

UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ

Creencias, hábitos y prácticas de cuidado bucal en pobladores de la comunidad de San

Lorenzo

Autora:

Gema Adriana Verduga Zambrano

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Certificación

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad Odontología de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, certifico:

Haber dirigido y revisado el trabajo de titulación, cumpliendo el total 400 horas, bajo la modalidad de proyecto de investigación, cuyo tema del proyecto es **“Creencias, hábitos y prácticas del cuidado bucal de los pobladores de la comunidad de San Lorenzo”** el mismo que ha sido desarrollado de acuerdo a los lineamientos internos de la modalidad en mención y en apego al cumplimiento de los requisitos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico, por tal motivo CERTIFICO, que el mencionado proyecto reúne los méritos académicos, científicos y formales, suficientes para ser sometido a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

La autoría del tema desarrollado, corresponde Srta. **Verduga Zambrano Gema Adriana**, estudiante de la carrera de Odontología, período académico 2018(1), quien se encuentra apto para la sustentación de su trabajo de titulación.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 02 de octubre del 2018

Lo certifico,

Dr. Freddy Ávila
Docente Tutor
Área de salud

APROBACION DEL TRIBUNAL DE GRADO

UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Tribunal examinador

Los honorables Miembros del Tribunal Examinador luego del debido análisis y su cumplimiento de la ley aprueben el informe de investigación sobre el tema: **“Creencias, hábitos y prácticas de cuidado bucal en pobladores de la comunidad de San Lorenzo”**.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Manta _____ del 2018

DECLARACION DE AUTORIA Y CESION DE DERECHOS

Yo. Verduga Zambrano Gema Adriana declaro ser la autora del siguiente trabajo de tesis: **“Creencias, hábitos y prácticas de cuidado bucal en pobladores de la comunidad de San Lorenzo”**. Para la obtención del título de odontóloga, siendo la Dr. Freddy Ávila Chica director del presente trabajo; y eximo a la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además, certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad

VERDUGA ZAMBRANO GEMA

C.I.:1315424414

Agradecimiento

Dedico este trabajo a mis pilares principales MIS PADRES y sobre todo a mis queridos HERMANOS que han sido mis apoyos fundamentales en el transcurso de mi vida universitaria, a mis compañeros y amigos que fueron apoyo importante en cada etapa de estudio para lograr cada uno de mis metas gracias a cada uno de ellos logre llegar hasta aquí y sobre todo a Dios que me ha guiado en cada decisión y dado fuerzas para continuar esta hermosa experiencia universitaria.

Dedicatoria

A Dios, por escucharme en cada oración y guiarme y dado las fuerzas necesarias para continuar con todo lo que me he propuesto, escuchando cada una de mis oraciones solo él sabe lo que valoro todo lo que he conseguido.

A mis padres Antonio Verduga y Aracely Zambrano por la confianza brindada que aunque fue difícil dejarlos todo este tiempo siempre confiaron en este logro que hoy les brindo, gracias por los consejos, por el apoyo a pesar de la distancia estuvieron constantemente apoyándome y dándome los ánimos necesarios.

A mis hermosos hermanos; Verónica, Tatiana y Junior gracias a ellos hoy puedo decir lo logre, a ustedes les debo mucho por su apoyo indeterminado nunca dudaron de mí y por ustedes más que nada es este gran logro, a mi querida cuñada gracias también por tu mano de ayuda, mis sobrinos que eran el ánimo día a día para seguir esta meta, a muchos de mis familiares, primos, abuelos y demás por ustedes es este gran logro.

A mis amigos que indudablemente me dieron su mano en muchas ocasiones solo ustedes saben lo especiales que son y serán para mí. En especial a; Jonathan, Stefanía, Pablo y Pedro. A mis compañeros; Vanessa, Junior, Cesar, Josselyn y Cristhian. Gracias a ellos que en todo momento me brindaron su apoyo.

A los docentes por todas sus enseñanza y cariño brindado en el transcurso de la vida universitaria por formarnos en el futuro como buenos PROFESIONALES – ODONTOLOGOS; en especial al Dr. Juan Olivera del Rio Phd y a mi tutor el Dr. Freddy Ávila Chica, por guiarme en todo momento, gracias por todo los conocimientos impartidos y por la paciencia brindada.

Resumen

La cultura existen muchas creencias que incitan a realizar cierto tipo de rituales ancestrales que ayudaban a mejorar ciertos tipos de enfermedades que caracterizadas se podrían tratar de manera natural con métodos que las mismas culturas creaban o creían que al realizar cierta actividad se podría mejorar ciertas dolencias. Objetivo: Determinar cuáles son las creencias, hábitos y prácticas de la higiene bucal en la población de la parroquia San Lorenzo en la Ciudad de Manta en personas que comparten las edades de 30 a 70 años en el periodo 2018. Resultados y conclusiones: Dentro las creencias sobre higiene bucal presentes en la población de la parroquia San Lorenzo. Se obtuvo que los remedios caseros alivian el dolor dental un 83% no estuvo de acuerdo, el 93% no consume bebidas alcohólicas para aliviar el dolor dental, no utilizan el 68% clavo de dulce para controlar alguna dolencia, el 83% no ha notado inflamación en su boca, el 66% coloco que estaba de acuerdo en el uso de la manzanilla en el alivio de la inflamación, el 84% no ha utilizado el bicarbonato de sodio como remedio casero para su higiene bucal.

Abstract

The culture there are many beliefs that encourage to perform certain types of ancestral rituals that helped to improve certain types of diseases that characterized could be treated naturally with methods that the same cultures created or believed that by performing certain activity could improve certain ailments. Objective: To determine the beliefs, habits and practices of oral hygiene in the population of the San Lorenzo parish in the City of Manta in people who share the ages of 30 to 70 years in the 2018 period. Results and conclusions: Within the oral hygiene beliefs present in the population of the San Lorenzo parish. It was obtained that home remedies relieve dental pain 83% did not agree, 93% do not consume alcoholic beverages to relieve dental pain, do not use 68% sweet clove to control any ailment, 83% have not noticed inflammation in his mouth, 66% stated that he agreed on the use of chamomile in the relief of inflammation, 84% have not used sodium bicarbonate as a home remedy for their oral hygiene

Índice

Certificación	II
APROBACION DEL TRIBUNAL DE GRADO	III
DECLARACION DE AUTORIA Y CESION DE DERECHOS	IV
Agradecimiento.....	V
Dedicatoria.....	VI
Resumen	VII
Abstract.....	VIII
Índice.....	IX
I.2 Objetivos	6
I.2.1 Objetivo general.....	6
I.2.2 Objetivo especifico.....	6
1 I.3 Justificación.....	7
CAPITULO II	10
II. MARCO TEÓRICO.....	10
II.1 Antecedentes.....	10
II.2 BASE TEÓRICA	12
Higiene oral.....	12
Biopelícula (placa bacteriana).....	12
Concepto de educación para la salud.....	13
Creencias en salud bucal.....	14
Modelo de creencias en la salud.....	16
Aplicación del modelo de creencias de salud en la investigación para la salud oral.....	17
Educación sanitaria en la comunidad.....	17
Cuidado para el hogar.....	18
Prevención en salud oral.....	19
Elementos y técnicas de higiene oral.....	19
¿El diseño del cepillo, el tiempo de cepillado y el cambio del cepillo son factores que influyen en la efectividad de la remoción de placa bacteriana?	19
Cepillo dental	19
Técnica de cepillado recomendada: Bass modificada	20

Uso de seda dental.....	21
El significado del cuidado con la salud bucal	21
En busca de las causas y de la prevención de daños bucales	21
La realidad de los servicios de salud bucal	22
Consideraciones finales	23
Delimitación del problema.....	24
CAPITULO III	25
Tipo de investigación	25
Diseño de Investigación	25
Población y Muestra	26
Selección de las variables.....	26
Métodos de recolección de la información	26
PROCEDIMIENTOS.....	27
METODOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION	27
Resultados.....	28
Tabla 1.....	28
Tabla 2.....	28
Tabla 3.....	29
Tabla 4.....	29
Tabla 5.....	30
Tabla 6.....	30
Tabla 7.....	31
Tabla 8.....	31
Tabla 9.....	32
Tabla 10.....	32
Tabla 11.....	33
Tabla 12.....	33
Tabla 13.....	34
Tabla 14.....	34
Tabla 15.....	35
Tabla 16.....	35
Tabla 17.....	36

Tabla 18.....	36
Tabla 19.....	37
Tabla 20.....	37
Conclusiones	38
Recomendaciones.....	39
Bibliografía	40
Anexos #1.....	42
Anexos #2.....	44

CAPITULO I

Introducción

En la comunidad de San Lorenzo ubicada a 28 km de la ciudad de manta, pertenece a la parroquia rural, en la provincia de Manabí. La falta de información y capacitación en temas como salud y nutrición hace que los habitantes tengan una alimentación deficiente, aun teniendo algunos productos a su alcance como el pescado y mariscos. Tienen una dieta desbalanceada, con carbohidratos en exceso y casi nada de fibra, la fruta no la considera importante para una nutrición óptima y en cuanto a proteína consumen pescado, pero en frituras lo que conlleva a un índice alto de mal estado de salud bucal.

En relación con las creencias y prácticas sobre el cuidado bucal de las personas del sector antes mencionado, es necesario que los habitantes realicen una correcta higiene bucal para mantenernos libres de enfermedades periodontales y mal aliento, así como para tener en buen estado las encías y las piezas dentales, si no tenemos una técnica correcta de cepillado, podemos incluso acarrear consecuencias muy desagradables.

Los habitantes de la comunidad están acostumbrados al consumo de alimentos ricos en carbohidratos, que este a su vez da lugar a ácidos que pueden dañar los dientes. Con el tiempo, el esmalte dental se desmineraliza y se crean las caries.

Una correcta higiene oral es la mejor opción para prevenir las caries. Es recomendable acudir al dentista al menos dos veces al año, lavarse los dientes después de cada comida y hacer uso del hilo dental.

Planteamiento del problema

Las conductas de los individuos influyen en la salud de estos mismos (OPS, 2009), y estas conductas determinan en gran medida la adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas mediante la adopción de conductas preventivas, fundamentales en la prevención de las patologías bucales (Misrachi & Sáez, 1990). Existen variables que modifican las conductas relacionadas con la salud bucal y, para efecto de este estudio serán entendidos como Determinantes de Conductas en Salud Oral. (Powell, 1998)

Según Finlayson y col, existe una comprensión en la comunidad científica odontológica, que la promoción en salud oral necesita adoptar una perspectiva más amplia y dirigir sus esfuerzos a múltiples determinantes de salud oral. Dado que los recursos del estado para dar cobertura de salud a toda la población son limitados, es necesario poner el énfasis en la promoción en salud y la prevención de enfermedades orales (Davidson & Andersen, 1997).

La investigación apunta a que no se pueden dirigir los esfuerzos sólo a los individuos y sus características biológicas y conductuales, sino que deben considerar factores psicosociales y físicos del ambiente del individuo (Finlayson, Siefert, Ismael, & Sohn, 2007).

Las costumbres en todas las culturas se transforman, atravesando grandes cambios en torno a los diferentes tipos de enseñanzas de sus antepasados, ya no solo se basa en creencias sino en hechos realizados por las mismas culturas a nivel mundial, el cambio de estas formas de vida cada día van mejorando e implementando nuevos métodos.

Una condición necesaria para lograr conocer las diferentes costumbres que presentan las culturas mundiales, se utilizan con fines medicinales y terapéuticos, para así poder mejorar la salud de los habitantes de sus comunidades y recintos, los cuales permiten controlar la salud bucal de los dientes, encías y toda la cavidad bucal.

Davidson y cols. (1997) En un estudio realizado en distintas poblaciones de EE.UU. determinaron que algunas características socio-conductuales presentan un patrón de asociación diferente según el grupo étnico en estudio, concluyendo que las políticas de salud pública deben considerar las diferencias socioconductuales en las prácticas de higiene oral en el diseño de intervenciones preventivas en los grupos étnicos específicos.

La cultural existen muchas creencias que incitan a realizar cierto tipo de rituales ancestrales que ayudaban a mejorar ciertos tipos de enfermedades que caracterizadas se podrían tratar de manera natural con métodos que las mismas culturas creaban o creían que al realizar cierta actividad se podría mejorar ciertas dolencias.

Frente a ello, todos están rodeados de ciertas creencias que de una u otra forma mantiene o incitan a mejorar algunas dolencias bucales, todas estas actividades se consideran un tipo de método para conllevar a las diferentes sintomatologías que se presentan en ciertas dolencias bucales, tales como el usar algún tipo de hoja medicinal para calmar el dolor de la piezas dentarias, el uso de pastas creadas a base ungüentos provenientes de la sabia de algunos árboles, esto pudo mejorar de cierto modo el sangrado de las encías e inflamaciones, también mejorar el dolor y otros síntomas que se presentaba.

El Ecuador al ser un país, pluricultural y multiétnico presentan grandes agrupaciones que se mantiene con sus conocimientos ancestrales que complementados con la medicina actual mejoran ciertos padecimientos, todo ha ido transformándose en las ultimadas décadas del siglo XXI.

Actualmente el combinar ciertas costumbres o métodos utilizados antiguamente con los procedimientos y tratamientos farmacéuticos, dan muchos mejores resultados que solo utilizando

uno de estos, permitiendo así conllevar mejor la recuperación de ciertos padecimientos dolorosos.

Además, los niños, por su naturaleza recia hacia las diferentes terapias medicamentosas o a métodos que no son aceptados de buena manera en su ámbito, por lo cual se debe implementar métodos que ayuden a estos, no obstante, se debe combinar ambos para así tener un mejor resultado que sea favorable en cierto modo para todos. A través de esto el niño se adaptará más rápido a los tratamientos que solo medicándolo de manera inapropiada.

De esta forma, se puede percibir que, en las comunidades de Manta de la provincia de Manabí, cada vez es más relevante el desconocimiento de ciertos métodos para mejorar ciertos padecimientos. Esto explicaría porque existiría un poco de desinterés de partes de padres y niños sobre los métodos complementarios que existen para fortalecer los tratamientos farmacéuticos existentes.

Por tal motivo en la población de San Lorenzo, existe otra realidad. A pesar de la importancia que existe entre estas costumbres fomentaría al mejoramiento de su salud, no existe un conocimiento adecuado para mantener o mejorar la salud de la cavidad oral.

En la Ciudad de Manta representa una realidad distinta. Esto explicaría las razones, o por qué los habitantes de la comunidad de San Lorenzo de la Ciudad de Manta, además, de las características generales descritas, como la presencia de los hábitos, creencias y prácticas que difieren de las otras comunidades.

Formulación de la pregunta

¿Cuáles son las creencias, hábitos y prácticas de la higiene bucal en la población de la parroquia de San Lorenzo en la Ciudad de Manta en personas que comparten las edades de 30 a 70 años en el periodo 2018?

I.2 Objetivos

I.2.1 Objetivo general.

Determinar cuáles son las creencias, hábitos y prácticas de la higiene bucal en la población de la parroquia San Lorenzo en la Ciudad de Manta en personas que comparten las edades de 30 a 70 años en el periodo 2018.

I.2.2 Objetivo específico

- Identificar las creencias sobre higiene bucal presentes en la población de la parroquia San Lorenzo.
- Identificar los hábitos sobre la higiene bucal en pacientes de la población de la parroquia de San Lorenzo.
- Identificar las prácticas sobre la higiene bucal en pacientes de la población de la parroquia de San Lorenzo.

1 I.3 Justificación

Ignorar los temas de la salud, en comunidades rurales es más común de lo que se cree debido al estilo de vida, las facilidades de acceso o salida que se tenga a dicha comunidad y la falta de algunos servicios básicos los cuales incluyen el área de la salud en general, y por ende justifica las creencias, hábitos y prácticas de los pobladores por el poco conocimiento que se tiene respecto al cuidado bucal.

Los recursos básicos para la salud son los ingresos, la vivienda, la alimentación, la educación, la recreación. Para mejorar esto se requiere alcanzar un nivel de conocimiento satisfactorio de estos recursos fundamentales para disponer de información necesaria y las habilidades que las personas para influir en sus creencias, hábitos y prácticas que tiene los pobladores.

Las creencias son la base de nuestra construcción, interpretación, organización y conducción de la vida. En algunos contextos, como la religión y la política, las influencias de las teorías y creencias son claras, pero en la educación sanitaria y la salud son mucho menos evidentes (MacEntee, 2010). Por lo mismo, ya desde los años 50 hasta hoy, se ha tratado de explicar y entender los comportamientos de cuidado de la salud general y oral, mediante teorías psicosociales (Misrachi, Sassenfeld, Abarca, & Rojas, 2006).

Expresar los conocimientos adquiridos en el ámbito de la salud bucal que se han aprendido a través de nuestra universidad LAICA ELOY ALFARO DE MANABI, que se constituye como lugar de aprendizaje, socialización, intercambio y el punto final para adquirir

conductas y hábitos que definirán nuestra salud en toda nuestra vida, por esta razón consideramos que este contexto es uno de los más adecuados para el desarrollo de hábitos saludables, por supuesto de parte de nosotros como estudiantes de la salud.

El estudiante del área de salud debe estar siempre motivándose a investigar acerca de sus creencias ante las soluciones de problemas bucodentales que están incidiendo a la población de San Lorenzo con el fin de fomentar nuevas enseñanzas y conocimientos sobre sus prácticas de higiene con un correcto aseo dental para prevenir la caries dental es recomendable acudir al dentista al menos dos veces al año, lavarse los dientes después de cada comida y hacer uso del hilo dental todo esto en base a los conocimientos adquiridos se lleva a cabo cierto tipo de soluciones e enseñanzas para poder implementar a la comunidad.

Es por esto, que se hace necesario elaborar una serie de técnicas que direccionen de forma correcta su aseo bucodental para que le permita identificar su estado actual, todos estos ejemplares nos ayudan a acondicionar nuevas enseñanzas no solo en base a nuestra población, sino a nosotros mismos como estudiantes como una forma de poder ayudar a la comunidad y en tal caso a demás personas en nuestro mismo ámbito que nos rodea.

En este mismo orden las ideas y nuevas formas de complementar ayudarían a que tanto niños como adultos mejoren de manera significativa su salud, con el uso de todo tipo de procedimientos podemos mejorar inflamaciones de las encías, sangrados e incluso poder eliminar dolores pulpares o dentinales.

Esto permitirá que la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí complemente de manera precisa las creencias, hábitos y prácticas, esto mejorará de manera considerable las

consecuencias que estos producen en los habitantes, perfeccionando los conocimientos para futuros profesionales.

Los resultados de esta investigación nos contribuirán a tener un mejor entendimiento sobre las diferentes creencias, hábitos y prácticas, permitiendo entender más a fondo en el entorno de los pacientes de la comunidad de San Lorenzo, sus credos, costumbres, siendo responsables para llegar a un resultado respectivo en nuestra investigación.

CAPITULO II

II. MARCO TEÓRICO

II.1 Antecedentes.

Garbero & cols. (2005), en su tesis titulada: *Salud oral en Embarazadas: Conocimientos y Actitudes*, tuvieron como objetivo explorar los conocimientos y actitudes de las embarazadas de los distintos sectores del sistema de salud de Tucumán, en relación con los cambios orales producidos durante la gestación. Para esto, los datos se obtuvieron a través de un cuestionario de autoadministración y respuestas cerradas en 258 embarazadas de los sectores privado y seguridad social (Grupo I) y 126 del sector público (Grupo II), en Tucumán, Argentina.

En sus resultados hallaron que el promedio de edad del Grupo I fue 23 años, el 42,6% tenía estudios secundarios y el 61,1% eran primíparas. El Grupo II de 19 años promedio, el 61,9% tenía estudios primarios, el 74,7% dos o más hijos previos. Un reducido porcentaje de madres fue derivado por el obstetra al examen odontológico durante el control prenatal. Fue significativamente mayor el porcentaje del Grupo I que reconoció poder recibir, sin riesgos para el feto, atención odontológica. Sin embargo, en ambos grupos fue reducido el número que recibió cuidados a pesar de haber sufrido deterioro en su salud oral. Los resultados evidencian que, a pesar de las diferencias educacionales de las mujeres de los distintos sectores del sistema de salud, son escasos los conocimientos acerca del origen y posibles causas del deterioro oral durante el embarazo.

Robaina & cols. (2010) en su tesis: *Conocimientos sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños de 9-10 años*, que tuvo como objetivo analizar los conocimientos sobre salud bucodental y nivel de higiene oral antes y después de una intervención educativa. Para realizarlo se incluyeron en el estudio 50 niños de 9-10 años. Los escolares realizaron una encuesta sobre conocimientos acerca de la salud

bucodental antes y después de la intervención educativa que consistió en tres charlas participativas en grupos de 25 niños. Se evaluó el índice de placa de O'Leary antes y después de la intervención educativa.

Como resultado, en la encuesta realizada antes de la intervención el 78% contestaron que sabían en qué consiste la caries y cómo prevenirla. En cambio, el 60% contestó que sólo había que acudir al dentista cuando hubiera algún problema bucal. Antes de la intervención educativa, el 80% de los niños tenían un índice de O'Leary superior al 20%. Se obtuvieron cambios significativos en cuanto a conocimientos de salud bucal, así como en la calidad del cepillado después de la intervención educativa.

Cupé-Araujo & cols. (2012), en su tesis titulada: Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. Tuvieron como objetivo validar un instrumento para medir los conocimientos sobre salud bucal en madres y padres de niños que asisten a Instituciones Educativas Iniciales en zonas urbano-marginales de la provincia de Lima en el año 2012. Para esto, se realizó un estudio observacional, prospectivo, descriptivo y transversal. La principal técnica de recolección de datos fue la encuesta, mediante un cuestionario estructurado.

Como resultado, la obtención de la validez de contenido se obtuvo mediante la prueba estadística V de Aiken, la reproducibilidad, fue calculada con el CCI en una muestra de 30 madres y/o padres de familia, para la validez de constructo se analizaron las respuestas del cuestionario de 312 padres y/o madres de familia con el análisis factorial. Finalmente, se evaluó la confiabilidad de los resultados obtenidos con la prueba estadística Alfa de Cronbach. Dentro de los resultados se pudo observar que se obtuvo una validez de contenido de 0.95, reproducibilidad de 0.89, validez de constructo el resultado menor de 0.36 en el ítem de

amamantamiento nocturno y el más elevado 0.77 en el ítem de lactancia materna y finalmente la confiabilidad de 0.64.

Rueda & cols. (2016), La salud bucal como derecho humano y bien ético, tuvieron como objetivo determinar si este documento se constituye en una herramienta teórico-política para alcanzar el derecho a la salud bucal. La metodología empleada fue el análisis de prácticas discursivas como producción del sentido. El análisis constató que el Reporte Mundial de Salud Bucal no se constituye en una herramienta política-teórica para la satisfacción del derecho a la salud bucal, en razón a que no incorpora el enfoque basado en los derechos humanos.

II.2 BASE TEÓRICA

Higiene oral

Es definida como aquellas medidas de control de placa personalizada, de acuerdo con el cuadro clínico del paciente, que también incluyen la limpieza de la lengua y el mantenimiento de los tejidos y estructuras dentarias. Consiste en la combinación de medidas físicas y químicas para controlar la formación de la placa bacteriana, que constituye el factor de riesgo más importante en el desarrollo y evolución de la Caries y Enfermedad Periodontal (Lindhen & Noklaus, 2003).

Biopelícula (placa bacteriana)

Es definida como una película gelatinosa que se adhiere firmemente a los dientes y superficies blandas de la cavidad oral, formada principalmente por colonias de bacterias (60 - 70%), agua, células epiteliales descamadas, leucocitos y restos alimenticios (Lindhen & Noklaus, 2003).

El conjunto de bacterias que se colonizan en los diferentes hábitats orales estará determinado, no solo por las características anatómicas, sino por factores físicos, nutricionales y, especialmente, por la adhesión bacteriana. Por lo tanto, la placa se define como un depósito que se adhiere sobre la superficie de los dientes y consiste en una matriz orgánica con una densa concentración de bacterias.

Concepto de educación para la salud.

La organización mundial de la salud (OMS) definió la EpS como "cualquiera combinación de actividades de información y educación que llevan a una situación en la que personas sepan cómo alcanzar la salud y buscar ayuda cuando la necesiten". Se trata, en definitiva, de poner la educación al servicio de la salud.

La EpS tiene cuatro objetivos centrales.

- Conseguir que las personas estén bien informadas sobre problemas de la salud y la enfermedad.
- Lograr que adopten la salud como un valor fundamental.
- Modificar los hábitos o conductas insanas.
- Promover las conductas adecuadas para la salud.

La función del educador será conseguir que el comportamiento saludable se adquiera de la manera más fácil posible, mediante la elaboración de mensajes informativos y persuasivos, y haciéndolos llegar a la población. El proceso, o técnica, mediante el cual el mensaje alcanza a los educandos es el denominado "método de educación sanitaria" que se desarrollan más adelante.

Las actividades sanitarias educativas van dirigidas a individuos, grupos o poblaciones y deberían orientarse a tres dominios del aprendizaje: el cognitivo, el afectivo y el conductual. Y es

así, ya que se considera que los determinantes internos del comportamiento son el resultado de la interacción de unos conocimientos determinados (nivel cognitivo), unas actitudes concretas (nivel afectivo) y unas habilidades específicas (nivel psicomotor).

Creencias en salud bucal

Distintas investigaciones han estudiado las actitudes y percepciones hacia la salud bucal y educación en higiene oral de los cuidadores, en hogares de ancianos, pero los intentos de programas educativos no siempre logran resultados satisfactorios. Una posible explicación de ello es la existencia de una brecha entre el conocimiento y comportamiento, bajo la influencia de las actitudes y percepciones de los cuidadores hacia el cuidado bucal (Forsell, Kullberg, Wedel, Herbst, & Hoogstraate, 2010).

En Brasil, se realizaron dos estudios cualitativos, sobre las perspectivas de los cuidadores en el cuidado bucal en adultos mayores dependientes residentes de hogares, en donde, Guimaraes concluyó que para los cuidadores la salud bucal no representa una prioridad ante el cuidado de la salud en general y que la higiene oral era descuidada porque demanda tiempo (Guimaraes, Marcelo, da Silva, & Rodriguez, 2011).

A su vez, Unfer et al. (Unfer, 2011) encontró que el conocimiento sobre cuidado bucal y las prácticas de higiene en adultos mayores que los cuidadores realizaban, no eran concordantes, ya que hallaron factores que limitan la adecuada ayuda en cuidado bucal de los pacientes, a pesar de presentar un conocimiento adecuado sobre salud bucal. Ambos estudios cualitativos tienen como ventaja obtener percepciones de los cuidadores y abordar temas que están relacionados con el cuidado bucal del adulto mayor dependiente.

Por otra parte, en Suecia, Forsell et al. (Forsell, Kullberg, Wedel, Herbst, & Hoogstraate, 2010), estudió las percepciones y actitudes de los cuidadores hacia las tareas de higiene oral entre adultos mayores residentes en asilos de ancianos, para lo cual aplicaron un cuestionario, el

cual tenía como objetivo aclarar actitudes y percepciones de los cuidadores. Ellos reportaron que los cuidadores consideraban la tarea de higiene oral diaria como “desagradable” y creían tener el tiempo suficiente para realizarlo, pero a pesar de ello se vio que a menudo la higiene oral de los residentes era insuficiente.

Una 25 posible explicación que plantearon los autores a esta controversial realidad, fue que lo cuidadores al considerar las prácticas de higiene oral “desagradables”, evitan tanto como sea posible, acortar el tiempo real dedicado a ella. La razón principal por la que los cuidadores encontraban desagradable la tarea de la higiene oral era la falta de voluntad de los residentes, lo cual, se redujo posteriormente a la implementación de instrucción y educación en higiene oral.

Para comprender el comportamiento en el cuidado de la salud bucal de los individuos, Wolf et al. en EE.UU, desarrolló un cuestionario llamado Dental Coping Beliefs Scale (DCBS) con el fin de medir y objetivar cambios en las creencias en salud bucal del individuo después de intervenciones educativas individuales (Wolf, Stewart, Maeder, & Hartz, 1996).

Posteriormente, el DCBS fue modificado por Wårdh et al, en Suecia, creando el cuestionario Nursing DCBS dirigido a personas que están a cargo o supervisan el cuidado bucal de otra persona con el objetivo de medir la prioridad y responsabilidad que asignan los cuidadores al cuidado de la salud bucal de los individuos a su cargo, en distintos contextos de cuidado (hospitalizados, discapacitados, dependientes institucionalizados y domiciliarios (Wårdh & Sörensen, 2005).

El cuestionario nursing DCBS está constituido por 28 items distribuidos en forma aleatoria y que representan 4 dimensiones, con el fin de medir distintas variables psicológicas que influyen en las conductas de salud bucal que tienen los cuidadores, constituidas por: Locus

de Control Interno, Locus de Control Externo, Auto-eficacia y Creencias para el cuidado de la salud bucal (Wolf, Stewart, Maeder, & Hartz, 1996).

En nuestro país, un primer acercamiento a las creencias en salud bucal y prácticas de cuidado oral de cuidadores de adultos mayores dependientes, fue el estudio realizado por Garrido et. al en cuidadores formales e informales, quienes tradujeron y validaron el cuestionario Nursing DCBS (Garrido, Espinoza, & Romo, 2010) para medir creencias en salud bucal en cuidadores de habla hispana.

Modelo de creencias en la salud.

El HBM es uno de los modelos más conocidos que exploran el papel de las creencias en la toma de decisiones. Sugieren que las creencias de los pacientes y de los consumidores influyen de una forma sustancial en la toma de decisiones en relación con la aceptación de las medidas preventivas recomendadas por las autoridades sanitarias y en la cooperación con los planes terapéuticos propuestos por el profesional sanitario.

Este modelo ha sido muy utilizado para predecir ciertos comportamientos saludables, pero tiene un éxito limitado en relación con la salud oral.

Esencialmente, el HBM propone que para que se produzca un comportamiento importa más de lo que creemos que lo que sabemos sobre el comportamiento y sus consecuencias. Nuestras creencias (subjetivas) son más importantes que nuestros conocimientos (objetivos). De esta manera, el hecho de un individuo siga o no unas recomendaciones sanitarias dependerá de las siguientes percepciones.

1. Susceptibilidad personal percibida por el sujeto frente al problema al que asocia el comportamiento.
2. Gravedad que se deriva del problema de salud al que se asocia el comportamiento.

3. Beneficios potenciales percibidos de la medida preventiva recomendada (eficacia en prevenir o reducir la susceptibilidad personal a la enfermedad)
4. Obstáculo o dificultades que el sujeto cree detectar para la adaptación del comportamiento.

Aplicación del modelo de creencias de salud en la investigación para la salud oral

Se han llevado a cabo estudios realizados en escolares para determinar la influencia que tienen las creencias de los padres sobre el hábito del cepillado dental de sus hijos. Los resultados indicaron que estas creencias influyeron en la probabilidad de que sus hijos se cepillaban dos veces al día. La creencia más importante que explicaba este hábito de salud era pensar que disponían del tiempo necesario para comprobar el cepillado de sus hijos.

Educación sanitaria en la comunidad.

El objetivo de los programas comunitarios de EpS es promover la salud de la población sana mediante la acción educativa, haciendo que la salud ocupe un lugar destacado en su escala de valores, erradicando los conocimientos, las actitudes y los hábitos insanos, al mismo tiempo que se promuevan aquellos nuevos hábitos y prácticas saludables que los estudios epidemiológico basados en la evidencia hayan demostrado que son fundamentales para la promoción de la salud (prevención primaria).

También tendrán el objetivo de conseguir que la población participe en los programas de cribado de salud, informar sobre los primeros síntomas de las enfermedades con alto riesgo, y orientar sobre los servicios a los que deben dirigirse para su diagnóstico y tratamientos precoces

(prevención secundaria). Además, es a estos programas a los que corresponde capacitar activamente en la toma de decisiones en las cuestiones que afectan a la salud de la comunidad.

Los educadores de este campo de acción son, principalmente, el personal sanitario, los maestros y los profesionales de los medios de comunicación, que realizan su actividad, sobre todo, en los centros de asistencia primaria y a través de los medios de comunicación de masas.

Los estudios sobre la efectividad de los programas educativos en la salud oral obtienen resultados contradictorios. (CUENCA SALA & BACA GARCIA, 2013)

Cuidado para el hogar

La salud oral se ve afectada, principalmente, por patologías como la Caries Dental y la Enfermedad Periodontal que, por su alta prevalencia, son consideradas un problema de salud pública. Para su control y prevención, es importante considerar factores de riesgo biológicos y determinantes sociales, que juegan un papel fundamental en el proceso salud - enfermedad de la cavidad oral.

Para alcanzar altos niveles de prevención de patologías como la Caries y la Gingivitis, la higiene oral es considerada como una condición fundamental. La evidencia científica ha demostrado que una higiene oral, realizada adecuadamente, es altamente eficaz en el control de estas enfermedades. Los métodos más utilizados para la remoción mecánica de la placa bacteriana son el cepillado y el uso del hilo dental, técnicas fácilmente realizables, pero que requieren implementarse en el contexto social y cultural, para lograr su incorporación como hábitos diarios en la población.

Prevención en salud oral

Son todas aquellas actividades que buscan controlar los factores de riesgo causante de las diferentes patologías orales. La prevención específica en odontología tiene un elemento común que es el control de placa bacteriana mediante una adecuada higiene oral, teniendo en cuenta que la supresión de la actividad microbiana ha demostrado ser eficaz en la prevención del desarrollo de lesiones cariosas y pérdidas de inserción periodontal (Miranda ,2006).

Elementos y técnicas de higiene oral

¿El diseño del cepillo, el tiempo de cepillado y el cambio del cepillo son factores que influyen en la efectividad de la remoción de placa bacteriana?

Para la remoción de la placa bacteriana se requiere establecer condiciones que conduzcan a su control óptimo y así prevenir el crecimiento microbiano subgingival, evitando la inflamación y la pérdida de inserción o reducirlas al mínimo. Para ello, se han desarrollado diferentes elementos utilizados para la higiene oral, los cuales han evolucionado dependiendo de las necesidades de los pacientes. Estos elementos básicos son:

- a) Cepillo dental.
- b) Seda dental.
- c) Crema dental.

Cepillo dental

El cepillo dental ha evolucionado a lo largo de la historia; en el año 3000 A.C., los egipcios utilizaban pequeñas ramas con puntas desgastadas que las llamaban “palos” para realizar su limpieza dental; posteriormente, los chinos inventaron el cepillo con cerdas de jabalí siberiano, con mango de bambú o huesos de pollo; más adelante se le cambian las cerdas por suaves crines de caballo. Día a día han cambiado las formas, los diseños, las cerdas y todos los elementos que conforman el cepillo dental, para que cada paciente, dependiendo de sus

necesidades, tenga muchas opciones en la elección de este elemento de higiene oral, cumpliendo con los requerimientos específicos para su uso y que no afecten las estructuras duras y blandas de la cavidad oral.

El cepillo dental debe cumplir con requisitos mínimos para ser aprobado para su uso. El cepillo dental es un instrumento que se utiliza para la remoción de residuos que se encuentran sobre la superficie dental y tejidos adyacentes. Deben ser biocompatibles con los tejidos intraorales, remover residuos sin generar lesiones, ser fuertes y resistentes de manera que no se deformen con su uso diario.

En cuanto a las superficies de los cepillos, deben estar pulidas y libres de esquinas, así como tener haces redondeados. En cuanto a su presentación en el mercado, deben estar rotulados y empacados. Los cepillos con cerdas entrecruzadas mejoran el alcance para la remoción de placa en zonas interproximales, así como los cepillos con cabeza flexible y cerda unipenacho frontal. Sin embargo, lo importante es la técnica de higiene oral. Los cepillos eléctricos rotacionales y oscilatorios han sido reportados de alta eficiencia para la remoción de placa bacteriana y reducción de Gingivitis, pero con evidencia limitada a largo plazo en pacientes con deficiente motricidad fina.

Técnica de cepillado recomendada: Bass modificada

- Remueve placa supra y subgingival.
- Se aplica en todos los sectores (2-3).
- Parte activa en posición inclinada de 45 grados frente al margen gingival
- leve presión contra los dientes y el margen gingival.
- Pequeños movimientos circulares

- Pequeños movimientos vibratorios de un lado a otro.

Uso de seda dental

La seda dental es un elemento de higiene oral conformado por múltiples filamentos unidos dentro de una hebra o un solo filamento en cinta. Su material es fibra sintética, a la cual se le puede o no adicionar cera. Su función es remover la biopelícula y restos de comida desde las superficies proximales de dientes naturales o artificiales, encías y prótesis fijas

El uso de la seda dental busca la eliminación de la placa bacteriana interproximal y el control de su neoformación muestra la existencia de un efecto adicional significativo en el control de la biopelícula interdental; por lo tanto, se recomienda con el fin de disminuir el riesgo de desarrollar Enfermedad Gingival y Caries interproximal. Es el elemento que actualmente remueve eficazmente los depósitos de alimentos en zonas interproximales, comparado con cualquier otro elemento recomendado para la limpieza interdental de uso manual.

El significado del cuidado con la salud bucal

La representación que los individuos poseen sobre la salud bucal es determinante para las acciones que practican en el día a día y configuran sus prácticas. La comprensión sobre lo que los cuidadores consideran como cuidado con la salud bucal.

En busca de las causas y de la prevención de daños bucales

Diversos factores son determinantes para el desarrollo de enfermedades bucales, particularmente, de la caries dental. En el presente estudio, se observó que los cuidadores asocian las enfermedades bucales, frecuentemente, a la dimensión biológica, lo que induce al entendimiento de que las personas se enferman por descuido propio, desencadenado en ellas sentimientos de culpa,

La prevención de enfermedades bucales fue, frecuentemente, asociada a prácticas de cuidado, en especial aquellas relacionadas a la alimentación (control del azúcar), a la higiene bucal (práctica del cepillado y uso de hilo dental) y las visitas periódicas al cirujano-dentista.

La realidad de los servicios de salud bucal

El cuidado con la salud bucal fue visto como intrínsecamente unido al sistema de servicios de salud públicos y privados. Para los cuidadores, la condición de salud bucal de los individuos depende directamente de la accesibilidad a los servicios de salud y de la disponibilidad de tratamiento. La dificultad de acceso al servicio odontológico, la ausencia de retornos para acompañamiento, la falta de resolutivez de las acciones, la dificultad de acceso a los servicios de mayor complejidad y la ausencia de cuidado multiprofesional fueron situaciones referidas por los cuidadores como potencialmente perjudiciales, pudiendo comprometer la integralidad de la atención,

La mirada sobre el niño expone su dependencia en relación a los cuidados de salud, así como su inserción en un contexto familiar y social. Niño, cuidador y grupo familiar, generalmente, viven en el mismo ambiente y siguen la misma tradición y costumbres relacionadas a los cuidados de salud. Así, un proyecto terapéutico debe incorporar acciones de cuidado a la salud que trascienda la clínica limitada a la cura de enfermedad y valore el contexto.

De esta forma, comprender, aceptar y reflexionar sobre la sabiduría práctica permiten tomar el cuidado del niño en el contexto de la familia, en sus relaciones con los servicios de salud, comunidad, escuela y otros sectores sociales. La atención dirigida para los intereses y singularidades de los niños y sus familias aporta elementos esenciales para la construcción de espacios de cuidado y ampliación de horizontes.

Ratificándose esa concepción, en los discursos de los cuidadores, el cuidado con la salud apareció basado tanto en el conocimiento científico (inhalación/inyección), como en el empírico (medicamento de yerbas). En este sentido, se entiende la necesidad de una práctica odontológica apoyada en la composición de saberes, ya que solamente así es que se alcanza una clínica que representa la vida real, con capacidad terapéutica.

Consideraciones finales

Los relatos de los cuidadores retratan la complejidad que es el cuidado relacionado a la salud bucal y, al mismo tiempo, permitieron la identificación de numerosos elementos que interfieren en este. Cuando está concentrado apenas en la salud bucal del niño, el cuidado se muestra limitado, una vez que la salud del niño está entrelazada con la del cuidador y la de otros familiares. Esa situación lleva a la necesidad de actuar junto a la familia, con la finalidad de disminuir su vulnerabilidad, mediante intervenciones que promuevan su fortalecimiento y la Estrategia Salud de la Familia apunta en esa dirección.

Con el objetivo de expandir las posibilidades de cuidado en la salud bucal del niño, es necesario que las acciones preventivas extrapolen el riesgo biológico, contextualizándolo en una perspectiva más amplia y compleja. Como cuestión vital, está el reconocimiento del otro en su singularidad, respetando sus experiencias, creencias y valores y buscando, por medio de elecciones compartidas y responsables, el verdadero encuentro que es la base del cuidado.

Para esto, es fundamental la calificación profesional para viabilizar prácticas fundamentadas en esos conceptos. Por otro lado, se entiende que el cuidado con la salud bucal del niño, compartido por diferentes profesionales – médicos pediatras, enfermeros, profesores, agentes comunitarios de salud y funcionarios jardines infantiles (kindergarten) –, favorece la atención integral a su salud en las diferentes fases de su desarrollo. Así, la integración de acciones y conocimientos entre los diversos profesionales debe ser una

directriz básica en los servicios de salud y de educación, de forma que cada profesional asuma su responsabilidad en el cuidado con la salud del niño.

Se piensa que, con la institución de esas alianzas, se abran nuevas posibilidades de actuación para los profesionales y de ampliación del cuidado infantil. Por último, se considera que la vulnerabilidad del niño a los daños bucales sigue siendo resultado de un conjunto de características de los contextos político, económico y sociocultural, que amplían o disminuyen su riesgo individual. De esta forma, al trabajar la vulnerabilidad social, permanece el desafío de realizar inversiones en programas de promoción, prevención y asistencia, abriendo espacios para el diálogo y la comprensión sobre obstáculos estructurales.

Ese desafío contempla la superación de la vulnerabilidad programática, con la búsqueda de la universalidad del acceso al servicio de salud bucal, la superación de la fragmentación de la atención en salud, la inversión en el trabajo multiprofesional e interdisciplinar y la capacitación profesional, para que, en el plano de las prácticas personales, creencias y valores puedan, de hecho, proteger al niño de los daños bucales.

(PALHA, Zanetti , & Parada , 2011)

Delimitación del problema

Campo: Comunidad de San Lorenzo de la Ciudad de Manta de la Provincia de Manabí

Área: Odontopediatría (Odontología)

Aspectos: Social – Salud – Cultural

Tema: creencias, hábitos y prácticas de la higiene bucal

Propuesta: investigar las creencias hábitos y prácticas de la comunidad.

CAPITULO III

Tipo de investigación

El estudio utilizado en el presente trabajo es de tipo descriptiva “La investigación descriptiva es aquella que busca especificar las propiedades, características, y los perfiles de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Danhke , 1989). También fue un estudio de tipo transversal ya que las variables involucradas en la población designada fueron analizadas una sola vez durante un punto específico de tiempo.

Diseño de Investigación

El tipo de diseño no experimental: Hernández, Fernando y Baptista, 2006, describe que este tipo como “los estudios que se realizan son la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos”. Este tipo de investigación no manipulara ni se realizara de manera al azar, se realiza sin manipular las variables, esto no crea alguna situación en el estudio. (Hernández Sampieri, Fernández Collado , & Baptiista Lucio , 2006)

Es de corte transversal describe es son las mediaciones son hechas en una sola ocasión (aun cuando esta solo ocasión puede ser unos minutos, una hora, un día, un mes, o mayor tiempo). (Salinas , 2010).

Es de campo cuando “presenta mediante la manipulación de una variable no comprobada, en condiciones rigurosamente controladas, con el fin de describir de qué modo o por que causa se produce y una situación o acontecimiento particular”. (Graterol, 2011)

Periodo y lugar

Se realizara en el Primer periodo del año lectivo 2018

El lugar donde se realizara la investigación en la Comunidad de San Lorenzo de la ciudad de Manta.

Población y Muestra

Atenciones y actividades realizadas en los pacientes de la Comunidad de San Lorenzo de la ciudad de Manta con las creencias, hábitos y prácticas de salud bucal, durante el primer semestre del año académico del 2018 en la ciudad de manta de la comunidad de san Lorenzo nos encontramos con 3.028 habitantes los cuales podemos encontrar diferentes métodos o prácticas utilizadas en su higiene bucal. La muestra es no probabilística de tipo intensional con 100 personas en variadas edades de 30 a 70 años.

La muestra se obtuvo de forma aleatoria de los pacientes que se encuentran en la Comunidad de San Lorenzo. El grupo de estudio que se utilizó a los pobladores de la Comunidad de San Lorenzo. Las actividades que se realizaran corresponden a un cuestionario de preguntas

Selección de las variables

Variable: Creencias, hábitos y prácticas de la salud bucal

Métodos de recolección de la información

Esta etapa consiste en recopilar toda la información que se necesita para la investigación (Hernández Sampieri, Fernández Collado , & Baptiista Lucio , 2006). Con este instrumento de recolección de datos obtendremos información precisa sobre los tipos de creencias, hábitos y prácticas que tiene las personas que se encuentra como habitantes de la comunidad de San Lorenzo.

PROCEDIMIENTOS

En la comunidad de San Lorenzo vamos a realizar cierto tipo de preguntas tanto a jóvenes como adultos acerca de su higiene bucal, cuales han sido sus creencias hábitos y prácticas utilizadas en el periodo 2018.

METODOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

Encuestar a un máximo de 100 personas de la comunidad de san Lorenzo en variadas edades entre 30 a 70 años de ambos sexos, la cuales se les realizo una encuesta que consistía en 20 ítems.

Resultados

Tabla 1

Edad		
Opciones	Edad	Porcentaje
30-40	63	63,0%
41-50	25	25,0%
51-60	10	10,0%
61-70	2	2,0%
Totales	100	100,0%

Fuente: (Verduga, 2018)

Análisis: En la tabla 1 se evidencian los datos de las edades de los habitantes de San Lorenzo. El 63% correspondieron a sujetos de edades comprendidas entre los 30 y 40 años, el 25% tenían entre 41 y 50 años, el 10% correspondió a personas entre los 51 y 60 años y el 2% restante a individuos de entre 61 y 70 años.

Tabla 2

Sexo		
Opciones	Genero	Porcentaje
Femenino	39	39,0%
Masculino	61	61,0%
Total	100	100,0%

Fuente: (Verduga, 2018)

Análisis: En la tabla 2 se evidencian los datos de las genero de los habitantes de San Lorenzo. De las personas encuestadas el 39% son de sexo femenino y 61% de sexo masculino.

Tabla 3

¿En el último año ha tenido dolor dental?		
Opciones	Creencias	Porcentaje
Si	37	37,0%
No	63	63,0%
Total	100	100,0%

Fuente: (Verduga, 2018)

Análisis: En la tabla 3 se evidencian los datos de creencias sobre salud/ enfermedad bucal habitantes de San Lorenzo. El 37% de las personas encuestadas manifiestan haber tenido dolor dental en este último año, mientras el 63% no sintió ninguna molestia.

Tabla 4

¿Cree usted que los remedios caseros alivian el dolor dental?		
Opciones	Creencias	Porcentaje
Estoy de acuerdo	17	17,0%
No estoy de acuerdo	83	83,0%
Total	100	100,0%

Fuente: (Verduga, 2018)

Análisis: En la tabla 4 se evidencian los datos de creencias sobre salud/ enfermedad bucal habitantes de San Lorenzo. Los pobladores encuestados el 17% están de acuerdo en haber aliviado el dolor dental con remedios caseros, mientras que el 83% asegura no haber sentido que el dolor dental desapareciera.

Tabla 5

¿Cree usted que las bebidas alcohólicas ayudan aliviar el dolor dental?		
Opciones	Creencias	Porcentaje
Si	7	7,0%
No	93	93,0%
Total	100	100,0%

Fuente: (Verduga, 2018)

Análisis: En la tabla 5 se evidencian los datos de creencias sobre salud/ enfermedad bucal habitantes de San Lorenzo. El 7% de personas que han experimentado ingerir bebidas alcohólicas cuando han sentido dolor dental llegaron la conclusión que le aliviaba el dolor momentáneamente, mientras el 93% aseguran que no es la forma adecuada para aliviar el dolor.

Tabla 6

¿Cree usted que el clavo dulce sirve para controlar el dolor dental?		
Opciones	Creencias	Porcentaje
Si	32	32%
No	68	68%
Total	100	100%

Fuente: (Verduga, 2018)

Análisis: En la tabla 6 se evidencian los datos de creencias sobre salud/ enfermedad bucal habitantes de San Lorenzo. El 32% de la población ha utilizado el clavo de olor como método de controlar el dolor, mientras el 68% no utiliza para dicho propósito.

Tabla 7

¿En el último año ha notado inflamación en su boca?		
Opciones	Creencias	Porcentaje
Si	17	17,0%
No	83	83,0%
Total	100	100,0%

Fuente: (Verduga, 2018)

Análisis: En la tabla 7 se evidencian los datos de creencias sobre salud/ enfermedad bucal habitantes de San Lorenzo. El 17% de la población manifiesta haber notado un ligero cambio de color e inflamación en sus encías acompañado con sangrado durante el cepillado en este último año, mientras que el 83% asegura notar su boca en buen estado sin ningún tipo de inflamaciones.

Tabla 8

¿Piensa usted Que la manzanilla alivia la inflamación en su boca?		
Opciones	Creencias	Porcentaje
Estoy de acuerdo	66	66,0%
No estoy de acuerdo	34	34,0%
Total	100	100,0%

Fuente: (Verduga, 2018)

Análisis: En la tabla 8 se evidencian los datos de creencias sobre salud/ enfermedad bucal habitantes de San Lorenzo. de acuerdo a las encuestas realizadas el 66% de la población confirman que la manzanilla les han sido muy efectiva respecto a la inflamación de su boca, mientras el 34% no está de acuerdo con utilizar manzanilla para aliviar la inflamación.

Tabla 9

¿Cree Usted Que ajo es bueno para la inflamación en su boca?		
Opciones	Creencias	Porcentaje
Estoy de acuerdo	10	10,0%
No estoy de acuerdo	90	90,0%
Total	100	100,0%

Fuente: (Verduga, 2018)

Análisis: En la tabla 9 se evidencian los datos de creencias sobre salud/ enfermedad bucal habitantes de San Lorenzo. en la encuesta realizada un 90% de la población manifiesta no estar de acuerdo con el uso de ajo para la inflamación de la boca, mientras el 10% si está de acuerdo con utilizar ajo para aliviar la inflamación.

Tabla 10

¿Utiliza algún medio casero para la higiene bucal?		
Opciones	Creencias	Porcentaje
SI	16	16,0%
No	84	84,0%
Total	100	100,0%

Fuente: (Verduga, 2018)

Análisis: En la tabla 10 se evidencian los datos de creencias sobre salud/ enfermedad bucal habitantes de San Lorenzo. El 16% de los pobladores ha utilizado ciertos medios caseros para su higiene bucal como medio de opciones por no tener al alcance los implementos para su aseo bucal, mientras el 84% utiliza normalmente su aseo dental cotidiano.

Tabla 11

¿Ha utilizado bicarbonato de sodio como medio de higiene bucal?		
Opciones	Creencias	Porcentaje
SI	16	16,0%
No	84	84,0%
Total	100	100,0%

Fuente: (Verduga, 2018)

Análisis: En la tabla 11 se evidencian los datos de creencias sobre salud/ enfermedad bucal habitantes de San Lorenzo. De los pobladores de San Lorenzo encuestado un 16% asegura haber utilizado bicarbonato de sodio como medios caseros para su higiene bucal, mientras el 84% utiliza normalmente su aseo dental cotidiano.

Tabla 12

¿Considera Usted Que con los remedios caseros es necesario visitar al odontólogo?		
Opciones	Creencias	Porcentaje
Estoy de acuerdo	12	12,0%
No estoy de acuerdo	88	88,0%
Total	100	100,0%

Fuente: (Verduga, 2018)

Análisis: En la tabla 12 se evidencian los datos de creencias sobre salud/ enfermedad bucal hábitos y prácticas de salud bucal en los habitantes de San Lorenzo. El 84% de personas manifiestan no estar de acuerdo con dejar de visitar al odontólogo por utilizar remedios caseros ya que es muy importante visitar a un especialista de la área de salud sobre el dolor que le acótese, mientras el 12% asegura estar de acuerdo en aliviar su dolor en casa sin la necesidad de visitar a un especialista.

Tabla 13

¿Con que frecuencia Ud. cepilla sus dientes?		
Opciones	hábitos y practicas	Porcentaje
Ninguna vez	0	0,0%
Una vez al día	1	1,0%
Dos veces al día	52	52,0%
Tres veces al día	47	47,0%
Total	100	100,0%

Fuente: (Verduga, 2018)

Análisis: En la tabla 13 se evidencian los datos de hábitos y prácticas de salud bucal habitantes de San Lorenzo. de acuerdo a las encuestas realizadas se manifiesta que el 1% de los pobladores se cepillan sus dientes una vez al día, un 52% acostumbran hacerlo dos veces al día por motivo de que trabajan y recalcan hacerlo en la mañana y noche, mientras que 47% restante se cepillan 3 veces al día.

Tabla 14

¿Cuánto tiempo usted se demora cepillando sus dientes?		
Opciones	hábitos y practicas	Porcentaje
Menos de un minuto	0	0,0%
Un minuto	13	13,0%
Dos minutos	55	55,0%
Tres o más minutos	32	32,0%
Total	100	100,0%

Fuente: (Verduga, 2018)

Análisis: En la tabla 14 se evidencian los datos de hábitos y prácticas de salud bucal habitantes de San Lorenzo. Un 13% de las personas les toma un minuto cepillarse sus dientes, otras 55% se demoran dos minutos, mientras que el 32% se tardan entre tres o más minutos para el cepillado.

Tabla 15

¿De qué forma usted cepilla sus dientes?		
Opciones	hábitos y practicas	Porcentaje
Vertical	2	2,0%
Horizontal	4	4,0%
Circular	3	3,0%
Mixta	91	91,0%
Total	100	100,0%

Fuente: (Verduga, 2018)

Análisis: En la tabla 15 se evidencian los datos de hábitos y prácticas de salud bucal habitantes de San Lorenzo. La mayor parte de las personas encuestadas correspondiente al 91% hacen movimientos mixtos, un 4% lo hace de forma horizontal, el 2% vertical y el 3% circular.

Tabla 16

¿Utiliza usted seda dental?		
Opciones	hábitos y practicas	Porcentaje
Si	33	33,0%
No	67	67,0%
Total	100	100,0%

Fuente: (Verduga, 2018)

Análisis: En la tabla 16 se evidencian los datos de hábitos y prácticas de salud bucal habitantes de San Lorenzo. El 33% manifiesta usar seda dental, mientras el 67% aseguran no usarla por no ser algo relevantes para ellos.

Tabla 17

¿Con que frecuencia utiliza usted seda dental?		
Opciones	Hábitos y Practicas	Porcentaje
Una vez al día	25	25,0%
Más de una vez al día	8	8,0%
No uso seda dental	67	67,0%
Total	100	100,0%

Fuente: (Verduga, 2018)

Análisis: En la tabla 17 se evidencian los datos de hábitos y prácticas de salud bucal habitantes de San Lorenzo. De la población que ha sido encuestada el 25% frecuente usar seda dental una vez al día, el 8% utilizan más de una vez al día y el 67% restante aseguran no usar seda dental.

Tabla 18

¿Utiliza usted enjuague bucal?		
Opciones	Hábitos y Practicas	Porcentaje
Si	45	45,0%
No	55	55,0%
Total	100	100,0%

Fuente: (Verduga, 2018)

Análisis: En la tabla 18 se evidencian los datos de hábitos y prácticas de salud bucal habitantes de San Lorenzo. De acuerdo a las personas encuestadas el 45% si usa enjuague bucal, mientras que el 55% no acostumbran a usar enjuague bucal.

Tabla 19

¿Con que frecuencia utiliza usted enjuague bucal?		
Opciones	Hábitos y Practicas	Porcentaje
Una vez al día	22	22,0%
Más de una vez al día	23	23,0%
No uso enjuague bucal	55	55,0%
Total	100	100,0%

Fuente: (Verduga, 2018)

Análisis: En la tabla 19 se evidencian los datos de hábitos y prácticas de salud bucal habitantes de San Lorenzo. El 22% acostumbra a usar enjuague bucal una vez al día, otros 23% lo realizan más de una vez al día, mientras que el 55% restante no usan enjuague bucal.

Tabla 20

¿Con que frecuencia usted visita al odontólogo?		
Opciones	Hábitos y Practicas	Porcentaje
Nunca	3	3,0%
Una vez al año	27	27,0%
Más de una vez al año	33	33,0%
solo cuando siente dolor	37	37,0%
Total	100	100,0%

Fuente: (Verduga, 2018)

Análisis: En la tabla 20 se evidencian los datos de hábitos y prácticas de salud bucal habitantes de San Lorenzo. El 37% de las personas manifiestan ir al odontólogo solo cuando sienten dolor, un 33% afirman ir más de una vez al año, otros 27% lo hacen una vez año, mientras que el 3% aseguran no ir al odontólogo nunca.

Conclusiones

- Dentro las creencias sobre higiene bucal presentes en la población de la parroquia San Lorenzo. Se obtuvo que los remedios caseros que aliviaban el dolor dental un 83% no estuvo de acuerdo, el 93% no consume bebidas alcohólicas para aliviar el dolor dental, no utilizan el 68% clavo de dulce para controlar alguna dolencia, el 83% no ha notado inflamación en su boca, el 66% coloco que estaba de acuerdo en el uso de la manzanilla en el alivio de la inflamación, el 84% no ha utilizado el bicarbonato de sodio como remedio casero para su higiene bucal.

- Se aprecia que los hábitos y prácticas sobre la higiene bucal en pacientes de la población de la parroquia de San Lorenzo, tiene el tiempo de cepillado en un 55% en dos minutos, el 91% usa la técnica mixta al momento de cepillarse, el 67% no usa seda dental, el 55% no usa enjuague bucal y el 37% solo visita al odontólogo cuando tiene algún tipo de dolor.

Recomendaciones

- Fomentar una mejor higiene bucal en los pacientes de la Comunidad de San Lorenzo
- Incentivar al uso de implementos odontológicos para el mejoramiento de la higiene bucal como el uso de hilo dental y enjuagues, manteniendo una constante práctica en el cepillado.
- Realizar campañas odontológicas por medio de la Facultad de Odontología de la ULEAM a los pobladores de San Lorenzo, permitiendo reformar sus hábitos de higiene bucal

Bibliografía

(2000). *Guía de práctica clínica en salud oral*. BOGOTA.

BARRA, F., FUENTEALBA, C., SOLIS, A., & VARGAS, J. (2011). *ODONTOLOGIA PRIMITIVA*. BARCELONA.

blajojevic. (2004). *salud bucal de embarazo*.

BORDONI, N., ESCOBAR, A., & CASTILLO, R. (2010). *Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo ...* PERU: MEDICA PANAMERICA.

Breedlove, & Nurse, K. (2004). *la priorizacion de la salud oral en el embarazo*.

Buchadqui JA, C. E. (2006). discusion. *Experiencias del familiar en relación al cuidado con la salud bucal de*, 6.

CUENCA SALA, E., & BACA GARCIA, P. (2013). *ODONTOLOGIA PREVENTIVA Y COMUNITARIA*. ESPAÑA: 4 EDICION.

Diaz, R. r., Sanchez, m. C., Vertiz, R. J., & Rodriguez, S. M. (18 de julio 2010). *Las actitudes y creencias sobre el proceso de salud-enfermedad estan influenciadas por la cultura medica prevalente, que incluye opinion del medico*.

Hurtado, M., & Valeska, I. (2001). *el nivel de escolaridad es la variable que parece tener una mayor influencia en las creencias y practicas tradicionales de estas poblaciones analizadas*.

Mouradia , W. E. (2009). *La realidad de los servicios de salud bucal. Experiencias del familiar en relación al cuidado con la salud bucal del niño*, 5.

PALHA, P., Zanetti , M., & Parada , C. (2011). *Experiencias del familiar en relación al cuidado con la salud bucal de. Latino-Am. Enfermagem* , 4-7.

RB., C. (2005). discusion. *Experiencias del familiar en relación al cuidado con la salud bucal de, 5.*

WE., M. (2001). discusion. *Experiencias del familiar en relación al cuidado con la salud bucal de, 5.*



Anexos #1

UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI



FACULTAD DE ODONTOLOGIA.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TITULADO: CREENCIAS, HÁBITOS Y PRÁCTICAS DE SALUD BUCAL EN EL CANTÓN DE MANTA. MANABÍ-ECUADOR

Estimado participante, a continuación, se realizaran unas preguntas las cuales debe responder según la forma en que concibe las prácticas de salud bucal.

SECCIÓN A. DATOS GENERALES

1. Edad __
2. Sexo M__ F__

SECCIÓN B. CREENCIAS SOBRE SALUD/ENFERMEDAD BUCAL

3. ¿En el último año ha tenido dolor dental?
Sí__ No__
4. ¿Cree usted que los remedios caseros alivian el dolor dental?
Estoy de acuerdo__ No estoy de acuerdo__
5. ¿Cree usted que las bebidas alcohólicas ayudan aliviar el dolor dental?
Sí__ No__
6. ¿Cree usted que el clavo dulce sirve para controlar el dolor dental?
Sí__ No__
7. ¿En el último año, ha notado inflamación en su boca?
Sí__ No__
8. ¿Piensa usted Que la manzanilla alivia la inflamación en su boca?
Estoy de acuerdo__ No estoy de acuerdo__
9. ¿Cree Usted Que ajo es bueno para la inflamación en su boca?
Estoy de acuerdo__ No estoy de acuerdo__
10. ¿Utiliza algún medio casero para la higiene bucal?
Sí__ No__
11. ¿Ha utilizado bicarbonato de sodio como medio de higiene bucal?
Sí__ No__

12. ¿Considera Usted Que con los remedios caseros es necesario visitar al odontólogo?

Estoy de acuerdo__ No estoy de acuerdo__

SECCIÓN C. Hábitos y Prácticas de Salud Bucal

13. ¿Con que frecuencia Ud. cepilla sus dientes?

Ninguna vez al día __ una vez al día__ dos veces al día__ tres veces al día__

14. ¿Cuánto tiempo usted se demora cepillando sus dientes?

Menos de un minuto__ un minuto__ dos minutos__

Tres o más minutos__

15. ¿De qué forma usted cepilla sus dientes?

vertical__ horizontal__ circular__ mixta__

16. ¿Utiliza usted seda dental?

Sí__ No__

17. ¿Con que frecuencia utiliza usted seda dental?

Una vez al día__ más de una vez al día__

18. ¿Utiliza usted enjuague bucal?

Sí__ No__

19. ¿Con que frecuencia utiliza usted enjuague bucal?

Una vez al día__ más de una vez al día__

20. ¿Con que frecuencia usted visita al odontólogo?

Nunca__ una vez al año__ más de una vez al año__ solo cuando siente dolor__

Anexos #2

