

UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO DE MANABI”

**CREENCIAS, HÁBITOS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO BUCAL EN
POBLADORES DE SAN MATEO**

Facultad de Odontología

Autora:

Lilibeth Yadira Zambrano Vélez

Tutor:

Dr. Freddy Ávila Chica

Manta, Provincia de Manabí

2018

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yo, LILIBETH YADIRA ZAMBRANO VÉLEZ con C.I # 131160056-1, en calidad de autora del proyecto de investigación titulado “CREENCIAS, HÁBITOS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO BUCAL EN POBLADORES DE SAN MATEO”. Por la presente autorizo a la Universidad Laica “Eloy Alfaro De Manabí” hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o de parte de los que contienen esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

Los derechos que como autora me corresponden, con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a mi favor, de conformidad con lo establecido en los artículos 5, 6, 8, 19, y además pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su reglamento.

LILIBETH YADIRA ZAMBRANO VÉLEZ

C.I. 131160056-1

DIRECTOR DE TESIS

Por medio de la presente certifico que el presente trabajo de investigación realizado por LILIBETH YADIRA ZAMBRANO VÉLEZ es inédito y se ajusta a los requerimientos del sumario aprobado por el ilustre consejo académico de la Facultad de Odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

DR. FREDDY ÁVILA CHICA

DIRECTOR 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 aprueben el informe de investigación sobre el tema
“CREENCIAS, HÁBITOS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO BUCAL EN POBLADORES DE SAN MATEO”

Presidente del tribunal

Miembro del tribunal

Miembro del tribunal

Manta, _____ del 2018.

AGRADECIMIENTO

Si ustedes creen, recibirán todo lo que pidan en oración. Mateo 21:22

La gratitud, hermosa virtud que hace inclinarnos ante la grandiosidad del eterno creador, gracias, Señor por guiar mis pasos y sobre todo la serenidad para resolver cada uno de los problemas que pudieran presentarse

A mi mama por el esfuerzo ya que con su amor, paciencia y esfuerzo me ha permitido llegar a cumplir hoy un sueño más en mi vida, te doy gracias por tus consejos día a día que me ayudaron a estar donde estoy ahora.

A mis maestros por todas sus enseñanzas impartidas en el aula de clases, en las clínicas, la misma que son la base para nuestro futuro como buenos PROFESIONALES- ODONTOLOGOS

A la Dra. Ximena Arteaga, Dr. Tomás Quintero, por ser personas maravillosas que Dios puso en mi vida y a mis compañeros de la Universidad por brindarme su amistad, ayuda y un excelente ambiente de trabajo

LILIBETH YADIRA ZAMBRANO VÉLEZ.

DEDICATORIA

Todo lo puedo en cristo que me fortalece. Filipenses 4:13

Agradezco a Dios que si no fuera por su gracia no podría culminar esta etapa de mi vida y haberme dado salud para lograr mis objetivos,

A mi amada madre junto con mi padre y mis hermanos que han sido pilar fundamental, para todos estos sueños cumplidos a lo largo de mi vida, pero sobre todo ahora de culminar mi carrera.

A mi esposo que siempre estuvo presente en cada paso de este largo camino, juntos con mis hijos, por ser fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida depare un mejor futuro.

LILIBETH YADIRA ZAMBRANO VÉLEZ.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	1
1.1. Planteamiento del problema	2
1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.2.1. General.....	6
1.2.2. Específicos	6
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	7
2.1. Antecedentes de la investigación	8
2.2. Bases teóricas	9
2.2.1. Higiene bucodental	9
2.2.2. Cepillado.....	10
2.2.2. Técnicas de cepillado	11
2.2.3. Hilo y cinta dental	12
TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE	14
3. MARCO METODOLÓGICO.....	15
3.1. Tipo y diseño de investigación	15
3.2. Población y muestra	15
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	15
3.4. Plan de análisis de los datos.....	16
4. RESULTADOS	17
5. CONCLUSIONES.....	29
6. RECOMENDACIONES	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
ANEXOS.....	33

RESUMEN

El objetivo fue describir las creencias, hábitos y prácticas de cuidado bucal en pobladores de San Mateo. La investigación fue de tipo descriptivo con un diseño de campo, no experimental, transversal. La muestra fue de 99 habitantes de la parroquia San Mateo a los que se les aplicó una encuesta conformada por 34 ítems divididos en cuatro secciones: Sección A, Datos generales; Sección B, Creencias sobre salud enfermedad bucal; Sección C, Hábitos y prácticas de salud bucal; Sección D, Percepción de salud bucal. La media de la edad fue de $43,06 \pm 20,024$ años, el 27% tiene 25 años o menos, el 56% fue de sexo femenino y el 94% se identificó como mestizo. El 40% manifiesta haber utilizado algún medio casero para el dolor como agua con sal, aguardiente o manzanilla y un 30% aseguró haber utilizado algún medio casero para la inflamación. El 72% de los participantes se cepilla al menos dos veces al día y el más de la mitad de ellos invierte al menos dos minutos de su tiempo para ello. El 25% usa hilo dental y el 29% enjuague bucal. El 45% visita al odontólogo una vez al año.

Palabras clave: Creencias en salud bucal, hábitos de higiene bucal, percepción de salud bucal, cuidado bucal.

ABSTRACT

The objective was to describe the beliefs, habits and practices of oral care in San Mateo residents. The research was descriptive with a field design, not experimental, transversal. The sample was of 99 inhabitants of the San Mateo parish to whom a survey consisting of 34 items divided into four sections was applied: Section A, General data; Section B, Beliefs on oral disease health; Section C, Habits and practices of oral health; Section D, Perception of oral health. The mean age was 43.06 ± 20.024 years, 27% were 25 years old or less, 56% were female and 94% were identified as mestizo. Forty percent reported having used some homemade means for pain such as salt water, brandy or chamomile and 30% claimed to have used some homemade means for inflammation. 72% of the participants brush at least twice a day and more than half of them spend at least two minutes of their time for it. 25% use dental floss and 29% mouthwash. 45% visit the dentist once a year.

Key words: Beliefs in oral health, oral hygiene habits, perception of oral health, oral care.

INTRODUCCIÓN

No todos perciben de la misma manera ni entienden del mismo modo lo que es salud, la manera en que la entienden se ve afectada por un sistema complejo en el que intervienen una diversidad de factores biológicos, ambientales, sociales, económicos, culturales y políticos. Esto influye en la forma en que entienden a la salud y a la enfermedad tanto los individuos como las comunidades. Esta investigación tuvo como objetivo describir las creencias, hábitos y prácticas de cuidado bucal en pobladores de San Mateo.

El estudio está dividido en secciones, en la primera de ellas se explica el problema, así como su justificación y objetivos. En la segunda se establecen las bases teóricas y se explican las variables. La tercera sección explica los procedimientos metodológicos para la recolección de la información y por último se presentan los resultados en tablas para expresar los porcentajes de cada categoría estudiada.

1. DISEÑO TEÓRICO

1.1. Planteamiento del problema

Los seres humanos en particular y las poblaciones en general conforman un sistema complejo que se ve afectado por una diversidad de factores biológicos, ambientales, sociales, económicos, culturales y políticos. Dichos factores de la realidad pueden determinar la manera de enfermar de los individuos y los distintos grupos sociales.

Lo anterior, influye en la forma de entender la salud y la enfermedad desde lo individual y lo colectivo. Por ello, no todos perciben de la misma manera ni entienden del mismo modo lo que es salud. Los profesionales que se ocupan de la salud tienen una perspectiva que poco se corresponde con la perspectiva de la población. En esta última, existen variaciones en la forma de percibir tanto la salud como la enfermedad, sentirse sano o enfermo, depende de las personas más allá de las apreciaciones del profesional.

En el campo de la salud bucal existen diversos ejemplos de ello, la población acostumbra a acudir con el profesional cuando tiene dolor, pocas veces acude por otro tipo de problemas y mucho menos para prevenir la aparición de una enfermedad. El odontólogo puede identificar una caries precozmente, sin embargo, los individuos no necesariamente acuden en busca de ayuda en períodos tempranos de dicha enfermedad. Esto puede deberse al sistema de creencias que los individuos tienen, ya que en su amplitud pueden tener percepciones distintas sobre lo que es salud y lo que es enfermedad.

Las creencias de las personas, como señalan Gómez y Samudio (2014), merecen una atención especial porque ellas determinan sus comportamientos, representan los componentes primordiales y determinantes de las actitudes, además, que pueden moldear, influir en el grado de salud, y en la manera como se relaciona el ser humano. En consecuencia, si se conoce la creencia de las personas es posible predecir más fácilmente sus prácticas, hábitos o respuestas establecidas para una situación común, por lo tanto, la comprensión de la

creencia de los individuos vinculadas a la salud y enfermedad debe ser considerada.

Así también, las nociones y prácticas sobre la salud y la enfermedad que manejan los diversos grupos humanos, propias de cada pueblo, representan un conjunto de ideas y creencias que permiten nombrar, identificar y darle sentido a las afecciones y a los medios empleados para el restablecimiento de la armonía perdida. Estas ideas y creencias son aprendidas en las distintas etapas de la socialización e insertas dentro de una visión del mundo, no se dan en un vacío cultural, sino que tienen lugar dentro de un sistema lógico cargado de simbolismo, tradiciones y valores que a su vez modelan sus comportamientos e interpretaciones (Paredes, 2014).

Las creencias dependen en parte, de la cultura. En su trabajo, Ibacache (2006), expresa que la cultura posee dos grandes dimensiones -una cognitiva que encierra el mundo de los significados socioculturales en lo simbólico, los pensamientos, los conocimientos, creencias, mitos, ritos, adquiridos a través del aprendizaje; y la dimensión material, que corresponde a cómo lo simbólico se manifiesta en conductas, prácticas, objetos, arte y normas de relación social con las personas.

Respecto a lo anterior, si se traslada al plano de la salud, se entiende la necesidad de que el modelo médico entienda cómo pacientes y profesionales se explican el fenómeno de salud-enfermedad, las prácticas o procedimientos con que se enfrentan los procesos en los cuales se desarrollan para la recuperación de la salud o equilibrio. Asimismo, las diferencias culturales se manifiestan al interior de los grupos, lo cual refleja el carácter dinámico de la cultura como construcción humana, que está sometida a la transformación de las precitadas dimensiones en la medida que el grupo social experimenta nuevos desafíos y encuentros (Ibacache, 2006; Pirona y col., 2008).

Según la corriente de la epidemiología crítica, salud-enfermedad es un proceso determinado por la interrelación de modos de producción, reproducción social grupal y las características biopsicosociales individuales. Cabe mencionar, que esta distingue modos de vida de estilos de vida, argumentando que el primero

permite entender el dominio espacial de lo particular en donde se realiza la vida en comunidad, mientras que estilos de vida es el dominio espacial del quehacer individual. Añade el autor que la inclusión de género, etnia y edad a la categoría modos de vida permite profundizar el análisis de las diferentes patologías o condiciones saludables en que viven estos grupos (Breilh, 2003; Polo, 2016).

Las creencias en salud se derivan de los grupos sociales a los que se pertenece y pueden ser consecuencia de la desigual distribución de poder. Puede ser que las creencias en salud de un grupo dominante con acceso a distintos bienes y servicios que un grupo social dominado. Esto también puede repercutir en formas distintas de enfermar entre uno y otro grupo social.

Esta ha permitido que surjan visiones distintas como la epidemiología sociocultural es una propuesta interdisciplinaria que pretende contribuir al análisis de los problemas colectivos de salud mediante el concurso de herramientas teóricas y prácticas desarrolladas tanto en las ciencias sociales como de la salud. Especialmente desde la década de los ochenta, varios autores han planteado la necesidad de ampliar el campo de observación y análisis de la epidemiología convencional para incluir el estudio de los factores sociales, culturales y políticos (Haro y Álvarez, 2005).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), refiere que, en términos mundiales, entre el 60% y el 90% de los niños en edad escolar y cerca del 100% de los adultos tienen caries dental, a menudo acompañada de dolor o sensación de molestia. Sumado a esto, las enfermedades periodontales graves, que pueden desembocar en la pérdida de dientes, afectan a un 15%-20% de los adultos de edad media (35-44 años). El edentulismo también es frecuente, aproximadamente del 30% de la población mundial con edades comprendidas entre los 65 y los 74 años no tiene dientes naturales.

Las patologías bucales de mayor prevalencia en Ecuador son la caries dental y la enfermedad periodontal de acuerdo a un estudio epidemiológico realizado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP, 1996), el que reveló además que el 88,2% de los escolares menores de 15 años tienen caries dental; el 84% tiene presencia de placa bacteriana y el 53% está afectado con gingivitis, se

evidenció también que de los niños examinados el 35% presentaba algún tipo de mal oclusión, lo que continua siendo un problema de salud pública que afecta considerablemente a la población infantil.

Un estudio más reciente, denominado Estudio Epidemiológico Nacional de Salud Bucal en Escolares Menores de 15 años de Ecuador 2009 – 2010 realizado en conjunto por MSP/OPS (2011), evidenció que la caries dental es la enfermedad más común en los niños y niñas del Ecuador; tal es así que el 76,5% de los escolares ecuatorianos tienen caries dental.

Dichos datos reflejan un problema de salud colectiva en materia de salud bucal. Es interesante verificar de qué manera influyen las creencias y las percepciones sobre salud bucal que tiene la población en la forma cómo enferman estas. El conocimiento de las creencias en salud puede permitir que las instituciones de salud generen estrategias de intervención que contribuyan a la prevención de los problemas de salud bucal.

El Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) del Ecuador, explica que los factores conductuales y biológicos, como los estilos de vida que dañan la salud, por ello, entre los objetivos de la política de salud bucal del MSP (2009), se plantea lograr a través de la educación en Salud Bucal, la modificación de actitudes, hábitos, prácticas, tipo de alimentación y comportamientos individuales, grupales y familiares.

El cantón Manta de la provincia de Manabí, está conformado por cinco parroquias urbanas que son Manta, Eloy Alfaro, Tarqui, Los Esteros y San Mateo; y dos rurales, Santa Marianita y San Lorenzo. En ellas la población se distribuye desigualmente en cuanto a estrato socioeconómico, acceso a bienes y servicios, también varían las creencias en salud. Por ello es importante describir las creencias, hábitos y prácticas de cuidado bucal en pobladores de San Mateo.

1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. General

Describir las creencias, hábitos y prácticas de cuidado bucal en pobladores de San Mateo

1.2.2. Específicos

Caracterizar demográficamente a los pobladores de San Mateo

Indagar sobre las creencias sobre salud/enfermedad bucal en los pobladores de San Mateo

Diagnosticar los hábitos y prácticas de cuidados de salud bucal en los pobladores de San Mateo

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se propuso describir las creencias, hábitos y prácticas de cuidado bucal en pobladores de San Mateo. La información de este proyecto permite un acercamiento a las creencias en salud bucal de la población de San Mateo. Esto es permitirá diseñar estrategias de promoción y prevención en salud bucal con un enfoque sociocultural. Las creencias en salud son fundamentales para poder realizar intervenciones que produzcan cambios en el estilo de vida que se traduzcan en un mejor estado de salud de los individuos y las poblaciones.

Cabe mencionar que este proyecto ayuda a desarrollar el programa de investigación que lleva a cabo la Facultad sobre el perfil epidemiológico bucal de la zona costera de Manta. Además, la población de San Mateo puede beneficiarse de las campañas que promueva la Facultad de Odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí para prevenir la caries y las enfermedades periodontales, que siguen siendo los principales problemas de salud pública bucal tanto en Manabí como en el Ecuador.

Delimitación de la investigación

La investigación se realizó en la parroquia San Mateo del cantón Manta en el período comprendido entre los meses de julio y agosto de 2018.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Vázquez y col. (2015), realizaron una investigación llamada Creencias y prácticas de salud bucal de padres de párvulos: estudio cualitativo. El objetivo fue explorar las creencias, conocimientos y prácticas de los padres y/o apoderados de preescolares de 2 y 3 años, de una comuna urbana de la región metropolitana Lo Prado. Se trató de una investigación cualitativa, con diseño descriptivo de una muestra no probabilística, homogénea, de 14 apoderados mediante entrevistas en profundidad.

Al respecto, los resultados de las descripciones hechas por las madres y/o padres de los párvulos generaron las siguientes categorías: importancia de la salud bucal y su cuidado; encargado del cuidado de la salud bucal; uso de pasta de dientes fluoradas; percepción de la salud bucal del párvulo; uso de estímulos positivos o negativos asociados; y necesidad de más información para el cuidado de la salud bucal. Llegaron a la conclusión de que la salud bucal se percibe correlacionada con una buena apariencia, siendo importante una buena higiene para lograrla, a lo que se suma el consumo de pocos hidratos de carbono. Las mujeres son las encargadas de transmitir el conocimiento, enseñar y supervisar la higiene de los menores, quedando el resto de la familia relegada a un plano de apoyo.

Aristizábal y col. (2015), investigaron sobre Creencias, hábitos y estado de salud oral en estudiantes de una institución educativa en la ciudad de Pereira en el 2014. El propósito fue determinar la correlación que existe entre las creencias y hábitos acerca de salud bucal y el estado de salud bucal de los estudiantes en un colegio de la ciudad de Pereira en el año 2014. El estudio fue de tipo observacional descriptivo de corte transversal; se aplicaron instrumentos para valorar las creencias, hábitos y estado de salud bucodental.

Se encuestaron 120 estudiantes, 65 de sexo femenino y 55 de sexo masculino con un promedio de edad de 14 años y rango de edad entre 11 a 22 años. Del total encuestado el 64,5 % tienen adecuadas creencias en cuanto a salud oral y

el 51,3% tienen buenos hábitos de salud oral; de los estudiantes con riesgo alto de caries el 18,5% tienen buenos hábitos de salud oral. El índice promedio COP en el sexo femenino fue de 3,9 (riesgo mediano) y del sexo masculino 2,9 (riesgo mediano). Los investigadores concluyeron que las personas que tienen creencias más acertadas y practican mejor los hábitos de higiene oral tienen un mejor estado de salud bucal y un índice COP más bajo.

Misrachi y col. (2014), realizaron una investigación titulada Creencias, conocimientos y prácticas en salud oral de la población mapuche-williche de Isla Huapi, Chile. El objetivo fue describir los determinantes de conducta en salud oral de la población mapuche-williche, de Isla Huapi, y su distribución por sexo y grupo de edad. Se trató de un estudio transversal descriptivo. Se aplicaron instrumentos de creencias, conocimientos y prácticas en salud oral previamente validados en la población de Isla Huapi.

Hubo participación de 77 sujetos, 53% mujeres. El 66% mencionó que el “mal lavado” se relaciona con la caries, 62% “utiliza remedios naturales” para el cuidado de la salud oral y el 80% dijo cepillarse al menos 2 veces por día. Hubo diferencia significativa en la “motivación” para la consulta al odontólogo (mayor en mujeres) y en “barreras percibidas para el acceso a atención” (adultos mayores perciben mayor dificultad). Se concluye que existe un impacto de los determinantes sociales y de conductas en la implementación de estrategias de promoción de salud. Sin embargo, en Chile existen pocos programas de salud bucal específicos para poblaciones indígenas.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Higiene bucodental

Según refiere Higashida (2009), la placa dentobacteriana constituye un factor causal importante de las dos enfermedades dentales más frecuentes: caries y periodontopatías. Por eso es fundamental eliminarla mediante los siguientes métodos:

1. Cepillado de dientes, encías y lengua.

2. Uso de medios auxiliares: hilo dental, cepillos interdentes.

3. Pasta dental o dentífrico.

4. Clorhexidina.

5. Aceites esenciales.

2.2.2. Cepillado

El cepillado permite lograr el control mecánico de la placa dentobacteriana y, como afirma Higashida (2009), tiene como objetivos:

- Eliminar y evitar la formación de placa dentobacteriana.
- Limpiar los dientes que tengan restos de alimentos.
- Estimular los tejidos gingivales.
- Aportar fluoruros al medio bucal por medio de la pasta dental.

El cepillo dental tiene tres partes: mango, cabeza y cerdas. La cabeza es el segmento donde se fijan las cerdas agrupadas en penachos, y se une al mango por medio del talón. Las cerdas son de nailon, miden 10 a 12 mm de largo y sus partes libres o puntas tienen diferente grado de redondez, aunque se expanden con el uso (Gestal y col., 2016).

De acuerdo con el tamaño, los cepillos son grandes, medianos o pequeños. Por su perfil, pueden ser planos, cóncavos y convexos. Y según la dureza de las cerdas se clasifican en suaves, medianos y duros; todas las cerdas se elaboran con fibra de la misma calidad, por lo cual su dureza está en función del diámetro:

- Blando: cerdas con diámetro entre 0.007 y 0.009 de pulgada.
- Mediano: cerdas con diámetro entre 0.010 y 0.012 de pulgada.
- Duro: cerdas con diámetro entre 0.013 y 0.014 de pulgada.

Los cepillos para niños tienen cerdas que oscilan entre 0.005 de pulgada y más cortos (Higashida, 2009).

Las cerdas pueden desplegarse, moverse lentamente, golpear de lado, batir o vibrar, con lo que permiten realizar masaje horizontal, barrido vertical, así como movimiento rotatorio y vibratorio. Por lo general, es preferible el cepillo de mango recto, cabeza pequeña y recta, fibras sintéticas y puntas redondeadas para evitar las lesiones gingivales, y de cerdas blandas o medianas para tener mayor acceso a todas las partes del diente. Se cree que los penachos separados son más eficaces que aquellos muy juntos (Higashida, 2009).

2.2.2. Técnicas de cepillado

Las técnicas de cepillado se clasifican en función de la posición y del movimiento del cepillo. Algunas de las más frecuentes, según Baca y Junco (2013), son las siguientes:

- a) Barrido horizontal. Es la que utilizan la mayoría de las personas. Al ser la más fácil de realizar, es la que adoptan los individuos que nunca han recibido enseñanza de cepillado. Los filamentos se colocan perpendiculares a la superficie dentaria y se hace un movimiento de fregado de atrás hacia adelante y viceversa. Esta técnica está indicada para control de placa supragingival.
- b) Barrido vertical. Es igual que la técnica de barrido horizontal, pero con movimientos hacia arriba y abajo. También está indicada para control de placa supragingival.
- c) Vibratorias. Entre ellas se encuentra la técnica de Bass, especialmente útil en pacientes periodontales. Los filamentos se colocan en el surco gingival y en las zonas interproximales formando un ángulo de 45° respecto al eje mayor del diente y se realizan movimientos vibratorios o de vaivén en sentido anteroposterior de 2 mm (10-15 movimientos en cada sector). La placa subgingival es eliminada por capilaridad, y la supragingival, por los filamentos que no están en el surco. La técnica de Stillman modificada es similar a la anterior, pero con movimientos circulares o rotatorios.

Gestal y col. (2016), agregan que, en una persona sana, para el correcto cepillado debe procurarse que el cepillo (por su tamaño) va a limpiar los dientes de dos en dos y que en cada arcada hay unas caras vestibulares (hacia la mejilla), oclusales y linguales o palatinas. Se comienza por un extremo de la arcada, situando el cabezal apoyado sobre la encía, formando un ángulo de 45 grados con el eje del diente, y se realizan movimientos tanto vibratorios como de arrastre hacia el borde incisal del diente; estos movimientos deben repetirse unas 10 veces en cada zona y en las diferentes caras. El aprendizaje se debe llevar a cabo durante los primeros años de vida; en principio, el cepillado será realizado por los padres o cuidadores, ya que no es fácil conseguir la habilidad necesaria hasta los 7-10 años.

El cepillado de la lengua y el paladar permite disminuir los restos de alimentos, la placa bacteriana y el número de microorganismos. La técnica correcta para cepillar la lengua consiste en colocar el cepillo de lado y tan atrás como sea posible, sin inducir náusea, y con las cerdas apuntando hacia la faringe. Se gira el mango y se hace un barrido hacia adelante, y el movimiento se repite seis a ocho veces en cada área. El uso de dentífrico permite obtener mejores resultados (Higashida, 2009).

2.2.3. Hilo y cinta dental

Ha recibido más atención que cualquier otro método de control de placa interproximal. Su escaso uso es posible que se deba a dos motivos: 1) necesidad de un tiempo adicional al cepillado, y 2) la técnica no es sencilla y se necesita cierta destreza manual, entrenamiento específico y muy alto nivel de motivación. Esta técnica necesita aprenderse. En el mercado hay una gran variedad de hilos dentales: 1) según su forma, serán redondos o acintados (más anchos que el hilo); 2) sin cera o con cera (para puntos de contacto ajustados), y 3) con sustancias saborizantes, flúor e incluso clorhexidina (Baca y Junco, 2013).

La técnica consiste en enrollar una porción de hilo en el dedo medio de una mano y el resto en el de la otra manteniendo tirante el hilo entre ambas. Los dedos índices y pulgares son los que llevan a cabo la técnica. El hilo se introduce con suavidad por el espacio interproximal deslizándolo hasta el surco gingival con

movimientos vestibulolinguales. Conforme se ensucia el hilo, se pasa a una parte limpia enrollándolo en un dedo y desenrollando en el otro. Para facilitar su uso se pueden utilizar dispositivos portahilos o aplicadores (Baca y Junco, 2013).

2.2.4. Control químico de la placa bacteriana

Aunque la forma más común de eliminar la placa sea mediante el control mecánico, el uso complementario de antimicrobianos puede ser muy beneficioso y, en ocasiones, esencial. Son frecuentes las personas y los grupos que tienen insuficiente destreza manual, escasa motivación o bajo nivel de cumplimiento. El uso complementario de antimicrobianos es fundamental en determinadas situaciones clínicas, como pacientes en fase activa de enfermedad periodontal o de alto riesgo de caries (Baca y Junco, 2013).

Las características generales del control de placa con antimicrobianos son las siguientes:

- No se dirige a todas las personas sino solo a pacientes y situaciones concretas, aunque hay una creciente tendencia a utilizar antimicrobianos de uso diario habitual.
- Debe ser prescrito por el profesional, que indicará el tipo de antimicrobiano, el vehículo, la concentración, la frecuencia y el tiempo de uso.
- Lo aplica el propio paciente y, en algunos casos, el profesional en el consultorio.
- No es necesario tener un conocimiento y una destreza manual especiales.

De todos los agentes antimicrobianos destaca, por encima de cualquier otro, la clorhexidina. Su utilización excede al propio control de placa y gingivitis, y se ha formulado en diferentes vehículos y concentraciones con un rango que puede oscilar entre el 0,05% en colutorio al 35% en barniz. Además, hay otros agentes con actividad antimicrobiana que también se han utilizado para el control de la placa en forma de colutorios y dentífricos. Algunos, como el triclosano asociado a copolímeros, han demostrado su eficacia con un alto nivel de evidencia científica (Baca y Junco, 2013).

TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Título: Creencias, hábitos y prácticas de cuidado bucal en pobladores de San Mateo

Objetivo general: Describir las creencias, hábitos y prácticas de cuidado bucal en pobladores de San Mateo

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS
Caracterizar demográficamente a los pobladores de San Mateo	Creencias, hábitos y prácticas de cuidado bucal	Características demográficas	Edad Sexo Grado de instrucción Etnia Zona de residencia Parroquia de residencia: Tipo de vivienda: Tenencia de la vivienda Condición laboral	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Indagar sobre las creencias sobre salud/enfermedad bucal en los pobladores de San Mateo		Creencias sobre salud/enfermedad bucal	Creencias	10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22
Diagnosticar los hábitos y prácticas de cuidados de salud bucal en los pobladores de San Mateo		Hábitos y prácticas de cuidados de salud bucal	Cepillado Hilo dental Enjuague bucal Visitas al Odontólogo Percepción de salud bucal	23,24,25 26,27 28,29 30 31,32,33,34

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación

El presente estudio es de tipo descriptivo. Las investigaciones descriptivas consisten en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento. Los resultados de este tipo de investigación se ubican en un nivel intermedio en cuanto a la profundidad de los conocimientos se refiere (Arias, 2012).

Así mismo, el diseño de la investigación es la estrategia general que adopta el investigador para responder al problema planteado. La presente tiene un diseño no experimental de campo, en donde los datos se recogen directamente de la realidad, por lo cual los denominados primarios, su valor radica en que permite cerciorarse de las verdaderas condiciones en que se han obtenido los datos, lo cual facilita su revisión o modificación en caso de surgir dudas y transversal ya que los datos se recogen en un solo momento, en un tiempo único (Hernández y col., 2014).

3.2. Población y muestra

La población de este estudio está conformada por los habitantes de la parroquia San Mateo perteneciente al cantón Manta. El muestreo fue probabilístico, de tipo aleatorio simple. Para calcular la muestra se usó el programa estadístico Epidat©: Programa para análisis epidemiológico de datos. Versión 4.2, julio 2016. Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia, España; Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS); Universidad CES, Colombia. Se utilizaron los criterios para el cálculo de intervalo de confianza de una proporción, siendo los datos los siguientes: proporción esperada de 50%, margen de error 10% y nivel de confianza 95%, dando como resultado que la muestra será de al menos 90 individuos

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica para la recolección de los datos es la encuesta. El instrumento de recolección constó de 34 ítems, dividido en cuatro secciones: Sección A, Datos

generales; Sección B, Creencias sobre salud enfermedad bucal; Sección C, Hábitos y prácticas de salud bucal; Sección D, Percepción de salud bucal.

3.4. Plan de análisis de los datos

Los datos fueron procesados con el software SPSS® versión 24, de la empresa IBM® Corp. (Chicago, IL., USA). Se utilizó estadística descriptiva para caracterizar a la muestra del estudio utilizando frecuencias absolutas y relativas en cada categoría de las variables estudiadas. Los resultados se presentan en tablas y gráficos.

4. RESULTADOS

Tabla 1

Edad de los habitantes de San Mateo

Edad	n	%
≤25	27	27
26-36	14	14
37-46	15	15
47-57	18	18
58-67	9	9
≥68	16	16
Totales	99	100

Fuente: Zambrano Vélez (2018).

La media de la edad fue de 43,06±20,024 años. El 27% tiene 25 años o menos. El 18% tiene entre 47 y 57 años. Más de la mitad de los participantes tiene menos de 50 años.

Tabla 2

Sexo de los habitantes de San Mateo

Sexo	n	%
Masculino	43	43
Femenino	56	57
Totales	99	100

Fuente: Zambrano Vélez (2018).

La Tabla 2 se refiere al sexo de los habitantes de San Mateo que participaron en el estudio. El 43% pertenece al sexo masculino y el 57% al femenino.

Tabla 3

Grado de instrucción de los habitantes de San Mateo

Grado de instrucción	n	%
Ninguno	21	21
Primaria	34	34
Secundaria	30	30
Superior	14	14
Totales	99	100

Fuente: Zambrano Vélez (2018).

La Tabla 3 se refiere al grado de instrucción de los habitantes de San Mateo que participaron en el estudio. El 34% cursó solamente sus estudios de primaria, el 30% culminó el bachillerato, el 14% realizó estudios superiores y el 21% no tiene ningún estudio formal.

Tabla 4

Etnia a la que se auto adscribe

Etnia	n	%
Blanco	3	3
Mestizo	93	94
Afroecuatoriano	0	0
Cholo	3	3
Montubio	0	0
Pueblo/Nacionalidades indígenas	0	0
Inmigrante	0	0
Totales	99	100

Fuente: Zambrano Vélez (2018).

La Tabla 4 se refiere a la etnia a la que auto adscriben los habitantes de San Mateo que participaron en el estudio. El 94% se identificó como mestizo, un 3% como cholo y otro 3% como blanco.

Tabla 5
Tipo de vivienda

Tipo de vivienda	n	%
Cemento armado	64	65
Caña	18	18
Mixta	17	17
Totales	99	100

Fuente: Zambrano Vélez (2018).

El tipo de vivienda de los pobladores de San Mateo se presenta en la Tabla 5. El 65% tiene su casa de cemento armado, el 17% es mixta y el 18% tiene su vivienda de caña.

Tabla 6
Tenencia de la vivienda

Tenencia de la vivienda	n	%
Propia	69	70
Alquilada	12	12
De un familiar	18	18
Totales	99	100

Fuente: Zambrano Vélez (2018).

La tenencia de la vivienda por parte de los pobladores de San Mateo se presenta en la Tabla 6. El 70% tiene vivienda propia, en el 18% de los casos es de un familiar y en el 12% es alquilada.

Tabla 7
Condición laboral

Condición laboral	n	%
Empleado público	12	12
Empleado particular	8	8
Independiente	38	38
Subempleado	2	2
Desempleado	39	39
Totales	99	100

Fuente: Zambrano Vélez (2018).

La Tabla 7 se refiere a la condición laboral de los habitantes de San Mateo que participaron en el estudio. El 38% es independiente, el 39% está desempleado, el 8% es empleado de un negocio particular y el 12% es empleado público.

Tabla 8
¿Ha sentido dolor en el último año?

Dolor en el último año	n	%
Si	50	50,4
No	49	49,5
Totales	99	100

Fuente: Zambrano Vélez (2018).

En la Tabla 8 se presentan los resultados de las respuestas a la interrogante sobre si ha sentido dolor en el último año. El 50,4% dijo que si y el 49,5% que sí.

Tabla 9
Medios caseros para controlar el dolor

Medios caseros para controlar el dolor	n	%
Ninguno	59	60
Agua con sal	7	7
Aguardiente	4	4
Otros	29	29
Totales	99	100

Fuente: Zambrano Vélez (2018).

La Tabla 9 se refiere a los medios caseros utilizados para controlar el dolor por parte de los habitantes de San Mateo que participaron en el estudio. El 60% no usa ningún medio casero, el 7% usó agua con sal, el 4% aguardiente y un 29% para la categoría otros.

Tabla 10

Bebidas alcohólicas para controlar el dolor

Bebidas alcohólicas para controlar el dolor	n	%
Si	17	17
No	82	83
Totales	99	100

Fuente: Zambrano Vélez (2018).

En la Tabla 10 se presentan los resultados de las respuestas a la interrogante sobre si utiliza bebidas alcohólicas para controlar el dolor. El 83% dijo que no y el 17% respondió que sí.

Tabla 11

Clavo dulce para controlar el dolor

Clavo dulce para controlar el dolor	n	%
Si	20	20
No	79	80
Totales	99	100

Fuente: Zambrano Vélez (2018).

En la Tabla 11 se presentan los resultados de las respuestas a la interrogante sobre el uso de clavo dulce para controlar el dolor. El 80% dijo que no y el 20% manifestó que sí.

Tabla 12

¿Ha notado inflamación en su boca?

Inflamación en su boca	n	%
Si	31	31
No	68	69
Totales	99	100

Fuente: Zambrano Vélez (2018).

En la Tabla 12 se presentan los resultados de las respuestas ante la interrogante sobre ¿ha notado inflamación en su boca? El 69% dijo que no y el 31% manifestó que

sí.

Tabla 13

Medios caseros para controlar la inflamación en su boca

Medios caseros para controlar la inflamación en su boca	n	%
Ninguno	71	72
Manzanilla	12	12
Aguardiente	5	5
Otros	11	11
Totales	99	100

Fuente: Zambrano Vélez (2018).

La Tabla 13 se refiere a los medios caseros utilizados para controlar la inflamación en la boca por parte de los habitantes de San Mateo que participaron en el estudio. El 72% no usa ningún medio casero, el 12% usó manzanilla, el 5% uso aguardiente. Un 11% utilizó otros medios.

Tabla 14

Manzanilla para controlar la inflamación en su boca

Manzanilla para controlar la inflamación en su boca	n	%
Si	34	34
No	65	66
Totales	99	100

Fuente: Zambrano Vélez (2018).

En la Tabla 14 se presentan los resultados de las respuestas sobre el uso de manzanilla para controlar la inflamación en su boca. El 66% dijo que no y el 34% manifestó que sí.

Tabla 15

Ajo para controlar la inflamación en su boca

Ajo para controlar la inflamación en su boca	n	%
Si	14	14
No	85	86
Totales	99	100

Fuente: Zambrano Vélez (2018).

En la Tabla 15 se presentan los resultados de las respuestas ante la interrogante sobre el uso del ajo para el control de la inflamación en su boca. El 86% dijo que no y el 14% manifestó que sí.

Tabla 16

Hoja de coca para controlar la inflamación en su boca

Hoja de coca para controlar la inflamación en su boca	n	%
Si	3	3
No	96	97
Totales	99	100

Fuente: Zambrano Vélez (2018).

En la Tabla 16 se presentan los resultados de las respuestas ante la interrogante sobre el uso de la hoja de coca para el control de la inflamación en su boca. El 97% dijo que no y el 3% manifestó que sí.

Tabla 17

Medios caseros para la higiene bucal

Medios caseros para la higiene bucal	n	%
Si	6	6
No	93	94
Totales	99	100

Fuente: Zambrano Vélez (2018).

En la Tabla 17 se presentan los resultados de las respuestas sobre el uso de medios caseros para la higiene bucal. El 94% dijo que no y el 6% manifestó que sí.

Tabla 18

¿Cuál medio casero ha utilizado para la higiene bucal?

Medios caseros para la higiene bucal	n	%
Ninguno	87	88
Bicarbonato	10	10
Otros	2	2
Totales	99	100

Fuente: Zambrano Vélez (2018).

En la Tabla 18 se presentan los resultados de las respuestas sobre los medios caseros utilizados para la higiene bucal. El 88% dijo que no usa ninguno, el 10% manifestó que usa bicarbonato de sodio, el 2% usa algún otro..

Tabla 19

Bicarbonato de sodio para la higiene bucal

Medios caseros para la higiene bucal	n	%
Si	15	15
No	84	85
Totales	99	100

Fuente: Zambrano Vélez (2018).

En la Tabla 19 se presentan los resultados de las respuestas ante la interrogante sobre el uso de bicarbonato de sodio para la higiene bucal. El 85% dijo que no y el 15% manifestó que sí.

Tabla 21

Frecuencia de cepillado dental

Frecuencia de cepillado	n	%
Ninguna vez al día	0	0
Una vez al día	28	28
Dos veces al día	48	49
Tres o más veces al día	23	23
Totales	99	100

Fuente: Zambrano Vélez (2018).

En la Tabla 21 se presenta la información relacionada con la frecuencia de cepillado. El 49% se cepilla dos veces al día, el 23% tres o más veces al día y el 28% una vez al día.

Tabla 22

Tiempo empleado en el cepillado dental

Tiempo de cepillado	n	%
Menos de un minuto	21	21
Un minuto	25	25
Dos minutos	32	32
Tres o más minutos	21	21
Totales	99	100

Fuente: Zambrano Vélez (2018).

En la Tabla 22 se presenta la información relacionada con el tiempo empleado en el cepillado. El 32% se demora dos minutos, el 25% un minuto y un 21% tanto para la categoría tres o más minutos como para menos de un minuto.

Tabla 23

Forma en que realiza el cepillado dental

Forma de cepillado	n	%
Vertical	14	14
Horizontal	21	21
Circular	6	6
Mixta	58	59
Totales	99	100

Fuente: Zambrano Vélez (2018).

En la Tabla 23 se presenta la información relacionada con la forma en que se realiza el cepillado. El 59% se cepilla de una forma mixta, el 21% de manera horizontal, el 14% vertical y el 6% circular.

Tabla 24

Uso de hilo dental

Uso de hilo dental	n	%
Si	25	25
No	74	75
Totales	99	100

Fuente: Zambrano Vélez (2018).

En la Tabla 24 se presentan los resultados de las respuestas sobre el uso de hilo dental. El 75% dijo que no usa y el 25% manifestó que sí.

Tabla 25

Frecuencia de uso de hilo dental

Frecuencia de uso de hilo dental	n	%
Una vez al día	18	72
Más de una vez al día	7	18
Totales	25	100

Fuente: Zambrano Vélez (2018).

En la Tabla 25 se presentan los resultados de las respuestas sobre la frecuencia con la que usa hilo dental. De entre los 25 individuos que manifestaron usar hilo dental, el 72% dijo que usa hilo dental una vez al día y el 18% manifestó que usa hilo dental más de una vez al día.

Tabla 26
Uso de enjuague bucal

Uso de enjuague bucal	n	%
Si	29	29
No	70	71
Totales	99	100

Fuente: Zambrano Vélez (2018).

En la Tabla 26 se presentan los resultados de las respuestas sobre el uso de enjuague bucal. El 71% dijo que no usa y el 29% manifestó que sí usa.

Tabla 27
Frecuencia de uso de enjuague bucal

Frecuencia de uso de enjuague bucal	n	%
Una vez al día	20	69
Más de una vez al día	9	31
Totales	29	100

Fuente: Zambrano Vélez (2018).

En la Tabla 27 se presentan los resultados de las respuestas sobre la frecuencia con la que usa enjuague bucal. De entre los 29 individuos que manifestaron usar enjuague bucal, el 69% dijo que usa enjuague bucal una vez al día y el 31% manifestó que lo usa más de una vez al día.

Tabla 28
Frecuencia de visitas al Odontólogo

Frecuencia de Visitas al Odontólogo	n	%
Nunca	19	19
Una vez al año	45	46
Más de una vez al año	28	28
Solo en caso de dolor	7	7
Totales	99	100

Fuente: Zambrano Vélez (2018).

En la Tabla 28 se presentan los resultados de las respuestas sobre la frecuencia de visitas al odontólogo. El 46% visita al odontólogo una vez al año, el 28% más de una vez al año, el 7% solo en caso de tener algún dolor y el 19% no lo visita nunca.

Tabla 29

Dolor dental en el último trimestre

Dolor dental	n	%
Si	39	39
No	60	61
Totales	99	100

Fuente: Zambrano Vélez (2018).

En la Tabla 29 se presentan los resultados de las respuestas sobre presencia de dolor dental en el último trimestre. El 61% dijo que no y el 39% manifestó que sí sintió dolor.

Tabla 30

Dificultad para masticar en el último trimestre

Dificultad para masticar	n	%
Si	19	19
No	80	81
Totales	99	100

Fuente: Zambrano Vélez (2018).

En la Tabla 30 se presentan los resultados de las respuestas sobre dificultad para masticar en el último trimestre. El 81% dijo que no y el 19% manifestó que sí tuvo dificultad para masticar.

Tabla 31

Sangrado de las encías en el último trimestre

Sangrado de las encías	n	%
Si	36	36
No	63	64
Totales	99	100

Fuente: Zambrano Vélez (2018).

En la Tabla 31 se presentan los resultados de las respuestas sobre sangrado de las encías en los últimos tres meses. El 64% dijo que no tuvo sangrado de las encías y el 36% manifestó que sí.

Tabla 32

Movilidad dental en el último trimestre

Movilidad dental	n	%
Si	29	29
No	70	71
Totales	99	100

Fuente: Zambrano Vélez (2018).

En la Tabla 32 se presentan los resultados de las respuestas sobre movilidad dental en el último trimestre. El 71% dijo que no y el 29% manifestó que sí tuvo movilidad.

5. CONCLUSIONES

La investigación permitió llegar a las siguientes conclusiones:

En cuanto a las características demográficas de los pobladores de San Mateo, La media de la edad fue de $43,06 \pm 20,024$ años, el 27% tiene 25 años o menos, el 56% fue de sexo femenino y el 94% se identificó como mestizo.

Los pobladores de San Mateo fueron tienden a recurrir a medios caseros para la controlar el dolor y la inflamación. El 40% manifiesta haber utilizado algún medio casero para el dolor como agua con sal, aguardiente o manzanilla y un 30% aseguró haber utilizado algún medio casero para la inflamación.

Entre los hábitos y prácticas de cuidados de salud bucal en los pobladores de San Mateo, el cepillado es la práctica más común. El 72% de los participantes se cepilla al menos dos veces al día y el más de la mitad de ellos invierte al menos dos minutos de su tiempo para ello. El 25% usa hilo dental y el 29% enjuague bucal. El 45% visita al odontólogo una vez al año.

6. RECOMENDACIONES

Las conclusiones permiten realizar las siguientes recomendaciones:

- Respetar las creencias en salud bucal de los pobladores de San Mateo y a partir de ellas diseñar estrategias de promoción y prevención en salud.
- Establecer un plan de intervención clínica para a través diagnosticar la prevalencia de las enfermedades bucales en San Mateo y al mismo tiempo realizar los tratamientos necesarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arias, F. 2012. El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica. Editorial Episteme, Caracas, Venezuela. 6ta edición.

Aristizábal A, Bedoya J, Orrego J, Ortiz S, Gómez R. (2015). Creencias, hábitos y estado de salud oral en estudiantes de una institución educativa en la ciudad de Pereira en el 2014. CES Salud Pública; 6:131-137

Baca, P.; Junco, M. (2013). Control de biopelículas orales. En: Cuenca, E.; Baca P. Odontología preventiva y comunitaria Principios, métodos y aplicaciones. Elsevier Masson. Barcelona, España. Cuarta edición.

Espinoza, L, Muñoz C, Lara M, Uribe J. (2010). Hábitos de Higiene Oral en Estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabíl. Oral Vol. 3(1); 11-18

Gestal, J.; Smyth, E.; Cuenca, P.; Montes, A. (2016). Epidemiología y prevención de las enfermedades de la cavidad oral: caries dental, periodontopatías y cáncer. En: Piédrola, G. Medicina preventiva y salud pública. Elsevier España. Barcelona, España. 12va edición.

Gómez, E.; Samudio, M. (2014). Creencias y comportamientos saludables relacionados a las enfermedades crónicas no transmisibles en asistentes al Programa AsuRiesgo del Instituto de Previsión Social. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud, Vol. 12(2): 43-58

Haro, J.; Álvarez, G. (2005). Epidemiología sociocultural. Curso del Programa Salud y sociedad. Colegio de Sonora.

Hernández, R.; Fernández, C.; Batista, P. (2014). Metodología de la investigación. Sexta edición. Mexico D.F: McGraw-Hill interamericana.

Higashida, B. (2009). Odontología preventiva. McGraw-Hill Interamericana Editores. México, D.F. Segunda edición.

Ibacache, J. (2006). El concepto de cultura aplicado en el campo de la salud. Centro docente y de capacitación en salud en pensamiento Mapuche. Hospital Maquehue. Chile.

Ministerio de Salud Pública. (2009). Plan Nacional de Salud Bucal. Quito, Ecuador.

Ministerio de Salud Pública-Organización Panamericana de la Salud. (1996). Estudio Epidemiológico de Salud Bucal en Escolares Menores de 15 Años del Ecuador, Quito, Ecuador, 1995- 1996

Misrachi C, Manríquez J, Fajreldin V, Kuwahara K, Verdaguer C. (2014). Creencias, conocimientos y prácticas en salud oral de la población mapuche-williche de Isla Huapi, Chile. Rev Fac Odontol Univ Antioq; 25(2): 342-358.

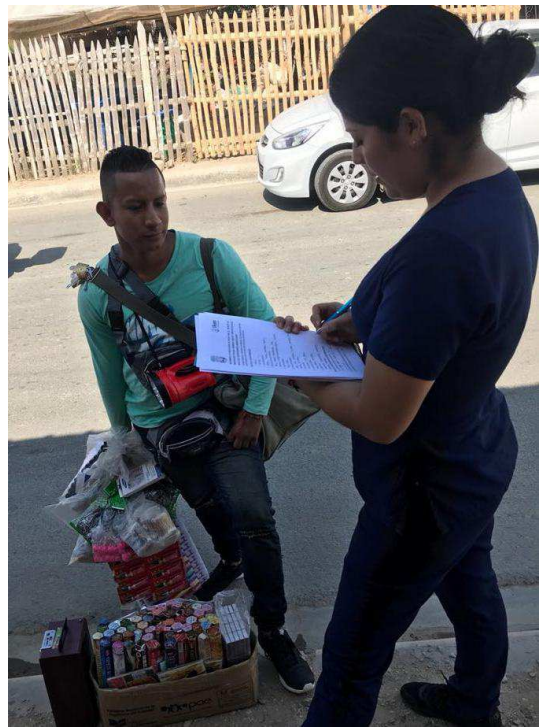
Organización Panamericana de la Salud/Representación Ecuador. (2011). Estudio Epidemiológico Nacional de Salud Bucal en Escolares Menores de 15 años de Ecuador 2009 – 2010. Boletín informativo, edición 29, pp. 66-68.

Pirón, M.; Rincón, M.; García, R.; Cabrera, R. (2008). Significados socioculturales de la salud/enfermedad bucal en los indígenas aú. Revista Ciencia Odontológica, Vol. 5 N° 1 (Enero-Junio 2008), Pág. 27 – 33.

Polo, P. (2016). Modos de vida, una categoría esencial en geografía y salud. Estudios sobre la pobreza y las desigualdades. Documentos de trabajo. Número 6. CLACSO. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Primera edición.

Vásquez, Pamela; Ramírez, Valeria; Aravena, Nicolás. (2015). Creencias y prácticas de salud bucal de padres de párvulos: estudio cualitativo. Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral, vol. 8, núm. 3, pp. 217-222

ANEXOS





INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TITULADO: CREENCIAS, HABITOS Y PRÁCTICAS DE SALUD BUCAL EN EL CANTON DE MANTA. MANABI-ECUADOR

Estimado participante, a continuación, se realizarán 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___
3. Grado de instrucción:
Ninguno___ Primaria___ Secundaria___ Superior___
4. Etnia a la que se auto adscribe:
Blanco___ Mestizo___ Afroecuatoriano___ Cholo___
Montubios___ Pueblos y nacionalidades indígenas___ Inmigrantes___
5. Zona de residencia:
Rural___ Urbana___
6. Parroquia de residencia:
Manta___ Tarqui___ Los Esteros___ Eloy Alfaro___ San Mateo___
Santa Marianita___ San Lorenzo___
7. Tipo de vivienda:
Cemento armado___ Caña___ Mixta___
8. Tenencia de la vivienda:
Propia___ Alquilada___ De un familiar___
9. Condición laboral:
Empleado público___ Empleado particular___ Independiente___
Subempleado___ Desempleado___

SECCIÓN B. CREENCIAS SOBRE SALUD/ENFERMEDAD BUCAL

10. ¿En el último año, ha tenido dolor dental? Si___ No___
11. ¿Qué medios caseros ha utilizado para el control del dolor?

12. ¿Ha utilizado bebidas alcohólicas para el control del dolor? Si___ No___

13. ¿Ha utilizado clavo dulce para el control del dolor? Si___ No___
14. ¿En el último año, ha notado inflamación en su boca? Si___ No___
15. ¿Qué medios caseros ha utilizado para la inflamación en su boca?

16. ¿Ha utilizado manzanilla para la inflamación en su boca? Si___ No___
17. ¿Ha utilizado ajo para la inflamación en su boca? Si___ No___
18. ¿Ha utilizado hoja de coca para la inflamación en su boca? Si___ No___
19. ¿Utiliza algún medio casero para la higiene bucal? Si___ No___
20. ¿Cuál medio casero utiliza para la higiene bucal?

21. ¿Ha utilizado bicarbonato de sodio como medio de higiene bucal?
Si___ No___

22. ¿Considera Ud. con los remedios caseros ya no es necesario visitar al odontólogo? Si___ No___

SECCIÓN C. Hábitos y Prácticas de Salud Bucal

23. ¿Con qué frecuencia cepilla sus dientes?
Ninguna vez al día___ Una vez al día___ Dos veces al día___ Tres veces al día___
24. ¿Cuánto se demora cepillando sus dientes?
Menos de un minuto___ Un minuto___ Dos minutos___ Tres o más minutos___
25. ¿De qué forma cepilla sus dientes?
Vertical___ Horizontal___ Circular___ Mixta___
26. ¿Utiliza hilo dental? Si___ No___
27. ¿Con qué frecuencia utiliza hilo dental?
Una vez al día___ Más de una vez al día___
28. ¿Utiliza enjuague bucal? Si___ No___
29. ¿Con qué frecuencia utiliza enjuague bucal?
Una vez al día___ Más de una vez al día___
30. ¿Con qué frecuencia visita al odontólogo?
Nunca___ Una vez al año___ Más de una vez al año___
Solo cuando siente dolor___

SECCIÓN D. PERCEPCIÓN DE SALUD BUCAL

En los últimos tres meses ha sentido

- 31. Dolor de dientes: Si___ No___
- 32. Dificultad para masticar: Si___ No___
- 33. Sangrado de las encías: Si___ No___
- 34. Movilidad dental: Si___ No___