

**UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABI**

**Estudio Comparativo De Higiene Bucal, Escuela Particular Y Fiscal del  
Canton Jaramijo**

Facultad de Odontología

**Autor:**

**Calderón Soto Christian Abdón**

**Tutor:**

**Dra. Triana Jimbo Bello**

**Manta - Manabi – Ecuador**

**2017**

## **CERTIFICACIÓN**

Yo Dra. *Triana Jimbo Bello*; Docente de la Universidad Laica “Eloy Alfaro de Manabí” en calidad de Directora de Tesis del estudiante Sr. Christian Abdón Calderón Soto con cédula de identidad #095025886-3.

**Certifico:**

Que el presente Proyecto de investigación titulado “**ESTUDIO COMPARATIVO DE HIGIENE BUCAL, ESCUELA PARTICULAR Y FISCAL DEL CANTON JARAMIJO**”; ha sido exhaustivamente revisada en varias sesiones de trabajo y se encuentra lista para presentación y apta para su defensa.

Habiendo cumplido con los requisitos, reglamentos exigidos para la elaboración de un Proyecto investigativo previo a la obtención del título de Odontólogo. Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.

Atentamente

---

Dra. . **TRIANA JIMBO BELLO**  
Directora De Tesis

## **APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO**

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

Facultad de Odontología

### **Tribunal Examinador**

Los Honorables Miembros del Tribunal Examinador luego del debido análisis y su cumplimiento de la ley aprueban el informe de investigación sobre el tema:  
**“ESTUDIO COMPARATIVO DE HIGIENE BUCAL A ESCUELA PARTICULAR Y ESCUELA FISCAL DEL CANTON JARAMIJO”**  
”

**Presidente del Tribunal**  
**Miembro del Tribunal**  
**Miembro del Tribuna**

-----  
-----  
-----

## **Dedicatoria**

Dedico esta tesis A. DIOS, A mis padres quienes me dieron vida, educación, apoyo y consejos. A mis amigos, quienes sin su ayuda nunca hubiera podido hacer este proyecto. Para todos ellos hago esta dedicatoria.

## Agradecimientos

A mi ilustre Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, la cual fue mi segundo hogar durante 5 años y medio. En ti crecí, conocí, madure, me formé a nivel profesional y aprendí a creer en mí y a internalizar que con dedicación todo es posible. Mi casa de estudio la que nunca olvidare y donde viví experiencias únicas, irrepetibles e inolvidables.

A todos los profesores con los que tuve la oportunidad de ver clases en mi carrera. Buenos o malos gracias por su esfuerzo y dedicación a hacernos mejores personas cada día.

A mi profesora favorita la Dra. María Teresa Restrepo; Compartimos juntos este viaje inolvidable. Gracias por siempre estar dispuesta a ayudarme, escucharme y entenderme. Gracias por luchar e impulsarnos a todos hacia la meta.

A la Dra. Triana Jimbo Bello por todo su apoyo, gran colaboración y ayuda incondicional en la realización de este trabajo. Por guiarme y llevarme de la mano en la parte odontológica, por la colaboración de imágenes y por brindarme la oportunidad de trabajar juntos.

Mamá, Papá, sólo agradecerles por todo lo que han hecho por mí y por el apoyo que toda la vida me han brindado, es muy poco. Sin ustedes esto no hubiera sido posible en lo absoluto. Mi dedicatoria es sólo para los dos. Son mi vida.

## INDICE

CERTIFICACIÓN .....	I
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO.....	II
Dedicatoria .....	III
RESUMEN .....	VII
Abstract.....	VIII
1. Introducción e información general .....	1
1.1. Justificación .....	3
1.2. Diseño Teorico .....	4
1.2.1. Planteamiento del Problema .....	4
1.2.2. Objetivos .....	6
1.2.2.1. Objetivo General. ....	6
1.2.2.2. Objetivos Especificos .....	6
1.2.3. Campo .....	7
1.2.4. Hipótesis .....	7
1.2.5. Variables .....	8
1.2.6. Tareas científicas .....	9
1.3. Definición de población.....	10
1.3.1. Población. ....	10
1.3.2. Muestra. ....	10
1.3.3. Tipo de estudio. ....	10
2. Marco Teorico .....	11
2.1. Concepto .....	11
2.2. Enfermedades relacionadas a una mala higiene buco-dental .....	11
2.2.1. Caries.....	11
2.2.1.1. Causas.....	12
2.2.1.2. Detección y remoción de placa dentobacteriana .....	12
2.3. Métodos de prevención .....	13
2.3.1. Visita periódica a dental. ....	13
2.4. Teóricas Adoptadas sobre Salud e Higiene Bucal.....	14
3. Diagnostivo y estudio de campo .....	20
3.1. Diagnostico o Estudio de campo. ....	20

3.2. Instrumento de recolección de información. ....	20
3.3. Lugar de la investigación. ....	20
4. Analisis de Resultados .....	21
5. Diseño de la propuesta. ....	26
6. Conclusiones.....	26
7. Recomendaciones .....	27
8. Bibliografía .....	28
ANEXOS .....	29
<i>Anexos 1 .MODELO DE ENCUESTA APLICADA.....</i>	<i>30</i>
<i>Anexos 2. Tablas utilizadas en el estudio .....</i>	<i>31</i>
<i>Anexos 3. Fotos Escuelas .....</i>	<i>36</i>

## RESUMEN

El propósito de este estudio es mostrar un análisis comparativo sobre la higiene bucal Partiendo de una revisión oral aplicada a los alumnos de Escuela Particular Mixta José Joaquín De Olmedo Y La Escuela Antonio Barrero además de entrevistas con los padres, se concluye dos hechos fundamentales,

En segundo lugar se efectúa la investigación exploratoria por medio del método directo, aplicando una guía de encuestas a los padres con el fin de concluir el nivel de conocimientos en salud bucal que poseen y que dan a sus hijos.

Con los resultados obtenidos de las entrevistas y los datos adquiridos de los padres y los niños del estudio; se efectúa el análisis comparativo entre las escuelas, donde se establecen las diferencias que existen entre ellos.

Finalmente, se mencionan las conclusiones y recomendaciones del trabajo de titulación, entre las cuales se determina que no existen diferencias substanciales entre los sujetos de estudio debido a que los conocimientos y cuidados en salud bucal se presentan en niveles similares tanto para la escuela particular y fiscal.

**Palabras clave:** Salud Bucal, higiene oral, comparativo.



## **Abstract**

The purpose of this study is to show a comparative analysis on oral hygiene. Based on an oral review applied to the José Joaquín De Olmedo Mixed School students and the Antonio Barrero School in addition to interviews with the parents, two fundamental facts are concluded,

Secondly, exploratory research is carried out using the direct method, applying a survey guide to parents in order to conclude the level of oral health knowledge they possess and give to their children.

With the results obtained from the interviews and data acquired from the study parents and children; The comparative analysis between schools is made, where the differences between them are established.

Finally, we mention the conclusions and recommendations of the titling work, among which it is determined that there are no substantial differences between the subjects of study because the knowledge and care in oral health are presented at similar levels for both private and fiscal school.

***Key words:*** oral health, oral hygiene, comparative.

## **1. Introducción e información general**

La población Ecuatoriana enfrenta actualmente un serio problema en su Salud Bucal. Mientras en los países desarrollados las patologías orales más prevalentes tienden a disminuir, en los países en vías de desarrollo, como el nuestro, van en aumento.

El último Estudio Epidemiológico de Salud Bucal en Escolares (1996), reveló que el 88,2% de los escolares menores de 15 años tienen caries; el 84% tiene presencia de placa bacteriana y el 53% está afectado con gingivitis. Además, se evidenció que de los niños examinados el 35% presentaba algún tipo de mal oclusión. El mencionado estudio revela que el problema de la caries se incrementa con la edad de una pieza definitiva afectada a los 6 años pasa a 3 piezas afectadas a los 12 años. Con relación a las piezas dentales temporales a los 6 años está afectada con caries 5 piezas dentales.

En el año 1988, como Dirección Nacional de Estomatología del Ministerio de Salud Pública se realiza una redefinición de la problemática odontológica en nuestro país, en base a un estudio socio – epidemiológico de salud bucal en los niños de las escuelas fiscales del país, en relación a las condiciones socioeconómicas, el mismo que reflejó en términos cualitativos y cuantitativos el comportamiento de los indicadores más importantes de la epidemiología de la cavidad bucal, lo que permitió una planificación que respondía a la realidad objetiva.

Así que el presente proyecto está enfocado en un estudio comparativo que permitirá determinar el grado de influencia de la estructura familiar, a nivel socio-económico, y su grado de conocimiento de higiene bucal en la disparidad de las escuelas presentes en el estudio.

Este documento se encuentra estructurado de la siguiente forma:

En el Capítulo I se describe el problema de investigación constituido por el planteamiento del problema, justificación, alcance y objetivos.

El Capítulo II proporciona el marco teórico referencial del proyecto; Inicialmente se describen algunos conceptos relacionados a la salud dental. Seguidamente se presenta el marco teórico que fundamenta el tema sobre los factores que influyen salud e higiene bucal, conocimientos favorables y erróneos sobre la misma en la prevención de la salud e higiene bucal.

En el Capítulo III se encuentra el marco metodológico, describiendo el tipo de investigación, su diseño y factibilidad.

Finalmente, se realizan las conclusiones y recomendaciones de este proyecto y lo que significa haberlo realizado y se proporciona el marco bibliográfico y anexo utilizados en el desarrollo de la presente investigación.

## **1.1. Justificación**

La promoción en salud bucal es la base para el cuidado bucal, indispensable para lograr la prevención, el mantenimiento y mejoramiento de la salud bucal de los individuos. Hay razones que fundamentan la promoción de medidas preventivas odontológicas a los individuos: la caries es una enfermedad producida por bacterias y por lo tanto es infecto-contagiosa, los hábitos alimenticios están relacionados con la salud bucal, los hábitos de higiene bucal y de cuidados de la salud son aprendidos. (Mendes y Caricote, 2003; Hallett y O'rourke, 2003)

El desconocimiento en salud bucal por parte de los individuos les afecta directamente en su deterioro, con la consecuente aparición de lesiones extensas de caries que conllevan a la pérdida de dientes a temprana edad. A través del propio individuo se puede lograr el desarrollo de conductas preventivas basadas en la convicción y no en la obligación.

Los factores asociados al nivel de salud bucal son determinantes para conocer las deficiencias existentes en la salud bucal de los individuos asociados al estudio.

Para así poder determinar que acciones tomar en beneficio de mejorar la calidad de higiene bucal de los niños.

## **1.2. Diseño Teorico**

### **1.2.1. Planteamiento del Problema**

La prevención de la salud bucal de los individuos permite la disminución y probablemente la erradicación de enfermedades como la caries; lo cual es posible lograr mediante la educación y concienciación. Diversas investigaciones señalan que las enfermedades bucales constituyen un importante problema de salud por su alta prevalencia, demanda pública y fuerte impacto sobre las personas y la sociedad en términos de dolor, malestar, costos asociados con su tratamiento, viabilidad de aplicar medidas efectivas de prevención, así como también, por su efecto sobre la calidad de vida de la población. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1984; Petersen, 2003)

La enfermedad bucal es la consecuencia de condiciones propias de la salud, tales como, hábitos higiénicos bucales, acceso a la atención odontológica, adquisición de conocimientos sobre problemas bucodentales, respuestas a la exposición a ciertos agentes bacterianos, dieta con exceso de azúcares o carente de carbohidratos, fluoruros, compromiso individual con su propia salud, entre otras. (Hallett y O'rourke, 2003; Mendes y Caricote, 2003; Veitia y Guerra, 2009).

El gozar de buena Salud Bucal influye en la estabilidad emocional de un individuo, ya que una persona sana en su totalidad es aceptada en cualquier lugar, otorgándole un mayor crecimiento personal, es entonces cuando se hace notar la gran importancia de conservar la Salud Bucal, sin descuidar el bienestar general del cuerpo. En la búsqueda de una adecuada salud oral de los niños se

debe articular la salud de su contexto familiar, con los cuidados preventivos o de riesgos en la caries dental.

La salud bucal de los niños se inicia desde el hogar. Se han vinculado los conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal de los padres con el estado de salud bucal de sus hijos. Asimismo se ha asociado la baja escolaridad y el hecho de no tener empleo los padres, pertenecer a estrato socioeconómico bajo, la delegación del cuidado de los niños a abuelos o cuidadores por largas jornadas de trabajo de las madres, problemas de salud bucal de los miembros de las familias, tener más de 4 hijos y el abandono físico como factores familiares de riesgo mala higiene bucal. La disfuncionalidad y el tipo de estructura familiar, así como las familias monoparentales, podrían incrementar el riesgo de comprometer su salud bucal.

En el caso de la población infantil, numerosos estudios han demostrado la relación entre los conocimientos y prácticas de cuidado bucal de los padres y la frecuencia Higiene bucal defectuosa.

De todo lo expuesto anteriormente, el propósito de esta investigación consiste en determinar el grado de influencia de la estructura familiar, a nivel socio-económico, y su grado de conocimiento de higiene bucal en la disparidad de las escuelas presentes en el estudio.

## **1.2.2. Objetivos**

### **1.2.2.1. Objetivo General.**

Realizar un estudio comparativo de higiene bucal en alumnos de 3ero de básica de la escuela particular mixta José Joaquín de Olmedo y la escuela Antonio Borrero.

### **1.2.2.2. Objetivos Especificos**

- Relacionar la calidad de higiene bucal con el nivel educativo de los padres.
- Vincular los niveles de higiene bucal con el núcleo familiar.
- Asociar el conocimiento teórico en salud bucal del grupo de estudio sobre técnicas de higiene bucal con el nivel de higiene dental.
- Determinar diferencias en escuelas denominadas “Particulares” y escuelas fiscales con respecto a la higiene dental.
- identificar los conocimientos favorables y erróneos sobre salud bucal.

### **1.2.3. Campo**

Con este estudio comparativo se desea conocer los factores asociados a las diferencias y similitudes que pueden presentarse en la comparativa de estas instituciones académicas las cuales presentan estratos diferentes.

Ante ello se ha considerado analizar si el nivel de salud bucal presente en los niños; está asociado a un factor económico, social o cultural, por lo cual este estudio comparativo se ve como una oportunidad de desarrollo y un aporte para mejorar el nivel de salud de la población más afectada.

### **1.2.4. Hipótesis**

La salud buco dental está estrechamente ligada a la estructura familiar, al nivel de educación de los padres, al nivel socio-económico, y a su grado de conocimiento en materia de higiene bucal.



### 1.2.5. Variables

Tabla 1. Operacionalización de las variables

<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>	<b>CAUSA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• DIFERENCIACIÓN EN LA HIGIENE BUCAL DE LOS NIÑOS DE 3ER DE BÁSICA DE LA ESCUELA JOSÉ JOAQUIN DE OLMEDO Y LA ESCUELA ANTONIO BORRERO.</li></ul>
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>	<b>CONSECUECIAS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• EDUCACIÓN DEFICIENTE EN EL HOGAR.</li><li>• DIFERENCIAS EN ESTATRATOS ECONÓMICOS.</li><li>• HOGARES DISFUNCIONALES.</li><li>• DIFERENCIAS CULTURALES.</li></ul>

Elaboración: CHRISTIAN CALDERON SOTO

### **1.2.6. Tareas científicas**

#### **- Tarea 1: Investigación del problema**

Se da una revisión literaria bibliográfica para sintetizar el problema y buscar los factores asociados a la higiene bucal en los niños

#### **- Tarea 2: Valorar los fundamentos teóricos de la investigación**

Para analizar el nivel de educación sobre salud bucal de los niños se les deberá realizar preguntas claves para la obtención de la información.

#### **- Tarea 3: Generación de planes de acción y mejora**

Concienciar a los niños sobre la higiene bucal y las consecuencias de no tenerla

### **1.3. . Definición de población.**

#### **1.3.1. Población.**

Se realizó encuestas a los padres de las escuelas Antonio Barrero y la escuela Jose Joaquin de Olmedo del canton Jaramijo, principalmente de 3ro de básica para la muestra que se requiere.

#### **1.3.2. Muestra.**

Para recopilar una información adecuada para la investigación, se tomaron 2 grupos de 20 personas cada uno para un correcto análisis de la información para cumplir con los objetivos planteados.

#### **1.3.3. Tipo de estudio.**

Este estudio es de tipo teórico, ya que se desea determinar la diferencias en salud bucal que presentan, en una población concreta; y de tipo empírico ya que se aplicará la observación científica, mediante el uso de una encuesta para la recopilación de información a los padres para reconocer la situación actual de su salud oral de sus niños. Salud Bucal

## **2. Marco Teorico**

### **2.1. Concepto**

La salud buco-dental es el cuidado adecuado de los dientes, encías y boca para promover la salud y prevenir las enfermedades bucales. Incluye cepillarse, usar hilo dental y tener cuidado dental profesional regularmente. Según la OMS puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labioleporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal.

### **2.2. Enfermedades relacionadas a una mala higiene buco-dental**

#### **2.2.1. Caries**

La caries dental es uno de los padecimientos más frecuentes en los seres humanos. Es una enfermedad infecciosa, caracterizada por la destrucción de los tejidos duros de los dientes por los metabolitos producidos por los microorganismos existentes en la Placa Bacteriana adherida a la superficie del diente. Son resultado de la disolución mineral de los tejidos duros del diente por los productos finales del metabolismo ácido de aquellas bacterias capaces de fermentar carbohidratos, en especial, azúcares.

### **2.2.1.1. Causas**

- Flora Bacteriana
- Adecuado substrato: azúcares, que tienen que coexistir durante un tiempo determinado para que se desarrolle la caries, sin olvidar las características inmunes propias del individuo
- Higiene buco - dentaria
- Dieta

### **2.2.1.2. Detección y remoción de placa dentobacteriana**

La placa dentobacteriana es un sedimento blando, bacteriano, adherente, que se acumula en los dientes. El otro sedimento es el duro, o sea el sarro. Cabe destacar que el sarro se forma con la placa dentobacteriana.

Esta placa es invisible, y se forma con la aparición de una capa de bacterias en el diente y encías cuando no tenemos una buena higiene bucal, se desarrolla gracias a la fijación y multiplicación de las bacterias que producen ácidos y las sustancias tóxicas junto con los restos alimenticios; progresa más rápido con los alimentos blandos y los ricos en azúcares.

Por eso es aconsejable evitar los azúcares entre comidas. La placa dentobacteriana es la causa principal de la caries y de las enfermedades de las encías. El cepillado de los dientes y encías es el mejor procedimiento utilizable para una higiene oral adecuada. deposita cada vez más, será necesario que su dentista lo retire al cabo de unos meses.

El sarro es el que provoca y mantiene la inflamación gingival (encías), responsable en una gran parte del desarrollo de la gingivitis y la parotiditis.

## **2.3. Métodos de prevención**

- Suprimir las costumbres alimenticias nocivas, una alimentación dulce favorece la caries dental y la placa dentobacteriana.
- Hay que evitar las sustancias azucaradas y pegajosas, sobre todo entre comidas y más aún por la noche antes de acostarse.
- Tableta reveladora de placa dentobacteriana para localizar zonas en que se sitúa la placa dentaria y en donde debemos esforzarnos durante el cepillado.
- Adquirir una perfecta técnica de cepillado
- Procure cambiar su cepillo dental por lo menos cada 3 meses, recuerde que un cepillo desgastado no limpiará bien sus dientes.
- Debe cepillar las 5 caras de cada corona dentaria, así como la totalidad del borde gingival.

### **2.3.1. Visita periódica a dental.**

Aseo bucal y técnica de cepillado dental

Objetivos del cepillado dental son:

- Retirar la placa e interrumpir la reformación de ésta
- Limpiar los dientes de alimentos, detritos y tinciones
- Estimular los tejidos gingivales
- Aplicar el dentífrico

## **2.4. Teóricas Adoptadas sobre Salud e Higiene Bucal**

La utilización de un enfoque de cambio de comportamiento en los individuos en la prevención y control de su salud e higiene bucal, partirá del reconocimiento de factores necesarios para identificar, promover y facilitar conductas con repercusiones positivas y significativas que redunden en el entorno de interrelación de los mismos. Partiendo de que las personas poseen factores determinantes internos y externos que facilitan la práctica o no práctica de un conocimiento, la adopción de un comportamiento dependerá de la conciencia del sujeto sobre el problema, de la percepción de si puede o no hacer algo, del conocimiento, de la percepción de los riesgos, consecuencias y normas sociales, y de la auto eficacia, o el nivel de confianza que el individuo tenga en su capacidad para cambiar el comportamiento y compartirlo con los demás.

Desde la antigüedad se encuentran antecedentes del enfoque social de la salud.

Hipócrates 460-370 AC y Galeno en el siglo II ya plantearon la influencia de las condiciones de sociales en la salud del individuo.

Investigadores sociales de reconocido prestigio internacional como Levi-Strauss, Malinowsky y Durkheim evidenciaron la influencia de los aspectos socio – culturales en las relaciones familiares y en determinados problemas de salud.

La salud de la población está determinada por las condiciones sociales y económicas que cada sociedad genera, se expresa en diferentes niveles y se concretiza en el ambiente natural y familiar.

La relación entre la salud individual y la salud familiar se considera que es de doble vía, es decir, que la influencia es recíproca.<sup>6</sup> La salud individual se desarrolla en el contexto de una familia con la formación de hábitos, estilos de vida, sistemas de valores, normas, actitudes y comportamientos hacia la salud, y con aquellos problemas de predominio biológicos, ya sean de carácter genético o no, que se transmiten de un miembro a otro. Con estos elementos, tanto biológicos como psicosociales, se construye la salud individual.

Los problemas de salud familiar tienen un origen multicausal. La salud familiar está determinada por factores socioeconómicos (condiciones materiales de vida de la familia, total de ingresos y per cápita familiar), factores socio psicológicos (modo de vida familiar, integración social, participación social, convivencia social), factores socioculturales (nivel educacional de los miembros de la familia), por el funcionamiento familiar, la estructura familiar, el estado de salud de los miembros de la familia, la forma de afrontamiento a los acontecimientos y conflictos internos y externos, y el acceso a las redes de apoyo.

Existen estudios que hablan sobre las características psicológicas de los padres y el vínculo con sus hijos, que podría, cuando es desfavorable, llevar a una conducta negligente en el cuidado de la salud de sus hijos.

En cuanto a la historia familiar, la información acerca de la actividad presente o pasada de caries dental en los padres o hermanos, puede indicar al odontólogo que existen factores tanto de tipo biológico como de comportamiento que pudieran afectar el equilibrio.



Otra información de tipo socioeconómico también tiene gran relevancia en el riesgo de caries dental en niños.

Se reconoce que los ingresos familiares y el bajo nivel educativo de los padres, en especial de la madre, tienen una estrecha relación con la probabilidad de desarrollar caries dental. Adicionalmente, la condición migratoria, que en el caso de Berisso se refiere a migraciones internas y externas de países limítrofes, también explica diferencias importantes en la salud bucal de los niños. Estos factores, así como la presencia de malnutrición durante el primer año, influyen en las condiciones de salud bucal durante el resto de la vida.

De acuerdo con el Natinal Institutes of Health de los EEUU (2001), el bajo nivel socio-economico se asocia con:

- a) un acceso limitado a los servicios,
- b) aspiraciones limitadas de salud bucal,
- c) baja autoeficacia,
- d) la presencia de conductas de salud que aumentan el riesgo de caries.

Aun cuando en diferentes estudios se han utilizado diversos indicadores socioeconómicos como el ingreso, el gasto, la posesión de bienes materiales o la raza (colectados a nivel individual o del hogar para caracterizar tanto el nivel socioeconómico de infantes como de adultos), uno de los indicadores que se utilizan cuando se realizan estudios de desigualdades en salud de niños en diferentes países ha sido la escolaridad de los padres.

Es importante tener en cuenta que la relación del estado de salud y la clase social no es estática sino que está mediatizada por los factores sociales y culturales. Siguen existiendo grupos sociales con mayor morbimortalidad

atribuibles a sus carencias de recursos, mala higiene, carencias nutricionales, hacinamiento.

Muchas enfermedades crónicas en el adulto se originan por la exposición a múltiples factores de riesgo a lo largo de la vida, algunos de los cuales comienzan ya en el útero o en la primera infancia. Se ha sugerido la existencia de periodos críticos durante el desarrollo fetal o en la infancia, de forma que las exposiciones en estos periodos determinan el nivel de salud en el futuro<sup>1</sup>, aunque hay evidencias de que en algunos casos este efecto podría modificarse. Por el contrario, también se ha formulado la hipótesis de que las exposiciones que aumentan el riesgo de enfermedad pueden ir acumulándose a lo largo de la vida e interactuar entre sí hasta que finalmente originan daño a la salud. Según esta hipótesis, conforme el número y/o la duración de las exposiciones aumentan, se produce un daño biológico acumulativo.

Se puede definir la salud familiar y comunitaria como la “salud individual y de grupos en una comunidad definida, determinada por la interacción de factores personales, familiares, por el ambiente socio-económico-cultural y físico”<sup>10</sup>. En la búsqueda de una adecuada salud bucal de los niños se debe articular la salud de su contexto familiar, puesto que ésta puede influir como protectora o de riesgo para la producción de caries dental según Fejerskov.

La salud bucal de los niños se inicia desde el hogar. Se han relacionado los conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal de los padres con el estado de salud bucal de sus hijos. También se han relacionado la baja escolaridad y el hecho de no tener empleo los padres pertenecer a estrato socioeconómico bajo, la delegación del cuidado de los niños a abuelos o cuidadores por largas jornadas de trabajo de las madres, problemas de salud

bucal de los miembros de las familias<sup>6</sup>, tener más de 4 hijos <sup>3</sup> y el abandono físico<sup>7</sup> como factores familiares de riesgo para la caries dental. La disfuncionalidad y el tipo de estructura familiar, así como las familias monoparentales, podrían incrementar el riesgo de sufrir caries dental y su severidad.

Existe amplia evidencia que sugiere que la posición dentro de la estructura social es un fuerte predictor tanto de morbilidad como de mortalidad, observada tanto a nivel macro como micro. Además, es aceptada la existencia de una asociación entre el estado de salud y el estatus social –individuos de mejor nivel socioeconómico disfrutan de mejor salud. Este hecho es conocido como el “gradiente social en salud”, el cual se refiere a que las desigualdades en la distribución del estado de salud de la población están relacionadas con las desigualdades en el estatus social, caries dental se asocia con bajo nivel socioeconómico.

A estas desigualdades se le han dado diversas explicaciones para intentar esclarecerlas o entenderlas. Una perspectiva general propuesta para dar cuenta de esta situación, y que explica mejor las desigualdades en salud, es la que se centra en los grupos socioeconómicos. Las desigualdades en salud asociadas con el nivel socioeconómico son grandes y según diversos autores van en aumento. La mayoría de las teorías que explican estas desigualdades utilizan indicadores de nivel socioeconómico tales como: ingreso, escolaridad, ocupación y raza.

En relación a los aspectos epidemiológicos, la CTI constituye un serio problema de salud pública, (Berkowitz, 2003) siendo más prevalente en países en vías de desarrollo como el nuestro y comunidades desprotegidas de países desarrollados como son poblaciones de inmigrantes, minorías étnicas o zonas rurales en donde la prevalencia alcanza hasta un 90% (Miles, 1996)<sup>317</sup>

En el caso de la población infantil, numerosos estudios han demostrado la relación entre los conocimientos y prácticas de cuidado bucal de los padres y la frecuencia de caries dental en sus hijos.

Las prácticas o conductas son cualquier comportamiento o actividad que forma parte de la vida cotidiana de una persona e influyen sobre su estado de salud.

Prácticamente todos los comportamientos o actividades humanas tienen alguna influencia ya sea negativa o positiva sobre la salud. Las conductas o prácticas de riesgo son formas específicas de comportamiento de las cuales se conoce su relación con una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades específicas o tener un estado de salud deficiente.

Los estudios han encontrado que la frecuencia de ECC es mayor entre los niños de las familias con un mayor número de hermanos<sup>5</sup> y aquellos cuyas madres son más jóvenes. Por otra parte, los factores relacionados con la familia, como la escolaridad de los padres y el ingreso mensual de los hogares, están relacionados con una mayor prevalencia de caries dental<sup>7-8</sup> de acuerdo con la literatura, la edad de los padres jóvenes, un bajo nivel de educación y el conocimiento suficiente en relación con la salud oral puede conducir a una mayor prevalencia de ECC entre niños.<sup>5-6-9</sup> Niños de familias con menores ingresos también pueden tener un mayor caries dental experiencia.

### **3. Diagnóstico y estudio de campo**

#### **3.1. Diagnóstico o Estudio de campo.**

Este proyecto de investigación sobre el estudio comparativo de higiene bucal en Alumnos De 3ero De Básica De La Escuela Particular Mixta José Joaquín De Olmedo Y La Escuela Antonio Barrero, en la cual se realizó una investigación descriptiva, analítica y de campo, este último porque mediante el uso de encuestas se obtuvo información para análisis comparativo de la situación de la población ante el problema planteado, deficiencia en higiene bucal.

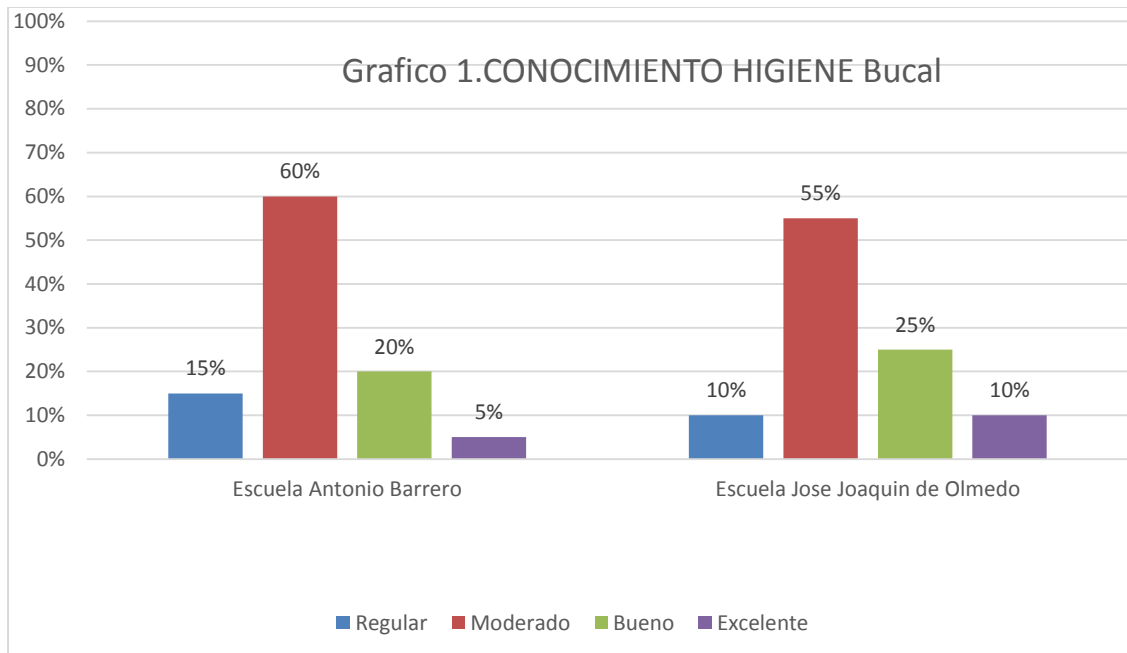
#### **3.2. Instrumento de recolección de información.**

Los procedimientos usados para la debida recolección de datos fueron individuales realizando persona a persona, manteniendo en anónimo la identidad de la persona encuestada, logrando así una ética en la presente investigación. Cabe recalcar que la información que se obtuvo se usó exclusivamente para el presente trabajo investigativo, los datos vinieron netamente de la encuesta que se realizó.

#### **3.3. Lugar de la investigación.**

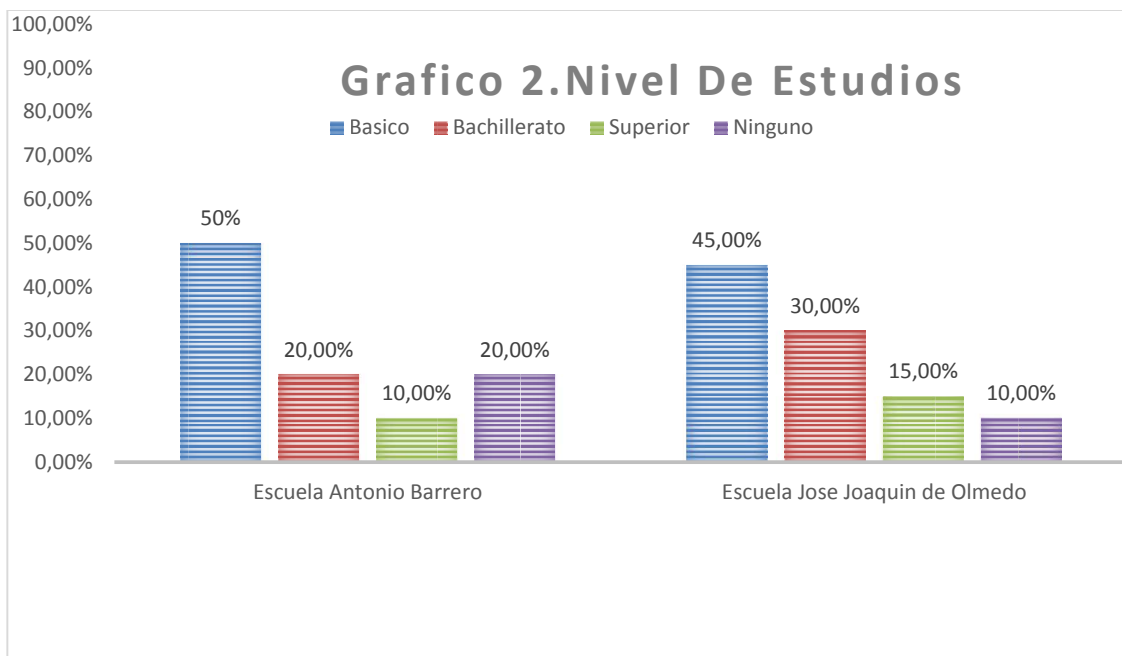
Canton Jaramijo, Escuela Particular Mixta José Joaquín De Olmedo Y La Escuela Antonio Barrero

#### 4. Analisis de Resultados



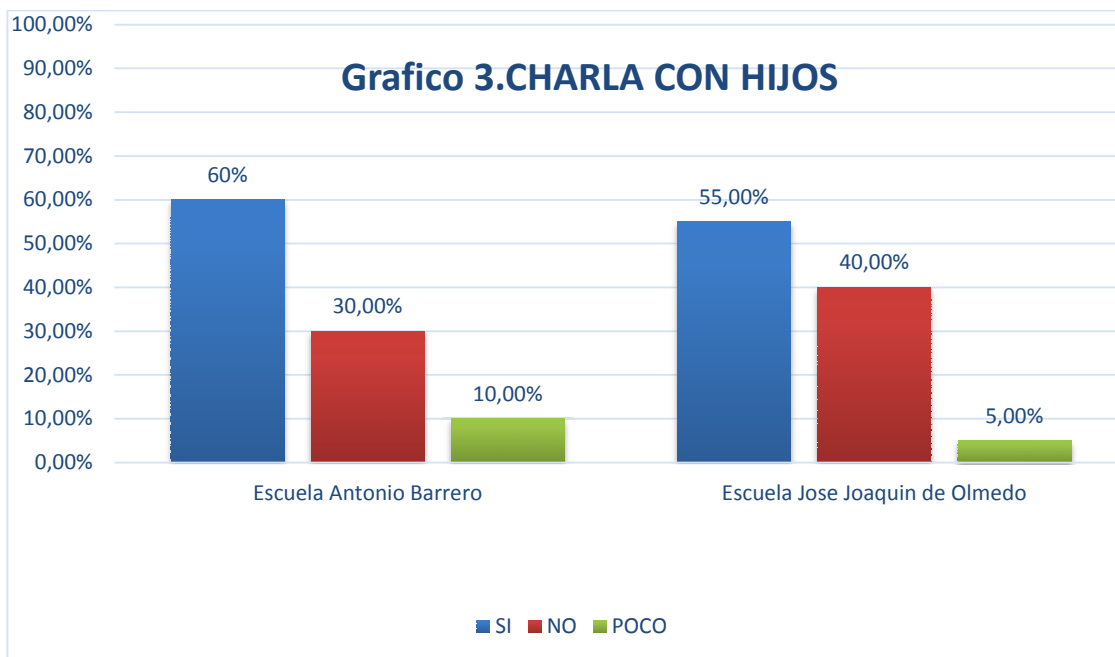
*Fuente Encuesta (Anexo 1) Pregunta °1 . Elaborado por: Christian Calderon.(2017)*

Se logró obtener que el mayor porcentaje (60%, 55%) poseen un conocimiento moderado de higiene bucal, un (20%,25%) un conocimiento bueno, un (15%,10%) entra en el grupo de conocimiento regular y la minoría con (5%,10%) un excelente conocimiento sobre higiene bucal.



*Fuente Encuesta (Anexo 1) Pregunta °2 . Elaborado por: Christian Calderon.(2017)*

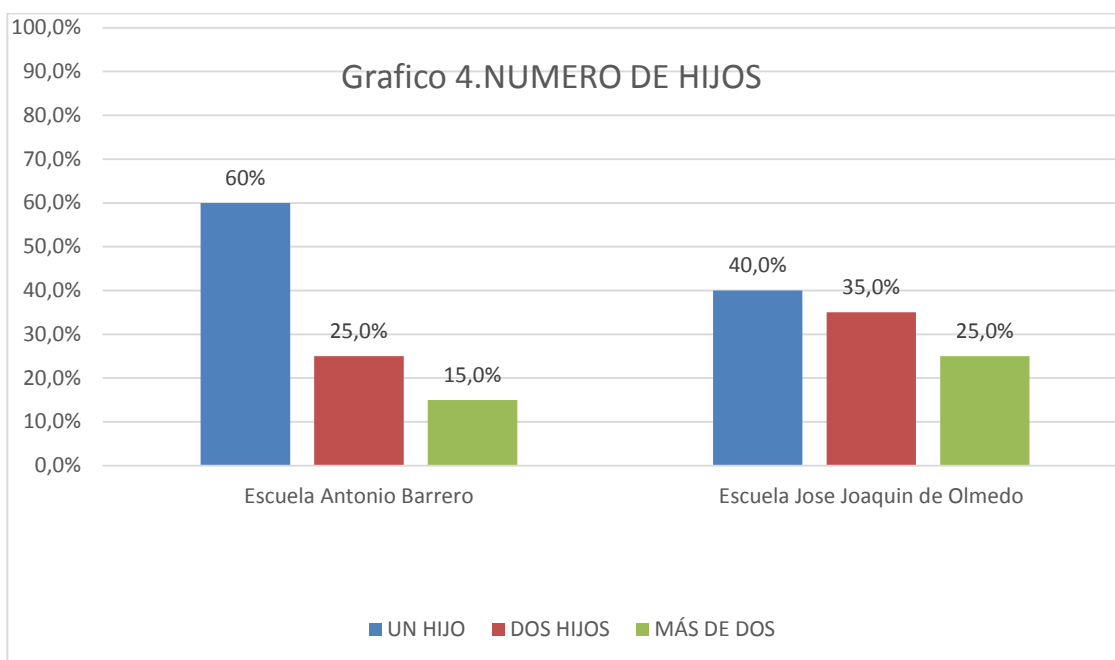
Del total de ecuestados se enconrto que el mayor porcentaje (50%, 45%) poseen un nivel de educación basico, un (20%,30%) lleo al bachillerato, un (10%,15%) logro terminar un nivel superior y con (20%,10%) encontramos que existen personas que no tiene ningun studio.



*Fuente Encuesta (Anexo 1) Pregunt a °3. Elaborado por: Christian Calderon.(2017)*

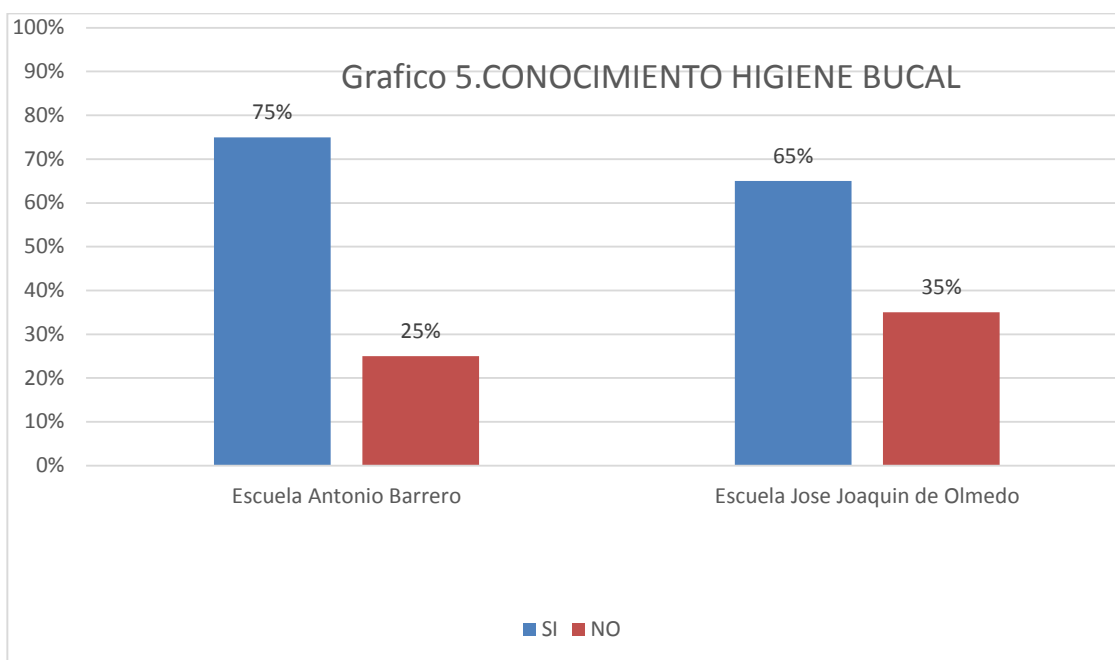
Con esta pregunta se determine que el mayor porcentaje (60%, 55%) de los padres dicen haber hablado con sus hijos sobre higiene dental, mientras que un (30%,40%) de estos dicen que no lo han hecho o no lo consideran de importancia, con un (10%,5%) tenemos un grupo minoritario que afirma haber hablado con sus hijos sobre salud bucal pero en menor medida.





*Fuente Encuesta (Anexo 1) Pregunta °4 . Elaborado por: Christian Calderon.(2017)*

Se determine que el mayor porcentaje (60%, 40%) poseen un solo niño, mientras que un porcentaje de (25%,35%) presentan 2 hijos, un (15%,25%) entra en el grupo de encuestados con mas de 2 hijos.



*Fuente Encuesta (Anexo 1) Pregunta °5 . Elaborado por: Christian Calderon.(2017)*

Se logró obtener que los mayores porcentaje (75%, 60%) poseen un hogar estable con una familia completa, mientras que en menor porcentaje un (25%,35%) entran en el grupo de hogares mal estructurados o ausencia de una de las partes.

## **5. Diseño de la propuesta.**

Elaboración de plan de educación de salud bucal a familias de clase baja y media para mejorar el conocimiento que poseen en materia de salud.

## **6. Conclusiones**

El conocimiento sobre salud bucal de los padres está estrechamente relacionado con una buena o mala salud bucal respectivamente.

El nivel de educación adquirido por los padres está íntimamente relacionado con la salud bucal de los niños ya que esta inicia desde el hogar, sus padres son sus primeros maestros.

El número de hijos que conforman cada familia es un factor preponderante en el nivel de salud bucal ya que no se tiene el mismo nivel de control por parte de los padres.

Un hogar estable es esencial para el control de una salud bucal adecuada ya que los problemas ocasionados por la ausencia de esta, produce cambios desfavorables en los niños.

No existen diferencias significativas entre una escuela particular y fiscal ya que estas presentan en igual medida los factores asociados a una mala higiene bucal.

## **7. Recomendaciones**

Potenciar el conocimiento sobre salud bucal que se imparte en las escuelas.

Concienciar a los padres sobre la importancia de dominar el tema referente a salud bucal para dar un mejor apoyo a sus hijos.

Es necesario realizar campañas para la prevención y atención en materia de higiene bucal

## 8. Bibliografía

Rodríguez, C.A. (2005) CONOCIMIENTOS DE SALUD BUCAL DE ESTUDIANTES DE 7° Y 8° BASICO DE LA CIUDAD DE SANTIAGO

Ehmig, S. R. (2016). *Elaboración de audiovisuales sobre el cuidado oral y dieta anticariogénica para pacientes pediátricos que acuden al centro de atención odontológica de la UDLA*. Obtenido de Tesis. Universidad de las Américas. Quito-Ecuador.pdf

Quispe J.L.(2008-2009) Proyecto educativo de salud bucal instituto educativo Manuel Gonzales Prada

Benítez, A. J. (2011). *Prevalencia de caries dental en niños escolares de 4 a 14 años de edad de la escuela fiscal mixta la Gran Muralla*. Obtenido de Tesis. Universidad Central Del Ecuador. Quito-Ecuador.pdf

Flórez, O. J. (2011). *La comunicación audiovisual, es una herramienta necesaria para el desarrollo humano y la inclusión social de poblaciones vulnerables*. Obtenido de Tesis. Pontificia

Ramón, G. J. (2015). *Conceptos y Prácticas en Higiene Oral de los alumnos de la Escuela José María Velasco Ibarra antes y después de una Intervención Educativa. Cuenca 2014-2015* . Obtenido de Tesis. Universidad de Cuenca. Cuenca-Ecuador.pdf

Rufasto, G. K., & Saavedra, A. B. (2012). Aplicación de un programa educativo en salud oral en adolescentes de una institución. *Revista Estomatológica Herediana*, 82-90.

Saporitti, F. O., Mercedes, M. M., & Angélica, I. S. (22 al 25 de noviembre de 2011). *Proyecto de prevención primaria para la salud oral en niños en edad escolar de la ciudad de Villa Gesell*. Obtenido de XI Congreso Iberoamericano de Extensión Universitaria.Facultad de Odosntologia-unlp

Valarezo, R. T. (2010). *Educación, prevención, promoción y recuperación de la salud bucal de los alumnos de segundo a séptimo año de educación básica de la escuela Manuel Sigilberto Loayza de la ciudad de Piñas*. Obtenido de Tesis. Universidad Técnica Particular de Loja. Piñas-Ecuador.pdf

## **ANEXOS**

## **Anexos 1 .MODELO DE ENCUESTA APLICADA.**

### ENCUESTA PARA ESTUDIO

1. ¿Cómo considera el conocimiento sobre higiene bucal que posee?
  - a) Regular
  - b) Moderado
  - c) Bueno
  - d) Excelente
  
- 2). Cual es el nivel de estudio máximo alcanzado?
  - a) Basico
  - b) Bachillerato
  - c) Superior
  - d) Ninguno
  
- 3).Ha hablado con sus hijos sobre higiene dental?
  - a) Si
  - b) No
  - c) Un poco
  
- 4).¿Cuántos hijos están presentes en el núcleo familiar?
  - a) Uno
  - b) Dos
  - c) Mas de Dos
  
- 6). ¿su hogar presenta una estructura familiar estable(padre, madre e hijos)?
  - a) **Si**
  - b) **No**

## Anexos 2. Tablas utilizadas en el estudio

Opciones	Cantidad	Porcentaje
a) Regular	3	15%
b) Moderado	12	60%
c) bueno	4	20%
d) excelente	1	5%

Tabla 1..Escuela Antonio Barreo, Conociiento higiene bucal

Opciones	Cantidad	Porcentaje
a) Regular	2	10%
b) Moderado	13	55%
c) bueno	3	25%
d) excelente	2	10%

Tabla 2..Escuela Jose Joaquin de olmedo Conociiento higiene bucal



Opciones	Cantidad	Porcentje
a) Basico	12	60%
b) Bachillerato	5	25%
c) Superior	3	15%
d) Otro	0	0

Tabla 3.. Escuela Antonio Barrero. Nivel de Conocimiento.

Opciones	Cantidad	Porcentje
a) Basico	10	50%
b) Bachillerato	7	40%
c) Superior	3	10%
d) Otro	0	0

Tabla 4..Escuela Jose Joaquin de olmedo Nivel de Conocimiento.

Opciones	Cantidad	Porcentaje
a) Si	12	60%
b) No	6	30%
c) Poco	2	10%

Tabla 5..Escuela Antonio Barrero Charla con Hijos.

Opciones	Cantidad	Porcentaje
a) Si	11	55%
b) No	8	40%
c) Poco	1	5%

Tabla 6..Escuela Jose Joaquin de olmedo Charla con Hijos

Opciones	Cantidad	Porcentaje
a) Uno	7	60%
b) Dos	8	25%
c) Mas de Dos	5	15%

Tabla 7..Escuela Antono Barrero. Numero de Hijos

Opciones	Cantidad	Porcentaje
a) Uno	8	40%
b) Dos	7	35%
c) Mas de Dos	5	25%

Tabla 8..Escuela Jose Joaquin de olmedo Numero de Hijos

Opciones	Cantidad	Porcentaje
a) Si	15	75%
b) No	5	25%

Tabla 9. Escuela .Antonio Barrero. Estructura del Hogar

Opciones	Cantidad	Porcentaje
a) Si	13	65%
b) No	7	35%

Tabla 10..Escuela Jose Joaquin de olmedo Estructura del Hogar

### Anexos 3. Fotos Escuelas



Foto 1. Escuela Antonia barrero



Foto 2. Escuela Jose Joaquin de Olmedo