

UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO DE MANABI”

**CREENCIAS, HÁBITOS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO BUCAL EN
POBLADORES DE SANTA MARIANITA**

Facultad de Odontología

Autora:

Gabriela Alejandra Ramírez Cantos

Tutor:

Dr. Freddy Ávila Chica

Manta, Provincia de Manabí

2018

AUTORÍA

Yo, GABRIELA ALEJANDRA RAMÍREZ CANTOS con C.I # 131022026-2, en calidad de autora del proyecto de investigación titulado “CREENCIAS, HÁBITOS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO BUCAL EN POBLADORES DE SANTA MARIANITA”. 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.

GABRIELA ALEJANDRA RAMÍREZ CANTOS

C.I. 131022026-2

DIRECTOR DE TESIS

Por medio de la presente certifico que el presente trabajo de investigación realizado por GABRIELA ALEJANDRA RAMÍREZ CANTOS 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 SANTA MARIANITA”**

Presidente del tribunal

Miembro del tribunal

Miembro del tribunal

Manta, _____ del 2018.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por haberme guiado por la senda correcta y por las oportunidades que me proveyó para culminar con éxito una etapa más en vida estudiantil y la fuerza que me dio para afrontar los obstáculos que se presentaron durante este duro camino.

A mi madre y mi padre por el esfuerzo que con su amor, paciencia y esfuerzo me ha permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades

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

GABRIELA ALEJANDRA RAMÍREZ CANTOS.

DEDICATORIA

A Dios, por darme fuerzas y conocimientos para seguir adelante y no rendirme ante los problemas.

A mis padres Elsa Cantos Escala y Carlos Julio Ramírez que han sido mi fortaleza, la base de todos estos sueños cumplidos a lo largo de mi vida, pero sobre todo ahora de culminar mi carrera, a mi familia que siempre estuvo presente en cada paso de este largo camino, a los seres que se me fueron muy pronto pero que siempre estarán en mi corazón, en especial a mi papito Guido Cantos.

GABRIELA ALEJANDRA RAMÍREZ CANTOS.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	1
1. DISEÑO TEÓRICO	2
1.1. Planteamiento del problema	2
1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.2.1. General.....	5
1.2.2. Específicos	5
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	6
2. MARCO TEÓRICO	7
2.1. Antecedentes de la investigación.....	7
2.2. Bases teóricas	8
Parroquia Santa Marianita	8
2.2.1. Hábitos de higiene bucodental.....	9
2.2.2. Cepillado.....	9
2.2.3. Otros hábitos de higiene bucal	11
2.2.3.1. Hilo dental	11
2.2.4. Creencias en salud	12
3. DISEÑO METODOLÓGICO	14
3.1. Tipo y diseño de investigación	14
3.2. Población y muestra.....	14
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	15
3.4. Plan de análisis de los datos.....	15
4. RESULTADOS	31
5. DISCUSIÓN	32
6. CONCLUSIONES	34
7. RECOMENDACIONES	35
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
9. ANEXOS	38

RESUMEN

Es importante conocer las creencias en salud de las poblaciones para poder diseñar estrategias de educación para la salud que sean efectivas. El objetivo es describir las creencias, hábitos y prácticas de cuidado bucal en pobladores de Santa Marianita. La investigación fue de tipo descriptivo, no experimental, transversal y de campo. La población corresponde a los habitantes de la parroquia rural Santa Marianita de 16 a 75 años, de ella se extrajo una muestra de 101 individuos a los que se les aplicó una encuesta conformada por 34 ítems divididos en cuatro secciones. Entre los hábitos y prácticas de cuidados de salud bucal en los pobladores de Santa Marianita, el cepillado es la práctica más común. El 90% de los participantes se cepilla al menos dos veces al día y el 60% invierte al menos dos minutos de su tiempo para ello. El 15% usa hilo dental y el 33% enjuague bucal. El 40% visita al odontólogo solo en caso de dolor. Las creencias sobre salud/enfermedad bucal en los pobladores de Santa Marianita fueron diversas, menos del 10% de los participantes reconoció el uso de medios caseros para controlar el dolor como la manzanilla, las habas y la hierbaluisa, y también para la inflamación como el agua con sal, el aguardiente.

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

ABSTRACT

Is important to know the health beliefs of the populations in order to design health education strategies that are effective. The objective of the research was to describe the beliefs, habits and practices of oral care in the inhabitants of Santa Marianita. The research was descriptive with a field design, not experimental, transversal. The population corresponds to the inhabitants of the Santa Marianita rural parish, from which a sample of 101 individuals was extracted, to which a survey was applied consisting of 34 divided items divided into four sections. Among the habits and practices of oral health care in the inhabitants of Santa Marianita, brushing is the most common practice. 90% of the participants brush at least twice a day and 60% spend at least two minutes of their time for it. 15% use dental floss and 33% mouthwash. 40% visit the dentist only in case of pain. Beliefs about health / oral disease in the inhabitants of Santa Marianita were diverse, less than 10% of the participants recognized the use of homemade means to control pain such as chamomile, beans and lemon verbena, and also for inflammation such as water with salt, brandy.

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

INTRODUCCIÓN

Las poblaciones están expuestas a una diversidad de determinantes biológicos, ambientales, sociales, económicos, culturales y políticos que sin duda pueden condicionar la manera en que se enferman los individuos. Esto influye en la forma en que entienden a la salud y a la enfermedad tanto los individuos como las comunidades.

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.

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.

Esta investigación tuvo como objetivo analizar las creencias, hábitos y prácticas de cuidado bucal en pobladores de Santa Marianita. 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

Las poblaciones están expuestas a una diversidad de determinantes biológicos, ambientales, sociales, económicos, culturales y políticos que sin duda pueden condicionar la manera en que se enferman los individuos. Esto influye en la forma en que entienden a la salud y a la enfermedad tanto los individuos como las comunidades.

Por ello, no todos perciben a la salud de la misma manera ni la entienden del mismo modo. Los miembros del equipo de salud pueden tener una perspectiva que poco se corresponde con la perspectiva de la población. Y en esta, también existen variaciones en las percepciones sobre salud de un individuo a otro, y probablemente ninguna de ellas se corresponda con la visión del profesional.

En el campo de la salud bucal, por ejemplo, el odontólogo puede asumir que algún problema de las encías es señal de preocupación, sin embargo, los individuos no necesariamente lo asumen igual que el profesional. Esto se debe al sistema de creencias que los individuos tienen que en su amplitud pueden tener percepciones distintas sobre lo que es salud y lo que es enfermedad.

Al respecto, Paredes (2014), afirma que 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.

Por otro lado, 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 (Ibacache, 2006).

Además, si lo anterior se aplica al campo de la salud, representa un modelo médico que expresa 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).

Hersch (2013), es uno de los autores que ha propuesto el término epidemiología sociocultural (ES), planteando que esta emana de diversas reformulaciones propuestas ante la necesidad de ampliar y profundizar la mirada epidemiológica, destacando la multiplicidad de escenarios y voces relativos al proceso salud-enfermedad y sus formas inherentes de atención-desatención. Una de sus críticas se refiere a que la epidemiología que se basa estrictamente en lo biológico se ha dedicado más a preguntas como ¿por qué se enferman los individuos?, que a inquirir por qué las poblaciones tienen un determinado perfil de salud o por qué determinados problemas predominan en determinadas poblaciones.

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.

Una investigación denominada 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 analizar las creencias, hábitos y prácticas de cuidado bucal en pobladores de Santa Marianita.

1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. General

Describir las creencias, hábitos y prácticas de cuidado bucal en pobladores de Santa Marianita

1.2.2. Específicos

Analizar las características demográficas de los pobladores de Santa Marianita

Identificar las creencias sobre salud/enfermedad bucal en los pobladores de Santa Marianita

Identificar los hábitos y prácticas de cuidados de salud bucal en los pobladores de Santa Marianita

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se propuso analizar las creencias, hábitos y prácticas de cuidado bucal en pobladores de Santa Marianita. La información de este proyecto permite un acercamiento sociocultural a las creencias en salud bucal de la población de Santa Marianita. Esto es fundamental para diseñar estrategias de promoción y prevención en salud bucal. Algunos modelos de educación sanitaria explican la importancia de las creencias en salud 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.

Esta población 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 en el Ecuador. Al mismo tiempo fortalece el programa de investigación que lleva a cabo la Facultad sobre el perfil epidemiológico bucal de la zona costera de Manta.

Delimitación de la investigación

La investigación se realizó en la parroquia Santa Marianita del cantón Manta en el año 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.

Soria y col., (2008), investigaron sobre Hábitos de higiene bucal y su influencia sobre la frecuencia de caries dental. Conocer la frecuencia de cepillado bucal, uso de hilo dental, de enjuague bucal y las visitas al odontólogo de una población infantil con seis y siete años y su efecto sobre el desarrollo de caries dental. Participaron 34 niñas y 37 niños. Sus resultados evidenciaron que el cepillado dental fue el método de prevención practicado con mayor frecuencia en niñas y niños. La población en estudio tuvo excelente disposición y cooperación hacia el cepillado dental. La mayor difusión del uso de hilo dental y de enjuague bucal, en la población infantil previene la caries dental. Se observó que los niños presentaron menor frecuencia de caries que las niñas.

Tascón y Cabrera (2005), realizaron un estudio denominado Creencias sobre caries e higiene oral en adolescentes del Valle del Cauca. Se plantearon como objetivo conocer las creencias que sobre caries e higiene oral tienen los adolescentes escolarizados del departamento del Valle del Cauca, Colombia. Se utilizó el Modelo de Creencias en Salud como referente en un estudio descriptivo de corte transversal efectuado en 38 de los 42 municipios del departamento. Se seleccionó una muestra de 5,400 adolescentes matriculados en instituciones educativas públicas y privadas por muestreo probabilístico, trietápico, estratificado y de conglomerados. En dicho estudio se aplicó un cuestionario estructurado de 47 puntos para las variables de interés.

Se pueden mencionar entre los resultados, con respecto a la etiología, 65% cree que la caries dental se debe a mala higiene oral, 18% por bacterias, 7% por consumo de azúcar y 10% no sabe; 41% refirió haber sufrido alguna vez de caries; 14% cree que actualmente no tiene esta enfermedad oral y 37% dijo no tener historia percibida de caries; 99.8% respondió que se cepilla los dientes; la frecuencia de cepillado tuvo una mediana de 3 veces por día; 55% utiliza la seda dental y 51% el enjuague bucal; 14% refirió no haber visitado nunca al odontólogo y 27% dijo haberlo visitado al menos una vez, pero hacía más de 7 meses.

Los autores concluyeron que el uso del Modelo de Creencias en Salud permitió conocer las creencias básicas que sobre caries e higiene oral tienen los adolescentes escolarizados del Valle del Cauca. Las creencias y prácticas de los participantes no son favorables para la prevención y control de la caries. Es necesario diseñar intervenciones preventivas para mejorar las percepciones y reducir la presencia y efectos de la caries dental.

2.2. Bases teóricas

Parroquia Santa Marianita

Está situada al noroccidente del Cantón Manta. Santa Marianita se halla en la costa marítima de Manta, entre la Parroquia Urbana San Mateo, al norte y la Parroquia Rural San Lorenzo, al sur. Para llegar hasta su cabecera parroquial,

junto al mar, toma unos 30 minutos por carretera desde la ciudad de Manta. Este lugar es muy visitado por sus playas. Es un pueblo que se caracteriza por la actividad pesquera y turística. Su población es de aproximadamente 3683 habitantes. Cuenta con un centro de salud cuyo recurso humano es el equipo de salud básico, un médico, un odontólogo y un enfermero, tiene dos escuelas y un colegio (GAD Manta, 2018).

2.2.1. Hábitos de higiene bucodental

La placa dentobacteriana, según Higashida (2009), 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 interdetales, palillos, estimulador interdental e irrigador bucal.
3. Pasta dental o dentífrico.
4. Clorhexidina.
5. Aceites esenciales.

De estos se describirá con detalle lo relacionado con el cepillado, el hilo dental y la pasta dental.

2.2.2. Cepillado

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

1. Eliminar y evitar la formación de placa dentobacteriana.
2. Limpiar los dientes que tengan restos de alimentos.

3. Estimular los tejidos gingivales.

4. 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 (Cuenca y Bacca, 2005).

De acuerdo con el tamaño, los cepillos son grandes, medianos o chicos. 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 (Higashida, 2009):

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 pulg y más cortos.

Cuenca y Bacca (2005), explican que 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. Ninguna evidencia científica apoya un diseño de cepillo más adecuado; por ello, la elección de éste depende de las características de la boca.

Mientras que, según Higashida (2009), 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. Hay cepillos para surcos o creviculares, los cuales sólo constan de dos filas de penachos; pero no se les ha

encontrado eficacia distinta en relación con los demás. También existen cepillos eléctricos con cabeza pequeña y removible que realizan los movimientos básicos, ya sea solos o combinados:

1. Recíproco, horizontal de adelante hacia atrás.
2. Vertical hacia arriba y abajo.
3. Vibratorio.

Otros efectúan sólo el movimiento rotatorio y tienen la ventaja de que limpian la encía y las superficies interproximales. Ante la presión excesiva durante el cepillado, dejan de funcionar y de ese modo la evitan. Su eficacia es similar a la del cepillo común y corriente, pero son de utilidad para los niños pequeños y las personas con poca destreza manual o discapacitadas. Para ser eficaz, el cepillo debe estar seco antes de usarse; esto significa que no debe mojarse antes de utilizarlo. Además, es necesario reemplazarlo cada mes a tres meses, en cuanto las cerdas se deformen o se fracturen (Higashida, 2009).

Las técnicas de cepillado son diversas: algunas reciben el nombre de su creador y otras del tipo de movimiento que realizan. Además, pueden combinarse, pues lo importante es cepillar todas las áreas de la boca, entre ellas lengua y paladar.

2.2.3. Otros hábitos de higiene bucal

2.2.3.1. Hilo dental

El cepillado de los dientes es insuficiente para limpiar los espacios interproximales, por lo cual es necesario utilizar hilo dental después del mismo. El hilo dental es un hilo especial de seda formado por varios filamentos, los cuales se separan al entrar en contacto con la superficie del diente. Tiene diversas presentaciones, entre ellas hilo, cinta, con cera o sin cera, con flúor y con sabor a menta. Su indicación depende de las características de cada persona; por ejemplo, si existe contacto muy estrecho entre los dientes es preferible usar el hilo; pero si el espacio es mayor, resulta conveniente utilizar la

cinta o el hilo de tipo “floss”, el cual posee una zona central distensible con varias fibrillas (Cuenca y Bacca, 2005).

Para usar el hilo dental, se extraen del rollo más o menos 60 cm y este fragmento se enrolla alrededor del dedo medio de una mano, pero se deja suficiente hilo para sostenerlo de manera firme con el dedo medio de la otra mano. Conforme se va utilizando, el hilo se desenrolla de un dedo y se enrolla en el otro con el fin de usar un segmento nuevo en cada espacio interdental. También es necesario dejar entre ambas manos un tramo de 7 a 8 cm de hilo y mantenerlo tenso para controlar los movimientos (Higashida, 2009).

El hilo se introduce con suavidad entre los dientes y se desliza hasta el surco gingival. En se guía se rodea el diente y se desliza hacia la cara oclusal con movimientos de sierra o de vaivén en sentido vestibulolingual. A continuación se mueve encima de la papila interdental con mucho cuidado, y luego se pasa al siguiente espacio con otra fracción del hilo. Es importante mantener tenso el hilo entre los dedos. En los dientes superiores el hilo se guía con los dos pulgares, o con un pulgar y el índice y en los dientes inferiores con los dos índices (Cuenca y Bacca, 2005).

2.2.4. Creencias en salud

En educación para la salud existen diversos modelos, uno de ellos, según Calatayud y Cuenca (2013), es el modelo de creencias de salud. Este es uno de los más conocidos y explora el papel de las creencias en la toma de decisiones. Sugiere 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 modelo de creencias en salud propone que para que se produzca un comportamiento importa más 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 que un individuo siga o no unas recomendaciones sanitarias dependerá de las siguientes percepciones:

- Susceptibilidad personal percibida por el sujeto frente al problema al que se asocia el comportamiento.
- Gravedad que se deriva del problema de salud al que se asocia el comportamiento.
- Beneficios potenciales percibidos de la medida preventiva recomendada (eficacia en prevenir o reducir la susceptibilidad personal a la enfermedad).
- Obstáculos o dificultades que el sujeto cree detectar para la adopción del comportamiento (Calatayud y Cuenca, 2013).

El modelo contempla la necesidad de que algún estímulo a la acción o detonante ponga en marcha la nueva conducta. Estos estímulos (campañas en los medios de comunicación, consejo del profesional sanitario, etc.) harían aflorar unas percepciones, unos sentimientos y unas intenciones en relación con la medida preventiva recomendada. Se trata, pues, de un modelo subjetivo que explica la modificación de las conductas sobre la base de estrategias que inciden fundamentalmente en estas percepciones. El medio ambiente físico y social en que vive el individuo, y que se sabe que influye de forma importante sobre las conductas de salud, no se tiene apenas en cuenta. De ahí que este modelo haya sido muy criticado y que no sea útil para explicar las modificaciones de los comportamientos de las personas sanas, en las que el medio ambiente tiene un papel fundamental. Sin embargo, podría ser útil en la predicción y en la mejora del cumplimiento (Calatayud y Cuenca, 2013).

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación

La presente investigación es de tipo descriptiva. En esta, el objetivo es la descripción precisa del evento de estudio, suele asociarse con el diagnóstico de una situación. El propósito es exponer el evento estudiado, haciendo una enumeración detallada de sus características, de modo tal que en los resultados se logra una clasificación de la información en función de características las características del evento de estudio (Hurtado, 2014).

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 (Tamayo y Tamayo, 2006).

3.2. Población y muestra

La población de este estudio está conformada por aproximadamente 3683 habitantes de la parroquia rural Santa Marianita 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. El tamaño de la muestra fue de 101 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 analizados por medio de la estadística descriptiva, usando para ello el software SPSS® versión 24, propiedad de IBM® Corp. Se presentaron los resultados utilizando tablas y gráficos.

Tabla 1

Edad de los habitantes de Santa Marianita

Edad	N	%
≤25	18	17,8
26-33	21	20,8
34-41	17	16,8
42-49	19	18,8
50-57	12	11,9
58-65	8	7,9
≥66	6	6,9
Totales	101	100

Fuente: Población de Santa Marianita

Elaborado por: Ramírez (2018)

En la Tabla 1 se presentan los datos de la edad de los habitantes de Santa Marianita. El 20,8% tiene entre 26 y 33 años, el 18,8% se ubicó en el intervalo de 42 a 49 años. El 74,2% es menor de 50 años. La media fue 39,88 años con una desviación estándar de 14,506 años.

Tabla 2

Sexo de los habitantes de Santa Marianita

Sexo	N	%
Masculino	65	64,4
Femenino	36	35,6
Totales	101	100

Fuente: Población de Santa Marianita

Elaborado por: Ramírez (2018)

La Tabla 2 se refiere al sexo de los habitantes de Santa Marianita que participaron en el estudio. El 64,4% pertenece al sexo masculino y el 35,6% al femenino.

Tabla 3

Grado de instrucción de los habitantes de Santa Marianita

Grado de instrucción	N	%
Ninguno	4	4
Primaria	46	45,5
Secundaria	43	42,6
Superior	8	7,9
Totales	101	100

Fuente: Población de Santa Marianita

Elaborado por: Ramírez (2018)

La Tabla 3 se refiere al grado de instrucción de los habitantes de Santa Marianita que participaron en el estudio. El 45,5% cursó solamente sus estudios de primaria, el 42,6% culminó el bachillerato, el 7,9% realizó estudios superiores y el 4% no tiene ningún estudio formal.

Tabla 4

Etnia a la que se auto adscribe

Etnia	n	%
Blanco	2	2
Mestizo	85	84,2
Afroecuatoriano	0	0
Cholo	11	10,9
Montubio	2	2
Pueblo/Nacionalidades indígenas	0	0
Inmigrante	1	1
Totales	101	100

Fuente: Población de Santa Marianita

Elaborado por: Ramírez (2018)

La Tabla 4 se refiere a la etnia a la que auto adscriben los habitantes de Santa Marianita que participaron en el estudio. El 84,2% se identificó como mestizo, el 10,9% como cholo y el resto se dividió entre las demás categorías. Ninguno se identificó como indígena.

Tabla 5
Tipo de vivienda

Tipo de vivienda	N	%
Cemento armado	67	66,3
Caña	7	6,9
Mixta	27	26,8
Totales	101	100

Fuente: Población de Santa Marianita

Elaborado por: Ramírez (2018)

El tipo de vivienda de los pobladores de Santa Marianita se presenta en la Tabla 5. El 66,3% tiene su casa de cemento armado, el 26,8% es mixta y el 6,9% tiene su vivienda de caña.

Tabla 6
Tenencia de la vivienda

Tenencia de la vivienda	N	%
Propia	61	60,4
Alquilada	15	14,9
De un familiar	25	24,8
Totales	101	100

Fuente: Población de Santa Marianita

Elaborado por: Ramírez (2018)

La tenencia de la vivienda por parte de los pobladores de Santa Marianita se presenta en la Tabla 6. El 60,4% tiene vivienda propia, en el 24,8% de los casos es de un familiar y en el 14,9% es alquilada.

Tabla 7
Condición laboral

Condición laboral	N	%
Empleado público	6	5,9
Empleado particular	15	14,9
Independiente	54	53,5
Subempleado	0	0
Desempleado	26	25,7
Totales	101	100

Fuente: Población de Santa Marianita

Elaborado por: Ramírez (2018)

La Tabla 7 se refiere a la condición laboral de los habitantes de Santa Marianita que participaron en el estudio. El 53,5% es independiente, el 25,7% está desempleado, el 14,9% es empleado de un negocio particular y el 5,9% es empleado público.

Tabla 8
¿Ha sentido dolor en el último año?

Dolor en el último año	N	%
Si	26	25,7
No	75	74,3
Totales	101	100

Fuente: Población de Santa Marianita

Elaborado por: Ramírez (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 74,3% dijo que no y el 25,7% que sí.

Tabla 9

Medios caseros para controlar el dolor

Medios caseros para controlar el dolor	N	%
Ninguno	94	93,1
Manzanilla	2	2
Otros	5	4,9
Totales	101	100

Fuente: Población de Santa Marianita

Elaborado por: Ramírez (2018)

La Tabla 9 se refiere a los medios caseros utilizados para controlar el dolor por parte de los habitantes de Santa Marianita que participaron en el estudio. El 93,1% no usa ningún medio casero, el 2% usó manzanilla y el 4,9% otros medios como aguardiente o hierba Luisa.

Tabla 10

Bebidas alcohólicas para controlar el dolor

Bebidas alcohólicas para controlar el dolor	N	%
Si	3	3
No	98	97
Totales	101	100

Fuente: Población de Santa Marianita

Elaborado por: Ramírez (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 97% dijo que no y el 3% respondió que sí.

Tabla 11

Clavo dulce para controlar el dolor

Clavo dulce para controlar el dolor	N	%
Si	4	3
No	97	97
Totales	101	100

Fuente: Población de Santa Marianita

Elaborado por: Ramírez (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 97% dijo que no y el 3% manifestó que sí.

Tabla 12

¿Ha notado inflamación en su boca?

Inflamación en su boca	N	%
Si	23	22,8
No	78	77,2
Totales	101	100

Fuente: Población de Santa Marianita

Elaborado por: Ramírez (2018)

En la Tabla 12 se presentan los resultados de las respuestas ante la interrogante sobre ¿ha notado inflamación en su boca? El 77,2% dijo que no y el 22,8% 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	87	86,1
Haba	4	4
Aguardiente	3	3
Manzanilla	3	3
Otros	4	4
Totales	101	100

Fuente: Población de Santa Marianita

Elaborado por: Ramírez (2018)

La Tabla 13 se refiere a los medios caseros utilizados para controlar la inflamación en la boca por parte de los habitantes de Santa Marianita que participaron en el estudio. El 86,1% no usa ningún medio casero, el 4% usó habas, el 3% uso aguardiente y ese mismo porcentaje usó manzanilla. Un 4% utilizó otros medios como canela o bicarbonato.

Tabla 14

Manzanilla para controlar la inflamación en su boca

Manzanilla para controlar la inflamación en su boca	N	%
Si	13	12,9
No	88	87,1
Totales	101	100

Fuente: Población de Santa Marianita

Elaborado por: Ramírez (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 87,1% dijo que no y el 12,9% manifestó que sí.

Tabla 15

Ajo para controlar la inflamación en su boca

Ajo para controlar la inflamación en su boca	N	%
Si	3	3
No	98	97
Totales	101	100

Fuente: Población de Santa Marianita

Elaborado por: Ramírez (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 97% dijo que no y el 3% manifestó que sí.

Tabla 16

Hoja de coca para controlar la inflamación en su boca

Manzanilla para controlar la inflamación en su boca	N	%
Si	0	0
No	101	100
Totales	101	100

Fuente: Población de Santa Marianita

Elaborado por: Ramírez (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 100% dijo que no usa hoja de coca para la inflamación en su boca.

Tabla 17

Medios caseros para la higiene bucal

Medios caseros para la higiene bucal	N	%
Si	3	3
No	98	97
Totales	101	100

Fuente: Población de Santa Marianita

Elaborado por: Ramírez (2018)

En la Tabla 17 se presentan los resultados de las respuestas sobre el uso de medios caseros para la higiene bucal. El 97% dijo que no y el 3% manifestó que sí.

Tabla 18

¿Cuál medio casero ha utilizado para la higiene bucal?

Medios caseros para la higiene bucal	N	%
Ninguno	97	96
Alguno (Menta, Limón, agua con sal, Bicarbonato)	4	4
Totales	101	100

Fuente: Población de Santa Marianita

Elaborado por: Ramírez (2018)

En la Tabla 18 se presentan los resultados de las respuestas sobre los medios caseros utilizados para la higiene bucal. El 96% dijo que no usa ninguno y el 4% manifestó que usa alguno, entre los que se mencionaron la menta, el limón, agua con sal y bicarbonato de sodio.

Tabla 19

Bicarbonato de sodio para la higiene bucal

Bicarbonato para la higiene bucal	N	%
Si	35	34,7
No	66	65,3
Totales	101	100

Fuente: Población de Santa Marianita

Elaborado por: Ramírez (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 65,3% dijo que no y el 34,7% manifestó que sí.

Tabla 20

Necesidad de odontólogo si se usan medios caseros

Necesidad de odontólogo	N	%
Si	17	16,8
No	84	83,2
Totales	101	100

Fuente: Población de Santa Marianita

Elaborado por: Ramírez (2018)

En la Tabla 20 se presentan los resultados sobre la necesidad de odontólogo a pesar de que se utilizan medios caseros. El 83,2% manifestó que no se necesita odontólogo y el 16,8% manifestó que sí.

Tabla 21

Frecuencia de cepillado dental

Frecuencia de cepillado	N	%
Ninguna vez al día	0	0
Una vez al día	9	8,9
Dos veces al día	55	54,5
Tres o más veces al día	37	36,6
Totales	101	100

Fuente: Población de Santa Marianita

Elaborado por: Ramírez (2018)

En la Tabla 21 se presenta la información relacionada con la frecuencia de cepillado. El 54,5% se cepilla dos veces al día, el 36,6% tres o más veces al día y el 8,9% una vez al día.

Tabla 22

Tiempo empleado en el cepillado dental

Tiempo de cepillado	N	%
Menos de un minuto	4	4
Un minuto	26	25,7
Dos minutos	39	38,6
Tres o más minutos	22	21,7
Totales	101	100

Fuente: Población de Santa Marianita

Elaborado por: Ramírez (2018)

En la Tabla 22 se presenta la información relacionada con el tiempo empleado en el cepillado. El 38,6% se demora dos minutos, el 25,7% un minuto, el 21,7% tres o más minutos y el 4% menos de un minuto.

Tabla 23

Forma en que realiza el cepillado dental

Forma de cepillado	N	%
Vertical	3	3
Horizontal	22	21,8
Circular	2	2
Mixta	74	73,3
Totales	101	100

Fuente: Población de Santa Marianita

Elaborado por: Ramírez (2018)

En la Tabla 23 se presenta la información relacionada con la forma en que se realiza el cepillado. El 73,3% se cepilla de una forma mixta, el 21,8% de manera horizontal, el 3% vertical y el 2% circular.

Tabla 24
Uso de hilo dental

Uso de hilo dental	n	%
Si	16	15,8
No	85	84,1
Totales	101	100

Fuente: Población de Santa Marianita

Elaborado por: Ramírez (2018)

En la Tabla 24 se presentan los resultados de las respuestas sobre el uso de hilo dental. El 84,1% dijo que no usa y el 15,8% manifestó que sí.

Tabla 25
Frecuencia de uso de hilo dental

Frecuencia de uso de hilo dental	n	%
Una vez al día	14	87,5
Más de una vez al día	2	12,5
Totales	16	100

Fuente: Población de Santa Marianita

Elaborado por: Ramírez (2018)

En la Tabla 25 se presentan los resultados de las respuestas sobre la frecuencia con la que usa hilo dental. De entre los 16 individuos que manifestaron usar hilo dental, el 87,5% dijo que usa hilo dental una vez al día y el 12,5% manifestó que usa hilo dental más de una vez al día.

Tabla 26
Uso de enjuague bucal

Uso de enjuague bucal	n	%
Si	34	33,7
No	67	66,3
Totales	101	100

Fuente: Población de Santa Marianita

Elaborado por: Ramírez (2018)

En la Tabla 26 se presentan los resultados de las respuestas sobre el uso de enjuague bucal. El 66,3% dijo que no usa y el 33,7% manifestó que sí usa.

Tabla 27

Frecuencia de uso de enjuague bucal

Frecuencia de uso de enjuague bucal	n	%
Una vez al día	27	79,4
Más de una vez al día	7	20,6
Totales	34	100

Fuente: Población de Santa Marianita

Elaborado por: Ramírez (2018)

En la Tabla 27 se presentan los resultados de las respuestas sobre la frecuencia con la que usa enjuague bucal. De entre los 34 individuos que manifestaron usar enjuague bucal, el 79,4% dijo que usa enjuague bucal una vez al día y el 20,6% manifestó que lo usa más de una vez al día.

Tabla 28

Frecuencia de visitas al Odontólogo

Frecuencia de Visitas al Odontólogo	N	%
Nunca	10	9,9
Una vez al año	33	32,7
Más de una vez al año	15	14,9
Solo en caso de dolor	43	42,6
Totales	101	100

Fuente: Población de Santa Marianita

Elaborado por: Ramírez (2018)

En la Tabla 28 se presentan los resultados de las respuestas sobre la frecuencia de visitas al odontólogo. El 42,6% visita al odontólogo solo en caso de tener algún dolor, el 32,7% una vez al año, el 14,9% más de una vez al año y el 9,9% no lo visita nunca.

Tabla 29

Dolor dental en el último trimestre

Dolor dental	n	%
Si	19	18,8
No	82	81,2
Totales	101	100

Fuente: Población de Santa Marianita

Elaborado por: Ramírez (2018)

En la Tabla 29 se presentan los resultados de las respuestas sobre presencia de dolor dental en el último trimestre. El 81,2% dijo que no y el 18,8% manifestó que sí sintió dolor.

Tabla 30

Dificultad para masticar en el último trimestre

Dificultad para masticar	n	%
Si	23	22,8
No	78	77,2
Totales	101	100

Fuente: Población de Santa Marianita

Elaborado por: Ramírez (2018)

En la Tabla 30 se presentan los resultados de las respuestas sobre dificultad para masticar en el último trimestre. El 77,2% dijo que no y el 22,8% manifestó que sí tuvo dificultad para masticar.

Tabla 31

Sangrado de las encías en el último trimestre

Sangrado de las encías	n	%
Si	33	32,7
No	68	67,3
Totales	101	100

Fuente: Población de Santa Marianita

Elaborado por: Ramírez (2018)

En la Tabla 31 se presentan los resultados de las respuestas sobre sangrado de las encías en los últimos tres meses. El 67,3% dijo que no tuvo sangrado de las encías y el 32,7% manifestó que sí.

Tabla 32

Movilidad dental en el último trimestre

Movilidad dental	n	%
Si	12	11,9
No	89	88,1
Totales	101	100

Fuente: Población de Santa Marianita

Elaborado por: Ramírez (2018)

En la Tabla 32 se presentan los resultados de las respuestas sobre movilidad dental en el último trimestre. El 88,1% dijo que no y el 11,9% manifestó que sí sintió tuvo movilidad.

4. RESULTADOS

El 20,8% de los pobladores de Santa Marianita tiene entre 26 y 33 años. El 64,4% pertenece al sexo masculino y el 35,6% al femenino. El 45,5% cursó solamente sus estudios de primaria. El 84,2% se identificó como mestizo, el 10,9% como cholo y el resto se dividió entre las demás categorías. Ninguno se identificó como indígena. El 66,3% tiene su casa de cemento armado y el 60,4% tiene vivienda propia. El 53,5% es trabajador independiente, el 25,7% está desempleado, el 14,9% es empleado de un negocio particular y el 5,9% es empleado público.

Así también, el 74,3% dijo que no ha sentido dolor en el último año. El 93,1% no usa ningún medio casero para controlar el dolor, mientras que el 97% dijo que no usa bebidas alcohólicas y el mismo porcentaje dijo que no usa clavo de olor. El 77,2% dijo que no ha sentido inflamación en la boca. El 97% dijo que no usa ningún medio casero para la higiene bucal. El 54,5% se cepilla dos veces al día, mientras que el 38,6% se demora dos minutos y el 73,3% se cepilla de una forma mixta. Solo el 15,8% manifestó que usa hilo dental y el 33,7% usa enjuague bucal. El 42,6% visita al odontólogo solo en caso de tener algún dolor. El 81,2% dijo que no ha sentido dolor en el último trimestre y el 77,2% manifestó que no sintió ninguna molestia al masticar. El 67,3% dijo que no tuvo sangrado de las encías y el 88,1% dijo que no ha sentido movilidad dentaria.

5. DISCUSIÓN

En el presente estudio se describen las creencias sobre salud/enfermedad bucal en los pobladores de Santa Marianita. Estas fueron diversas, menos del 10% de los participantes reconoció el uso de medios caseros para controlar el dolor como la manzanilla, las habas y la hierbaluisa, y también para la inflamación como el agua con sal, el aguardiente.

Entre los hábitos y prácticas de cuidados de salud bucal en los pobladores de Santa Marianita, el cepillado es la práctica más común. El 90% de los participantes se cepilla al menos dos veces al día y el 60% invierte al menos dos minutos de su tiempo para ello. El 15% usa hilo dental y el 33% enjuague bucal. El 40% visita al odontólogo solo en caso de dolor.

Los resultados de esta investigación son similares a los reportados por Soria y col. (2008), en la cual se evidenció que el cepillado dental fue el método de prevención practicado con mayor frecuencia en niñas y niños.

También en el estudio de Tascón y Cabrera (2005), el método por excelencia para la prevención de la caries es el cepillado, en ese sentido, el 99.8% respondió que se cepilla los dientes; la frecuencia de cepillado tuvo una mediana de 3 veces por día; 55% utiliza la seda dental y 51% el enjuague bucal; 14% refirió no haber visitado nunca al odontólogo y 27% dijo haberlo visitado al menos una vez, pero hacía más de 7 meses. En el presente estudio, El 15% usa hilo dental y el 33% enjuague bucal. El 40% visita al odontólogo solo en caso de dolor.

Por otro lado, 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. 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.

Cabe mencionar que como lo expresa Ibacache (2006), 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, todo lo cual influye en la manera de enfermar y de percibir la enfermedad por parte de los individuos.

6. CONCLUSIONES

La investigación permitió llegar a las siguientes conclusiones:

En cuanto a las características demográficas de los pobladores de Santa Marianita, el 74,2% es menor de 50 años, la media de la edad fue 39,88 años con una desviación estándar de 14,506 años, el 66% fue de sexo masculino y el 84% se identificó como mestizo.

Las creencias sobre salud/enfermedad bucal en los pobladores de Santa Marianita fueron diversas, menos del 10% de los participantes reconoció el uso de medios caseros para controlar el dolor como la manzanilla, las habas y la hierbaluisa, y también para la inflamación como el agua con sal, el aguardiente.

Entre los hábitos y prácticas de cuidados de salud bucal en los pobladores de Santa Marianita, el cepillado es la práctica más común. El 90% de los participantes se cepilla al menos dos veces al día y el 60% invierte al menos dos minutos de su tiempo para ello. El 15% usa hilo dental y el 33% enjuague bucal. El 40% visita al odontólogo solo en caso de dolor.

7. RECOMENDACIONES

Las conclusiones permiten realizar las siguientes recomendaciones:

- Fortalecer los Hábitos y costumbres de los pobladores de Santa Marianita y a partir de ellas diseñar estrategias de promoción y prevención en salud.
- Establecer un plan de intervención clínica para poder diagnosticar la prevalencia de las enfermedades bucales en Santa Marianita y al mismo tiempo realizar los tratamientos necesarios.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arias, F. (2012). El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica. Editorial Episteme, Caracas, Venezuela. 6ta edición.
2. Calatayud, M.; Cuenca, E. (2013). Estrategias para la promoción y educación para la salud. En: Cuenca, E.; Baca, P. (Editores). Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Editorial Elseiver-Masson. Barcelona, España. Cuarta edición.
3. Cuenca, E.; Baca, P. (Editores). (2013). Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Editorial Elseiver-Masson. Barcelona, España. Tercera edición.
4. Hernández, R.; Fernández, C.; Batista, P. (2010). Metodología de la investigación. Cuarta edición. Mexico D.F: McGraw-Hill interamericana.
5. Hersch, P. (2013). Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria. Salud Pública de México / vol. 55, no. 5, pp. 512-518
6. Higashida, B. (2009). Odontología preventiva. Mexico D.F: McGraw-Hill interamericana. Segunda edición.
7. Hurtado, J. (2014). El proyecto de investigación. Comprensión holística de la metodología y la investigación. Quirón Ediciones. Caracas, Venezuela. Séptima edición.
8. 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.
9. Ministerio de Salud Pública. (2009). Plan Nacional de Salud Bucal. Quito, Ecuador.

10. 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.
11. 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.
12. Paredes, G. (2014). Antropología de la salud y la enfermedad: Principales enfoques Teóricos. *Revista Academia*, Vol. XII (30):87-99.
13. Pirona, M.; Rincón, M.; García, R.; Cabrera, R. (2008). Significados socioculturales de la salud/enfermedad bucal en los indígenas añú. *Revista Ciencia Odontológica*, Vol. 5 N° 1 (Enero-Junio 2008), Pág. 27 – 33.
14. Soria-Hernández, Ma. Alejandra; Molina-F, Nelly; Rodríguez-P, Raúl Hábitos de higiene bucal y su influencia sobre la frecuencia de caries dental. *Acta Pediátrica de México*, Volumen 29, Núm. 1, pp. 21-24.
15. Tascón, J.; Cabrera, G. (2005). Creencias sobre caries e higiene oral en adolescentes del Valle del Cauca. *Colomb Med* 2005; 36: 73-78
16. 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

9. ANEXOS



INSTRUMENTO DE RECOLECCION 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___

SOFTWARE ESTADÍSTICOS UTILIZADOS

SPSS versión 24

Base de datos Gabriela Ramirez.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 36 de 36 variables

	Edad	Sexo	GradoInstruccion	Etnia	ZonaResidencia	Parroquia	TipoVivienda	TenenciaVivienda	CondicionLaboral	DolorDental	MediosCaserosDolor	BebidasAlcoholicasDolor	ClavoDulceDolor	InflamacionBoca	MediosCaserosInflamacion
1	49	1	1	2	1	6	1	1	3	2		2	2	2	
2	55	1	2	2	1	6	3	1	3	2		2	2	1	
3	22	1	1	4	1	6	3	1	5	2		2	2	2	
4	58	2	1	2	1	6	3	3	5	2		2	2	2	Haba
5	39	1	1	2	1	6	3	3	3	2		2	2	2	
6	38	1	2	2	1	6	2	1	3	2		2	2	2	
7	35	1	1	2	1	6	1	1	5	2		2	2	2	
8	29	2	2	2	1	6	1	1	3	2		2	2	2	
9	39	1	1	2	1	6	1	1	3	2		2	2	2	
10	28	2	2	2	1	6	3	3	3	2		2	2	2	
11	44	2	1	2	1	6	1	1	5	2		2	2	1	Haba
12	53	1	1	2	1	6	1	3	2	2		2	2	2	
13	27	1	2	2	1	6	1	1	5	2		2	2	2	
14	33	2	2	2	1	6	3	2	2	2		2	2	1	
15	24	2	2	2	1	6	1	1	5	2		2	2	2	
16	41	1	0	4	1	6	2	3	5	2		2	2	2	
17	32	2	3	2	1	6	1	3	2	2		2	2	2	
18	65	2	1	5	1	6	3	3	5	1		2	2	1	Manzanilla
19	72	2	1	5	1	6	3	1	5	1		2	2	2	
20	43	1	2	4	1	6	1	1	5	2		2	2	2	
21	29	2	2	2	1	6	1	3	5	2		2	2	2	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode: ON

11:49 20/09/2018

Base de datos Gabriela Ramirez.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	Edad	Númérico	8	0	Edad	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
2	Sexo	Númérico	8	0	Sexo	{1, Masculin...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
3	GradoInstru...	Númérico	8	0	Grado de instru...	{0, Ninguna}	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
4	Etnia	Númérico	8	0	Etnia	{1, Blanco}	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
5	ZonaReside...	Númérico	8	0	Zona de reside...	{1, Urbana}	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
6	Parroquia	Númérico	8	0	Parroquia de re...	{1, Manta}	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
7	TipoVivienda	Númérico	8	0	Tipo de vivienda	{1, Cemento...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
8	TenenciaViv...	Númérico	8	0	Tenencia de vivi...	{1, Propia}	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
9	CondicionLa...	Númérico	8	0	Condición laboral	{1, Emplead...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
10	DolorDental	Númérico	8	0	Dolor dental en ...	{1, Si}	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
11	MediosCas...	Cadena	12	0	Medios casero...	Ninguno	Ninguno	8	Izquierda	Nominal	Entrada
12	BebidasAlc...	Númérico	8	0	Bebidas alcoho...	{1, Si}	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
13	ClavoDulce...	Númérico	8	0	Clavo dulce par...	{1, Si}	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
14	Inflamacion...	Númérico	8	0	Inflamación en ...	{1, Si}	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
15	MediosCas...	Cadena	12	0	Medios casero...	Ninguno	Ninguno	8	Izquierda	Nominal	Entrada
16	Manzanilla...	Númérico	8	0	Manzanilla Infa...	{1, Si}	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
17	AjoInflamac...	Númérico	8	0	Ajo inflamación...	{1, Si}	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
18	HojaCocaln...	Númérico	8	0	Hoja de coca in...	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
19	MedioCase...	Númérico	8	0	Medio casero p...	{1, Si}	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
20	CualMedioC...	Cadena	12	0	Cual medio cas...	Ninguno	Ninguno	8	Izquierda	Nominal	Entrada
21	Bicarbonato...	Númérico	8	0	Bicarbonato par...	{1, Si}	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
22	NecesidadO...	Númérico	8	0	Necesidad Odo...	{1, Si}	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
23	Frecuencia...	Númérico	8	0	Frecuencia cep...	{0, Ninguna}	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
24	CuantoDem...	Númérico	8	0	Cuánto demora...	{0, Menos d...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode: ON

11:51 20/09/2018

