604
37. Valledor Álvarez JE, Águila Rodríguez CA. Relación entre las enfermedades sistémicas y las enfermedades bucales en el adulto mayor. AMC [Internet]. 2022 [citado 1 Jul 2024]; 26(0):[aprox. 12p.]. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552022000100051&lng=es
38. Garbey Pierre Y, Batista Delgado Y, Gorguet Pi MM, Adjunta Medina ME. Asociación entre salud oral y el deterioro cognitivo leve en adultos mayores. Rev. Cubana Estomatol. [Internet]. 2024 [citado 4 Jul 2024];61(0):e4859 Disponible en: https://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/4859
39. Morales Aguiar D, González Díaz M. ¿Por qué asociar la enfermedad periodontal inmunoinflamatoria crónica con el descontrol metabólico del paciente diabético?. Rev. Cubana de Endocrinología [Internet]. 2021 [citado 4

Jul 2024];32(2). Disponible en: https://revendocrinologia.sld.cu/index.php/endocrinologia/article/view/281

40. Cárdenas Velastegui JD, Castro Freire DM, Dávila Alemán LF, Miranda Rosero O. Enfermedad periodontal y su relación con la diabetes. Rev. Finlay [Internet]. 2023 Sep[citado 8 Jul 2024];13(3):339-346. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1268/2260
41. Sánchez Sánchez RJ, Feria Díaz GE, Miguel Cruz PA. Salud bucal y enfermedades sistémicas. GacMédEspirit [Internet]. 2024 [citado 1 Jul 2024];26(0). Disponible en: https://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/2612
42. Sharma P, Fenton A, Dias IHK, Heaton B, Brown CLR, Sidhu A. Oxidative stress links periodontal inflammation and renal function. Journal Clinical Periodontology [Internet]. 2021 [citado 7 Feb 2022];48(3):357-67. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33368493/
43. Ayala Sotolongo N, DangerBradshaw S, ReytorGonzález IO, Santana Borrego C. Periodontitis como factor de riesgo de enfermedad renal crónica y manifestaciones bucales en pacientes hemodializados. Rev. Cubana Med.Milit. [Internet]. 2024 [citado 4 Jul 2024];53(2). Disponible en: https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/19398
44. Ciria González CB, Prado Mera AM, Espinosa González L, Basterrechea Milián M, Marrero Ciria MC, Marrero Ciria A. Prevalencia de la enfermedad periodontal en pacientes con cardiopatía isquémica [Internet]. En: Actas de Congreso de Estomatología; 2020 [citado 1 Jul 2024]. Disponible en: http://estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/view/469/339

45. López Torres G, Huerta Ayala SE. Conexión entre salud oral y sistémica. Ciencia Latina [Internet]. 2024 [citado 1 Ene 2025];8(6)3753-74 Disponible en: https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/15126/21554
46. Nápoles Salas AM, Nápoles González IJ, Díaz Gómez SM. El envejecimiento y cambios bucodentales en el adulto mayor. Arch.Méd.Camagüey [Internet]. 2023 [citado 28Sep 2023];27:e9112. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025025520230001 00007&lng=es
47. Alarcón Cruzado RA. Acceso a la atención Odontológica e inequidad en niños de 0 a 11 y adultos mayores de 60 años de edad según ámbito geográfico [Tesis en Internet]. Lima: Universidad Peruana; 2015[citado 20 Sep 2024]. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/1426
48. Parrales Valencia CCE. Acceso a servicios odontológicos y derecho a la salud en el Perú [Tesis en Internet]. Lima: Universidad Peruana; 2015[citado 20 Sep 2024]. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1412/Acceso_ ParralesValencia_Christopher.pdf?sequence=1&isAllowed=y
49. Fuentes Reveron S. El acceso a los servicios de salud: consideraciones teóricas generales y reflexiones para Cuba. Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. 2017 [citado 5 Sep 2024];43(2):272-286. Disponible en: https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/761/926
50. Caballero García CR, Espínola Verdún PA, Domínguez González DD, Martínez Benítez GG, Figueredo Palacios S, Fernández Cáceres AM. Salud bucodental y utilización de servicios odontológicos. Mem. Inst. Investig. Cienc.

Salud [Internet]. 2017[citado 5 Oct 2024];15(3):57-63. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v15n3/1812-9528-iics-15-03-00057.pdf

51. Figueroa Pedraza D, Cavalcanti Costa GM. Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. Rev.Enferm. Glob [Internet]. 2014[citado 7Sep 2024];13(33):267-278. Disponible en: https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.13.1.170901/157201
52. Ruiz Rodríguez M, Valdez Santiago R. Revisión sobre la utilización de servicios de salud, 1996-2006. Rev. Cubana Sal.Públ. [Internet]. 2008 [citado 20 Sep 2024];10(2):332-342. Disponible en: https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/96737
53. Díaz Piñera AM, Rodríguez Salvá A, García Roche RG, Balcindes Acosta S, Jova Morel R, De Vos Pol et al. Utilización de los servicios médicos en un área de salud. Rev. Cubana de Higiene y Epidemiología [Internet]. 2013 [citado 30 Nov 2023];51(1):27-39. Disponible en: https://revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/view/429/356
54. Silvina Dho M. Factores asociados a la utilización de servicios de salud odontológicos. Rev.Ciênc. Saúde Colet [Internet]. 2018 Feb[citado 30 Nov 2023];23(2):509-518. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n2/509-518/
55. Rodríguez Ramírez LA. Empoderamiento, participación en la toma de decisiones en salud y calidad de vida en mujeres adultas mayores con cáncer [Tesis en Internet]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2022[citado 20 Sep 2024]. Disponible en:

https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/83349/1010217408.2022.pdf?sequence=2&isAllowed=y

56. Germán Fajardo DG, Gutiérrez JP, García Saisó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. Rev. Salud Pública México [Internet]. 2015 [citado 30 Nov 2024];57(2):180. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/312083257_Acceso_efectivo_a_los_servicios_de_salud_operacionalizando_la_cobertura_universal_en_salud
57. Tilkin C, De Winter M, Ketterer F, Etiennne AM, Vanmeerbeek M. Schoenaers F. Considering Patients' Empowerment in Chronic Care Management: A Cross-Level Approach. Eur. J. Investig. Health Psychol. Educ [Internet]. 2020[citado 20 Sep 2024];10(1):134-142.Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmid/34542475/
58. Del Arco Bravo I. Empoderamiento comunitario para la promoción de la salud [Internet].España: Universidad de Lleida; 2021 [citado 20 Sep 2024]. Disponible en: http://repositori.udl.cat/items/3b14353c-1ff1-42b1-ab64-e34cb977e674
59. Mora M. Empoderamiento, participación y sentido de comunidad. El caso de las mujeres de Casares II [Tesis en Internet]. Castellón de la Plana- España: Universidad Jaume; 2015[citado 20 Sep 2024]. Disponible en: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/136547/TFG_2014_ferreM.pdf?sequence=1
60. Verzosi Vargas CV, Carvajal Brito RV. La Economía Popular y Solidaria en el Ecuador. El empoderamiento femenino. Rev. de Economía Pública, Social y

Cooperativa [Internet]. 2023 Mar[citado 30 Nov 2023];107:71- 100. Disponible en: https://revistas.uv.es/index.php/ciriecespana/article/view/17063/22394

61. Carnota Lauzán O. Tecnologías Gerenciales. Una oportunidad para los sistemas de salud [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005. Disponible en: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/tecnologias-gerenciales/
62. Loiti Rodríguez S, Genaut Arratibel A, VinkLarruskain N. Promoción del empoderamiento social y la educación en salud desde una *web* institucional: propuesta metodológica de análisis y medición. Estudios sobre el Mensaje Periodístico [Internet]. 2023 [citado 30 Ene 2024];29(1):129-141. Disponible en: https://revistas.ucm.es/index.php/ESMP/article/view/81988
63. Pérez Paloma P, Olano Lizarraga M, Rumeu Casares C, Quesada A, SaracíbarRazquin M, Vázquez Calatayud M. Nivel de empoderamiento de las personas con insuficiencia cardíaca crónica hospitalizadas. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2021 Dic [citado 19 Jul 2024];44(3):351-360. Disponible en: https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/86561
64. Hormigo Pozo A, García Soidán FJ, Franch Nadal J, Sanz Vela N. Empoderamiento del paciente con diabetes para asumir su autocontrol. Rev. Diabetes Práctica [Internet]. 2021[citado 19 Jul 2024];12(Supl Extr 1):1-25. Disponible en: http://www.diabetespractica.com/files/1611851490.06_empoderamiento_sp_12-1.pdf
65. Poma Ambolaya DK, Soto Jacobe JR. Empoderamiento y autocuidado en pacientes ambulatorios con Diabetes Mellitus tipo II del Hospital Daniel Alcides Carrión [Tesis en Internet]. Huancayo – Perú: Universidad Peruana de Los

Andes; 2023. Disponible en: https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/7555

66. Ferreiro Vilariño T. Coaching y comunicación instrumentos para el empoderamiento del paciente. El caso de pacientes con cáncer de mama. [Tesis en Internet]. Madrid: Universidad Complutense; 2023. Disponible en: https://docta.ucm.es/entities/publication/5686170f-1971-40f3-a9725d31a15b04c8

67. Mejia Christian R, Casa Valero L, Rodríguez Alarcón JF, Vilela Estrada MA, Carbajal Macarena Charri JC. Factores asociados al paciente empoderado en el tema de coronavirus en el Perú. Rev. Cubana Hig.Epidemiol. [Internet]. 2021 [citado 19 Jul 2024]; 58. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156130032021000100012&lng=es

68. Gómez González EE, Priego Álvarez HR, de la Cruz García C. Empoderamiento y adherencia terapéutica en el adulto mayor: una revisión sistemática. Rev. Enfoque [Internet]. 2023 [citado 19 Jul 2024]; 33(29). Disponible en: https://revistas.up.ac.pa/index.php/enfoque/article/view/3959

69. Ferrer Lozano Y, Morejón Trofimova Y. Gestión intersectorial, herramienta para la gestión de políticas públicas. Una experiencia cubana en la atención primaria de salud. Rev.Panorama Cuba y Salud [Internet]. 2021[citado 19 Jul 2024];16(2):142-145. Disponible en: https://revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/1113

70. Godoy Casasbuenas N, Franco M, Lozano JM, Gore Saravia N. Importancia de la intersectorialidad en la investigación para la salud: conectando comunidades, científicos y tomadores de decisiones. Rev. Medicina [Internet].

2017 Jun [citado 19 Jul 2024];39(2):91-97. Disponible en: https://revistamedicina.net/index.php/Medicina/article/view/117-1/_1

71. Castell-Florit Serrate P. Intersectorialidad: discurso y realidad. Rev. Cubana Hig.Epidemiol. [Internet]. 2004 Abr [citado 26 Feb 2024];42(1). Disponible en: https://revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/view/750
72. George Quintero R, Laborí Ruiz R, Noa Legrá M, Nicot Martínez N. Intersectorialidad y participación comunitaria: paradigma de la Salud Pública en Cuba. Rev.Inf.Cient. [Internet]. 2017 [citado 3 Oct 2024];96(3). Disponible en: https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/297
73. Leyva Caballero R. Voluntad política e intersectorialidad para el enfrentamiento a la COVID-19 en Cuba. Rev. Haban. Cienc. Méd. [Internet] 2020 [citado 3 Oct 2024];19(2):3241. Disponible en: http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3241/2507
74. González Ramos RM. Estrategia intersectorial sobre las determinantes sociales de salud en adultos mayores. 2017- 2020 [Tesis en Internet]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2021[citado 3 Oct 2024]. Disponible en: https://tesis.sld.cu/index.php?P=DownloadFile&Id=578
75. Castell-Florit Serrate P, Acevedo Martínez M, Vidal Ledo MJ. La intersectorialidad en Cuba es una fortaleza para el enfrentamiento a la COVID-19. Rev. Infodir [Internet]. 2020 [citado 2 Oct 2024];(32). Disponible en: https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/836
76. Castell-Florit Serrate P. Calidad de los Sistemas y Servicios de Salud. Horizonte Sanitario [Internet]. 2023[citado 2 Oct 2024];22(3). Disponible en: https://revistahorizonte.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/5656/425

77. Sánchez Frenes P, Noriega Bravo V. La intersectorialidad como tecnología gerencial en las donaciones voluntarias de sangre en Cuba. Rev. Medisur [Internet]. 2022 [citado 10 Oct 2024];20(6):[aprox.7p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5408
78. Rondón Sánchez E, Quiñones Rodríguez D. Percepción del riesgo en tiempos de pandemia como un problema de salud que demanda acción intersectorial. Rev. Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2023 [citado 10 Oct 2023];39(2). Disponible en: https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/2473/652
79. Monasterio J. La interdisciplinariedad y la intersectorialidad como enfoques integradores en el proceso de diseño y formulación de políticas públicas. Rev. Gestión I+D [Internet]. 2020 [citado 10 Oct 2023];5(3):295-333. Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_GID/article/view/20235
80. Castell-Florit Serrate P, Gispert Abreu E de los Angeles. Empoderamiento Intersectorial en directivos y líderes locales como contexto para la acción en salud pública. Rev.Cub. de Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 26 Sep 2024]; 44 (3). Disponible en:https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1214/1103
81. Nicole AG, Tronchin DM. Fatores associados ao empoderamento psicológico da enfermagem em serviços de hemodiálise. Acta Paul Enferm [Internet]. 2023 [citado 3 Oct 2023];36. Disponible en: https://acta-ape.org/en/article/factors-associated-with-the-psychological-empowerment-of-nursing-in-hemodialysis-services/
82. Pérez García M, Lobelle Rimada Y, Mayo Ramiro CF, González Álvarez G, Martínez Morales M, Cabrera Ardanás M, Arenas Bautista P. Proceso de

empoderamiento y sus alcances, desde las vivencias de un equipo de trabajo. Rev. Cubana de Psicología [Internet]. 2023 Dic [citado 3 Ene 2024];5(8). Disponible en: https://www.alfepsi.org/revista-cubana-de-psicologia-vol5-n8/

83. Fariñas Acosta L. Empoderar, desde la comunidad, a nuestros mayores. Periódico Granma [Internet]. 2018 Ago[citado 19 Jul 2024]. Disponible en: https://www.granma.cu/salud/2018-08-01/empoderar-desde-la-comunidad-a-nuestros-mayores-01-08-2018-19-08-35
84. Alarcón MA, Muñoz NS. Medición en salud: algunas consideraciones metodológicas. Rev.Méd. Chile [Internet]. 2008[citado 3 Oct 2023];136(1):125-130. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0034_98872008000100016&lng=es
85. Cruz Avelar A, Cruz Peralta ES. Metodología para la construcción de instrumentos de medición en salud. Pediátricas [Internet]. 2017 [citado 10 Ene 2024];26(3):100-5. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/alergia/al-2017/al173d.pdf
86. Rojas Z, Torres G, Garavito E, Castañeda S, López R. Construcción y validación de instrumentos de medición en el ámbito de la salud. Revisión de la literatura. Rev.Odontol.Pediatr. [Internet]. 2022 Ene–Jun[citado 10 Ene 2024];21(1):206. Disponible en: https://op.spo.com.pe/index.php/odontologiapediatrica/article/view/206/162
87. Capote Femenías JL. Instrumentos para evaluar la calidad de los servicios de Estomatología General Integral en Cuba. [Tesis en Internet]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana;2023[citado 20 Ene 2024]. Disponible en: https://tesis.sld.cu/index.php?P=DownloadFile&Id=25380

88. Hernández Sampieri R, Mendoza C. Metodologia de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta, Ciudad de México [Internet]. México: Editorial Mc Graw Hill Education; 2018[citado 20 Ene 2024]:714 p. Disponible en: https://virtual.cuautitlan.unam.mx/rudics/?p=2612
89. Jiménez Quintana Z. Instrumento de medición de calidad de vida relacionado con el componente bucal de la salud [Tesis en Internet]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2020[citado 20 Ene 2024]. Disponible en: https://tesis.sld.cu/index.php?P=DownloadFile&Id=315
90. Nápoles Fernández MR, Barrueta Gómez N. Metodología para la validación de instrumentos de medición. Rev. A 3manos [Internet]. 2023 Ene-Jun [citado 10 Nov 2023];(19):1-10. Disponible en: https://a3manos.isdi.co.cu/index.php/a3manos/article/download/337/295/1096
91. Corral de Franco Y. Validez y confiabilidad en instrumentos de investigación: una mirada teórica. Rev. Ciencias de la Educación [Internet]. 2022 Jul-Dic[citado 10 Ene 2024];32(60):562-586. Disponible en: http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/60/art06.pdf
92. Fleites Did TY, Pérez Gallego YC, Gispert Abreu E, Blanco Barbeito N, Mella Quintero SF. Validación de instrumentos evaluativos del conocimiento sobre salud bucodental. Rev. Med. Electron. [Internet]. 2021[citado 26 Feb 2024];43(1). Disponible en: http://revmedicaelectronica.sld,cu/index.php/rme/article/view/3998
93. Rodríguez Soto A. Criterios metodológicos para validar clasificaciones clínicas de enfermedades y problemas de salud estomatológicos [Tesis en Internet]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2022[citado 20

Ene 2024]. Disponible en: https://tesis.sld.cu/index.php?P=DownloadFile&Id=146

94. Castañeda Rodríguez T, López Domínguez A, Collazo Frías VC, Moirón Vallar OM. Fiabilidad instrumental para medir la aplicación de técnicas estadísticas en cultura física: Alpha de Cronbach. Transformación [Internet].2024 [citado 2 Mayo 2024];*20*(1):128-144. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-29552024000100128&lng=es&tlng=es.

95. Oviedo HC, Campos Arias A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. Rev. Colomb. Psiquiatr. [Internet]. 2005 Dic[citado 2 May 2024]; 34(4):572-580. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034745020050 00400009&lng=es

96. Mendieta Izquierdo G. Informantes y muestreo en investigación cualitativa. Investigaciones Andina Fundación Universitaria del Área Andina Pereira Colombia [Internet]. 2015 [citado 7Oct 2024];17(30):1148-1150. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239035878001

97. Escobar RA, Escobar Escobar MB. Los grupos de discusión como técnica para la construcción y percepción organizacional en entidades públicas. Rev. Administración y Desarrollo [Internet]. 2023 jul-dic. [citado 7 Oct 2024]; 53(2). Disponible en: https://revistas.esap.edu.co/index.php/admindesarro/article/view/817/674

98. García Valdés M, Suárez Marín M. El método Delphi para la consulta a expertos en la investigación científica. Rev.Cub. Salud Pública [Internet]. 2013 Jun [citado 7Oct 2024];39(2):253-267. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662013000200007&lng=es

99. Fernández González AE, Rodríguez Varis D, Jorrín Carbo EM. Extensión del empleo de criterio de expertos. Validez, consistencia y fiabilidad de los resultados. Rev. Podium. [Internet]. 2024 [citado 07Oct 2024] ; 19(1): Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1996-24522024000100004&lng=es

100. Chaple Gil AM, Gispert Abreu E, Fernández E. Diseño y validación de un instrumento sobre las capacidades cognitivo –prácticas para el tratamiento con mínima intervención de la caries dental en la carrera de estomatología. Rev. CubanaEstomatol. [Internet]. 2021[citado 5 May 2024];58(2). Disponible en: http://revestomatologia.sld.cu/index.php/article/view/3876

101. Rodríguez Soto A, Barciela González MC, Soto Rodríguez PL. Criterios metodológicos para validar clasificaciones clínicas y aseguren la precisión y confiabilidad diagnóstica. Rev.Infodir [Internet]. 2023 sept-dic [citado 7 Oct 2024]; 42. Disponible en: https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/1508

102. Pacheco SJ, Pacheco MA, Castro-Núñez GM, de los Ríos Fernández EM, de Abreu MH, Escalante-Otárola WG. Impacto de la ansiedad dental en la calidad de vida relacionada con la salud bucal de adultos mayores en zona rural del Perú. Revista Científica Odontológica [Internet]. 2025 Mar [citado 21 Abr 2025];13(1): e229. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11994096/pdf/odontologica-13-01-e229.pdf

103. Mirabal Nápoles M, Carbajal Hernández BM, Soler Herrera M, Bujardon Mendoza A. Análisis histórico tendencial del proceso de formación del componente investigativo en la carrera de medicina. Rev. Hum.Med. [Internet]. 2022 [citado 7 Oct 2024];22(2):361-385. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172781202022000200361&lng=es

104. Roco Videla A, Vladimir Flores S, Olguin Barranza M, Maureira Carsalade N. Alpha d Cronbach y su intervalo de confianza. Rev. Nutr. Hosp. [Internet]. 2024 [citado 27 Sep 2024]; 41(1):270-271. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212161120240 00100033&lng=es

105. Páez Moreno R. La investigación biomédica en seres humanos desde la ética pública: el valor social de la investigación. Medicina Y Ética [Internet]. 2022 [citado 17 Ago 2022];32(4):947–969. Disponible en: https://revistas.anahuac.mx/bioetica/article/view/985

106. Mendoza Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2001[citado 17 Ago 2024];17(4):819–32. Disponible en: https://www.scielo.br/j/csp/a/vhrTfWfyfY97djzjNfGKHjd/?lang=es

107. INE. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 ENSE 2011-2012. Metodología [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad;2012[citado 20 Nov 2024]. Disponible en: https://www.ine.es/metodologia/t15/t153041912.pdf

108. Agudelo Suárez AA, Álzate Urrea S, López Vergel F, López Orozco C, Espinosa Herrera É, Posada López A, Meneses Gómez EJ. Barreras y

facilitadores de acceso a los servicios de salud bucal para la población adulta mayor atendida en la red pública hospitalaria de Medellín, Colombia. Rev.Gerenc. Polít. Salud [Internet]. 2014[citado 17 Ago 2024];13(27):181-199. Disponible en: https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/11966/9800

109. Nápoles González I de J, Nápoles Salas AM. Necesidad social de atención estomatológica al adulto mayor con dismovilidad. Rev.Hum.Med [Internet]. 2021 Abr [citado 20 Sep 2024];21(1):209-223. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172781202021000100209&lng=es

110. Castell-Florit Serrate P, Gispert Abreu EA. Intersectorialidad en el contexto socioeconómico cubano y sus implicaciones en la salud de la población. Cuba 2012. Rev. Cubana de Salud Pública [Internet]. 2012[citado 20 Sep2024]; 38(5):823-833. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662012000500015&lng=es

111. Reymond Vasconcelos AG, Gispert Abreu Ede los Angeles, Llibre Rodríguez JJ, Castell-Florit Serrate P, Bosch Bayard RI, Zayas Llerena T. Percepción de las demencias y la intersectorialidad en el contexto del Policlínico Docente Playa. Rev.Cub. Salud Pública [Internet]. 2019 Mar[citado 28 Mar 2021];45(1). Disponible en: https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1128

112. Hernández Palomo EC, Rodríguez Castillo D. Intersectorialidad en la prevención y control de enfermedades no trasmisibles. Santa Rita. Jiguaní. 2020. Rev. Multimed [Internet]. 2021 Dic [citado 9 Feb 2023];25(6):2560. Disponible en: https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/2560

113. Rincón Méndez AY, Hernández Sánchez J, Niño Bautista L, Camargo Figuera FA, Mantilla Uribe BP. Embarazo en la adolescencia: diseño y validación de un instrumento para medir el trabajo intersectorial. Hacia promoc. Salud [Internet]. 2022 Dec [citado 15 Feb 2023]; 27(2): 21-36. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012175772022000200021&lng=en

114. González Fajardo KD, Ortiz León MC, Zenteno Cuevas R. Adaptación y validación del instrumento EMPODERA-TB para evaluar el empoderamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar. Rev. Panam. Salud Publica. [Internet]. 2022[citado 15 Feb 2023]; 46:168. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/56479

115. Gispert Abreu EA, Castell-Florit Serrate P, Álvarez Lauzarique ME. Medición de las dimensiones del empoderamiento intersectorial por la salud pública en directivos y líderes del nivel local [Internet]. En: Cuba Salud, IV Convención Internacional de Salud; 2022 Oct 17-21[citado 15 Feb 2024]. Disponible en: https://convencionsalud.sld.cu/index.php/convencionsalud22/2022/paper/viewFile/2796/1659

116. Muñoz Padilla MB, Vega Martínez VA, Villafuerte Moya CA. Interpretación de la bioseguridad en endodoncia mediante revisión bibliográfica con metodología PRISMA. Rev. Salud Ciencia y Tecnología [Internet]. 2024[citado 19 Jul 2024];(4):[aprox. 15p.]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9481001&orden=0&info=link

117. Oquendo Silva JR, Cedeño Delgado MJ, Michalón Acosta RA. Importancia de la salud oral en la calidad de vida de pacientes con enfermedades crónicas.

Rev. RECIMUNDO [Internet]. 2024[citado 19 Jul 2024];8(1):239-247. Disponible en: https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/2185

118. Rodríguez Chicaiza EE. Asociación entre la disfunción de la articulación temporomandibular en relación a la calidad de vida. Revisión bibliográfica [Tesis en Internet].Ambato-Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2024[citado 20 May 2024]. Disponible en: https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/17742/1/UA-ODO-EAC-020-2024.pdf

119. González-Veja A M del C, Sánchez Molina R, López Salazar, A, López Salazar, GL. La entrevista cualitativa como técnica de investigación en el estudio de las organizaciones. New Trends in QualitativeResearch, NTQR[Internet]. 2022[citado 19 Jul 2024]; 14:e571. Disponible en: http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2184777020220005000 04&lng=pt&nrm=iso&tlng=es

120. Chiriboga Efrén V, Terranova Barrezueta AE, Velis Aguirre LM. Funcionalidad familiar y autoestima del adulto mayor, en situación de maltrato. Un estudio participativo comunitario. Rev. Lasallista Investig. [Internet]. 2018[citado 16 Jun 2024];15(2):300-314. Disponible en: https://revistas.unilasallista.edu.co/index.php/rldi/article/view/1871

121. Borjas García JE. Validez y confiabilidad en la recolección y análisis de datos bajo un enfoque cualitativo. Trascender, contabilidad y gestión [Internet]. 2020[citado 16 May 2024];*5*(15):79-97. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448638820200 00300079&lng=es&nrm=iso&tlng=es

122. Duarte Wisnesky U, Olson J, Paul P, Dahlke S. Percepciones y experiencias de los adultos mayores con respecto a la actividad Sit-to-stand: Un estudio etnográfico de viabilidad previa. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2023 [citado 16 May 2024];31:3813. Disponible en: http://www.scielo.br/j/rlae/a/KXcDLhBCN9jJ6FJqKBr45fj/?lang=en

123. Luna Maldonado E, Aristizabal Saldarriaga C, Arango AC, Betancur PA, Mejía Pérez PN, Ramirez Ortiz OC. Factores sociales, culturales e históricos que influyeron en la pérdida dental de adultos mayores. Valle de Aburrá 2000. CES odontol [Internet].2009 [citado 16 Ene 2024];14(1):13-8. Disponible en: http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/646/383

124. Velasco Yanez RJ, Cajape Quimis JC, Cunalema Fernández JA, Vargas Aguilar GM. Significado del autocuidado en el adulto mayor desde el modelo de promoción de salud. Gerokomos [Internet]. 2022 [citado 16 Ene 2024];33(3): 145-149. Disponible en: https://gerokomos.com/wp-content/uploads/2022/10/33-3-2022-145.pdf

125. Herrera Cárdenas A. Validación de la propuesta de una tesis mediante el método Delphi. Edu.Sup. Rev. Cient. Cepies [Internet]. 2023[citado 16 Ene 2024];10(3). Disponible en: http://ojs.cepies.umsa.bo/RCV/article/view/146/134

126. Herrera Masó JR, Calero Ricardo JL, González Rangel MA, Collazo Ramos MI, Travieso González Y. El método de consulta a expertos en tres niveles de validación. Rev.Haban.Cienc.Méd. [Internet]. 2022[citado 16 Jun 2024]; 21(1):[aprox. 26p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2022000100014&script=sci_arttext&tlng=en

127. Serrano de Moreno MS, Castellanos Herrera SJ, Jacobo Andrade D. Competencias en investigación del profesorado universitario desafío en la construcción de la cultura investigativa. Rev. de Ciencias Sociales [Internet]. 2024[citado 16 May 2024];30(1):381-397. Disponible en: https://produccioncientificaluz.org/index.php/rcs/article/view/41662

128. Cristancho González LR, Gómez Beleño GE, Parody Muñoz AE. Diseño y validación de contenido, por juicio de expertos, de un instrumento para la caracterización laboral y productiva de población con discapacidad visual. Rev. Ocupación Humana [Internet]. 2024[citado 16 Dic 2024];*24*(2):119–135. Disponible en: https://latinjournal.org/index.php/roh/article/download/1681/1421

129. Del Rio Pérez O, González García TR, Tamayo Suarez JA. Validación de contenido en cuestionarios de instrumentos utilizados en investigaciones de dirección en Educación Médica. Rev. Infodir [Internet]. 2024 [citado 5 Dic 2024]. Disponible en: https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/1611

130. Ramírez Chávez MA, Ramírez Torres TZ. El método DELPHI como herramienta de investigación. Una revisión. Rev. Latinoamericana de Cien. Soc. y Hum. [Internet]. 2024 [citado 5 Dic 2024];5(1):2789-3855. Disponible en: https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/1842/2369

131. Tejeda Dilou Y, Dandicourt Thomas C, Suárez Fuentes R, Rondón Cabrera JJ. Validación de instrumento de integración de cuidados en el adulto mayor en la comunidad. Rev. Cubana de Enfermería [Internet]. 2021[citado 5 May 2024];37(2):3622. Disponible en: https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3622

132. Torres Malca JR, Vera Ponce VJ, Zuzunaga Montoya FE, Talavera JE, De La Cruz Vargas JA. Validez de contenido por juicio de expertos de un instrumento para medir conocimientos, actitudes y prácticas sobre el consumo de sal en la población peruana. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2022 [citado 5 May 2024]; 22(2):273-279. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S230805312022000200273&script=sci_arttext&tlng=en

133. Roche Martínez A, Peguero Morejón HA, Gispert Abreu E de los Ángeles, Núñez Pérez BM, Rodríguez Soto A. Diseño y validación de un cuestionario de autopercepción y utilización de servicios estomatológicos por adultos mayores. Rev. Méd. Electrón [Internet]. 2025 [citado 21 de Abr de 2025];47:e6035. Disponible en: https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/6035

134. Izaguirre Bordelois M, López Artística MA, López Artística L, Santana Isaac J. Autotrascendencia y calidad de vida en asistentes a una Cátedra del Adulto Mayor en Cumanayagua, Cuba. Rev. Perú. Investig. Salud [Internet]. 2021[citado 5 May 2024];5(3):153-158. Disponible en: https://revistas.unheval.edu.pe/index.php/repis/article/view/891/989

135. Franco Suárez M, Menéndez Jiménez J, Mena Correa M, Montequín Jiménez A, Plasencia Padrón N, Mena Martínez M; et al. Encuesta nacional de envejecimiento de la población 2017. Resultados obtenidos. Anales de la Academia de Ciencias de Cuba [Internet]. 2022 [citado 5 May 2024]; 12 (2):[aprox. 18p.]. Disponible en: https://revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/download/1143/1398

136. Navarrete Daniela GG, Prieto Diego OR, Salas Carina JA. Asociación entre la condición oral y sistémica con la calidad de vida en salud bucal de adultos mayores institucionalizados en Recoleta. Estudio piloto. Int. J interdiscip. Dent [Internet]. 2022 [citado 5 May 2024];15(2): 120-124. Disponible en: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1448439

137. De Castro Yero JL, Torrecilla Venegas R, Yero Mier IM, Castro Gutiérrez I, Ramírez Ramírez L. Estado de salud bucal en adultos mayores del área norte del municipio Santi Spiritus. SPIMED [Internet]. 2020 [citado30 Nov 2024];1(2). Disponible en: https://revispimed.sld.cu/ index.php /spimed/article/view/14

138. Tapia Julieta, Encina R Piangatelli MC, Pirola J, González G, Moscoso N. Barreras de acceso según las etapas del proceso de atención de la salud de los adultos mayores. Gerokomos [Internet]. 2023 [citado 5 May 2024];34(3):183–187. Disponible en: https://gerokomos.com/wp-content/uploads/2023/10/34-3-2023-183.pdf

139. Delgado Pérez A, Íñiguez Rojas L. Rasgos de bienestar según fuentes de ingreso en un grupo de adultos mayores de barrios capitalinos. Reví. Novedades en Población [Internet]. 2018 [citado 5 May 2024];14 (27):1-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782018000100011

140. Azcuy L, Camellón A, Roque Y. Atención focalizada, desde la política social, a los adultos mayores institucionalizados del municipio Placetas, Cuba. Rev. Novedades en Población [Internet]. 2020 [citado 5 May 2024];16(31): 173-186. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782020000100173&lng=es&nrm=iso&tlng=es

141. Roque Doval Y, Azcuy Aguilera L. Toledo Cabrera L. Política social para la atención a la vejez: una necesidad para Villa Clara. Rev. Novedades en Población [Internet]. 2015[citado 5 May 2024];11(22): [aprox.16p.]. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S181740782015000200003

142. López Castellanos G, López Ramírez LB, Nachón García MG, Hernández LunaGómez D. Salud bucal, salud bucal percibida y calidad de vida en adultos mayor. Rev. Med UV [Internet]. 2014[citado 20 May 2024];14(2):6-11.Disponible en: https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol14_num2/articulos/salud.pdf

143. López Home I, Rodríguez Cabrera A, Alvares Vázquez L. Situación de salud de las personas mayores en el área II de salud del municipio de Cienfuegos. Infodir [Internet]. 2022 [citado 21 Dic 2024];(38):[aprox. 16p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1996352120220002000006&script=sci_arttext

144. Roche Martínez A, Peguero Morejón HA, Núñez Pérez BM, Fuentes Roche A. Caracterización y utilización de los servicios de salud en los ancianos del hogar “Manuel AneiroSubirat”. Plaza de la revolución 2019[Internet]. En: Actas de Congreso Internacional Estomatología 2020; 2020[citado 20 Nov 2024]. Disponible en: http://www.estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/view/350/66

145. Roche Martínez A, Peguero Morejón HA, Núñez Pérez BM, Gispert Abreu E de los A, Alfaro Mon M. Barreras en la utilización de los servicios de salud en

adultos mayores [Internet]. En: X Simposio Visión Salud Bucal y IX Taller sobre Cáncer Bucal; 2021 Dic 1-23[citado 20 Nov 2024]. Disponible en: https://estomatovision2021.sld.cu/index.php/estomatovision/2021/paper/viewFile/410/96

146. Roche Martínez A, Peguero Morejón HA, Nuñez Pérez BM, Gispert Abreu E de los A, Fuentes Roche A. Salud bucal de adultos mayores y utilización de los servicios de la Facultad de Estomatología, La Habana. Rev. Cubana Estomatol. [Internet]. 2025 [citado 18 Feb 2025];62:e4694. Disponible en: https://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/4694

147. Roche Martínez A, Peguero Morejón HA, Nuñez Pérez BM. Importancia de la salud bucal desde la percepción del adulto mayor. Estudio Consejo Príncipe [Internet]. En: Cisalud 2023[citado 20 Nov 2024].Disponible en: https://cisalud-ucmh.sld.cu/index.php/cisalud/2023/paper/view/155

148. Collazo Ramos MI, Calero-Ricardo JL, Collazo Llorca A, García Collazo CM. Satisfacción de un grupo de ancianos sobre los servicios estomatológicos del Policlínico Docente "Tomás Romay". Rev. Haban. Cienc. Méd [Internet]. 2016 [citado 22 Oct 2021];15(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1212

149. Rodríguez Cabrera A, Collazo Ramos M, Álvarez Vázquez L, Calero Ricardo J, Castañeda Abascal I, Gálvez González AM. Necesidades de atención en salud percibidas por adultos mayores cubanos. Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. 2015 [citado 12 septiembre 2023]:41(3) Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864346620150003000002

150. Espinosa Espinosa D, Soto Peálosza D, García Rupaya C, Dulanto Vargas J, Morales Vadillo R. La calidad de vida, relacionada con la salud oral, en el Centro del Adulto Mayor de San Isidro, Lima. Rev. Cubana Estomatol [Internet]. 2022[citado 25 octubre 2024];59(4):e3937. Disponible en: https://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/3937/2099

151. Roche Martínez A, Peguero Morejón HA, Nuñez Pérez BM. Relación entre enfermedades bucales y sistémicas en adultos mayores [Internet]. En: Cisalud 2024[citado 20 Nov 2024]. Disponible en: https://cisalud-ucmh.sld.cu/index.php/Cisalud2024/2024/paper/view/855/911

152. Álvarez Cedeño GM. Educación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores de un centro de salud en Sucre, 2023 [Tesis en Internet]. Piura – Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2023[citado 20 Nov 2024].Disponible en:https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/120522/Alvarez_CGM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

153. Torrecilla Venegas R, Valdivia Morgado G, Castro Gutiérrez I, Yera Cabrera K, Yero Mier IM. Intervención educativa sobre salud bucal en adultos mayores de un consultorio médico. Rev. 16 de Abril [Internet]. 2020 [citado 25 octubre 2024];59(278):e1034. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_4/article/view/1034

154. Castañeda Abascal I, Villalón Barrera O. Necesidades de servicios de salud en mujeres y hombres mayores de 60 años. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. [Internet]. 2013[citado 5 octubre 2024];29(1):36-43. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252013000100006&lng=es

155. Esquivel Hernández RI, Jiménez Pérez J. Necesidades de atención odontológica en adultos mayores mediante la aplicación del GOHAI. Rev. de la Asociación Dental Mexicana [Internet]. 2010 [citado 7 Mar 2024]; 67(3):127-32. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2010/od103f.pdf

156. Brizuela Mora M. Ciudad amigable y accesibilidad a la atención estomatológica en el adulto mayor. AMC [Internet]. 2016 [citado 6 Ene 2024]; 20(3):231-234. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552016000300002&script=sci_arttext&tlng=en

157. Álvarez Muguercia RZ, González Grasso A, Mustelier Mojena S. Atención de salud al paciente anciano, desde la perspectiva de la relación discapacidad – envejecimiento. Rev.Hum.Med. [Internet]. 2023 Abr [citado 27 Sep 2024]; 23(1):e2425. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727812020230001000 16&lng=es

158. Pincay Pincay KS. Prevalencia de factores asociados a la enfermedad periodontal en adultos mayores [Tesis en Internet]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2020 [citado 12 Nov 2024]. Disponible en: https://biblioteca.semisud.org/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=305 460

159. Torrecilla Venegas R, Castro Gutiérrez I. Salud bucal y sus determinantes en adultos mayores del área centro del municipio Sancti Spíritus. Progaleno [Internet]. 2020 [citado 12 Jun 2024]; 3(2): [aprox. 9p.]. Disponible en: http://www.revprogaleno.sld.cu/index.php/progaleno/article/viem/187

160. Revelo Villacrés JM. Prevalencia de caries dental, periodontopatías y desdentamiento en adultos mayores. centro gerontológico Picaihua, Ecuador, 2022 [Tesis en Internet]. Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2023[citado 20 Nov 2024]. Disponible en: https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/16049/1/UA-ODOEAC-006-2023.pdf

161. Santana Delgado SA, Acosta Montes JO, Bermúdez Cortes M, Ríos Barrera A, Garnica Palenzuelos JC, Villegas Mercado CE. Asociación entre enfermedades orales y la desnutrición en el adulto mayor. Rev. Med.UAS [Internet]. 2023[citado 28 Nov 2024];13(1). Disponible en: https://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/articulos/v13/n1/orales_ar.html

162. Menéndez Oña LE, Chicaiza Salazar KS, López Castro AV, Ronquillo Rodríguez. Caries en adultos: etiología. factores. de riesgo y estrategias preventivas. Rev. Cubana Inv. Biomed [Internet]. 2024 [citado 28 Nov 2024];43(sup):e3630. Disponible en: https://revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/download/3630/1695

163. Mayorga Pico JF, Haro Pujos ES, Villafuerte Montero IA. Impacto de la caries dental en la calidad de vida de adultos mayores un análisis básico en la literatura científica. Univ. Med. Pinareña [Internet]. 2025[citado septiembre 2025]. Disponible en: https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/1433

164. García Jau RA, Villalobos Rodelo JJ, González Jiménez MV, Guzmán Celaya GE, González Arredondo T, Duarte Quintero E. Prevalencia de caries y factores asociados en adultos mayores de Sinaloa Rev. Invest Cien Sal [Internet]. 2022 [citado 5 Ene 2024];17(supl1):40-4 Disponible en: https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=117555

165. Quiroz Hernández M, Contreras Sánchez E, Pacheco Paredes Y. Caries en la tercera edad en una universidad de la ciudad de Puebla 2017-2018. Revista ADM [Internet]. 2020[citado 5 Ene 2024];77(1): 17-2. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2020/od201d.pdf

166. Marín Páez W, Veiga Loyola L, Reyes Revilla Y, Mesa González DL. Lesiones bucales en adultos mayores y factores de riesgo. Policlínico "Dr. Tomás Romay". Rev.Haban. Cienc. Méd [Internet]. 2017 [citado 28 Mar 2024]; 16(5): 770-783. Disponible en: https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2070

167. Robles Garrote P, Del Carmen Rojas M. La validación por juicio de expertos: dos investigaciones cualitativas en lingüística aplicada. Revista Nebrija de lingüística aplicada [Internet]. 2015 [citado 28 Mar 2024];9(18):124-39. Disponible en: https://revistas.nebrija.com/revista-linguistica/article/view/259

168. Herrera Masó JR, Calero Ricardo JL, González Rangel MA, Collazo Ramos MI, Travieso González Y. El método de consulta a expertos en tres niveles de validación. Rev.Haban.Cienc.Méd. [Internet]. 2022[citado 20 Nov 2024]; 21(1):[aprox.26p.]. Disponible en: https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/4711

169. Balderas Sánchez AV, Cruz Navarro C, Zapata Garay N, Salazar Mata JM. La validación por juicio de expertos como estrategia para medir la confiabilidad de un instrumento. Rev. de Divulgación científica y tecnológica [Internet]. 2022[citado 20 Nov 2024];8(1):9-18.Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9593530.pdf

170. Lages Ruiz J, Martínez Trujillo N. Validación de instrumentos para el estudio de referenciación en enfermería oftálmica. RevCubana Enfermer [Internet].

2023 Abr[citado 28 Mar 2024];39:[aprox. 19p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192023000100003&lng=es

171. Barrón Hernández F. Hábitos saludables en personas adultas mayores: medición y evaluación [Tesis en Internet]. Ciudad de México: Universidad nacional autónoma de México; 2022[citado 20 Nov 2024]. Disponible en https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000822155/3/0822155.pdf

172. Serrani Azcurra DJ. Escala de empoderamiento sobre la salud en adultos mayores. Adaptación al español análisis psicométrico. ColombMed. [Internet]. 2014[citado 28 Mar 2024];45(4):179-185. Disponible en: http:/www/scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342014000400007&lng=es&tlng=en

173. Agustín Barrios NG. Validación de instrumento que evalúa habilidades investigativas y herramientas tecnológicas para investigación. Rev. Científica del Sistema de Estudios de Postgrado [Internet]. 2023[citado 20 May 2024];6(2):131-142. Disponible en: https://revistasep.usac.edu.gt/index.php/RevistaSEP/article/view/188/195

174. Fernández Sánchez H, Guzmán Facundo FR, Herrera Medina D, Sidani S. Importancia del estudio piloto en un proyecto de intervención. Index Enferm [Internet]. 2023 Mar[citado 04Feb 2025];32(1):e12860. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962023000100015&lng=es

175. Barboza Solís C, Araya Jiménez MJ, Stradi Granados S, Barahona Cubillo J, García Aguirre K, Carranza Chacón C. Determinantes de la calidad de vida

relacionada con la salud oral en adultos mayores de un centro diurno costarricense: Resultados de un estudio piloto. OdovtosInt J DentSc [Internet]. 2021[citado 20 Nov 2024];23(1):126-139.Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S2215341120210001001 26&script=sci_arttext&tlng=pt

176. Fleites Did T, Gispert Abreu E de los A, Blanco Barbeito N. Promoción de salud bucal desde la intersectorialidad. Rev. Cub. Medic. Gener. Integ. [Internet]. 2022 [citado 02 Sep 2024]; 38(3):e2211. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864212520220003000 15&script=sci_arttext&tlng=en

177. Roche Martínez A, Peguero Morejón HA, Nuñez Pérez BM, Pérez Caldevilla MA, Fuentes Roche A. Intersectorialidad como tecnología social en el tratamiento del adulto mayor. Rev. Med. Militar [Internet]. 2025 [citado 12 Feb 2025]; 54(1):e025075879. Disponible en:https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/75879/2869

178. Ferrer Lozano Y, Morejón Trofimova Y. Gestión intersectorial, herramienta para la gestión de políticas públicas. Una experiencia cubana en la atención primaria de salud. Panorama Cuba y Salud [Internet]. 2021[citado 20 Nov 2024]; 16(2): 142-145. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/cubaysalud/pcs-2021/pcs212u.pdf

179. Calderón Abad RM. Apoyo familiar y soledad de los adultos mayores, comedor San Bartolomé de la Sociedad de Beneficencia, Huacho – 2023[Tesis en Internet]. Huacho – Perú: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión; 2024[citado 20 Nov 2024].Disponible en:

https://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14067/9094/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y

180. Porroche Escudero A. Empoderamiento: el santo grial de las campañas de cáncer de mama. Revista Internacional de Sociología [Internet]. 2016[citado 20 Nov 2024];74 (2): e031. Disponible en: https://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/619/737

ANEXOS

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ADULTOS MAYORES Y/O CUIDADORES

Estimado Colaborador:

El presente documento tiene objetivo solicitar su participación voluntaria en un estudio que se realizará en el Consejo Popular Príncipe del municipio Plaza de la Revolución, para el diseño y validación del instrumento de autopercepción de salud bucal y utilización de los servicios por adultos mayores. Se le garantizará el anonimato y confidencialidad de sus respuestas. Si le surge alguna duda puede realizar las preguntas que necesite y su participación contribuirá a que este instrumento pueda emplearse en los servicios de salud estomatológicos para la mejora de su utilización por adultos mayores.

Declaración de la voluntariedad

Se me ha explicado que la información que yo brinde es de carácter confidencial, que no se revelarán ni publicarán datos de mi identidad, ni detalles personales y sólo se hará divulgación científica de los resultados y que en cualquier momento y sin necesidad de dar explicación alguna puedo revocar el consentimiento que ahora presto

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que en tales condiciones consiento participar en la investigación

Fecha: _____ Firma_____

Investigador Principal

Se ha explicado al participante la naturaleza de la investigación, y los riesgos y beneficios que implica su participación. Se ha contestado a las preguntas y preguntado si tiene alguna duda. Acepto que conozco la normativa vigente

proporcionada por el Comité Ético de la Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, para realizar la investigación con seres humanos y me apego a ella.

Firma: _____ Fecha: _____

Anexo 2

AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD BUCAL Y LIMITACIONES EN LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN ADULTOS MAYORES

(INSTRUMENTO PRELIMINAR)

Dimensión I. Aspectos sociodemográficos (7 ítems)

1. **Edad _____**
2. **Sexo _____**
3. **Nivel educacional**: Primaria ___ Secundaria ___ Técnica ___ Universitaria
4. **Ocupación**: ___ Jubilado__-Ama de casa ____Trabajador ___
5. **Ingresos económicos de los que depende. (Marcar el que considere).**

   a) Ingresos salariales ___ b) Ingresos por jubilación ____

   c) Seguridad social ___ d) Aporte de la familia ___

   e) Cotización de otra persona ____f) Pensión contributiva ____
6. **Tamaño y estructura familiar**:

   Vive solo ___

   Cantidad de personas que componen el núcleo familiar ___

   Cónyuge o pareja ___ Hijo/a ___ Hermano/a ___ Padre/madre ___

   Otros ___
7. **Influencia del entorno familiar según la percepción del adulto mayor.**

   Buen apoyo familiar Si ___ No ___

   Considera que es una carga para la familia Si ___ No __

Dimensión II.Salud y evaluación funcional del adulto mayor (10 ítems)

8. En los últimos doce meses ¿Considera que su estado de salud bucal es?

   Muy bueno ___Bueno___ Regular ___ Malo ___ Muy malo ___

9. Factores de riesgo

a) Generales: Hábito de fumar___ Alcoholismo___ Frecuente ingestión de azúcares y (o) alimentos que requieren poca masticación___ Ingestión de alimentos muy calientes o picantes___ Ausencia de consumo de frutas y vegetales___ Exposición al sol sin protección

b) Locales: biopelícula dental bacteriana___ calculo dental___ prótesis desajustada___ dientes filosos___ sepsis bucal___ traumatismos mucosos

10. Problemas de salud general:

HTA___ Diabetes Mellitus___ Cardiopatías___ Osteoporosis___ Tabaquismo ___ Alcohol ___VIH/sida___

Otros (mencionar) _____

11. Problemas de salud bucal encontradas

a) Caries dental cavitadas no tratadas Corona___ Raíz___
b) Obturaciones defectuosas___
c) No. de dientes perdidos sin rehabilitación funcional___
d) Enfermedad periodontal___
e) Disfunción masticatoria___
f) Alteraciones en la ATM___
g) Lesiones potencialmente malignas___
h) Lesiones malignas___
i) Otras lesiones mucosas___
j) Boca seca___
k) Estomatitis subprótesis___
l) Otros problemas (especificar)

12. Necesidad de atención estomatológica

Nivel primario___ Nivel secundario___

13.Nivel de dependencia (Marcar los que considere).

a) Para realizar actividades cotidianas solo ___

b) Para recordar cosas importantes ___

c) Para salir solo ___

d) Para asistir solo a actividades sociales y(o) recreativas ___

e) Para asistir solo a consulta estomatológica ___

f) Dificultad visual

g) Trastornos auditivos

13.1 En caso de tener dificultades funcionales exprese con cuáles apoyos cuenta: a) familiares ___ b) vecinos ___ c) amigos ___ d) apoyo de las instituciones de la comunidad ___ e) cuidadores ___

14.Autopercepción del estado de salud bucal

Muy buena ___ Buena___ Regular___ Mala___ Muy Mala___

¿Por qué percibe su salud bucal de esa manera_____

15.¿Qué que prioridad le concede a la salud bucal en su vida? (Marcar el que considere).

Muy alta ___ Alta___ Moderada___ Baja___ Muy Baja___

16.¿En qué medida sus conocimientos de salud le permiten realizar acciones para la mejora de su salud bucal? (Marcar el que considere).

Muy alta___ Alta___ Moderada ___Baja___ Muy baja ___

17. ¿Estaría dispuesto a realizar algún cambio en sus hábitos de vida para mejorar su salud bucal? (Marcar el que considere).

Si ___ Pudiera ser___ No ___Ya no se puede mejorar___

Dimensión III. Socio – organizacional

18.Frecuencia con que asiste a la consulta de estomatología

Semestral___ Anual ___Cuando presenta molestia ___ Solo en caso de urgencia___

Principales causas que dificultan la utilización de servicios estomatológicos

19. Geográficas

a) Tiempo necesario para llegar a la clínica estomatológica___
b) Medio utilizado para movilizarse ____
c) Presencia de barreras arquitectónicas____

20. Administrativas (socio-organizacional)

a) Tiempo de espera para recibir atención ___
b) Tiempo de duración de la atención___
c) Tiempo de espera entre una consulta y otra___
d) Dificultad con la disponibilidad de recursos___

21. Económicas

a) costos extra relacionados con trasporte _____
b) medicamentos
c) cremas dentales
d) cepillos

22. Sociales y culturales

a) Trabas en el conocimiento que, basándose en costumbres o prácticas culturales determinadas, ven limitados su acceso a los servicios _____

b) Otras _____

23. Causa principal que dificulta su asistencia al servicio para recibir atención sistemática

a) No dispongo de tiempo debido al trabajo, al cuidado de los niños o de otras personas__

b) Miedo al médico/ exploraciones médicas/tratamiento ___

c) Quise esperar y ver si el problema mejoraba por sí solo__

24. Otras razones _____

Anexo 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ESPECIALISTAS PARTICIPANTES EN EL GRUPO DE DISCUSIÓN

Estimado Colaborador

El presente documento tiene objetivo solicitar su participación voluntaria como especialista en un estudio que se realizará en el Consejo Popular Príncipe del municipio Plaza de la Revolución, para el diseño y validación del instrumento de autopercepción de salud bucal y utilización de los servicios por adultos mayores

Si le surge alguna duda puede realizar las preguntas que necesite, su participación contribuirá a que este instrumento pueda emplearse en los servicios de salud para la mejora de la utilización de los servicios estomatológicos por adultos mayores.

Declaración de la voluntariedad

Se me ha explicado que sólo se hará divulgación científica de los resultados, que en cualquier momento y sin necesidad de dar explicación alguna puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que en tales condiciones consiento participar en la investigación

Firma: _____Fecha: _____

Anexo 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS EXPERTOS PARTICIPANTES DE LA CONSULTA

Estimado Colaborador

El presente documento tiene objetivo solicitar su participación voluntaria como experto en un estudio que se realizará en el Consejo Popular Príncipe del municipio Plaza de la Revolución, para la validación del instrumento de autopercepción de salud bucal y utilización de los servicios por adultos mayores.

Su participación contribuirá a que en un futuro este instrumento pueda emplearse en los servicios de salud para determinar la situación de salud bucal en adultos mayores teniendo en cuenta su percepción sobre la salud bucal, las barreras que limitan su acceso para recibir atención lo cual permitirá realizar estrategias en función de la mejora de su salud bucal. Si le surge alguna duda puede realizar las preguntas que necesite. Se le garantizará el anonimato y confidencialidad de sus respuestas.

Declaración de la voluntariedad

Yo ejerciendo mi libre poder de elección y mi voluntad expresa, he contado con suficiente tiempo para decidir mi participación, sin sufrir presión alguna. Se me ha explicado que la información que yo brinde es de carácter confidencial, que no se revelarán ni publicarán datos de mi identidad, ni detalles personales y sólo se hará divulgación científica de los resultados. También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar explicación alguna puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que en tales condiciones consiento participar en la investigación.

Firma del Participante _____ Fecha _____

Anexo 5

CUESTIONARIO PARA LA SELECCIÓN DE LOS EXPERTOS.

Estimado experto(a): le proponemos que lea detenidamente y nos brinde la información que se le solicita.

I. Datos generales:

1. Categoría docente: Titular____ Auxiliar____ Asistente_____
2. Categoría Científica: Doctor en Ciencia_____ Máster_____
3. Categoría Investigativa: Titular_____ Auxiliar_____ Agregado_____
4. Institución: _____
5. Años de experiencia: _____
6. Especialidad: _____Grado I-II: _____

II. Necesitamos conocer como usted se evalúa en cuanto al conocimiento que posee referente a la salud bucal y la utilización de los servicios de salud por los adultos mayores. Para ello, se le solicita que conteste las preguntas que a continuación aparecen para tener una mejor medida sobre el grado de experticia que posee sobre el tema.

1. ¿Qué conocimientos usted posee sobre el estado de salud bucal y utilización de servicios estomatológicos de adultos mayores? **Indicación:** Marque con una equis (X) en la siguiente escala creciente de la 1 a 10 el valor que corresponda a su grado de conocimiento o información sobre el tema:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2.En la siguiente tabla aparecen fuentes de argumentación del conocimiento que usted posee del tema objeto de investigación. ¿Qué fuentes de información

usted utilizó para conocer los problemas de salud y la utilización de los servicios de la población adulta mayor?

Indicación: Marque con una equis (X), la valoración que más se acerque a la suya.

Fuente de argumentación	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos.			
Experiencia en la ejecución del proceso.			
Trabajos de autores nacionales.			
Trabajos de autores extranjeros.			
Su conocimiento empírico.			
Su intuición.			

Anexo 6

TABLA PATRÓN PARA DETERMINAR COEFICIENTE DE ARGUMENTACIÓN

Fuentes de argumentación	Alto(A)	Medio(M)	Bajo(B)
1. Análisis teóricos realizados por usted	0,3	0,2	0,1
2. Experiencia obtenida en su actividad profesional	0,5	0,4	0,2
3. Análisis de bibliografía especializada de autores nacionales	0,05	0,05	0,05
4. Análisis de bibliografía especializada de autores nacionales	0,05	0,05	0,05
5. Conocimiento del estado actual de la problemática en el país y en el extranjero	0,05	0,05	0,05
6. Su intuición	0,05	0,05	0,05

Anexo 7

INSTRUMENTO PARA LA OBTENCIÓN DE LA VALIDEZ DE CONTENIDO SEGÚN CRITERIOS VALORATIVOS DE LOS EXPERTOS

Estimado experto(a):

En aras de perfeccionar la utilización de los servicios de salud por adultos mayores se trabaja en la confección de un instrumento que permita medir la autopercepción de salud bucal y utilización de los servicios de esta población el cual ponemos a su consideración, dada su experiencia y prestigio conocidos para obtener su valoración.

Instrucciones:

1. Para recopilar su opinión marque con una equis (X) el juicio o valoración sobre en qué medida cada ítem reúne las características y atributos necesarios para medir el aspecto que se propone:

Determinación de la Razón de Validez de Contenido

No	Elementos	CL			CO			REL		
		S	P	N	S	P	N	U	UNE	NI
Dimensión I. Aspectos sociodemográficos										
1.1	Edad.									
1.2	Sexo: femenino, masculino.									
1.3	Nivel educacional culminado: educación básica, media, media superior, superior.									
1.4	Estado civil actual: casado, acompañado, divorciado, separado, viudo, soltero.									
1.5	Ingresos económicos de los que depende: salarial, jubilación, seguridad social, apoyo de la familia, no ingresos.									
D I										
Dimensión II. Dificultades funcionales personales para realizar actividades sociales										
1.6	Dificultades personales que presenta realizar actividades cotidianas solo, recordar cosas importantes, salir solo, asistir solo a actividades sociales y(o) recreativas, asistir solo a consulta estomatológica									

	Apoyos con los que cuenta: familiares, vecinos, amigos, apoyo de las instituciones de la comunidad, cuidadores.									
D II										
Dimensión III. Autopercepción del estado de salud bucal										
1.7	Percepción de su salud bucal: muy buena, buena, regular, mala, muy mala.									
1.8	Prioridad que le concede a la salud bucal en su vida: muy alta, alta, moderada, baja, muy baja.									
1.9	Medida en que sus conocimientos de salud le permiten realizar acciones para la mejora de su salud bucal: muy alta, alta, moderada, baja, muy baja.									
1.10	Disposición a realizar algún cambio en sus hábitos de vida para mejorar su salud bucal: si, no, pudiera ser, ya no se puede mejorar.									
D III										
Dimensión IV. Utilización de los servicios estomatológicos										
1.11	Frecuencia con que asiste a la consulta de Estomatología: por dolor o molestias, anual, semestral.									
1.12	Factores que considera pudieran limitar su asistencia a los servicios estomatológicos para revisión o tratamiento: distancia de los servicios, dificultad para asumir costos de transporte y medicamentos, barreras arquitectónicas, dificultades para movilizarse, tiempo de duración de la consulta, tiempo de espera para recibir atención, dificultad con los recursos, trato recibido, otros.									
D IV										

A los expertos seleccionados se les solicita evaluar por separado los ítems y dimensiones del instrumento de acuerdo a su relevancia definida como la importancia del ítem para la evaluación de la utilización de los servicios por los adultos mayores, con base en la siguiente escala según criterios:

- Claridad (CL): los Ítems son comprensibles y bien redactados para registrar e interpretar la información.
- Coherencia (CO): relación entre el ítem y el indicador que se mide.

En ambos indicadores se evalúan con respuesta única Si (si lo cumple), Poco (si lo cumple moderadamente), o Nada (si no lo cumple).

- Relevancia (REL): la evaluación se realiza con base en la siguiente escala:

  Esencial: si aborda exhaustivamente y con precisión el contenido que

enuncia el aspecto. Útil pero no esencial: no aborda, en esencia, el contenido que enuncia el aspecto. No importante: logra abordar solo parte del contenido que enuncia el aspecto.

¿Desea consignar otro elemento que debe ser considerado en la forma o contenido del instrumento propuesto? Por favor refiéralas a continuación. Cualquier crítica o sugerencia será de gran valor al estudio.

_____

Muchas gracias.

Anexo 8

HISTORIA CLÍNICA INDIVIDUAL

MOD. 4702-4 MINISTERIO DE SALUD PUBLICA ESTOMATOLOGIA	**HISTORIA CLINICA ESTOMATOLOGICA**	FECHA No. DE H. CLINICA
UNIDAD:	CONSULTORIO No.	
PACIENTE: 1er. APELLIDO:	2do. APELLIDO:	NOMBRE:

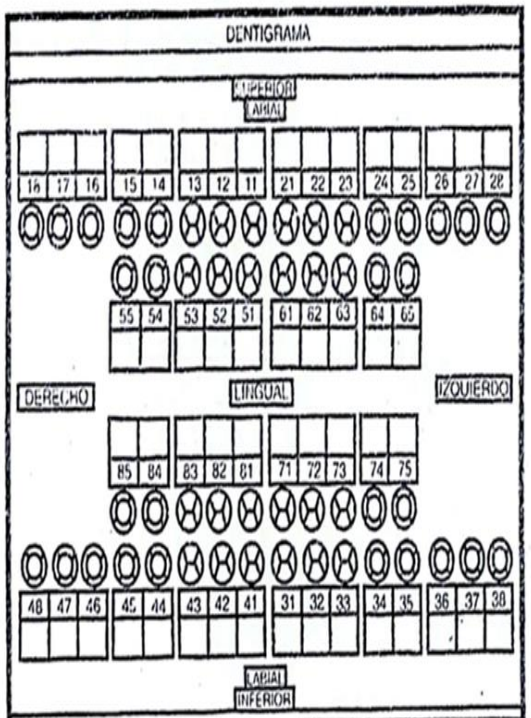
DIRECCION:

EDAD: | SEXO: MASC. ( ) FEM: ( ) | ESCOLARIDAD:

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

ANTECEDENTES PATOLOGICOS (Personal-Familiar) Hemorragicos reacción a Medicamentos.	
HABITOS Succión Lengua Proctati, Cepillado Bruxismo, Tabaquismo Cafe, Alcohol y otros.	
EXAMEN BUCAL (Señalar Afectaciones)	
EXAMEN FISICO General (Piel y Mucosas, Hábito Externo)	

DENTIGRAMA



DIAGNOSTICO:

PLAN DE TRATAMIENTO

Anexo 9

GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA DETERMINAR NECESIDADES DE TRATAMIENTO EN ACTIVIDADES DE TERRENO O COMUNITARIAS

El instrumento será aplicado por un estomatólogo, especialista de Estomatología, General Integral (EGI) residente de EGI o estudiante y debe cumplir con los siguientes criterios.

Debe marcar con una X según las respuestas del encuestado

1. ¿Cuáles problemas de salud general padece? (Marcar X en los que considere).

Estas patologías deben estar diagnosticadas por su médico de familia u otro especialista

a) Hipertensión Arterial (HTA)___b) Diabetes Mellitus ___c) Cardiopatías ___

d) Osteoporosis ___ e) VIH/sida ___

h) Otros (mencionar)

i) Ninguno ____

2. ¿Qué factores de riesgo presenta?

2.1 Factores Generales

2.1.1. Hábito de fumar: con independencia de la cantidad y frecuencia o ha abandonado el mismo en un período menor de 3 meses antes de ser entrevistado. a) Si___ b) No ___

2.1.2. Frecuente ingestión de alcohol con independencia de la cantidad y frecuencia, no se consideran como frecuentes los que solo lo realicen en actividades sociales o de forma ocasional. a) Si ___ b) No ___

2.1.3. Frecuente ingestión de azúcares: 10 o más cucharadas al día. a) Si ___ b) No ___

2.1.4. Frecuente ingestión de alimentos que requieren poca masticación (muy cocinados o blandos): a) Si ___ b) No ___

2.1.5. Ingestión de alimentos muy calientes o picantes. a) Si ___ b) No ___

2.1.6. Ausencia o infrecuente consumo de frutas y vegetales. a) Si ___

b) No ___

2.1.7 Frecuente exposición al sol sin protección. a) Si ___ b) No ___

2.2. Factores locales, se detecta a través del examen clínico profesional. Marque con una X según la presencia de:

a) biopelícula dental bacteriana___ b) cálculo dental ___c) prótesis desajustada ___ d) dientes filosos___ e) sepsis bucal ___f) traumatismos mucosos ___ g) interferencias oclusales ___ h) bruxismo___ i) Otros (mencionar)_____

3. Problemas de salud bucal que presentan: se detecta a través del examen clínico profesional marcando con una X según la presencia de**:**

3.1. Caries dental cavitadas no tratadas a) Corona ___b) Raíz___ c) Corona y Raíz___

3.2. Obturaciones defectuosas ___

3.3. Enfermedad periodontal: si existe cambios en la forma, textura color de la gingiva, movilidad, migración apical o presencia de bolsas (virtuales o reales)

3.4. Disfunción masticatoria (dolor, desgaste dentario, molestias al morder o masticar) ___

3.5. Alteraciones en la ATM (chasquidos, bloqueos en la apertura de la boca) ___

3.6. Desdentamiento a) parcial __ b) total__ c) ausencia de rehabilitación funcional ___

3.7. Lesiones potencialmente malignas: referidas en el programa del PDCB, manchas blanquecinas, rojas, pardo negruzcas ___

3.8. Lesiones malignas: se marcarán en pacientes diagnosticados por especialista de Cirugía Maxilofacial ___

3.9. Otras lesiones mucosas (aftas, ulceraciones) ___

3.10. Boca seca ___

3.11. Prótesis defectuosa: no cumple los principios estéticos y funcionales o causa daño a los tejidos (parcial; total). ___

3.12. Estomatitis subprótesis: si existe presencia de lesiones en mucosa en contacto con la prótesis ___

3.13. Otros problemas (especificar) _____

4. **Necesidad de atención estomatológica**

Del nivel primaria: nivel de atención donde las enfermedades bucales presentes al examen bucal son de competencia del Estomatólogo General o especialista de Estomatólogo General Integral.

Del nivel secundaria: nivel de atención donde las enfermedades bucales presentes al examen bucal son de competencia de especialistas del segundo nivel de atención.

La escala a utilizar en todos los casos será a) Sí ___No___

Anexo 10

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ADULTOS MAYORES Y/O CUIDADORES Y SECTORES SOCIALES

Estimado colaborador:

El presente documento tiene objetivo solicitar su participación voluntaria en un estudio dirigido al diseño de un instrumento de evaluación del nivel de empoderamiento intersectorial relacionado con la utilización de los servicios estomatológicos por adultos mayoresen el Consejo Popular Príncipe en el período 2019 – 2024.

Se le garantizará el anonimato y confidencialidad de sus respuestas. Si le surge alguna duda puede realizar las preguntas que necesite y su participación contribuirá a que este instrumento pueda emplearse por el sector de la salud en consejos populares y trazar estrategias que permitan la mejora de la utilización de los servicios estomatológicos por adultos mayores.

Declaración de la voluntariedad

Se me ha explicado que la información que yo brinde es de carácter confidencial, que no se revelarán ni publicarán datos de mi identidad, ni detalles personales y sólo se hará divulgación científica de los resultados, en cualquier momento y sin necesidad de dar explicación alguna puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que en tales condiciones consiento participar en la investigación.

Firma del Participante: _____Fecha: _____

Anexo 11

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS ESPECIALISTAS PARTICIPANTES DE LA CONSULTA

Estimado Colaborador

El presente documento tiene objetivo solicitar su participación voluntaria como experto en un estudio que se realizará en el Consejo Popular Príncipe del municipio Plaza de la Revolución, para la validación de contenido del instrumento de evaluación del nivel de empoderamiento intersectorial relacionado con la utilización de los servicios estomatológicos por adultos mayores a nivel local.

Su participación contribuirá a que la herramienta pueda emplearse en los servicios estomatológicos para diagnosticar el empoderamiento intersectorial de los representantes de diferentes sectores sociales con la finalidad de lograr su aplicación práctica en función de la mejora de su salud bucal de los adultos mayores.

Se le garantizará el anonimato y confidencialidad de sus respuestas.

Declaración de la voluntariedad

Yo hago uso de mi libre poder de elección y mi voluntad expresa, he contado con suficiente tiempo para decidir mi participación, sin sufrir presión alguna. Se me ha explicado que la información que yo brinde es de carácter confidencial, que no se revelarán ni publicarán datos de mi identidad, ni detalles personales y sólo se hará divulgación científica de los resultados, en cualquier momento y sin necesidad de dar explicación alguna puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que en tales condiciones consiento participar en la investigación

Firma del Participante _____ Fecha _____

Anexo 12

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DEL NIVEL DE EMPODERAMIENTO INTERSECTORIAL RELACIONADO CON LA SALUD BUCAL Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS ESTOMATOLÓGICOS POR ADULTOS MAYORES

(INSTRUMENTO PRELIMINAR)

Estimado experto(a):

A partir del diagnóstico realizado en el Consejo Popular Príncipe en adultos mayores, relacionados con la utilización de los servicios estomatológicos por adultos mayores, se pudo observar que la autopercepción de su estado de salud bucal disminuye a medida que aumenta la edad, al igual que le conceden poca prioridad a su salud bucal. Esta situación en concordancia con la frecuencia de asistencia a consulta, que la mayoría la realiza, principalmente solo en presencia de molestias evidencia la presencia de barreras que limitan la utilización de los servicios estomatológicos por este grupo poblacional, consideradas las más referidas, la dificultad con los medios de transporte utilizado para llegar a la clínica, para movilizarse, subir y bajar escaleras, el tiempo de espera, distancia para llegar a la unidad asistencial, dificultades económicas, falta de apoyo de instituciones de la comunidad.

A partir de esta situación y dándole continuidad al proyecto **Instrumento de evaluación del nivel de empoderamiento intersectorial relacionado con la salud bucal y utilización de los servicios estomatológicos por adultos mayores**, se propone un instrumento que responde al objetivo evaluar el nivel de empoderamiento intersectorial relacionado con la salud bucal y la utilización de los servicios estomatológicos en adultos mayores a nivel local.

Nuestra solicitud responde a obtener sus criterios como expertos en la temática, lo que permitirá validar el instrumento propuesto, que servirá para la creación de una línea base en función de perfeccionar las acciones en este sentido a nivel local y lograr los objetivos de investigación.

Le agradeceremos sus valoraciones y posibles propuestas de cambios referidas a aquellos ítems que deben sufrir algún cambio, cuáles deben ser revisados, incorporados, modificados o eliminados.

Escala para la evaluación

1. Esencial (E): aborda exhaustivamente y con precisión el contenido que enuncia el aspecto.
2. Útil pero no esencial (UNE): no aborda, en esencia, el contenido que enuncia el aspecto.
3. No importante (NI): logra abordar solo parte del contenido que enuncia el aspecto.

Instrumento de evaluación del nivel de empoderamiento intersectorial relacionado con la salud bucal y utilización de los servicios estomatológicos por adultos mayores a nivel local.

Marcar la categoría por la que será encuestado:

- Sector población
  - Adulto Mayor___
  - Familia___
  - Cuidador de Adulto Mayor___
- Sector social:
  - Salud: Estomatólogo General Integral o General Básico _____ Otras especialidades _____Licenciados o Técnicos de Atención Estomatológica _____Médico General Integral ___ Enfermera de la Familia___
  - Equipo Básico de Salud Bucal___
  - Gubernamental (especificar): Delegado de circunscripción__ Presidente del Consejo Popular ___ Presidente de la Asamblea Municipal __Intendente__
  - Institución u Organismo del estado al que pertenece (especificar sector)_____
  - No estatal (especificar) __
  - Sociedad civil: CDR__ FMC __ Otras(especificar)____Redes de Apoyo

Marcar X en la casilla que se corresponde con su consideración.

	Criterio de Experto		
	E	**UNE**	**NI**
Dimensión I. Conocimiento de los sectores relacionado con la salud bucal y utilización de los servicios de salud por los adultos mayores			
1.1 A nivel del Consejo Popular se analizan temas relacionados con la salud del adulto mayor. Si____ No____ A veces _____ No tiene elementos_____			
1.2 ¿Las causas y posibles soluciones a problemas relacionados con la salud bucal y utilización de los servicios estomatológicos por el adulto mayor se analizan con las instituciones y organizaciones del territorio? Si____ No____ A veces_____ No tiene elementos_____			
1.3 Seleccione algunos problemas relacionados con la salud bucal y utilización de los servicios estomatológicos por los adultos mayores que se presentan en su comunidad. caries dental___ sangramiento de encías ____ lesiones mucosas __desdentamiento ____dificultades económicas____ distancia de los servicios____ dificultades para movilizarse ___ dificultad con la disponibilidad de medicamentos ___ dificultad con la disponibilidad de recursos___ dificultad con la adaptación de los servicios en cuarto a tiempo de espera para recibir atención _____tiempo de duración de la atención ____demora entre una consulta y otra _____ presencia de barreras arquitectónicas ___otras(especificar) ___no tiene elementos___			
1.4 ¿Cuáles de los siguientes factores sociales considera están relacionados con la salud bucal y utilización de los servicios estomatológicos por los adultos mayores? apoyo de la familia ____apoyo de la comunidad ____ apoyo de vecinos____ apoyo de amigos____ cuidadores _____ contexto socio-político y económico ___políticas sociales (vivienda, trabajo) __ políticas públicas (educación, salud, protección social) __ cultura__ Posición Socioeconómica: estrato social __ género__ grupo Étnico __ Posibilidades de adquirir alimentos saludables__ Posibilidades de acceder al agua segura__ alimentación__ actividad física__ carga genética___ Condiciones estresantes en el ambiente físico __ y social__ adaptación a la convivencia comunitaria __ familiar__ redes de apoyo social__ Contaminación (física, química o biológica) __ acceso a los servicios y programas de salud __. Otros(especificar) __ No tiene elementos___			
1.5 ¿Cuáles de los siguientes factores considera que aumentan la posibilidad de desarrollar o de que se agraven los problemas relacionados con la salud bucal y la utilización de los servicios estomatológicos por el adulto mayor? Hábito de fumar___ Frecuente ingestión de alcohol___ Frecuente ingestión de azúcares___ Frecuente ingestión de alimentos que requieren poca masticación___ Ingestión de alimentos muy calientes o picantes ___Ausencia o infrecuente consumo de frutas y vegetales ___Frecuente exposición al sol sin protección _____Otros(especificar)__No tiene elementos___			
1.6 ¿Cuáles de los sectores siguientes considera pueden contribuir con conocimientos a la mejora de la salud bucal y a la utilización de los servicios estomatológicos por el adulto mayor? Salud ___			

Educación ____ Sector poblacional ___ Religión ___ Cultura ____Transporte____ Seguridad social____ Gastronomía____ CDR___ FMC___ ANAP__ otros (Especificar)_____ No tiene elementos___			
1.7 ¿El sector al que pertenece ha ofrecido o ha sido llamado a contribuir con información y conocimientos relacionados con la salud bucal y utilización de los servicios estomatológicos por el adulto mayor? Si____ No____ A veces ____ No tiene elementos___			
1.8 ¿Tiene conocimiento de problemas relacionados con la salud bucal y utilización de los servicios estomatológicos por el adulto mayor solucionados parcial o totalmente con acciones intersectoriales? Si____ No____ No tiene elementos_____			
1.9 Ha empleado algún instrumento que le permita hacer el diagnóstico de los problemas relacionados con la salud bucal y utilización de los servicios estomatológicos por los adultos mayores que se presentan en su comunidad en los consultorios que atiende?			
Pregunta solo para el sector salud. Si____ No___ No tiene elementos_____			
Dimensión I			
Dimensión II. Acciones de los sectores relacionadas con la salud bucal y utilización de los servicios de salud por los adultos mayores			
2.1 ¿Cuáles de los sectores siguientes de su comunidad considera pueden contribuir con recursos y acciones a la mejora de la salud bucal y utilización de los servicios estomatológicos por el adulto mayor? CDR ___ FMC___ Transporte___ Seguridad social___ Educación___ Cultura___ Deporte___ Salud___ Comercio y gastronomía___ Gobierno ___ Sector privado ____ Construcción ____ Iglesia ____ Otros (especificar)___ No tiene elementos___			
2.2 ¿El sector al que pertenece ha contribuido con recursos y(o) con acciones a la mejora de la salud bucal y utilización de los servicios estomatológicos por el adulto mayor? Si____ No____ A veces __ No tiene elementos___			
2.3 ¿Estaría motivado a participar en la planificación de acciones de conjunto con otros sectores para la mejora de la salud bucal y utilización de los servicios estomatológicos por el adulto mayor? Si____ No____ A veces _____ No tiene elementos___			
2.4 ¿Estaría motivado a la comunicación e intercambio de información con otros sectores para la mejora de la salud bucal y utilización de los servicios estomatológicos por el adulto mayor? Si____ No____ A veces _____ No tiene elementos___			
2.5 ¿Estaría motivado a concertar alianzas con otros sectores para realizar acciones concretas para la mejora de la salud bucal y utilización de los servicios de salud por el adulto mayor? Si____ No____ A veces _____ No tiene elementos___			
2.6 ¿Estaría motivado a participar en redes de apoyo para la mejora de la salud bucal y utilización de los servicios de salud por el adulto mayor? Si____ No____ A veces ___ No tiene elementos___			
Dimensión II			
Dimensión III. Experiencia práctica de apoyo social relacionado con la salud bucal y la utilización de los servicios de salud por adultos mayores			

3.1 ¿Su sector ha participado de conjunto con otros sectores en la planificación de acciones relacionadas con la mejora de la salud bucal y la utilización de los servicios estomatológicos por el adulto mayor? Si____ No____ A veces _____ No tiene elementos___			
3.2 ¿Su sector ha participado en la ejecución de acciones de conjunto con otros sectores relacionados con la mejora de la salud bucal y la utilización de los servicios estomatológicos por el adulto mayor? Si____ No____ A veces _____ No tiene elementos___ Si respondió "Si" exprese cuáles___			
3.3 ¿Su sector ha participado en el seguimiento y control de acciones de conjunto con otros sectores relacionados con la mejora de la salud bucal y la utilización de los servicios estomatológicos por el adulto mayor? Si____ No____ A veces _____ No tiene elementos___			
3.4 ¿A cuál o cuáles políticas públicas su sector pudiera contribuir para el abordaje de los problemas relacionados con la salud bucal y utilización de los servicios estomatológicos por el adulto mayor? _____ No tiene elementos___			
3.5 ¿Cómo evalúa la capacidad de su sector para realizar acciones con otros sectores relacionados con la mejora de la salud bucal y utilización de los servicios estomatológicos por el adulto mayor? Adecuada ____ Moderadamente adecuada_____ Poco Adecuada ____ Inadecuada ____			
3.6 Tiene conocimiento de que, en su comunidad, se hayan llevado a cabo, se realizan o existan proyectos de investigación científica por realizar, relacionados con la salud bucal y utilización de los servicios estomatológicos. Si____ No____ No tiene elementos___			
Dimensión III			

Opinión de los expertos:

Valoraciones

Posibles propuestas de cambios:

1. Ítems y dimensiones que deben sufrir algún cambio

_____

2. Ítems y dimensiones que deben ser incorporados

_____

3. Ítems y dimensiones que deben ser eliminados

_____

Otras sugerencias que estime conveniente

_____

Muchas Gracias

Anexo 13

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS EXPERTOS PARTICIPANTES

Estimado experto(a):

El presente documento tiene objetivo solicitar su participación voluntaria como experto en un estudio que se realizará en el Consejo Popular Príncipe del municipio Plaza de la Revolución, para el diseño y validación del instrumento para medir el nivel de empoderamiento intersectorial y utilización de los servicios de salud bucal por adultos mayores. Si le surge alguna duda puede realizar las preguntas que necesite. se le garantizará la confidencialidad de sus respuestas.

Su participación contribuirá a que en un futuro este instrumento pueda emplearse en los servicios de salud y desarrollar acciones a nivel local que permitan a través del trabajo intersectorial la mejorar la utilización de los servicios de salud bucal por los adultos mayores.

Declaración de la voluntariedad

He contado con suficiente tiempo para decidir mi participación, sin sufrir presión alguna. Se me ha explicado que no se revelaran ni publicaran datos de mi identidad, ni detalles personales y la información que yo brinde, sólo se hará divulgación científica de los resultados, que en cualquier momento y sin necesidad de dar explicación alguna puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que en tales condiciones consiento participar en la investigación

Firma del Participante _____ Firma del investigador _____

Anexo 14

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DEL NIVEL DE EMPODERAMIENTO INTERSECTORIAL RELACIONADO CON LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS ESTOMATOLÓGICOS POR ADULTOS MAYORES A NIVEL LOCAL

(INSTRUMENTO PRELIMINAR)

Estimado experto(a):

Una investigación exploratoria en el Consejo Popular Príncipe ha reflejado problemas con la percepción de la salud bucal y con la utilización de los servicios estomatológicos por adultos mayores.

En esta situación factores complejos y multicausales están implicados en la situación detectada, por lo que es pertinente hacer un levantamiento situacional que conlleve posteriormente a trazar una estrategia resolutiva; sin embargo, según la literatura consultada no se encontraron evidencias de instrumento validado que permita el diagnóstico preciso de la magnitud del problema que puede repercutir de manera negativa en la calidad de vida de la población adulta mayor. Es por ello que requerimos su criterio de experto para conformar un instrumento de evaluación del nivel de empoderamiento intersectorial relacionado con la utilización de los servicios estomatológicos por adultos mayores, definido para este estudio como: proceso intersectorial sistemático dirigido a que los diferentes sectores comunitarios asuman su responsabilidad con relación a la satisfacción de las necesidades de utilización de los servicios estomatológicos por los adultos mayores mediante el fortalecimiento de sus capacidades cognitivas, perceptivas, actitudinales y experiencia práctica que le permitan la actuación en su comunidad.

Le agradeceremos sus valoraciones y posible propuesta de cambios.

Instrumento de evaluación del nivel de empoderamiento intersectorial relacionado con la utilización de los servicios estomatológicos por adultos mayores a nivel local.

La población del estudio deberá marcar la categoría por la que será encuestado:
Sector social:

- Sector población: adulto mayor___ familia___ cuidador ___
- Salud: Estomatólogo General Integral o General Básico _____ Otras especialidades _____ Licenciados o Técnicos de Atención Estomatológica _____Médico General Integral ___ Enfermera de la Familia___
- Gubernamental (especificar). Delegado de circunscripción__ Presidente del Consejo Popular ___ Presidente de la Asamblea Municipal __Intendente__
- Institución u Organismo del estado al que pertenece (especificar sector)_____
- No estatal __ (especificar) _____
- Sociedad civil: CDR__ FMC __ ANAP ____ Otras(especificar)____Redes de Apoyo ___

Expresar su criterio de experto respecto a los sectores a considerar en el estudio:

De acuerdo__ Medianamente de acuerdo__ En desacuerdo__

Si marca las dos últimas referir que se debe incluir o eliminar

Para la calificación deberá tener en cuenta la pregunta y las posibles opciones de respuesta.

Criterios a tener en cuenta para la calificación del instrumento en la casilla de experto:

Claridad: el ítem es comprensible, bien redactado para registrar e interpretar la información.

Coherencia: existe relación lógica entre el ítem y la dimensión que se mide.

Relevancia: el ítem es esencial e importante por lo que debe ser incluido.

Suficiencia: del conjunto de ítems para medir cada dimensión del instrumento.

Cada uno se evaluará con respuesta única: si cumple, cumple de forma moderada o no cumple el criterio. Marcar X en la casilla que se corresponde con su consideración:

<table>
<tr><th>I-Conocimiento de los actores de los diferentes sectores sociales relacionados con la utilización de los servicios estomatológicos por los adultos mayores en su comunidad.</th><th>Consulta a Expertos acerca de cada pregunta de la dimensión I</th></tr>
<tr><td>1.1-Seleccione cuáles problemas de salud bucal considera que afectan a los adultos mayores de su comunidad:
Caries dental____ Enfermedad periodontal (sangramiento de las encías y (o) movilidad dentaria) ____ Lesiones mucosas (heridas en tejidos blandos de la boca) ___ Desdentamiento (perdida de dientes) ___ Cáncer bucal___ Otras (especificar) _____No tiene elementos para opinar ___</td><td><table>
<tr><td>Criterio</td><td>Cumple</td><td>Cumple Moderadamente</td><td>No cumple</td></tr>
<tr><td>Claridad</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Coherencia</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Relevancia</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">Sugiero modificar por</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">Sugiero eliminar</td><td colspan="2"></td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>1.2- ¿Cuáles de los siguientes factores sociales considera que pueden influir en el estado de salud bucal del adulto mayor en su comunidad? Posibilidades de adquirir alimentos saludables__ Posibilidades de acceder al agua segura__ Actividad física (práctica de deporte y actividades sociales) __ Condiciones estresantes en el ambiente social (problemas económicos, familiares, temores) __Contaminantes físicos, químicos y biológicos (aire, agua y ambiente) ___ Otros (especificar) _____
No tiene elementos para opinar ___</td><td><table>
<tr><td>Criterio</td><td>Cumple</td><td>Cumple Moderadamente</td><td>No cumple</td></tr>
<tr><td>Claridad</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Coherencia</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Relevancia</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">Sugiero modificar por</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">Sugiero eliminar</td><td colspan="2"></td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>1.3- ¿Cuáles de los siguientes factores de comportamiento del adulto mayor en su comunidad considera que pueden favorecer el desarrollo de problemas en la salud bucal?
Higiene dental ___Hábito de fumar___ Frecuente ingestión de alcohol___ Frecuente ingestión de azúcares___ Frecuente ingestión de alimentos que requieren poca masticación___ Ingestión de alimentos muy calientes o picantes__ Ausencia o infrecuente consumo de frutas y vegetales ___Frecuente exposición al sol sin protección__ Otros(especificar)_____
No tiene elementos___</td><td><table>
<tr><td>Criterio</td><td>Cumple</td><td>Cumple Moderadamente</td><td>No cumple</td></tr>
<tr><td>Claridad</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Coherencia</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Relevancia</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">Sugiero modificar por</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">Sugiero eliminar</td><td colspan="2"></td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>1.4 ¿Los problemas de salud bucal de los adultos mayores de su comunidad están relacionados con la utilización que hacen de los servicios estomatológicos?</td><td><table>
<tr><td>Criterio</td><td>Cumple</td><td>Cumple Moderadamente</td><td>No cumple</td></tr>
<tr><td>Claridad</td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table></td></tr>
</table>

Si___ No___ Pudiera ser___ No tiene elementos para opinar___	Coherencia Relevancia Sugiero modificar por Sugiero eliminar
1.5 ¿Cuáles de los siguientes factores sociales considera están relacionados con la utilización de los servicios estomatológicos por los adultos mayores de su comunidad? Adaptación a la convivencia: comunitaria __ familiar__ apoyo de la familia ____ comunidad ___ vecinos___ amigos___ cuidadores____ existencia de servicios y programas de salud para adulto mayor ___ existencia de redes de apoyo social al adulto mayor_ existencia de políticas sociales y públicas de protección al adulto mayor___ nivel educacional __ cultura de salud__ estrato socioeconómico___ otros(especificar) __ no tiene elementos___	Criterio / Cumple / Cumple Moderadamente / No cumple Claridad Coherencia Relevancia Sugiero modificar por Sugiero eliminar
Suficiencia de los ítems y dimensión I	Criterio / Cumple / Cumple Moderadamente / No cumple
II-Percepción de los diferentes sectores sociales relacionados con la intersectorialidad y la utilización de los servicios estomatológicos por los adultos mayores en su comunidad.	**Consulta a Expertos acerca de cada pregunta de la dimensión II**
1.6 ¿Cuáles de los sectores siguientes considera que pueden contribuir a la identificación de las necesidades de salud bucal del adulto mayor que requieren de utilización de los servicios estomatológicos en su comunidad? Salud ___ Educación ____ Sector poblacional (Adulto Mayor, Familia, Cuidador) ___Religión ___ Cultura ___Sociedad civil (CDR, FMC, ANAP) ____ Otros (Especificar)_____ No tiene elementos para opinar ___	Criterio / Cumple / Cumple Moderadamente / No cumple Claridad Coherencia Relevancia Sugiero modificar por Sugiero eliminar
1.7 ¿Cuáles de los sectores siguientes considera que pueden contribuir a la mejora de la salud bucal y de la utilización de los servicios estomatológicos por el adulto mayor en su comunidad? Salud ___ Educación ____ Sector poblacional (Adulto Mayor, Familia, Cuidador) ___Religión ___ Cultura ___Sociedad civil (CDR, FMC, ANAP) ____ Otros (Especificar)_____ No tiene elementos para opinar __	Criterio / Cumple / Cumple Moderadamente / No cumple Claridad Coherencia Relevancia Sugiero modificar por Sugiero eliminar
1.8 ¿Tiene conocimiento de necesidades de salud bucal del adulto mayor que requieren de utilización de los servicios estomatológicos en su comunidad que hayan sido solucionadas parcial o totalmente con la participación conjunta de dos o más sectores sociales de la	Criterio / Cumple / Cumple Moderadamente / No cumple Claridad Coherencia Relevancia

comunidad? Si__ No___ No tiene elementos para opinar_____	Sugiero modificar por Sugiero eliminar
1.9 ¿Tiene conocimiento acerca de planes, programas, estrategias y(o) proyectos de investigación acerca de las necesidades de salud bucal del adulto mayor que requieren de utilización de los servicios estomatológicos en su comunidad que hayan tenido participación conjunta de dos o más sectores sociales de la comunidad? Si__ No___ No tiene elementos para opinar_____	Criterio / Cumple / Cumple Moderadamente / No cumple Claridad Coherencia Relevancia Sugiero modificar por Sugiero eliminar
1.10 ¿Tiene conocimiento acerca de alguna legislación que permita a otros sectores sociales (además del de salud) abordar temas dirigidos a la salud de la población adulta mayor? Si__ No___ No tiene elementos para opinar_____	Criterio / Cumple / Cumple Moderadamente / No cumple Claridad Coherencia Relevancia Sugiero modificar por Sugiero eliminar
Suficiencia de los ítems y dimensión II	Criterio / Cumple / Cumple Moderadamente / No cumple
III. Actitud de los sectores sociales relacionadas con la intersectorialidad y utilización de los servicios estomatológicos por los adultos mayores	**Consulta a Expertos acerca de cada pregunta de la dimensión III**
1.11 ¿El sector al que pertenece tiene motivación para el trabajo conjunto sostenido con otros sectores para la mejora de la salud bucal y de la utilización de los servicios estomatológicos por el adulto mayor en su comunidad? Si__ No__ No tiene elementos para opinar__	Criterio / Cumple / Cumple Moderadamente / No cumple Claridad Coherencia Relevancia Sugiero modificar por Sugiero eliminar
1.12 ¿El sector al que pertenece estaría dispuesto a participar de conjunto con otros sectores en planes, programas, estrategias y(o) proyectos de investigación para la mejora de la salud bucal y de la utilización de los servicios estomatológicos por el adulto mayor en su comunidad? Si__ No__ No tiene elementos para opinar__	Criterio / Cumple / Cumple Moderadamente / No cumple Claridad Coherencia Relevancia Sugiero modificar por Sugiero eliminar
1.13 ¿El sector al que pertenece estaría dispuesto a compartir recursos (apoyo logístico) para la mejora de la salud bucal y de la utilización de los servicios estomatológicos por el adulto mayor en su comunidad? Si__ No__ No tiene elementos para opinar__	Criterio / Cumple / Cumple Moderadamente / No cumple Claridad Coherencia Relevancia Sugiero modificar por Sugiero eliminar

1.14¿El sector al que pertenece estaría dispuesto a participar en políticas públicas y sociales (ej. acciones de protección de la salud funcional, promoción de salud, inclusión social, solidaridad intergeneracional y en el entorno físico, social y de los servicios de salud entre otras) que contribuyan a la mejora de la salud bucal y de la utilización de los servicios estomatológicos por el adulto mayor en su comunidad? Si__ No__ No tiene elementos para opinar__	
Suficiencia de los ítems y dimensión III	
IV. Experiencia práctica de los sectores sociales relacionados con la intersectorialidad y utilización de los servicios de salud por adultos mayores de los servicios estomatológicos por los adultos mayores	**Consulta a Expertos acerca de cada pregunta de la dimensión IV**
1.15¿El sector al que pertenece posee preparación para participar en el análisis de factores que pudieran afectar la salud bucal y la utilización de los servicios estomatológicos por el adulto mayor a nivel del Consejo Popular en su comunidad? Si___ No___ No tiene elementos para opinar___	
1.16 ¿El sector al que pertenece tiene experiencia práctica en la cogestión (compartir con otros sectores la planificación, organización, ejecución y control) de acciones que pueden contribuir a la mejora de la salud bucal y de la utilización de los servicios estomatológicos por el adulto mayor en su comunidad de conjunto con otros sectores? Si__ No__ No tiene elementos para opinar___	
1.17 ¿El sector al que pertenece posee experiencia de participación en políticas públicas, sociales y redes de apoyo (ej. acciones de protección de la salud funcional, promoción de salud, inclusión social, solidaridad intergeneracional y en el entorno físico, social y de los servicios de salud entre otras) que contribuyan a la mejora de la salud bucal y de la utilización de los servicios estomatológicos por el adulto mayor en su comunidad? Si__ No__ No tiene elementos para opinar__	

Criterio	Cumple	Cumple Moderadamente	No cumple
Claridad			
Coherencia			
Relevancia			
Sugiero modificar por			
Sugiero eliminar			

Criterio	Cumple	Cumple Moderadamente	No cumple

Criterio	Cumple	Cumple Moderadamente	No cumple
Claridad			
Coherencia			
Relevancia			
Sugiero modificar por			
Sugiero eliminar			

Criterio	Cumple	Cumple Moderadamente	No cumple
Claridad			
Coherencia			
Relevancia			
Sugiero modificar por			
Sugiero eliminar			

Criterio	Cumple	Cumple Moderadamente	No cumple
Claridad			
Coherencia			
Relevancia			
Sugiero modificar por			
Sugiero eliminar			

1.18¿El sector al que pertenece posee experiencia en la rendición de cuentas de aspectos de su objeto social que pueden contribuir a la mejora de la salud bucal y de la utilización de los servicios estomatológicos por el adulto mayor en su comunidad? Si__ No__ No tiene elementos para opinar__	<table><tr><td>Criterio</td><td>Cumple</td><td>Cumple Moderadamente</td><td>No cumple</td></tr><tr><td>Claridad</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Coherencia</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Relevancia</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Sugiero modificar por</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>Sugiero eliminar</td><td colspan="3"></td></tr></table>
Suficiencia de los ítems y dimensión IV	<table><tr><td>Criterio</td><td>Cumple</td><td>Cumple Moderadamente</td><td>No cumple</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>
Suficiencia global del instrumento	<table><tr><td>Criterio</td><td>Cumple</td><td>Cumple Moderadamente</td><td>No cumple</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>

Escala de evaluación

Se consideró que para los ítems del 1.1 al 1.7 debe tener el 60 % o más de respuestas correctas otorgándole un valor de 1 punto, con resultados inferiores a estos valores la puntuación es 0.

En el resto de los ítems la respuesta de Si obtiene el valor de 1 punto, cuando la respuesta sea No, No tiene opinión obtiene un valor de 0.

De esta forma la evaluación se realiza de la siguiente forma:

Obtiene: 1 puntos por cada ítem que responda de forma Adecuada.

Obtiene: 0 puntos por cada ítem que responda de forma Inadecuada.

Se establece la escala de calificación considerándose el empoderamiento intersectorial:

Adecuado: Si obtiene una calificación entre 11 y 18 puntos.

Inadecuado: Si obtiene una calificación menor o igual a 10 punto

Anexo 15

RESULTADOS DE ENTREVISTA NO ESTRUCTURADA A ADULTOS MAYORES Y CUIDADORES

El enfoque metodológico consistió en entrevistas con adultos mayores y cuidadores, a partir de una guía de temas preestablecidos, abordados como una conversación abierta, sin un guion rígido para lograr que el entrevistado se sienta cómodo, hable con libertad, y captar nuevas ideas, no previstas inicialmente en la investigación. La flexibilidad y la falta de estructura del diálogo facilitó la relación entre investigador y el entrevistado teniendo en consideración el tipo de población a la que va dirigida, la exploración de temas complejos y sensibles de acuerdo con las necesidades del estudio.

Luego de realizar las entrevistas durante un tiempo aproximado de 40 minutos con cada uno, en ambiente relajado, para facilitar la cooperación del entrevistado, se obtuvo información valiosa para la investigación, de acuerdo con sus experiencias personales.

Una vez gravadas y transcritas las conversaciones, se procedió a su análisis mediante la identificación y codificación de palabras, conceptos, y sentimientos relevantes. Dichos elementos se estructuraron en un sistema de tres categorías principales con sus respectivas subcategorías, proceso que permitió organizar,y sintetizar la información, en una visión global que facilitó su interpretación.

A continuación, se exponen las categorías identificadas ilustradas con los comentarios mas representativos de los participantes:

I- Percepción forma en que los adultos mayores evalúan y sienten su situación de salud bucal estableciendo como subcategorías: importancia, relación con enfermedades sistémicas

II- Frecuencia: patrón con que la persona refiere que acude a los servicios estomatológicos, es decir cuándo y con qué regularidad, se consideraron como subcategorías: anual mensual, cuanto tiene dolor o molestias.

III- Barreras: aspectos que dificultan el acceso y la utilización de los servicios desde dimensiones: geográficas, económicas, organizacionales, demográficas.

I-Percepción de adultos mayores y cuidadores

Al profundizar sobre su estado de salud se encontraron expresiones tales como:

[...] bueno doctora imagínese siempre tengo que estar en el hospital, soy diabética hace un año tuve un infarto, ya con mis años tengo pocos dientes que cuidar y están flojos, me cepillo una vez al día, la pasta dental es muy cara, lo que quiero es sacármelos todos y ponerme una prótesis [...] (I-a Adulta mayor, 74 años, Jubilada)

[...] ella se queja de cualquier cosa para que la lleven al médico, creo que es más para salir de la casa, pero con las visitas al cardiólogo, al oculista, me bastan, eso me lleva mucho tiempo y no puedo hacer las cosas de la casa para ayudar a su hija [...] (I-i Cuidador, 62 años, Ama de casa)

[...] hace rato que no voy al dentista la última vez me dijeron que tenía que hacerme un tratamiento que no recuerdo cual, me pusieron un curita y resolví, la estomatóloga me vio en el consultorio médico pues tengo descontrolada la presión, me dijo que fuera, pero no pudo faltar al trabajo hay muy poco personal y si falto pierdo mi estimulación, cuando pueda voy [...] (I-c Adulta mayor, 65 años, Trabajadora)

II- La frecuencia de asistencia a consulta estomatológica es otro aspecto que relatan destacándose comentarios como:

[...] tengo muchas cosas que atender en la casa, recoger los nietos de la escuela, buscar mandados, trabajar, ya mis dientes me durado demasiado, en realidad no me duele nada, cuando siento algo voy y me lo saco [...] (II-d Adulta mayor, 69 años Trabajadora por cuenta propia)

[...] sé que es muy importante mantener los dientes sanos, yo me cepillo bien todos los días y voy a la consulta una vez al año a revisarme, soy diabética y no me puedo descuidar [...] (II c Adulta mayor 61 años, Trabajadora)

[...] solo voy cuando me duele algo, realmente le tengo mucho miedo a esa maquinita, después llego, me ponen un curita y tengo que volver otro día, a ponerme el empaste, eso me hace perder toda la mañana, además lo pienso mucho ya me cuesta trabajo subir esas escaleras, en fin, voy de vez en cuando, si necesito algo [...] (II a Adulta mayor 63 años, Trabajadora)

III- Barreras: se destacan comentarios como:

[...] para llevarla a la clínica tengo que coger un bicitaxi o cualquier otro transporte, aunque no es muy lejos, ya no puede caminar tanto, después subir dos pisos y luego esperar que la atiendan para ver como regresamos […] (III jCuidador ,65 años, Ama de casa).

[...] yo vivo sola, ya no veo bien, me cuesta trabajo cruzar las calles y no tengo dinero para estar cogiendo carros, no tengo quien me acompañe a todas mis consultas que son muchas [...] (III e Adulta mayor 75 años Jubilada)

[...] doctora cuando voy a veces no hay lo que necesito para que me atiendan, al final ya estoy muy vieja y con los dientes que me quedan me defiendo para masticar [...] (III b Adulta mayor 67 años Trabajadora.)

La entrevista no estructura a este grupo de población permitió explorar vivencias, problemáticas específicas y comprensión de sus necesidades. La información obtenida y agrupada siguiendo patrones afines, facilitó a partir del criterio de análisis y síntesis procesar la información y obtener las principales dificultades percibidas por esta población en relación a su salud bucal y utilización de los servicios estomatológicos, dentro de las cuales se encuentran:

- La percepción de los adultos mayores, en relación con su salud bucal se identifica con la disminución de las expectativas de salud bucal en comparación a su salud general y la limitación de sus conocimientos del efecto bidireccional de enfermedades bucales y sistémicas
- En relación a la frecuencia de asistencia a la consulta estomatología los resultados más destacados y reiterado en este grupo poblacional se asocia a la visita solo para recibir algún tratamiento, aunque algunos reconocen la importancia del chequeo anual
- En las conversaciones con los adultos mayores y cuidadores se plantearon inconformidades que constituyen barreras que limitan la utilización de los servicios estomatológicos por este grupo poblacional.

Los aportes cualitativos de esta fase exploratoria resultaron determinantes en el diseño del instrumento.

Anexo 16

AUTOPERCEPCION DE SALUD BUCAL Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS POR ADULTOS MAYORES

Dimensión I. Aspectos sociodemográficos

1.1 Edad:(años cumplidos**)** ____

1.2 Sexo(biológico): (Marcar X).

a) Femenino ___b) Masculino -------

1.3 Nivel educacional culminado:(Marcar X). a) Educación básica___ b) Media ___ c) Media Superior ___ d) Superior ___

1.4 Estado civil actual. (Marcar X). a) casado ___b) acompañado ___ c) divorciado ___ d) separado ____ e) viudo___ f) soltero ____

1.5 Ingresos económicos de los que depende. (Marcar X en el que considere).

b) Ingresos salariales ___b) Ingresos por jubilación ____

d) Seguridad social ___ d) Aporte de la familia ___

f) No ingresos personales ____

Dimensión II. Dificultades funcionales personales para realizar actividades sociales.

1.6. Exprese las dificultades personales que presenta. (Marcar X en los que considere).

a) Para realizar actividades cotidianas solo ___

b) Para recordar cosas importantes ___

c) Para salir solo ___

d) Para asistir solo a actividades sociales y(o) recreativas ___

e) Para asistir solo a consulta estomatológica ___

En caso de tener dificultades funcionales exprese con cuáles apoyos cuenta. (Marcar X en los que considere).

a) familiares ___ b) vecinos ___c) amigos ___ d) apoyo de las instituciones de la comunidad ___ e) cuidadores ___

Dimensión III. Autopercepción del estado de salud bucal.

1.7 ¿Cómo percibe su salud bucal? (Marcar X en lo que considere).

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala

¿Por qué percibe su salud bucal de esa manera?

_____

1.8. **¿Qué prioridad le concede a la salud bucal en su vida? (Marcar X en lo que considere).**

Muy alta	Alta	Moderada	Baja	Muy Baja

1.9. **¿En qué medida sus conocimientos de salud le permiten realizar acciones para la mejora de su salud bucal? (Marcar X en lo que considere).**

Muy alta	Alta	Moderada	Baja	Muy Baja

1.10 **¿Estaría dispuesto a realizar algún cambio en sus hábitos de vida para mejorar su salud bucal? (Marcar X en lo que considere).**

a) Si ___b) No ___ c) Pudiera ser___ d) Ya no se puede mejorar___

Dimensión IV. Utilización de los servicios

1.11 Frecuencia con que asiste a la consulta de Estomatología**.** (Marcar X en lo que considere).

a) Solo cuando lo necesita (por molestias o urgencias) ___

b) Semestral____ c) Anual ___

d) Otro periodo (especificar)_____

¿Por qué asiste con la frecuencia mencionada?

_____

1.12 ¿**Qué factores considera pudieran limitar su asistencia a los servicios estomatológicos para revisión o tratamiento? (Marcar X en los que considere).**

a) Distancia de los servicios (según vías de comunicación existentes y transportes disponibles) ___

b) La capacidad para asumir los costos con relación a la atención estomatológica y el mantenimiento de la salud bucal (ejemplo compra de cepillos dentales, pasta dental, medicamentos antibióticos, analgésicos, costos de desplazamiento a la clínica) ___

c) Presencia de barreras arquitectónicas ___

d) Dificultades para movilizarse ___

e) Tiempo de espera para recibir atención ___

f) Tiempo de duración de la atención ___

g) Demora entre una consulta y otra ___

h) Dificultad con la disponibilidad de medicamentos y otros recursos ___

i) Dificultades visuales ___

j) Trato recibido ___

k) Otros(mencionar)

_____

h) Ninguno ___

METODOLOGÍA PARA LA APLICACIÓN Y EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO.

El instrumento seráaplicado por un estomatólogo, especialista de EGI, residente de EGI o estudiante según los siguientes criterios. Debe marcar con una X según las respuestas del entrevistado.

1.1 Edad: en años cumplidos al momento del estudio según criterios de la OMS de la clasificación de las edades en el adulto mayor. Dividida en los siguientes grupos de edades (60 – 74); (75 – 90); (91 y más)**?).**

1.2 Sexo: Escala nominal: femenino y masculino. Según sexo biológico

1.3 Nivel educacional: se considera el último grado de enseñanza terminada por el adulto mayor (Educación básica; Educación Media; Educación Superior).

1.4 Estado civil actual: según refiere el entrevistado (casado; acompañado; divorciado; separado; viudo; soltero).

1.5 Ingresos económicos de los que depende: según refiere el entrevistado y se tendrán en cuenta todos los ingresos que recibe clasificados en:

Ingreso salarial (estatal o privado) ___ Ingresos por jubilación___ Seguridad social___ Aporte de la familia___ No ingresos personales___.

1.6 Dificultades funcionales personales para realizar actividades sociales: según refiere el entrevistado, se tendrán en cuenta todas las dificultades referidas agrupadas en:

Problemas para: realizar actividades cotidianas solo recordar cosas importantes salir solo a actividades sociales y(o) recreativas asistir solo a consulta estomatológica.

Apoyos con que cuenta: se tendrán en cuenta todos los apoyos referidos

Familiares__ vecinos___ amigos___ apoyo de las instituciones de la comunidad ___cuidadores___

Autopercepción del estado de salud bucal:

1.7 Percepción de su salud bucal: según refiera el entrevistado agrupadas en las categorías:

Muy bueno__ Bueno__ Regular __ Muy mal__ Malo__

1.8 Prioridad le concede a la salud bucal: según refiera el entrevistado:

Muy alta__ Alta __ Moderada__ Baja__ Muy Baja__

1.9 Conocimientos de salud bucal: según refiere el entrevistado:

Muy alta__ Alta__ Moderada __ Baja___ Muy Baja__.

1.10 Disposición a realizar algún cambio en sus hábitos de vida para mejorar su salud bucal: según refiere el entrevistado:

Si__ No__ Pudiera ser __ Ya no se puede mejorar__.

Utilización de los servicios:

1.11Frecuencia con que asiste a la consulta de Estomatología: según refiere el entrevistado:

Solo cuando lo necesita (por molestias o urgencias) __ Semestral__ Anual__ Otro periodo__.

1.12 Factores que considera pudieran limitar su asistencia a los servicios estomatológicos según refiere el entrevistado: se tendrán en cuenta todas las limitaciones referidas:

Distancia de los servicios (según vías de comunicación existentes y transportes disponibles) __

Capacidad para asumir los costos con relación a la atención estomatológica (compra de cepillos dentales, pasta dental, medicamentos antibióticos, analgésicos, costos de desplazamiento a la clínica__

Presencia de barreras arquitectónicas__

Dificultades para movilizarse__

Tiempo de espera para recibir atención__

Tiempo de duración de la atención__

Demora entre una consulta y otra__

Dificultad con disponibilidad de medicamentos y otros recursos__

Dificultades visuales

Trato recibido__

Otros__

Ninguno__.

Anexo 17

RESULTADOS DE ENTREVISTA NO ESTRUCTURADA ACTORES SOCIALES.

Se realiza al personal de salud, actores sociales, directivos de organizaciones de masas, miembro del Consejo Popular Príncipe, delegado del Poder Popular, cuidadores, adultos mayores, médico de la familia, estomatólogos, técnico de Atención Estomatológica.

Si bien las entrevistas se realizaron con un carácter abierto, sin un guion específico, se presentó a los participantes una serie de temas predeterminados, sobre los cuales emitieron sus criterios en relación con la temática del estudio. Su propósito fue recabar a partir de su experiencia práctica la información necesaria para el diseño del instrumento.

Las conversaciones se grabaron y se transcribieron para identifican palabras, frases que reflejan conceptos, sentimientos o temáticas relevantes. Como resultado del análisis de los diálogos, los elementos se organizaron en tres categorías principales y subcategorías. Esta clasificación permitió una estructuración sistemática de la información, facilitando su procesamiento y posterior análisis, el cual se presenta de forma global.

A continuación, se presentan las categorías identificadas, sustentadas con fragmentos representativos de los diálogos:

I- Intersectorialidad: categoría analítica para explorar como diferentes sectores sociales se articulan y colaboran para abordar problemas sociales. Se establecen como subcategorías: conocimiento, utilización y periodicidad

II- Instrumentos: conocimiento de herramienta cualitativa para captar, percepciones, experiencias, opiniones de actores sociales relacionadas con salud

bucal de adultos mayores utilizadas para medir empoderamiento, intersectorialidad estableciendo como subcategorías: conocimiento, existencia.

III- Aplicación: forma en que los diferentes sectores sociales interactúan y comparten recursos para abordar problemas comunes teniendo en cuenta como subcategoría: empleo y aplicabilidad

Entre los comentarios realizados destacan como relevantes:

I-Intersectorialidad

[...]… bueno doctora, yo he escuchado mucho ese término y sé que es muy útil para resolver problemas de salud, en nuestro caso colaboramos siempre que se nos pide en alguna situación específica pero no es de forma sistemática [...] (I-c Representante de FMC, 62 años Trabajador).

[...] en ocasiones convocamos y participamos en actividades con varios sectores, le damos atención a los adultos mayores en las casas de abuelos, tenemos levantamiento de la situación de los adultos mayores de muestra localidad, pero el trabajo es intenso [...] (I-e Miembro el Consejo Popular Príncipe 65 años, Trabajador).

[...] bueno realmente no tengo mucho conocimiento de eso, no puedo dar información al respecto, lo he escuchado, pero no se bien como se hace [...] (I-b Líder comunitario 69 años, Trabajador).

II- Instrumentos

En la entrevista con personal de salud y otros actores sociales se resaltaron comentarios:

[...] llevo varios años trabajando en el sector salud y no he utilizado nunca ningún instrumento que permita evaluar la aplicación la intersectorialidad, ni empoderamiento en nuestra área. [...] (II –l Estomatólogo 52 años Trabajador)

[...] desde que trabajo como médico de familia hace más de 20 años en muchas ocasiones con situaciones de salud emergentes recibimos mucho apoyo de distintos sectores y muy buena disposición para colaborar en todo lo necesario, pero no he utilizado ningún instrumento que permita conocer la aplicación del empoderamientoy la intersectorialidad. [...] (II –m Médico de familia 49 años Trabajador)

[...] no conozco ninguna encuesta que se realice para saber si se utiliza, o si se aplica ni nada [...] (II-k Cuidador 51años, Trabajador de salud)

III- En cuanto a la aplicación práctica de la intersectorialidad los entrevistados realizan comentarios destacándose con mayor frecuencia:

[...] la intersectorialidad se aplicó mucho por ejemplo durante la COVID 19 su aplicación fue decisiva pero no considero que se aplique con la rigurosidad que requiere para resolver muchos problemas de salud, no solo de adultos mayores [...] (III- n Estomatólogo, 48 años Trabajador)

[...] nosotros apoyamos en todo lo que se puede en el barrio con los viejitos, sobre todos los que están solos, creo que es muy importante la unión de todos para que puedan tener mejor salud [...] (III-b Núcleo zonal 69 años Jubilado)

[...] la aplicación de la intersectorialidad no se mantiene, a veces se habla de eso y se realizan algunas acciones para resolver situaciones puntuales, pero para solucionar problemas de salud de forma sistemática no se utiliza [...] (III –l Estomatólogo 52 años Trabajador)

La información obtenida y agrupada siguiendo patrones afines, facilitó a partir del criterio de análisis y síntesis procesar la información y obtener las principales dificultades reconocidas por actores sociales relacionadas con la intersectorialidad

- Reconocen su importancia, aún existen dificultades en su aplicación de forma práctica
- Las entrevistas con personal de salud y actores sociales evidenciaron que no emplean ningún instrumento que permita evaluar el empoderamiento e intersectorialidad
- Se realizan actividades de forma aisladas, sin un enfoque sistemático

.

Anexo 18

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DEL NIVEL DE EMPODERAMIENTO INTERSECTORIAL RELACIONADO CON LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS ESTOMATOLÓGICOS POR ADULTOS MAYORES A NIVEL LOCAL.

La población del estudio deberá marcar la categoría por la que será encuestado:

Sector social:

- Sector población. Adulto Mayor___ Familia___ Cuidador de Adulto Mayor___
- Salud. Estomatólogo General Integral o General Básico _____ Otras especialidades _____ Licenciados o Técnicos de Atención Estomatológica _____Médico General Integral ___ Enfermera de la Familia___
- Gubernamental (especificar). Delegado de circunscripción__ Presidente del Consejo Popular ___ Presidente de la Asamblea Municipal __Intendente__
- Institución u Organismo del estado al que pertenece (especificar sector)

  _____
- No estatal __ (especificar) _____
- Sociedad civil: CDR__ FMC __ ANAP ____ Otras(especificar)____Redes de Apoyo ___

Marcar X en la casilla que se corresponde con su consideración:

Dimensión I.-Conocimiento de los actores de los diferentes sectores sociales relacionados con la utilización de los servicios estomatológicos por los adultos mayores en su comunidad.
1.1-Seleccione cuáles problemas de salud bucal considera que afectan a los adultos mayores de su comunidad: Presencia de caries dental____ enfermedad periodontal (sangramiento de las encías y (o) movilidad dentaria) ____ lesiones de las mucosas (heridas en tejidos blandos de la boca) ___ desdentamiento (pérdida de dientes) ___ cáncer bucal___ Otras (especificar) _____No tiene elementos para opinar ___
1.2- ¿Cuáles de los siguientes factores sociales considera que pueden influir en el estado de salud bucal del adulto mayor en su comunidad? Posibilidades de adquirir alimentos saludables__ Posibilidades de acceder al agua potable__ Actividad física (práctica de deporte y actividades sociales) __ Condiciones

estresantes en el ambiente social (problemas económicos, familiares, temores) __Contaminantes de aire, agua y ambiente ___ Otros (especificar) ___ No tiene elementos para opinar ___
1.3- ¿Cuáles de los siguientes factores de comportamiento del adulto mayor en su comunidad considera que pueden favorecer el desarrollo de problemas en la salud bucal? Higiene dental ___Hábito de fumar___ Frecuente ingestión de alcohol___ Frecuente ingestión de azúcares___ Frecuente ingestión de alimentos que requieren poca masticación___ Ingestión de alimentos muy calientes o picantes ___Ausencia o infrecuente consumo de frutas y vegetales ___Frecuente exposición al sol sin protección ___Otros(especificar)____ No tiene elementos___
1.4 ¿Considera que los problemas de salud bucal de los adultos mayores de su comunidad están relacionados con la utilización que hacen de los servicios estomatológicos? Si___ No___ Pudiera ser___ No tiene elementos para opinar___
1.5 ¿Cuáles de los siguientes factores sociales considera están relacionados con la utilización de los servicios estomatológicos por los adultos mayores de su comunidad? Adaptación a la convivencia: comunitaria __ familiar__ Apoyo de la familia ____Apoyo de la comunidad ___Apoyo de vecinos____ Apoyo de amigos____ Apoyo de cuidadores ____ Existencia de servicios y programas de salud para adulto mayor ___ Existencia de redes de apoyo social al adulto mayor___ Existencia de políticas sociales y públicas de protección al adulto mayor___ Nivel educacional __ Cultura de salud__ Nivel socioeconómico___ Otros(especificar) _____ No tiene elementos__
Dimensión II.-Percepción de los diferentes sectores sociales relacionados con la intersectorialidad y la utilización de los servicios estomatológicos por los adultos mayores en su comunidad.
1.6 ¿Cuáles de los siguientes sectores considera que pueden contribuir a la identificación de las necesidades de salud bucal del adulto mayor que requieren de utilización de los servicios estomatológicos en su comunidad? Salud ___ Educación ____ Sector poblacional (Adulto Mayor, Familia, Cuidador) ___Religión ___ Cultura ___Sociedad civil (CDR, FMC, ANAP) ____ Otros (Especificar)_____ No tiene elementos para opinar ___
1.7 ¿Cuáles de los sectores siguientes considera que pueden contribuir a la mejora de la salud bucal y de la utilización de los servicios estomatológicos por el adulto mayor en su comunidad? Salud ___ Educación ____ Sector poblacional (Adulto Mayor, Familia, Cuidador) ___Religión ___ Cultura ___Sociedad civil (CDR, FMC, ANAP) ____ Otros (Especificar)_____ No tiene elementos para opinar ___
1.8 ¿Tiene conocimiento de necesidades de salud bucal del adulto mayor que requieren de utilización de los servicios estomatológicos en su comunidad que hayan sido solucionadas parcial o totalmente con la participación conjunta de dos o más sectores sociales de la comunidad? Si__ No___ No tiene elementos para opinar_____
1.9 ¿Tiene conocimiento acerca de planes, programas, estrategias y(o) proyectos de investigación acerca de las necesidades de salud bucal del adulto mayor que requieren de utilización de los servicios estomatológicos en su comunidad que hayan tenido participación conjunta de dos o más sectores sociales de la comunidad? Si__ No___ No tiene elementos para opinar_____
1.10 ¿Tiene conocimiento acerca de alguna legislación que permita a otros sectores sociales (además del de salud) abordar temas dirigidos a la salud de la población adulta mayor? Si__ No___ No tiene elementos para opinar_____

Dimensión III. Actitud de los sectores sociales relacionadas con la intersectorialidad y la utilización de los servicios estomatológicos por los adultos mayores
1.11 ¿El sector al que pertenece tiene motivación para el trabajo conjunto sostenido con otros sectores para la mejora de la salud bucal y de la utilización de los servicios estomatológicos por el adulto mayor en su comunidad? Si___ No__ No tiene elementos para opinar__
1.12 ¿El sector al que pertenece estaría dispuesto a participar de conjunto con otros sectores en planes, programas, estrategias y(o) proyectos de investigación para la mejora de la salud bucal y de la utilización de los servicios estomatológicos por el adulto mayor en su comunidad? Si__ No__ No tiene elementos para opinar__
1.13 ¿El sector al que pertenece estaría dispuesto a compartir recursos (apoyo logístico) para la mejora de la salud bucal y de la utilización de los servicios estomatológicos por el adulto mayor en su comunidad? Si__ No__ No tiene elementos para opinar__
1.14 ¿El sector al que pertenece estaría dispuesto a participar en políticas públicas, sociales y redes de apoyo (ej. acciones de protección de la salud funcional, promoción de salud, inclusión social, solidaridad intergeneracional, en el entorno físico, social y de los servicios de salud entre otras) que contribuyan a la mejora de la salud bucal y de la utilización de los servicios estomatológicos por el adulto mayor en su comunidad? Si__ No__ No tiene elementos para opinar__
Dimensión IV. Experiencia práctica de los sectores sociales relacionados con la intersectorialidad y la utilización de los servicios de salud por adultos mayores de los servicios estomatológicos por los adultos mayores
1.15¿El sector al que pertenece posee preparación para participar en el análisis de factores que pudieran afectar la salud bucal y la utilización de los servicios estomatológicos por el adulto mayor a nivel del Consejo Popular en su comunidad? Si___ No___ No tiene elementos para opinar___
1.16 ¿El sector al que pertenece tiene experiencia práctica en la cogestión (compartir con otros sectores la planificación, organización, ejecución y control) de acciones que pueden contribuir a la mejora de la salud bucal y de la utilización de los servicios estomatológicos por el adulto mayor en su comunidad de conjunto con otros sectores? Si__ No__ No tiene elementos para opinar___
1.17 ¿El sector al que pertenece posee experiencia de participación en políticas públicas y sociales y redes de apoyo (ej. acciones de protección de la salud funcional, promoción de salud, inclusión social, solidaridad intergeneracional y en el entorno físico, social y de los servicios de salud entre otras) que contribuyan a la mejora de la salud bucal y de la utilización de los servicios estomatológicos por el adulto mayor en su comunidad? Si__ No__ No tiene elementos para opinar__
1.18 ¿El sector al que pertenece posee experiencia en la rendición de cuentas de aspectos de su objeto social que pueden contribuir a la mejora de la salud bucal y de la utilización de los servicios estomatológicos por el adulto mayor en su comunidad? Si__ No__ No tiene elementos para opinar_ _

Escala de evaluación

Se consideró que para los ítems del 1.1 al 1.7 debe tener el 60 % o más de respuestas correctas otorgándole un valor de 1 punto, con resultados inferiores a estos valores la puntuación es 0.

En el resto de los ítems la respuesta de Si obtiene el valor de 1 punto, cuando la respuesta sea No,No tiene opinión obtiene un valor de 0.

De esta forma la evaluación se realiza de la siguiente forma:

Obtiene: 1 puntos por cada ítem que responda de forma Adecuada.

Obtiene: 0 puntos por cada ítem que responda de forma Inadecuada.

Se establece la escala de calificación considerándose el empoderamiento intersectorial:

Adecuado: Si obtiene una calificación entre 11 y 18 puntos.

Inadecuado: Si obtiene una calificación menor o igual a 10 punto

PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE LA AUTORA

Proyecto de Investigación

Instrumento de evaluación del nivel de empoderamiento intersectorial relacionado con la salud bucal y utilización de los servicios estomatológicos por adultos mayores a nivel local.

Presentación en eventos científico-técnicos.

1. VIII Simposio Nacional. Encuentro Internacional de Estomatología octubre 2018

Ponencia: Autopercepción de Salud oral y calidad de vida en el adulto mayor. Facultad de Estomatologia.2018.

2. V Jornada Científica en saludo al Día Mundial de la Salud Bucal 2019

Ponencia: Empoderamiento Intersectorial para la Salud Bucal en el adulto mayor. (Mesa Redonda)

3. Visión Salud Bucal IX Simposio Nacional. Encuentro Internacional de Estomatología 2019

Ponencia: La Intersectorialidad, camino favorable para los adultos mayores en América Latina.

4. XXVII Jornada Científica CIMEQ 2019

Ponencia: Calidad de vida y utilización de los servicios de salud en el adulto mayor. Facultad de Estomatología 2018.

5. Congreso Internacional de Estomatología 2020

Ponencia: Caracterización y utilización de los servicios de salud en hogar de ancianos. Plaza de la Revolución 2019.

Ponencia: La literatura universal y la salud bucal en el adulto mayor.

6. Congreso Internacional Estomatovisión 2021

Ponencia: Barreras en la utilización de los servicios de salud en adultos mayores.

7. I Convención CISALUD 2023

Ponencia: Importancia de la salud bucal desde la percepción del adulto mayor. Estudio Consejo Príncipe. 2023.

8. Jornada de Cátedras Honoríficas y Multidisciplinarias de la Facultad de Estomatología de La Habana

Ponencia: Intersectorialidad como tecnología social en el tratamiento del adulto mayor.

9. XIII Encuentro Internacional de Estudiantes de Psicología

Ponencia: Percepción de adultos mayores del Consejo Príncipe sobre su salud bucal.

10. Encuentro Internacional de Odontología 124 Aniversario de la Facultad de Estomatología de La Habana (SIOLA). 2024

Ponencia: Adultos mayores del policlínico Héroes del Moncada y su utilización de los servicios estomatológicos

Ponencia: La comunicación como barrera de acceso a los servicios estomatológicos, en el adulto mayor

11. Fórum de Ciencia y Técnica a nivel de base. 2024

Ponencia: Instrumento para evaluar la percepción de salud bucal y utilización de los servicios en adultos mayores.

12. II Convención CISALUD 2024

Ponencia: Relación entre enfermedades bucales y sistémicas en adultos mayores. 2024.

Publicaciones

1- **Roche Martínez A**, Peguero Morejón HA, Nuñez Pérez BM, Fuentes Roche A. Caracterización y utilización de los servicios de salud en los ancianos del hogar “Manuel AneiroSubirat”. Plaza de la revolución 2019. Disponible en: http://www.estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/view/350

2- Peguero Morejón HA, Nuñez Pérez BM, **Roche Martínez A**, Arteaga Rusindo R. La literatura universal y la salud bucal del adulto mayor. **coautor**. Disponible en:http://www.estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/view/387

3- **Roche Martínez A**, Peguero Morejón HA, Núñez Pérez BM, Gispert Abreu E de los A, Alfaro Mon M. Barreras en la utilización de los servicios de salud en adultos mayores [Internet]. En: X Simposio Visión Salud Bucal y IX Taller sobre Cáncer Bucal; 2021 Dic 1-23[citado 20 Nov 2024]. Disponible en: https://estomatovision2021.sld.cu/index.php/estomatovision/2021/paper/viewFile/410/96

4- **Roche Martínez A**, Peguero Morejón HA, Nuñez Pérez BM. Importancia de la salud bucal desde la percepción del adulto mayor. Estudio consejo príncipe [Internet]. En: Cisalud 2023[citado 20 Nov 2024]. Disponible en: https://cisalud-ucmh.sld.cu/index.php/cisalud/2023/paper/view/155

5- **Roche Martínez A**, Peguero Morejón HA, Nuñez Pérez BM. Relación entre enfermedades bucales y sistémicas en adultos mayores [Internet]. En: Cisalud 2024[citado 20 Nov 2024]. Disponible en: https://cisalud-ucmh.sld.cu/index.php/Cisalud2024/2024/paper/view/855/911

6- **Roche Martínez A**, Peguero Morejón HA, Nuñez Pérez BM, Gispert Abreu EA, Fuentes Roche A. Salud bucal de adultos mayores y utilización de los servicios de la Facultad de Estomatología, La Habana. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 12 de febrero de 2025 [citado 18 de febrero de 2025];62:e4694. Disponible en: https://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/4694

7- **Roche Martínez A**, Peguero Morejón HA, Gispert Abreu EÁ, Núñez Pérez BM, Rodríguez Soto A. Diseño y validación de un cuestionario de autopercepción y utilización de servicios estomatológicos por adultos mayores. Rev. Méd .Electrón [Internet]. 20 de enero de 2025 [citado 18 de febrero de 2025];47:e6035. Disponible en: https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/6035

8- **Roche Martínez A**, Peguero Morejón HA, Nuñez Pérez BM, Pérez Caldevilla MA, Fuentes Roche A. Intersectorialidad como tecnología social en el tratamiento del adulto mayor. Rev. Med. Militar [Internet]. 2025 [citado 12 Feb 2025]; 54(1):e025075879. Disponible en:https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/75879/2869

Tutoría de tesis de Especialidad de EGI

- Salud Bucal y utilización de los servicios de salud Plaza: 6
- Salud Bucal y utilización de los servicios de salud Cerro: 6
- Salud Bucal y utilización de los servicios de salud Centro Habana: 2
- Salud Bucal y utilización de los servicios de salud Habana del Este: 2