



Carrera de Odontología.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de:

Odontóloga.

Tema:

Cultura preventiva bucal en los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el centro de salud Riochico de la parroquia Riochico del cantón Portoviejo en el periodo marzo-agosto de 2014.

Autora:

Eslaine Yokasta Molina Rodríguez.

Directora de tesis:

Dra. Patricia Bravo Cevallos. Mg. Ge.

Cantón Portoviejo – Provincia Manabí – República del Ecuador.

2014.

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS.

Dra. Patricia Bravo Cevallos. Mg. Ge., certifica que la tesis de investigación titulada: Cultura preventiva bucal en los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el centro de salud de la parroquia Riochico, cantón Portoviejo en el periodo marzo – agosto 2014. Es trabajo original de Eslaine Yokasta Molina Rodríguez, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dra. Patricia Bravo Cevallos. Mg. Ge.

Directora de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema:

Cultura preventiva bucal en los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el centro de salud de la parroquia Riochico, cantón Portoviejo en el periodo marzo – agosto 2014. Tesis de grado sometida al tribunal examinador como requisito previo a la obtención del título de odontólogo.

Tribunal:

Dra. Lucía Galarza Santana. Mg. Ge.
Directora de la Carrera.

Dra. Patricia Bravo Cevallos. Mg. Ge.
Directora de tesis.

Dra. Nancy Molina Moya. Mg. Ge
Miembro del tribunal.

Dr. César Burgos Morán. Mg. Ge.
Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

La responsabilidad de las ideas, resultados y conclusiones del presente trabajo investigativo titulado Cultura preventiva bucal en los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el Centro de Salud Riochico de la parroquia Riochico, cantón Portoviejo en el periodo marzo – agosto 2014. Pertenece exclusivamente a la autora, y el patrimonio intelectual de la tesis es de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Eslaine Yokasta Molina Rodríguez.

AGRADECIMIENTO.

Primeramente a Dios, por concederme el milagro de la vida y bendecir cada uno de mis días, pudiendo así culminar con una de mis metas. A mis padres, Ab. Luis Molina y Gladys Rodríguez, con todo mi cariño y mi amor, quienes hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme apoyo incondicional en todo momento para culminar mi carrera. Gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida. A mis hermanos, Luis y Eliana, quienes siempre estuvieron listos para brindarme toda su ayuda y apoyo en cada momento de mi vida.

A mi enamorado, Ab. Erwin Vásquez, quien me brindó su amor, su cariño, por siempre estar a mi lado apoyándome y dedicando su tiempo para ayudarme en todo. Gracias por amarme como solo usted lo puede hacer. A los pacientes y personal del Centro de Salud Riochico de la parroquia Riochico, en especial a la Dra. Natalia Sánchez, quienes me ofrecieron todas las facilidades para desarrollar la investigación.

Eslaine Yokasta Molina Rodríguez.

DEDICATORIA.

A Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto, haberme dado salud y darme lo necesario para seguir adelante día a día para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor. A mis padres, Ab. Luis Molina y Gladys Rodríguez, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo y ejemplo que han hecho de mí una mujer con valores para desenvolverme como: hija, hermana, novia, amiga y profesional.

A mis hermanos, Luis y Eliana, por ser mi ejemplo de hermanos mayores y estar prestos para apoyarme en todo. A mi enamorado, Ab. Erwin Vásconez, por su amor, apoyo y compañía en cada etapa del camino recorrido juntos y, en aquellos momentos difíciles que supimos superar.

Eslaine Yokasta Molina Rodríguez.

RESUMEN.

La presente investigación estuvo propuesta a investigar sobre la cultura preventiva bucal en los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el centro de salud Riochico de la parroquia Riochico del cantón Portoviejo en el periodo marzo – agosto 2014, con el objetivo de caracterizar la cultura preventiva en los pacientes de dicha población. La investigación fue de campo, de corte transversal; en la que se utilizaron encuestas aplicadas a los pacientes con edades comprendidas entre 15 a 70 años de edad. Con una muestra de 150 pacientes que fueron seleccionados por los criterios de inclusión y exclusión propuestos en el estudio y con los que se logró determinar medidas preventivas para evitar problemas a futuro. Se aplicó a los pacientes encuestas en las que se pudieron constatar algunas variantes y junto a ésta firmaron el debido consentimiento informado.

Con ello se pudo concluir que todos los pacientes encuestados presentaron diferentes déficit los cuales se detallan en los cuadros y gráficos estadísticos de la investigación y de tal manera se llega a la conclusión de que la cultura preventiva y, en consecuencia, los hábitos de higiene bucodental de los pacientes son satisfactorios, pero no en lo que respecta a las técnicas correctas de cepillado, algunos hábitos alimenticios y las visitas periódicas al odontólogo. Para lo cual es necesario aplicar ciertas recomendaciones, entre ellas: aconsejar a los pacientes tener mejor higiene bucodental con la correcta utilización de los instrumentos de aseo bucal, así como tener mayor control en la ingesta de alimentos dañinos para la salud bucal y visitar periódicamente al odontólogo, como se detalla al final de la investigación.

ABSTRACT.

This research was proposed to investigate the oral culture of prevention in patients attending in the dental office at the center for health Riochico, Portoviejo city, in order to characterize the culture of prevention in patients of this population. The research was field cross section, in which surveys of patients between 15 to 70 years old. With a Sample of 150 patients who were selected by the criteria of inclusion and exclusion criteria in the study, and was able to determine preventive measures to avoid future problems. It was applied surveys in which patients were able to confirm some variants and signed it with the proper informed consent that was applied.

Therefore, it was concluded that all patients surveyed had different deficits which are detailed in the tables and graphs of statistical research, and so leads to the conclusion that preventive culture and oral hygiene habits patients are satisfactory, but not in what they regard to the correct brushing techniques, some eating habits and regular visits to the dentist. Which is necessary to implement certain recommendations, including: advising patients to have better oral hygiene with the proper use of the instruments of oral hygiene as well as having more control on the intake of harmful foods for oral health and visit regularly to dentist, as it is detailed at the end of the investigation.

ÍNDICE.

Certificación de la directora de tesis.....	II
Certificación del tribunal examinador.....	III
Declaración de autoría.....	IV
Agradecimiento.....	V
Dedicatoria.....	VI
Resumen.....	VII
Abstract.....	VIII
Índice.....	IX
Introducción.....	1
Capítulo I.	
1. Problematización.....	2
1.1. Tema.....	2
1.2. Formulación del problema.....	2
1.3. Planteamiento del problema.....	2
1.4. Preguntas de la investigación.....	4
1.5. Delimitación de la investigación.....	4
1.5.1. Campo.....	4

1.5.2. Área.....	4
1.5.3. Aspecto.....	5
1.5.4. Delimitación espacial.....	5
1.5.5. Delimitación temporal.....	5
1.6. Justificación.....	5
1.7. Objetivos.....	8
Capítulo II.	
2. Marco teórico conceptual.....	9
2.1. Cultura preventiva.....	9
2.1.1. La prevención.....	9
Prevencción primaria.....	11
Prevencción secundaria.....	12
Prevencción terciaria.....	12
Rehabilitación.....	13
2.1.2. Hábitos higiénicos.....	13
Higiene bucodental.....	14
Placa bacteriana.....	15
Control de placa dental.....	16
Eliminación de la placa bacteriana.....	17

Cepillo dental.....	17
Cepillado dental.....	19
Características del cepillo dental.....	20
Técnicas de cepillado dental.....	21
Técnica de bass.....	22
Técnica de chárter.....	23
Técnica fisiológica o de smith – bell.....	23
Técnica horizontal.....	23
Técnica stillman modificado.....	24
Frecuencia del cepillado dental.....	24
Duración del cepillado dental.....	25
Limpieza del cepillo dental.....	25
Cambio del cepillo dental.....	26
Cepillado de la lengua.....	27
Importancia del cepillado de la lengua.....	27
Limpiadores o raspadores de lengua.....	28
Limpieza interdental.....	28
Seda o hilo dental.....	28
Tipos de seda dental.....	30

Frecuencia del uso del hilo o seda dental.....	30
Recomendaciones de uso.....	31
Técnica para el pasaje de hilo dental.....	31
Dentífricos o pastas dentales.....	31
Componentes de los dentífricos.....	32
Dentífricos con flúor.....	33
Colutorios.....	33
Frecuencia.....	34
2.1.3. Hábitos alimentarios y dietéticos.....	34
Dieta.....	36
Medidas sobre la dieta.....	37
Control dietético.....	38
Azúcares.....	38
Edulcorantes.....	39
Asesoría nutricional.....	40
Clasificación de los alimentos.....	40
Alimentos protectores.....	41
2.1.4. Visita al odontólogo.....	41
La primera entrevista.....	42

2.2. Hipótesis.....	43
2.2.1. Hipótesis general.....	43
2.2.2. Unidades de observación y análisis.....	43
2.2.3. Variables.....	43
2.2.4. Matriz de operacionalización de las variables.....	43
Capítulo III.	
3. Marco metodológico.....	44
3.1. Modalidad de la investigación.....	44
3.1.1. Campo.....	44
3.1.2. Bibliográfica.....	44
3.2. Tipo de investigación.....	44
3.3. Métodos.....	44
3.4. Técnicas.....	45
3.5. Instrumentos.....	45
3.6. Recursos.....	45
3.6.1. Humanos.....	45
3.6.2. Recursos tecnológicos.....	45
3.6.3. Materiales.....	46
3.6.4. Recursos económicos.....	46

3.7. Población y muestra.....	46
3.7.1. Población.....	46
3.7.2. Muestra.....	46
3.7.3. Tipo de muestra.....	46
3.7.4. Criterio de inclusión.....	47
3.7.5. Criterio de exclusión.....	47
3.8. Recolección de la información.....	47
3.8.1. Procesamiento de la información.....	47
3.9. Consideraciones étnicas.....	48
Capítulo IV.	
4. Análisis e interpretación de los resultados.....	49
4.1. Análisis e interpretación.....	49
Capítulo V.	
5. Conclusiones y recomendaciones.....	75
5.1. Conclusiones.....	75
5.2. Recomendaciones.....	77
Capítulo VI.	
6. Propuesta.....	78
6.1. Datos informativos.....	78

6.1.1. Título de la propuesta.....	78
6.1.2. Periodo de ejecución.....	78
6.1.3. Descripción de los beneficiarios.....	78
6.1.4. Ubicación sectorial y física.....	78
6.2. Introducción.....	79
6.3. Justificación.....	80
6.4. Objetivos.....	81
6.4.1. Objetivo general.....	81
6.4.2. Objetivos específicos.....	81
6.5. Fundamentación teórica.....	82
6.5.1. Salud bucodental.....	82
6.6. Actividades.....	84
6.7. Recursos.....	84
6.7.1. Humanos.....	84
6.7.2. Técnicos.....	85
6.7.3. Materiales.....	85
6.7.4. Financieros.....	85
6.8. Presupuesto.....	86
Bibliografía.....	90

Anexos.....96

INTRODUCCIÓN.

Analizando la obra de Gómez¹ (2007) puedo citar que “El cuidado de la boca y los dientes es un hábito que favorece nuestra salud y bienestar; pero, como toda buena costumbre, requiere una constante atención” (p. 210).

Consultando la obra de Palma y Sánchez² (2010) puedo exponer que:

La prevención de la enfermedad, por tanto, se basa en el control de estos factores que no sólo nos permite evitar o prevenir la enfermedad, sino además, y como objetivo primordial, tratan de proporcionar el estado de salud oral del individuo, cuya repercusión afectará a la salud del individuo en general. (p. 177)

De acuerdo a las técnicas empleadas en esta investigación se pudo medir la cultura preventiva donde se utilizaron encuestas aplicadas a los pacientes. Con las cuales se registraron los hábitos bucales y alimenticios. Para ello se tomó como muestra a 150 pacientes comprendidos entre 15 a 70 años quienes asistieron al Centro de Salud Riochico de la parroquia Rio Chico, cantón Portoviejo.

Por esta razón, la presente investigación constituye un ventajoso aporte sobre la cultura preventiva en los pacientes.

¹ Gómez, O. (2007). Educación para la salud (4ª reimp.). San José, República de Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia.

² Palma, A., y Sánchez, F. (2013). Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica: Prevención y Mantenimiento de la Salud Bucodental (2ª ed.). Madrid, Reino de España: Editorial Paraninfo S.A.

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema:

Cultura preventiva bucal en los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el Centro de Salud Riochico de la parroquia Riochico del cantón Portoviejo en el periodo marzo - agosto de 2014.

1.2. Formulación del problema.

¿Cómo es la cultura preventiva bucal en los pacientes que acuden a la consulta odontológica del Centro de Salud Riochico de la parroquia Riochico del cantón Portoviejo en el periodo marzo - agosto de 2014?

1.3. Planteamiento del problema.

Examinando la obra de Lugo, García, Gross, Casas y Sotomayor³ (2013) puedo conocer que:

A partir de la carta de Ottawa de 1986, la promoción de salud comienza a ser dirigida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). En Cuba, desde el triunfo revolucionario, había logrado dimensiones significativas; no obstante, el resultado no ha sido totalmente satisfactorio, ya que la máxima aspiración que se requiere es lograr una cultura total sobre salud bucal. (p. 3)

³ Lugo Angulo, E., García Cabrera, E., Gross Fernández, c., Casas Gross, S., & Sotomayor Lugo, F. (abril de 2013). La cultura en salud bucal como problema actual de la sociedad. MEDISAN, 17(4), 7.

Observando la obra de Limonta, Triay, Cuevas, Alesa y Pajaró⁴ (2009) puedo citar que:

Según refiere Romero, las actividades preventivas deben ser desarrolladas tanto por los profesionales de la odontología como por el paciente, y no pueden continuar partiendo de una relación odontólogo - paciente autoritaria, en la cual el profesional "da instrucciones" y el paciente de manera pasiva se limita al cumplimiento de estas. Por otra parte, la participación de la población en el cuidado de su salud tiene en Venezuela rango constitucional. (p. 5)

Analizando la obra de Ayala, Pinto, Raza, y Herdoíza⁵ (2009) puedo exponer que:

De acuerdo a la Constitución de la República la salud es un derecho y el Estado garantiza este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales y acceso permanente, oportuno y sin exclusión de programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de la salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (p. 6)

Teniendo en cuenta que la salud bucal es una parte importante de la estrategia de prevención de la enfermedad y promoción de la salud debido a su relación con la salud general, urgente la necesidad de conocer el grado de cultura preventiva de la población respecto a la salud bucal, identificando los factores que influyen en la falta de cultura preventiva a fin de modificar conductas y poner en práctica políticas preventivas efectivas que minimicen los daños, obteniendo resultados que den beneficios extraordinarios para nuestra población. No se conoce el grado de cultura preventiva de los pacientes que acuden a la consulta odontológica del Centro de Salud

⁴ Limonta, E., Triay, I., Cuevas, M., Alesa, A. y Pajaró, K. (2009). Conocimientos sobre salud bucal en pacientes del consultorio estomatológico Barrio Bolívar en Venezuela. [En línea]. Consultado: [13, mayo, 2014] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_6_09/san05609.pdf

⁵ Ayala, E., Pinto, G., Raza, X. y Herdoíza, M. (2009). Plan Nacional de Salud Bucal. [En línea]. Consultado: [14, mayo, 2014] Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20BUCAL.pdf>

Riochico de la parroquia Riochico del cantón Portoviejo y la repercusión que esto trae para su salud bucal.

1.4. Preguntas de la investigación.

-¿Existe cultura preventiva bucal en los pacientes que acuden a la consulta odontológica del Centro de Salud Riochico de la parroquia Riochico del cantón Portoviejo?

-¿Qué hábitos alimentarios tienen estos pacientes?

-¿Cuáles son sus hábitos higiénicos bucales?

-¿Acuden con frecuencia al odontólogo?

-¿Cuáles son los motivos de consulta más frecuentes?

1.5. Delimitación de la investigación.

1.5.1. Campo.

Salud.

1.5.2. Área.

Odontología.

1.5.3. Aspecto.

Estudio de la cultura preventiva bucal.

1.5.4. Delimitación espacial.

Pacientes que asistan a la consulta odontológica en el Centro de Salud Riochico de la Parroquia Riochico del Cantón Portoviejo, durante un mes. Provincia Manabí; República del Ecuador.

1.5.5. Delimitación temporal.

Periodo de marzo - agosto de 2014.

1.6. Justificación.

Investigando la obra de Barrancos⁶ (2011) puedo exponer que:

La promoción para el desarrollo y la educación para la salud como una categoría dependiente es idealmente la que se incluye en la dinámica social y cultural como práctica cotidiana e incorpora no solo a los profesionales de la salud sino también a los usuarios (beneficiarios) en una interacción que permita compartir saberes e inventar nuevas modalidades de relación. (p. 374)

Teniendo como fuente consultada a la OCDE⁷ (2007) puedo citar que:

Los problemas dentales, fundamentalmente en forma de caries y enfermedades de las encías, son comunes en los países desarrollados, y afectan del 60 – 90 % de los escolares y a la gran mayoría de los adultos (OMS, 2003). En este sentido, las enfermedades dentales, y otras afecciones bucales, constituyen un problema de salud pública significativo. Dichas enfermedades están muy relacionadas con factores vinculados al modo de vida, entre los que figuran las dietas ricas en azúcar, y reflejan asimismo si se aplican o no medidas de protección como la utilización de flúor y una higiene bucal adecuada. (p. 38)

⁶ Barrancos, M. (2011). Operatoria Dental Integración Clínica: Prevención en Cariología (4ª ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

⁷ OCDE (2007). Panorama de la Salud 2007. Indicadores de la OCDE. Madrid, Reino de España: Editorial Closas – Orcoyen, S. L.

Como demostraremos en nuestra investigación la prevención es esencial para mantener la salud en todos los aspectos y en particular en el caso de la salud bucodental. Prevenir es más fácil y más barato que intervenir para tratar a una dolencia ya establecida, tanto para los componentes del Sistema de Salud como para las personas y familias.

La existencia de una adecuada cultura de la prevención en salud evita mucho sufrimiento y gastos causados por las enfermedades y esto es especialmente cierto en el campo de la salud bucodental, en la que hay muchas medidas preventivas de fácil aplicación, como son las relacionadas con la higiene bucodental, los hábitos alimentarios y la conciencia de la necesidad de acudir al dentista periódica y sistemáticamente. Pero no se conoce el grado de cultura preventiva para la salud bucodental de la población de la República del Ecuador y, particularmente, la de la población del cantón Portoviejo, provincia de Manabí.

Uno de los factores que contribuye a implementar un proyecto de investigación, lo es su factibilidad. En mi caso la cultura preventiva de los pacientes que asistan a la consulta odontológica en el Centro de Salud Riochico de la Parroquia Riochico del Cantón Portoviejo, contará con las facilidades para la realización de la misma, gracias al aporte de las autoridades del Centro de Salud Riochico como de las personas que aceptaron a colaborar con las encuestas. Así mismo la investigadora tendrá la predisposición de tiempo y además dispondrá de recursos económicos, bibliográficos y tecnológicos. Es por esto que los beneficiarios de la investigación no solo serán los pacientes que asistan a la consulta odontológica en el Centro de Salud Riochico de la Parroquia Riochico del Cantón Portoviejo, sino también los familiares

y el personal de dicho Centro de Salud, con el propósito de que pueda servir como herramienta para mejorar la salud oral de los pacientes.

1.7. Objetivos.

1.7.1. Objetivo general.

Caracterizar la cultura preventiva en los pacientes que acuden a la consulta odontológica del Centro de Salud Riochico de la parroquia Riochico del cantón Portoviejo.

1.7.2. Objetivos específicos.

- Identificar los hábitos higiénicos bucales de los pacientes.
- Identificar los hábitos alimentarios que poseen los pacientes.
- Determinar la frecuencia de asistencia a la consulta de odontología y los motivos de - consulta.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico Conceptual.

2.1. Cultura preventiva.

Observando la obra de Garcés⁸ (2012) puedo referenciar que:

La cultura de la prevención sólo puede darse como el resultado de un proceso de aprendizaje que debe dar comienzo en la Enseñanza primaria. En este nivel formativo el aprendizaje debe integrarse en la formación en valores, concretamente dentro del valor “salud”. Como en toda enseñanza de valores, la metodología ha de ser de carácter transversal y debe presentar los riesgos de la propia Escuela como un primer ejemplo de riesgos laborales. (p. 15)

2.1.1. La Prevención.

Indagando la obra de la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración⁹ (2009) puedo transcribir que:

Desde las culturas preventivas el ser humano ha realizado maniobras de limpieza en sus dientes; ello se ha debido a dos motivos: en primer lugar a la necesidad relacionada con la incomodidad del empaquetamiento interdental de restos de alimentos; y, en segundo, a la satisfacción por la higiene y su relación con la belleza, pero no a una búsqueda de higiene con objetivos preventivos de la enfermedad. Hoy en día las dos enfermedades más frecuentes en boca, la enfermedad periodontal y la caries, se han relacionado con la presencia de placa bacteriana, concretamente con bacterias agrupadas y perfectamente organizadas que componen la placa dental o el biofilms dental. (p. 26)

⁸ Garcés, J. (2012). La cultura preventiva en salud. ÁTOPOS, 2(3), 15.

⁹ Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración. (2009). Manual de Higiene Bucal: Placa Bacteriana. Madrid, Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

Investigando la obra de Malagón-Longoño¹⁰ (2011) puedo conocer que:

Prevención de la enfermedad significa el conjunto de actividades, intervenciones o procedimientos dirigidos a la protección específica de la población, para evitar que los daños en la salud o las enfermedades aparezcan, se prolonguen, ocasionen daños mayores o generen secuelas evitables. (pp. 6 y 7)

Observando la obra de Blanco¹¹ (2010) puedo exponer que:

El concepto de prevención se remonta siglos atrás, pero desde hace varias décadas se utiliza el modelo de intervención con base en los tres niveles de prevención, que a la vez tienen en consideración el conocimiento sobre la historia natural de la enfermedad. (p. 143)

Examinando la obra de Lugo, García, Gross, Casas, y Sotomayor¹² (2013) puedo citar que:

Los indicadores que sitúan al individuo en un determinado nivel de desarrollo de su cultura en salud son:

- Responsabilidad ante su salud
- Actitud ante la nutrición (qué y cómo ingiere alimentos)
- Enfrentamiento al estrés
- Disposición para el ejercicio físico.

De ellos los indicadores propios de la cultura en salud bucal serían:

1. Conocimiento y práctica que posee la población sobre la higiene bucal
2. Modificación de los hábitos dietéticos arraigados en la cultura alimentaria
3. Enfrentamiento al estrés para evitar afecciones bucales
4. Actitud responsable ante la medicación
5. Práctica sistemática del autoexamen bucal. (p. 7)

¹⁰ Malagón-Longoño, G. (2011). Salud Pública. Responsabilidad y cobertura de la salud pública (2da ed.). Bogotá, República de Colombia: Editorial Medica Internacional.

¹¹ Blanco, J., y Maya, J. (2010). Fundamentos de Salud Pública. Servicios Preventivos. Medellín, República de Colombia: Editorial CIB.

¹² Lugo Angulo, E., García Cabrera, E., Gross Fernández, c., Casas Gross, S., & Sotomayor Lugo, F. (abril de 2013). La cultura en salud bucal como problema actual de la sociedad. MEDISAN, 17(4), 7.

Estudiando la obra de Campos¹³ (2010) puedo referenciar que:

Basándose en la “historia natural” de la enfermedad, la OMS identificó tres niveles de riesgo –primario, secundario y terciario- y estableció la concordancia de cada uno con un determinado nivel de prevención. Posteriormente, esta propuesta fue objeto de diversas modificaciones: de ellas, la más importante consistió en la inclusión de un nivel primordial de riesgo/prevención. (p. 149)

Considerando la obra de Hernández, Armayones, Boixadós, Pousada, Guillamón, y Gómez¹⁴ (2009) puedo transcribir que “Considerando el estado de salud de las personas a las que se dirige la intervención, se pueden distinguir tres niveles: la prevención primaria, la prevención secundaria y la terciaria” (p. 85).

Prevención Primaria.

Analizando la obra de Álvarez¹⁵ (2002) puedo conocer que:

Está dirigida al individuo sano o aparentemente sano. Sus objetivos particulares son: la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; para conseguirlos se dispone de la educación para la salud y la prevención específica. (p. 44)

Analizando la obra de Herazo¹⁶ (2012) puedo exponer que “Es la clase de prevención en que se desarrollan las condiciones sociales, económicas, políticas y biológicas positivas, para favorecer la presencia de un ambiente no propicio, huésped resistente y exigir agentes causales, con el fin de conservar la salud” (p. 83).

¹³ Campos, A. (2010). *Violencia social*. San José, República de Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia ILANUD.

¹⁴ Hernández, E., Armayones, M., Boixadós, M., Pousada, M., Guillamón, N. y Gómez, B. (2009). *Salud y Red*. Barcelona, Reino de España: Editorial UOC.

¹⁵ Álvarez, R. (2002). *Salud Pública y Medicina Preventiva*. Medicina Preventiva (3ª ed.). Estados Unidos Mexicanos: Editorial El Manual Moderno.

¹⁶ Herazo, B. (2012). *Clínica del sano en odontología: Higiene bucodental* (4ª ed.). Bogotá, República de Colombia: Editorial Ecoe.

Estudiando la obra de Cuenca y Baca¹⁷ (2013) puedo citar que “La prevención primaria tiene como objetivo disminuir la probabilidad de ocurrencia de las enfermedades y afecciones” (p. 4).

Prevención secundaria.

Estudiando la obra de Álvarez¹⁸ (2002) puedo exponer que:

Tiene como objetivos especiales: evitar que las enfermedades progresen y limitar la invalidez; estos objetivos se alcanzan mediante el diagnóstico correcto y el tratamiento adecuado, actividades que tradicionalmente corresponden al clínico. En este nivel de prevención, las acciones se dirigen ya al enfermo. (p. 44)

Analizando la obra de Cuenca y Baca¹⁹ (2005) puedo referenciar que “La prevención secundaria actúa sólo cuando la primaria no ha existido, o si ha existido, ha fracasado” (p. 4).

Prevención terciaria.

Continuando investigando en la obra de Cuenca y Baca²⁰ (2013) puedo transcribir que “Cuando la enfermedad está ya bien establecida, hayan aparecido o no secuelas, interviene la prevención terciaria” (p. 5).

¹⁷ Cuenca, E., y Baca, P. (2013). Odontología preventiva y comunicaría. Principios de la prevención y promoción de la salud en odontología (4ª ed.). Barcelona, Reino de España: Editorial Masson.

¹⁸ Álvarez, R. (2002). Salud Pública y Medicina Preventiva. Medicina Preventiva (3ª ed.). Estados Unidos Mexicanos: Editorial El Manual Moderno.

¹⁹ Cuenca, E. y Baca, P. (2005). Odontología preventiva y comunicaría. Principios de la prevención y promoción de la salud en odontología (3ª ed.). Barcelona, Reino de España: Editorial Masson.

²⁰ Cuenca, E., y Baca, P. (2013). Odontología preventiva y comunicaría: Principios de la prevención y promoción de la salud en odontología (4ª ed.). Barcelona, Reino de España: Editorial Masson.

Analizando la obra de Hernández, Armayones, Boixadós, Pousada, Guillamón, y Gómez²¹ (2009) puedo exponer que “Hace referencia a las medidas necesarias para reducir las secuelas o consecuencias de la enfermedad una vez se ha desarrollado” (p. 85).

Rehabilitación.

Examinando la obra de Herazo²² (2012) puedo citar que “Es el nivel en que se desarrollan actividades tendientes a devolver las funciones perdidas, mediante la aplicación de medidas clínicas, farmacológicas y quirúrgicas” (p. 85).

2.1.2. Hábitos higiénicos.

Analizando la obra de Gómez²³ (2007) puedo referenciar que:

Como “hábitos”, deben practicarse regularmente, de manera que protejan nuestra salud en forma permanente. Los hábitos higiénicos deben introducirse desde los primeros años de la infancia, cuando la personalidad del niño es más permeable y la adquisición de prácticas y costumbres relacionadas con la salud se puede hacer en forma paulatina. (p. 177)

Higiene bucodental.

Considerando la obra de De Rossi²⁴ (2009) puedo transcribir que:

²¹ Hernández, E., Armayones, M., Boixadós, M., Pousada, M., Guillamón, N. y Gómez, B. (2009). Salud y Red. Barcelona, Reino de España: Editorial UOC.

²² Herazo, B. (2012). Clínica del sano en odontología: Higiene bucodental (4ª ed.). Bogotá, República de Colombia: Editorial Ecoe.

²³ Gómez, O. (2007). Educación para la salud (4ª reimp.). San José, República de Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia.

La higiene bucal es uno de los elementos principales del cuidado personal. El deseo de lucir una sonrisa con dientes limpios, sanos, y blancos han dado lugar a que existan los dentífricos de muchos tipos y características. Se pueden encontrar en una gran variedad de sabores, colores, y envases; con compuestos contra la caries, el sarro, la placa dentobacteriana o para contrarrestar la sensibilidad de los dientes, entre otras propiedades anunciadas que, por cierto, no cumplen cabalmente. (p. 20)

Considerando la obra de Romanelli, Adams y Schinini²⁵ (2012) puedo conocer que “Se necesita disgregar y barrer el biofilm supragingival de las superficies dentarias” (p. 30).

Observando la obra de López²⁶ (2010) puedo exponer que:

La condición socioeconómica es un factor contribuyente por cuanto las personas de estratos de menor nivel de educación y de dieta limitada, que no tienen acceso a la promoción y a la prevención de la salud (que incluye la higiene oral, flúor o sellante), aumentan sustentablemente su riesgo de adquirir enfermedades estomatológicas y sistémicas, debido a que no realizan una visita odontológica adecuada, la cual debería ser por lo menos cada seis meses. (p. 45)

Placa bacteriana.

Investigando la obra de Liponis²⁷ (2008) puedo conocer que “La placa es una capa gruesa de bacterias nocivas, la cual provoca una batalla constante con el sistema inmune” (p. 21).

²⁴ De Rossi, C. (2009). Lesiones cervicales no cariosas: la lesión dental del futuro. Sao Paulo, República Federativa de Brasil: Editorial Médica Panamericana.

²⁵ Romanelli, H., Adams, E., y Schinini, G. (2012). 1001 Tips en Periodoncia Del Fundamento biológico a la práctica clínica. República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca.

²⁶ López, J. (2009). Odontología para la higiene oral. Lima, República de Perú: Editorial Zamora Ltda.

²⁷ Liponis, M. (2008). Ultra – Longevidad. Bogotá, República de Colombia: Editorial Norma.

Examinando la obra de Gómez²⁸ (2007) puedo exponer que:

La placa bacteriana es una película o membrana invisible que se forma sobre el diente después de cada comida. Esta membrana transparente debe ser eliminada con el cepillado dental, porque es la causante de las picaduras de los dientes o las caries. Las golosinas, mieles y refrescos gaseosos contribuyen a la aparición de caries dentales, inflamación y enfermedades de las encías (gingivitis); por eso, lo recomendable es cepillarse los dientes después de ingerirlos. (p. 211)

Indagando la obra de la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración²⁹ (2009) puedo citar que:

Las bacterias que se encuentran en la cavidad oral pueden estar organizadas de dos maneras: por una parte, las que se encuentran en la saliva suspendidas en la fase líquida, adoptando una forma que se denomina plactónica (forma de crecimiento de las bacterias cuando flotan suspendidas en un medio líquido); o bien, las bacterias que se encuentran sobre la superficie dura (diente, reconstrucciones, prótesis e implantes) formando una película gelatinosa adherente: la placa dental. La placa dental es el principal agente etiológico de las caries y de las enfermedades periodontales. (p. 2)

Analizando la obra de Cawson y Odell³⁰ (2009) puedo referenciar que:

Aunque las bacterias son las responsables de la producción de ácido, la placa bacteriana facilita que grandes concentraciones de ellas se adhieran a los dientes en las zonas de estancamiento, lo que impide una amortiguación efectiva de los ácidos bacterianos por la saliva. (p. 42)

Examinando la obra de Palma y Sánchez³¹ (2013) puedo transcribir que:

²⁸ Gómez, O. (2007). Educación para la salud (4ª reimp.). San José, República de Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia.

²⁹ Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración. (2009). Manual de Higiene Bucal: Placa Bacteriana. Madrid, Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

³⁰ Cawson, R., y Odell, E. (2009). Medicina y Patología Oral: Patología de Tejidos Duros (8va ed.). Barcelona, Reino de España: Editorial Elsevier.

Los microorganismos presentes en la placa bacteriana (PB) son los principales responsables de la aparición de caries y enfermedad periodontal, por lo que cualquier acción que impida la permanencia de la placa bacteriana o que actúe sobre los microorganismos que contienen constituirá una acción preventiva. (p. 255)

Control de placa dental.

Estudiando la obra de Barrancos³² (2011) puedo conocer que:

La eficacia de los métodos recomendados para la prevención de la caries dental ha sido claramente demostrada tanto en la clínica odontológica individual como en los programas comunitarios. (p. 375)

Considerando la obra de Cortesi³³ (2008) puedo exponer que:

El control de la placa bacteriana es la remoción diaria de las superficies dentarias, evitando de esta manera la acumulación de placa y retardando la formación de cálculo. Es importante enseñarle al paciente que es la placa dental y cuál importante es eliminarla. El control odontológico nos ayuda con la prevención de patologías no solo periodontal, si no también a evitar problemas de las piezas dentarias y al cuidado personal. (p. 103)

Eliminación de la placa bacteriana.

Observando la obra de Rivas³⁴ (2011) puedo citar que:

La higiene bucal debe estar dirigida al control y la eliminación de la placa dental mediante métodos mecánicos y químicos.
Esta higiene dental se debe fundamentar en el cepillado, el uso del hilo o seda dental y todos aquellos medios complementarios menores que sean necesarios.
Eliminación y control de la placa bacteriana por métodos mecánicos. (p. 23)

³¹ Palma, A., y Sánchez, F. (2013). Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica: prevención y Mantenimiento de la Salud Bucodental (2ª ed.). Madrid, Reino de España: Editorial Paraninfo S.A.

³² Barrancos, M. (2011). Operatoria Dental Integración Clínica: Prevención en Cariología (4ª ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

³³ Cortesi, V. (2008). Manual práctico para el auxiliar de Odontología. (1ª ed.). Barcelona, Reino de España.

³⁴ Rivas, V. (2011). Salud Comunitaria. Tacna, República de Perú.

Cepillo dental.

Considerando la obra de Barrancos³⁵ (2011) puedo referenciar que:

El cepillo dental es el instrumento fundamental para la eliminación mecánica de la placa y de otros depósitos.

Los tamaños, las formas, la consistencia de las cerdas, las longitudes y la dureza de los cepillos son diferentes y se ajustan a las necesidades individuales. (p. 405)

Observando la obra de Lindhe³⁶ (2009) puedo transcribir que “Actualmente casi todos los cepillos dentales se fabrican exclusivamente con materiales sintéticos” (p. 707).

Analizando la obra de Rivas³⁷ (2011) puedo conocer que:

Un cepillo manual consta de dos partes: mango y cabezal.

El mango puede tener diferentes diseños, no hay estudios evidentes de que tipo de mango es mejor.

Hay mangos rectos o mangos con una curvatura o acodados lo que hace que el cabezal quede a otro nivel.

Hay mangos con un codo flexible que según sus diseñadores sirve para llegar mejor en zonas de la boca de acceso más difícil.

La parte más importante del cepillo es la cabeza, es la parte activa.

Está formada por penachos de filamentos y a diferencia del mango, las diferencias entre cabezales son importantes.

Los cabezales pueden tener diferentes tamaños y se aconseja un cabezal adecuado al tamaño de la boca.

Las cerdas o filamentos que componen el cabezal, son la parte más importante del cepillo como vamos a ver seguidamente.

Los primeros cepillos se confeccionaron con cerdas naturales, de aquí su nombre, hasta que se empezaron a fabricar fibras sintéticas y hoy se usan filamentos de nylon y fibras de poliéster.

Se ha creado una interminable variedad de cepillos con mangos, alturas de cerdas o extensiones modificadas.

Cuando se ha diseñado un instrumento apropiado, se aplica un movimiento de cepillado para satisfacer las necesidades del paciente.

³⁵ Barrancos, M. (2011). *Operatoria Dental Integración Clínica: Prevención en Cariología* (4ª ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

³⁶ Lindhe, J., Lang, N. (2009). *Periodontología clínica e implantología odontológica*. (5ª ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

³⁷ Rivas, V. (2011). *Salud Comunitaria*. Tacna, República de Perú.

Los cepillos dentales eléctricos son de efectividad similar a los manuales, pues en última instancia, solo remplazan la fuerza muscular por la fuerza eléctrica. (pp. 96 y 97)

Estudiando la obra de Castro, Corral, León, Martínez, y Moreno³⁸ (2008) puedo exponer que:

Respecto al diseño del cepillo dental, no existen resultados concluyentes que permitan determinar que un tipo de cepillo remueve de una manera más eficaz la placa bacteriana que otros de otras marcas y otros tipos de diseño. Por lo general, el diseño de los cepillos manuales se basa en factores ergonómicos generales y específicos, los cuales se encuentran relacionados con la forma, longitud, dureza, dirección, grosor, número e implantación de las cerdas, la forma y dimensiones de la cabeza, la estructura y mecanismo del cuello y el largo y características de manipulación del mango. (pp. 15 - 24)

Considerando la obra de Preti³⁹ (2008) puedo citar que “El cepillo tradicional es eficaz sobre las superficies vestibulares, linguales y oclusales, pero tiene escaso efecto en las zonas interproximales, más difíciles de alcanzar” (p. 598).

Cepillado dental.

Observando la obra de Rivas⁴⁰ (2011) puedo referenciar que “El cepillado dental tras la ingesta, elimina la placa dental, equilibra el pH bucal y elimina los restos alimenticios” (p. 23).

³⁸ Castro, P., Corral, C. G., León, P., Martínez, C., & Moreno, F. (2008). Eficacia de cuatro cepillos dentales en la remoción de placa bacteriana mediante la técnica modificada de Bass en Estudiantes de Salud Oral de la ciudad de Cali. *Rev. Estomat.*, 16(2), 15-24.

³⁹ Preti, G. (2008). *Rehabilitación Protésica*. República de Colombia: Editorial Amolca.

⁴⁰ Rivas, V. (2011). *Salud Comunitaria*. Tacna, República de Perú.

Investigando la obra de Pires, Schmith y Kim⁴¹ (2009) puedo transcribir que “El principal instrumento utilizado en la higiene bucal, debe tener características adecuadas para obtener el mejor resultado” (p. 77).

Analizando la obra de Cuenca y Baca⁴² (2005) puedo conocer que “Para el cuidado de la salud oral, hay un axioma; el método más común y universal de práctica de higiene oral es el cepillado dental con un dentífrico fluorado” (p. 77).

Examinando la obra de Newman, Takei, Klokkevold y Carranza⁴³ (2010) puedo exponer que:

Se han descrito algunos diseños nuevos de cepillos con el propósito de hacer más accesibles las áreas difíciles de alcanzar. Un cepillo, diseñado para el cepillado de las superficies vestibulares, linguales y oclusivas/incisivas en cierto momento, tienen cerdas curvas en ambos lados de la cabeza del cepillo y cerdas más cortas en el centro. (p. 730)

Estudiando la obra de Lindhe y Lang⁴⁴ (2009) puedo citar que “En la actualidad el cepillado dental es la medida de higiene bucal más usada para realizar la higiene de la boca” (p. 706).

Características del cepillo dental.

⁴¹ Pires, M., Schmith, R., y Kim, S. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Sao Paulo, República Federativa de Brasil: Editorial Santos.

⁴² Cuenca, E., y Baca, P. (2005). Odontología preventiva y comunicaría. Principios de la prevención y promoción de la salud en odontología (3ª ed.). Barcelona, Reino de España: Editorial Masson.

⁴³ Newman, Takei, Klokkevold y Carranza. (2010). Carranza Periodontología Clínica (10ma ed.). Estados Unidos Mexicanos: Editorial Mc Graw Hill.

⁴⁴ Lindhe, J., Lang, N. (2009). Periodontología clínica e implantología odontológica (5ª ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Considerando la obra de Lindhe y Lang⁴⁵ (2009) puedo referenciar que:

En el Congreso europeo de control mecánico de la placa se acordó que las características de un cepillo manual debe incluir (Egelberg y Claffey 1998):

- 1-Tamaño del mango proporcionado a la edad y destreza del usuario para que el cepillo se pueda manipular con facilidad y eficacia
- 2-Tamaño del cabezal acorde con las necesidades individuales del paciente
- 3-Uso de filamentos de nylon o poliéster de extremo redondeado no mayor de 0,23 mm (0,009 pulgadas) de diámetro
- 4-Uso de configuraciones de filamentos blandos según la definición de normas industriales internacionales aceptadas (ISO)
- 5-Formas de filamentos que favorezcan la eliminación de la placa en los espacios interproximales. (p. 707)

Analizando la obra de La Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración⁴⁶ (2009) puedo transcribir que:

Las características de un cepillo dental manual adecuado para la higiene oral deben incluir:

- Tamaño de mango adecuado para la edad y destreza motora del paciente que lo utilice.
- Tamaño de la cabeza del cepillo adecuado al tamaño de la boca del paciente.
- Uso de filamentos de nylon o poliéster de punta redondeada y tamaño inferior a 0,009 pulgadas de diámetro.
- Uso de filamentos suaves configurados según los estándares de la industria.
- Filamentos que permitan mejorar la eliminación de placa en los espacios interproximales y a lo largo del margen gingival. (p. 78)

Técnicas de cepillado dental.

⁴⁵ Lindhe, J., Lang, N. (2009). Periodontología clínica e implantología odontológica (5ª ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

⁴⁶ Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración. (2009). Manual de Higiene Bucal: Placa Bacteriana. Madrid, Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

Estudiando la obra de Pires, Schmitt y Kim⁴⁷ (2009) puedo conocer que “Al realizar la higiene, se recomienda una técnica que alcance todos los dientes en sus diferentes áreas: de frente (vestibular), por atrás (lingual), procurando dar atención a las áreas próximas a la encía y en las caras masticatorias (oclusales)” (p. 82).

Examinando la obra de Lindhe y Lang⁴⁸ (2009) puedo exponer que:

No hay técnica de higiene bucal que sea adecuada para todos los pacientes. La morfología de la dentición (apiñamiento, diastemas, fenotipo gingival y otros), el tipo y la gravedad de la desstrucción del tejido periodontal así como la propia destreza manual del paciente determinan qué clase de elementos auxiliares de higiene y técnicas de limpieza se deben recomendar. (p. 708)

Estudiando la obra de Herazo⁴⁹ (2012) puedo citar que:

No hay una técnica ideal para el cepillado dental; la mejor técnica de cepillado es la que cada persona desarrollar para lograr lo más importante, que es el retiro total de la placa bacteriana, o sea un índice de higiene oral cero. (p. 216)

Considerando la obra de Eley, Soory y Manson⁵⁰ (2012) puedo referenciar que:

Se han diseñado gran número de técnicas de cepillado, pero los requisitos de un método satisfactorio de cepillado son pocos:

1. La técnica debe limpiar todas las superficies dentales, en particular el área del surco gingival y la región interdental. Una técnica de frotado limpiara bien las convexidades de los dientes pero dejará placa en lugares más protegidos.

⁴⁷ Pires, M., Schmith, R., y Kim, S. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Sao Paulo, República Federativa de Brasil: Editorial Santos.

⁴⁸ Lindhe, J., Lang, N. (2009). Periodontología clínica e implantología odontológica (5ª ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

⁴⁹ Herazo, B. (2012). Clínica del sano en odontología: Higiene bucodental (4ª ed.). Bogotá, República de Colombia: Editorial Ecoe.

⁵⁰ Eley, B., Soory, M. y Manson, J. (2012). Periodoncia (6ª ed.). Barcelona, Reino de España: Editorial Elsevier.

2. El movimiento del cepillo no debe lesionar los tejidos blandos ni los duros. Los métodos de frotado vertical y horizontal pueden producir recesión gingival y abrasión dental.
3. La técnica debe ser simple y fácil de aprender. Una técnica fácil de usar para una persona puede resultar difícil para otro individuo; por tanto, cada persona necesita una guía individual.
4. El método debe estar bien organizado, de forma que cada parte de la dentición sea cepillada siguiendo un orden y no se pase por alto ningún área. (p. 153)

Cabe destacar las técnicas de cepillado dental existentes, aunque no todas son utilizadas:

Técnica de Bass.

Investigando la obra de Bordoni, Escobar y Castillo⁵¹ (2010) puedo conocer que:

La técnica consiste en:

- Colocar las cerdas a 45° con respecto al eje mayor del diente, dirigiendo el extremo libre hacia el cuello del diente.
- Presionar ligeramente en el margen gingival y en la zona interproximal.
- Mover de atrás hacia adelante con acción vibratoria por 10 a 15 segundos (10 veces) en el mismo lugar para desorganizar la placa.

Para las caras vestibulares de todos los dientes y para las linguales de los premolares y molares el mago debe mantenerse paralelo y horizontal al arco dentario. (p. 254)

Analizando la obra de Newman, Takei, Klokkevold y Carranza⁵² (2010) puedo transcribir que “La técnica de Bass requiere paciencia y la colocación del cepillo en muchas direcciones para cubrir toda la dentadura” (p. 734).

⁵¹ Bordoni, N. , Escobar R., Castillo M. (2010). Odontología pediátrica. La salud del niño y el adolescente en el mundo actual. Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Panamericana.

⁵² Newman, Takei, Klokkevold y Carranza. (2010). Carranza Periodontología Clínica. (10ª ed.). Estados Unidos Mexicanos: Editorial Mc Graw Hill

Técnica de Charter.

Examinando la obra de Sánchez, Saura y Moya⁵³ (2006) puedo citar que:

El cepillo se coloca con las cerdas dirigidas hacia la corona, con un ángulo de 45° con respecto al eje mayor de los dientes. Las cerdas no penetran en el surco gingival, pero si en los espacios interproximales, y una vez en posición lo vibramos para que las cerdas limpien estos espacios. Está indicado en pacientes con enfermedad periodontal y en pacientes que han perdido puntos de contacto. (pp. 57 y 58)

Técnica fisiológica o de Smith – Bell.

Estudiando la obra de la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración⁵⁴ (2009) puedo exponer que:

Se colocan los filamentos del cepillo dental en ángulo de 90° respecto a la superficie del diente para realizar un movimiento vertical desde las superficies oclusales y los bordes incisales de los dientes hacia el margen gingival.

Para la realización de esta técnica se recomiendan filamentos suaves. (p. 81)

Técnica Horizontal.

Considerando la obra de Bordoni, Escobar y Castillo⁵⁵ (2010) puedo referenciar que:

Las cerdas del cepillo se colocan a 90° con respecto al eje mayor del diente. A partir de esa posición el cepillo se mueve de atrás hacia adelante. Esta técnica está indicada en niños pequeños o con dificultades motrices importantes que no les permitan utilizar una técnica más compleja. (p. 254)

Técnica Stillman modificado.

⁵³ Sánchez, A., Saura, M. y Moya M. (2006). Manual de prácticas de periodoncia: 4º de odontología, Clínica Odontológica Universitaria. Murcia, Reino de España: Editorial Servicio de Publicaciones.

⁵⁴ Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración. (2009). Manual de Higiene Bucal: Placa Bacteriana. Madrid, Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

⁵⁵ Bordoni, N. , Escobar R., Castillo M. (2010). Odontología pediátrica. La salud del niño y el adolescente en el mundo actual. Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Panamericana.

Investigando la obra de Morales⁵⁶ (2007) puedo transcribir que:

En esta técnica se coloca el cepillo con los fibras descansando sobre la parte cervical de los dientes y sobre la encía adyacente, señalando en dirección apical. El cepillo forma un ángulo oblicuo hacia el eje mayor de la pieza y se aplica presión lateral contra el margen gingival. El cepillo se activa con movimientos cortos hacia delante y hacia atrás y se desplaza en dirección coronal a lo largo de la encía insertada, margen gingival y superficie del diente. En cada zona a cepillar esta acción se repite 20 veces. (p. 111)

Frecuencia del cepillado dental.

Analizando la obra de Barrancos⁵⁷ (2011) puedo conocer que:

No existe uniformidad de criterios respecto de la frecuencia óptima del cepillado. Según Sheiham (1977) la investigación existente ha demostrado que aumentando la frecuencia del cepillado a dos veces por día se logra una mejoría del estado periodontal pero no se obtienen mayores ventajas con un incremento adicional de la frecuencia. (p. 379)

Examinando la obra de Lindhe⁵⁸ (2008) puedo citar que:

No hay consenso sobre la frecuencia óptima del cepillado. No se sabe con qué frecuencia ni cuanta placa hay que eliminar para prevenir enfermedades dentales. La mayoría de las personas, incluidas las que sufren enfermedades periodontales son suelen ser capaces de eliminar por completo la placa dental como resultado del cepillado diario. Sin embargo, la eliminación completa de la placa no parece ser necesaria. Desde el punto de vista teórico el nivel apropiado de higiene bucal es el grado de eliminación de la placa que previene la gingivitis/enfermedad periodontal y la caries en cada paciente. (p. 710)

Duración del cepillado dental.

⁵⁶ Morales, F. (2007). Temas prácticos en Geriátría y Gerontología. San José, República de Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia.

⁵⁷ Barrancos, M. (2011). Operatoria Dental Integración Clínica: Prevención en Cariología (4ª ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

⁵⁸ Lindhe, J., Lang, N. (2009). Periodontología clínica e implantología odontológica (5ª ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Estudiando la obra de Lindhe⁵⁹ (2009) puedo exponer que “Los pacientes suelen pensar que dedican al cepillado más tiempo del que le dedican realmente (Saxer y col. 1998)” (p. 710).

Considerando la obra de Romanelli, Adams y Schinini⁶⁰ (2012) puedo conocer que “Es directamente proporcional a la eliminación del biofilm; en una boca completamente dentada, se dedican alrededor de 5 minutos en cepillar todas las piezas” (p. 31).

Investigando la obra de Barrancos⁶¹ (2011) puedo transcribir que:

Para cubrir los cuatro cuadrantes se requieren aproximadamente dos minutos y medio, por lo que el tiempo mínimo estimado para cubrir todas las zonas que deben limpiarse con la cantidad de movimientos apropiados es de tres minutos (Matsuzawa, 1975). (p. 379)

Limpieza del Cepillo Dental.

Analizando la obra de Pires, Schmitt y Kim⁶² (2009) puedo referenciar que:

Después del uso del cepillo, es importante que se lave y seque. Los padres deben guardarlo en un lugar seco y ventilado para evitar la contaminación y proliferación de hongos y bacteria. Para una limpieza más profunda, sugerimos la utilización de una solución desinfectante de hipoclorito de sodio, diluida en un poco de agua, y enjuagues bucales antibacterianos. Lo ideal es dejar el cepillo inmerso por aproximadamente media hora. (pp. 79 y 80)

⁵⁹ Lindhe, J., Lang, N. (2009). Periodontología clínica e implantología odontológica (5ª ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

⁶⁰ Romanelli, H., Adams, E. y Schinini, G. (2012). 1001 Tips en periodoncia. Del fundamento biológico a la práctica clínica paso a paso. República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca.

⁶¹ Barrancos, M. (2011). Operatoria Dental Integración Clínica: Prevención en Cariología (4ª ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana

⁶² Pires, M., Schmith, R., y Kim, S. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Sao Paulo, República Federativa de Brasil: Editorial Santos.

Estudiando la obra de Hernández⁶³ (2007) puedo exponer que “Debemos limpiar el cepillo bajo el chorro de agua y separar las cerdas, a lo largo y ancho del cepillo, para eliminar totalmente los residuos de la pasta que pudieran haber quedado en la base de las cerdas” (p. 48).

Cambio del cepillo dental.

Indagando la obra de Pires, Schmitt y Kim⁶⁴ (2009) puedo referenciar que:

Sugerimos su cambio por lo menos cada mes, no solo por deformación de las cerdas, sino por el gran número de colonias de bacterias que pueden ser encontradas en ellos. Después de cierto tiempo de uso, las cerdas pierden su flexibilidad correcta. (p. 79)

Considerando la obra de Eley, Soory y Manson⁶⁵ (2010) puedo citar que “Se suele recomendar la renovación del cepillo de dientes cada 3 meses. Los estudios de mercado indican que las mujeres cambian sus cepillos con más frecuencia que los hombres” (p. 158).

Cepillado de la lengua.

⁶³ Hernández, H. (2007). Manual de Personalidad e Imagen. [En línea]. Consultado: [13, mayo, 2014] Disponible en: <http://books.google.com.ec/books?id=k9OqFbxwH08C&pg=PA46&dq=tecnicas+de+cepillado+dental&hl=es&sa=X&ei=r ByU - yM8qwsQTC5YG4BA&ved=0CDUQ6AEwBTgK#v=onepage&q=tecnicas%20de%20cepillado%20dental&f=false>

⁶⁴ Pires, M., Schmith, R., y Kim, S. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Sao Paulo, República Federativa de Brasil: Editorial Santos.

⁶⁵ Eley, B., Soory, M. y Manson, J. (2012). Periodoncia. (6ª ed.). Barcelona, Reino de España: Editorial Elsevier.

Investigando la obra de Casilla y León⁶⁶ (2006) puedo transcribir que “Debe instruirse al paciente para que cepille la lengua. Limpiándola se eliminan depósitos que pueden causar olores o contribuir a la formación de placa en otras áreas de la boca” (p. 227).

Analizando la obra de Barrancos⁶⁷ (2011) puedo conocer que:

Actualmente se hace hincapié en el cepillado de la cara dorsal de la lengua ya que ciertos estudios han demostrado la presencia de bacterias que podrían colonizar las superficies dentales o ser responsables de la eliminación de gases que producen la halitosis. (p. 407)

Importancia del cepillado de la lengua.

Estudiando la obra de Monés⁶⁸ (2009) puedo exponer que:

Es importante recordar el cepillado de la lengua, que completa el cepillado de dietes y encías. El cepillado de la lengua se puede realizar con el mismo cepillo de dientes o con cepillos específicos raspadores o limpiadores de lengua. Ambas cosas se han demostrado útiles para disminuir y eliminar la lengua saburral, lo que consigue descender el número de bacterias y también la producción de gases sulfúricos responsables del mal aliento. (p. 31)

Limpiadores o raspadores de lengua.

⁶⁶ Castilla y León (2006). Higienistas Dentales. [En línea]. Consultado: [14, mayo, 2014] Disponible en: http://books.google.com.ec/books?id=IDfSL5xhQ1sC&pg=PA224&dq=cepillado+de+la+lengua&hl=es&sa=X&ei=phv-U_rzL8HmsAT98IHADA&ved=0CCkQ6AEwAg#v=onepage&q=cepillado%20de%20la%20lengua&f=false

⁶⁷ Barrancos, M. (2011). Operatoria Dental Integración Clínica: Prevención en Cariología (4ª ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

⁶⁸ Monés, J. (2009). El médico en casa, comprender el Estreñimiento y la Diarrea. Barcelona, Reino de España: Editorial Amat.

Examinando la obra de Cuenca y Baca⁶⁹ (2013) puedo citar que “Son instrumentos de plástico de diseño sencillo, con un borde que se puede pasar por el dorso de la lengua con el objetivo de eliminar la placa bacteriana” (p. 83).

Limpieza interdental.

Considerando la obra de Eley, Soory y Manson⁷⁰ (2012) puedo referenciar que:

Puesto que la región interdental es el sitio más común de retención de placa y el más inaccesible al cepillo de dientes, esa zona necesita métodos especiales de limpieza. Entre ellos se incluyen uso de seda dental, la cinta, las puntas de madera, los monopenachos y los cepillos interproximales. También aquí es necesario recordar que durante las primeras fases de instrucciones de higiene oral para el cuidado domiciliario, la técnica aconsejada debe ser fácil para que el paciente la aplique. Si no es fácil, el paciente se desanimará pronto. El objetivo es eliminar la placa sin lesionar los tejidos blandos y el uso de las puntas de madera o de la seda puede resultar perjudicial si se realiza mal. (p. 156)

Investigando la obra de Laserna Santos⁷¹(2008) puedo transcribir que “La limpieza diaria del espacio interdental es necesaria para prevenir la caries dental y la enfermedad periodontal, y también afirman que para la limpieza del espacio interdental no sirve el cepillado dental” (p. 23)

Seda o hilo dental.

⁶⁹ Cuenca, E., y Baca, P. (2013). Odontología preventiva y comunicaría. Principios de la prevención y promoción de la salud en odontología (4ª ed.). Barcelona, Reino de España: Editorial Masson.

⁷⁰ Eley, B., Soory, M. y Manson, J. (2012). Periodoncia (6ª ed.). Barcelona, Reino de España: Editorial Elsevier.

⁷¹ Laserna Santos, Vicente. (2008). Higiene dental personal diaria. Victoria BC, Canadá: Editorial Trafford Publishing.

Analizando la obra de Palma y Sánchez⁷² (201) puedo conocer que:

Con cualquier técnica de cepillado que se emplee, solo se elimina la placa presente en tres de las caras del diente (borde incisal o cara oclusal, la vestibular y la palatina o lingual), y quedan sin limpiar aún dos, las zonas interdentes. Por eso se hace necesario utilizar otros dispositivos, como la seda dental, que se recomienda cuando los espacios interdentes son pequeños. (p. 259)

Indagando la obra de Preti⁷³ (2008) puedo exponer que:

El hilo interdental es un instrumento eficaz para la remoción de la placa bacteriana que se anida en los espacios interdentes y subpapilares. Realiza su eficaz labor sólo en las superficies convexas, por lo tanto, en los sectores posteriores es a menudo insuficiente, debido a la presencia de concavidades interproximales. (p. 602)

Examinando la obra de Pires, Schmitt y Kim⁷⁴ (2009) puedo citar que:

El hilo dental es completamente indispensable para una perfecta limpieza bucal. Es un elemento usado para la limpieza de los espacios interdentes, ya que en esas zonas no se consigue acceso con el cepillo. Es ahí donde los dientes contactan por lo que hay mayor facilidad de retener la placa bacteriana y restos alimenticios. (p. 86)

Investigando la obra de Monés⁷⁵ (2009) puedo referenciar que “La manera más eficaz para realizar la limpieza de las superficies proximales es utilizando el hilo dental” (p. 110).

⁷² Palma, A., y Sánchez, F. (2013). Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica: prevención y Mantenimiento de la Salud Bucodental (2ª ed.). Madrid, Reino de España: Editorial Paraninfo S.A.

⁷³ Preti, G. (2008). Rehabilitación Protésica. República de Colombia: Editorial Amolca.

⁷⁴ Pires, M., Schmitt, R., y Kim, S. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Sao Paulo, República Federativa de Brasil: Editorial Santos.

Estudiando la obra de Rivas⁷⁶ (2011) puedo transcribir que “El uso de hilo dental es un complemento perfecto al cepillado dental para eliminar los restos alimenticios que quedan entre los dientes” (p. 24).

Considerando la obra de Lindhe⁷⁷ (2009) puedo conocer que “Cuando se los utiliza en forma apropiada eliminan hasta el 80% de la placa proximal. También se elimina la placa subgingival porque el hilo interdental puede introducirse hasta 2-3,5 mm debajo del extremo de la papila (Waerhaug 1981b)” (p. 715).

Tipos de seda dental.

Investigando la obra de García⁷⁸ (2006) puedo exponer que existen diferentes tipos de hilos o cedas dentales:

- El hilo dental. Con cera o sin ella. Tiene una superficie redondeada. Se usa en personas con espacios interdentes normales.
- La cinta dental. Con o sin cera. Tiene una amplia superficie plana. En personas con grandes espacios interdentes.
- Super-floss. Es un hilo de seda específico para puentes fijos y aparatos de ortodoncia.
- Poscare. Es un hilo trenzado especial para los pilares de los implantes. (técnicas de uso de la seda dental, ¶ 2)

Frecuencia del uso del hilo o seda dental.

⁷⁵ Monés, J. (2009). El médico en casa, comprender el Estreñimiento y la Diarrea. Barcelona, Reino de España: Editorial Amat.

⁷⁶ Rivas, V. (2011). Salud Comunitaria. Tacna, República de Perú.

⁷⁷ Lindhe, J., Lang, N. (2009). Periodontología clínica e implantología odontológica (5ª ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

⁷⁸ García, C. (2006). Boca sana. Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco-dental. Madrid, Reino de España: Editorial Ripano.

Razonando la obra de Eley, Soory y Manson⁷⁹ (2012) puedo citar que “El uso de la seda alrededor de todos los dientes se debe realizar una vez al día” (p. 156).

Recomendaciones de uso.

Comparando la obra de Cuenca y Baca⁸⁰ (2013) puedo referenciar que “En aquellas personas (específicamente jóvenes) en las que la papila rellena totalmente el espacio interdental solo se puede utilizar hilo dental” (p. 82).

Técnica para el pasaje de hilo dental.

Analizando la obra de Bordoni, Escobar y Castillo⁸¹ (2010) puedo transcribir que:

La técnica propuesta habitualmente requiere:

- La longitud del hilo: de 40 a 60 cm de hilo dental,
- la forma del hilo: un extremo del hilo se enrosca alrededor del dedo mayor de una mano y una parte menor del otro extremo en el mismo dedo de la otra mano, dejando 5 a 8 cm de hilo libres entre ambas manos,
- el tensado del hilo y guía del hilo entre los dientes se realiza aplicando un movimiento “en serrucho” hacia la encía deslizándolo contra la cara proximal distal del diente anterior y luego contra la cara mesial del diente posterior para remover la placa interproximal hasta debajo del margen gingival,
- el desplazamiento del sector de hilo usado en cada espacio proximal para limpiar cada diente con hilo limpio. (p. 255)

Dentífricos o pastas dentales.

⁷⁹ Eley, B., Soory, M. y Manson, J. (2012). Periodoncia (6ª ed.). Barcelona, Reino de España: Editorial Elsevier.

⁸⁰ Cuenca, E., y Baca, P. (2013). Odontología preventiva y comunicaría. Principios de la prevención y promoción de la salud en odontología (4ª ed.). Barcelona, Reino de España: Editorial Masson.

⁸¹ Bordoni, N. , Escobar R., Castillo M. (2010). Odontología pediátrica. La salud del niño y el adolescente en el mundo actual. Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Panamericana.

Examinando a Rivas⁸² (2011) puedo conocer que:

Son aquellos productos (cremas, pastas, soluciones, polvos) que se utilizan para la limpieza de la dentadura, y generalmente acompañan al método de cepillado.

Es importante destacar, sin embargo, que sin un buen método de cepillado, la acción de los dentífricos es ineficaz. (p. 95)

Estudiando la obra de Lindhe⁸³ (2009) puedo exponer que “El uso del cepillo suele combinarse con un dentífrico (vendido como *pasta dental*) con el propósito de facilitar la eliminación de la placa y aplicar sustancias a las superficies dentarias por razones terapéuticas o preventivas” (p. 718).

Considerando la obra de García⁸⁴ (2006) puedo citar que “Son preparaciones que tienen por objeto ayudar a los cepillos dentales a remover los residuos de alimentos y la placa dental” (pastas dentales y colutorios, ¶ 1).

Investigando la obra de Bordoni, Escobar y Castillo⁸⁵ (2010) puedo referenciar que:

Jenkins y cols. (1993b), utilizando una pasta dentífrica con 1% de clorhexidina, han demostrado mayor efecto antiplaca que cuando se usa pasta con placebo. Recientemente se han incorporado geles en las mismas concentraciones de los enjuagatorios (al 0.2% y al 0.12%). (p. 261)

Componentes de los dentífricos.

⁸² Rivas, V. (2011). Salud Comunitaria. Tacna, República de Perú.

⁸³ Lindhe, J., Lang, N. (2009). Periodontología clínica e implantología odontológica (5ª ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

⁸⁴ García, C. (2006). Boca sana. Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco-dental. Madrid, Reino de España: Editorial Ripano.

⁸⁵ Bordoni, N. , Escobar R., Castillo M. (2010). Odontología pediátrica. La salud del niño y el adolescente en el mundo actual. Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Panamericana.

Analizando la obra de Herazo⁸⁶ (2012) puedo conocer que:

Están compuestas por abrasivos, humectantes, aglutinantes, preservativos, espumantes, saborizantes, detergentes, colorantes, odorizantes y pueden contener agentes o sustancias activas, preventivas o terapéuticas como el monofluorofosfato de sodio, fluoruro de sodio, fluoruro de estaño, clorofila, sábila, clorhexidina, sanguinarina, sustancia reveladora y muchas más. Puede considerarse que las cremas dentales o dentífricos son excelentes vehículos para aplicar otras sustancias en la cavidad bucal. (p. 223)

Dentífricos con flúor.

Examinando la obra de Pires, Schmitt y Kim⁸⁷ (2009), puedo citar que:

El uso de dentífricos fluorados tiene gran valor e importancia en prevención. El uso constante de pasta dental, por lo menos de tres veces al día, hace que el flúor sea mantenido en contacto con la superficie de los dientes en baja concentración, lo que es bastante para ser eficiente. (p. 91)

Colutorios.

Estudiando la obra de Eley, Soory y Manson⁸⁸ (2012) puedo referenciar que:

Los colutorios se han usado con diversos objetivos, como la limpieza de los restos de alimentos de la boca, el aporte de sustancias antibacterianas para evitar o reducir la acumulación de placa, el suministro de fluoruros contra las caries y la reducción de la actividad de los microorganismos productores de malos olores. (p. 158)

⁸⁶ Herazo, B. (2012). Clínica del sano en odontología: Higiene bucodental (4ª ed.). Bogotá, República de Colombia: Editorial Ecoe.

⁸⁷ Pires, M., Schmith, R., y Kim, S. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Sao Paulo, República Federativa de Brasil: Editorial Santos.

⁸⁸ Eley, B., Soory, M. y Manson, J. (2012). Periodoncia (6ª ed.). Barcelona, Reino de España: Editorial Elsevier.

Investigando la obra de Preti⁸⁹ (2008) puedo transcribir que “El objetivo que se persigue con el uso de esta sustancia es el de controlar e inhibir la flora bacteriana presente tanto encima como por debajo del margen gingival” (p. 609).

Frecuencia.

Investigando la obra de Tripathi⁹⁰ (2008) puedo citar que:

El enjuague bucal dos veces por día con clorhexidina al 2,2% reduce de manera uniforme la placa dental y previene la aparición de gingivitis. El uso regular a largo plazo protege contra la enfermedad periodontal a las personas susceptibles y mejora la salud de las encías. Sin embargo, se debe emplear sólo como adyuvante de otras medidas de higiene bucal y atención profesional. (p. 493)

Considerando la obra de Pires, Schmitt y Kim⁹¹ (2009) puedo conocer que “Las gárgaras con flúor pueden ser hechos diariamente en casa, después del último cepillado, con concentración de 0.05% de NaF (Fluoruro de Sodio)” (p. 92).

2.1.3. Hábitos alimentarios y dietéticos.

Analizando la obra de Gómez⁹² (2007) puedo citar que “Las frutas, legumbres y verduras son indispensables para la buena salud bucodental, ya que además de limpiar los dientes, los fortalecen y protegen. Se recomienda ingerir por lo menos una fruta en cada comida” (p. 211).

⁸⁹ Preti, G. (2008). Rehabilitación Protésica. Colombia: Editorial Amolca.

⁹⁰ Tripathi, K. (2008). Farmacología en odontología fundamentos. Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

⁹¹ Pires, M., Schmith, R., y Kim, S. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Sao Paulo, República Federativa de Brasil: Editorial Santos.

⁹² Gómez, O. (2007). Educación para la salud (4ª reimp.). San José, República de Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia.

Estudiando la obra de Bello⁹³ (2012) puedo referenciar que:

Los hábitos alimenticios se generan en el transcurso de la vida e influyen de un modo bien patente en las distintas etapas del ser humano, hasta el punto de que el desarrollo del niño, el crecimiento del adolescente, el equilibrio del adulto y la supervivencia del anciano dependen en gran parte de la alimentación recibida. (p. 9)

Considerando la obra de Casanueva, Kaufer, Pérez y Arroyo⁹⁴ (2008) puedo transcribir que:

La educación para la salud de un individuo comienza desde su gestación. Cuando la futura madre recibe información que le permite establecer hábitos alimentarios saludables en conjunto con otras medidas de protección específica, es posible evitar la caries y eludir que se cumpla el viejo refrán que dice: “cada niño es un diente perdido” (p. 252).

Investigando la obra de Gil, Martínez y Maldonado⁹⁵ (2010) puedo conocer que:

El estudio de la relación de los hábitos alimentarios con la salud presenta numerosas dificultades metodológicas, que se deben conocer para comprender la fortaleza de algunas observaciones y la debilidad de otros hallazgos, y para ayudar a interpretar la importancia de las asociaciones entre los nutrientes, los alimentos o la dieta y la salud de una población. (p. 4)

Indagando la obra de De Luis, Bellido y García⁹⁶ (2010) puedo exponer que “Es necesario usar métodos para conocer de la forma más precisa posible los hábitos nutricionales de los pacientes (encuestas de frecuencias) e ingesta detallada de los mismos (registros y recordatorios)” (p. 79).

⁹³ Bello, J. (2012). Calidad de vida, Alimentos y salud Humana: Fundamentos científicos. Madrid, Reino de España: Ediciones Días de Santos S.A.

⁹⁴ Casanueva, E., Kaufer, M., Pérez, A. y Arroyo, P. (2008). Nutriología Médica (3ª ed.). Estados Unidos Mexicanos: Editorial Médica Panamericana.

⁹⁵ Gil, A., Martínez, E. y Maldonado, J. (2010). Tratado de nutrición. Nutrición Humana en el Estado de Salud (2ª ed.). Madrid, Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

⁹⁶ De Luis, D., Bellido, D., y García, P. (2010). Dietoterapia, Nutrición Clínica y Metabolismo. Reino de España: Editorial Díaz de Santos.

Examinando la obra de Rodríguez y Simón⁹⁷ (2008) puedo referenciar que:

Los hábitos alimentarios se han modificado drásticamente en los últimos años, y la alimentación tradicional se ha visto desplazada por otras de elevada densidad energética, exceso de alimentos y menor riqueza nutricional en algunos casos, que suponen un riesgo para la salud. (p. 395)

Estudiando la obra de Gutiérrez⁹⁸ (2006) puedo conocer que “Los alimentos tienen las proteínas, vitaminas y minerales necesarios para fortalecer las estructuras bucodentales, por ejemplo, los dientes, con lo cual adquieren los mecanismos de defensa necesarios para resistir traumas físicos y la agresión de microorganismos o sustancias patógenas” (p. 88).

Dieta.

Considerando la obra de Eley, Soory y Manson⁹⁹ (2012) puedo exponer que:

Pocos temas sanitarios interesan tanto a las personas como la dieta. Más mitos y neurosis afectan el tema de la nutrición que la mayoría de los demás temas y su relación con la salud dental no es una excepción. «¿Cómo afecta la dieta a mis encías?» es una pregunta constante, y una respuesta satisfactoria debe cubrir dos aspectos de este tema:

1. Las deficiencias nutricionales no causan enfermedad gingival. Sin embargo, si ya existe enfermedad provocada por la placa, las deficiencias nutricionales pueden afectar a su desarrollo; por tanto, hay que sugerir una dieta equilibrada.
2. Son importantes tanto la composición química como la consistencia física de los alimentos. Aunque algunas superficies dentales se pueden

⁹⁷ Rodríguez, V. y Simón, E. (2008). Bases de la alimentación humana. Reino de España: Editorial Netbiblo.

⁹⁸ Gutiérrez, J. (2006). Fundamentos de ciencias básicas aplicadas a la odontología (1ª ed.). [En línea]. Consultado: [19, mayo, 2014] Disponible en: <http://books.google.com.ec/books?id=4szLuVOtgC0C&pg=PA87&dq=nutricion+en+salud+bucal&hl=es&sa=X&ei=p-N6U6irOo6gsASN9oH4AQ&ved=0CDQQ6AEwAA#v=onepage&q=nutricion%20en%20salud%20bucal&f=false>

⁹⁹ Eley, B., Soory, M. y Manson, J. (2012). Periodoncia (6ª ed.). Barcelona, Reino de España: Editorial Elsevier.

limpiar mediante el consumo de alimentos duros y fibrosos, se ha demostrado con claridad que los alimentos como las manzanas, las zanahorias, el apio, etc., no tienen efecto sobre los depósitos de placa en el surco gingival, sobre todo en las regiones interdetales. Por otra parte, los alimentos duros fibrosos no favorecen el depósito de placa y por tanto son beneficiosos como sustitutos de alimentos blandos adherentes que favorecen el depósito de placa. Se debe desaconsejar el consumo de azúcar en cualquier forma, sobre todo entre comidas. (p. 159)

Investigando la obra de Pires, Schmitt y Kim¹⁰⁰ (2009) puedo citar que “La dieta tiene un papel central y determinante en el desarrollo de la caries” (p. 70).

Analizando la obra de Aranceta¹⁰¹ (2002) puedo referenciar que:

Pese a que los factores genéticos juegan un papel determinante en la expectativa de vida, la dieta y la nutrición contribuyen decisivamente a aumentar la calidad de vida de los mayores, y a prevenir y tratar numerosas enfermedades que les afectan. Una alimentación adecuada contribuye a preservar a las personas mayores de la pérdida de tejidos y funciones orgánicas, de enfermedades crónicas degenerativas, etc. (p. 26)

Medidas sobre la dieta.

Examinando la obra de Rivas¹⁰² (2011) puedo transcribir que:

El tipo de dieta influye considerablemente en la producción de caries. Para que los dientes estén fuertes es importante una buena alimentación. Una dieta sin exceso de hidratos de carbono refinados (azúcar) y que contenga vitaminas y minerales, sobre todo calcio, es la más aconsejable para mantener una boca sana. Por tanto, es recomendable no abusar de alimentos ricos en azúcar como: dulces, caramelos, bebidas azucaradas; procurando reducir la frecuencia del consumo de estos alimentos y que se tomen solo durante las comidas.

¹⁰⁰ Pires, M., Schmith, R., y Kim, S. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Sao Paulo, República Federativa de Brasil: Editorial Santos.

¹⁰¹ Aranceta, J. (2002). Guía práctica sobre hábitos de Alimentación y Salud. Reino de España: Editorial SENC.

¹⁰² Rivas, V. (2011). Salud Comunitaria. Tacna, República de Perú.

Los alimentos más ricos en vitaminas, minerales y calcio, son los lácteos, verduras y frutas frescas.

Es conveniente evitar comer entre horas, ya que los restos de alimentos permanecen entre los dientes hasta que se cepillan, favoreciendo así la aparición de caries.

Disminuir el consumo de azúcares y una dieta equilibrada ayuda a disminuir el riesgo de sufrir caries.

Reducir la toma de refrescos azucarados, el cambio de zumos concentrados por zumos naturales son otras medidas recomendables.

La modificación de la frecuencia del consumo es incluso más importante que la cantidad. (pp. 24 y 25)

Control dietético.

Estudiando la obra de Palma y Sánchez¹⁰³ (213) puedo conocer que “La dieta es uno de los factores que contribuyen al desarrollo de la caries, pero también afecta al desarrollo de los dientes” (p. 274).

Azúcares.

Considerando la obra de Casanueva, Kaufer, Pérez y Arroyo¹⁰⁴ (2008) puedo exponer que:

Investigadores de la Universidad de Rochester demostraron que los hidratos de carbono de alimentos con un rico contenido de azúcar son removidos con mayor rapidez de la boca que los hidratos de carbono menos saludables de otros alimentos. Además, cuando se consumen alimentos azucarados la retención de los hidratos de carbono en la boca se eleva inmediatamente después de la ingestión, pero su permanencia no es mayor, a menos que otros componentes del alimento sean retenidos. (p. 247)

¹⁰³ Palma, A., y Sánchez, F. (2013). Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica: prevención y Mantenimiento de la Salud Bucodental (2ª ed.). Madrid, Reino de España: Editorial Paraninfo S.A.

¹⁰⁴ Casanueva, E., Kaufer, M., Pérez, A. y Arroyo, P. (2008). Nutriología Médica (3ª ed.). Estados Unidos Mexicanos: Editorial Médica Panamericana.

Considerando la obra de Barrancos¹⁰⁵ (2011) puedo citar que “Numerosos estudios han demostrado que la exposición frecuente de azúcares refinados induce a la colonización y multiplicación de microorganismos cariogénicos, sobre todo si la exposición se produce entre comidas (ADA Council, 1995; Anderson MH, 1991 y 1993; Hume WR, 1993)” (p. 343).

Analizando la obra de Berdanier¹⁰⁶ (2010) puedo referenciar que “El consumo frecuente de alimentos muy azucarados y almidones, como los bocadillos entre comidas, predispone al deterioro dental. El alimento debe contener menos de 0.5 g de azúcar” (p. 70)

Edulcorantes.

Examinando la obra de Raspini, Dirr, Rinaldi y Jesús¹⁰⁷ (2010) puedo transcribir que:

Los EDULCORANTES o ENDULZANTES, como su mismo nombre lo indica son sustancias que le otorgan sabor dulce a los alimentos o preparaciones.

Están los EDULCORANTES NUTRITIVOS y NO NUTRITIVOS.

Los edulcorantes nutritivos son edulcorantes que aportan energía, ya que contienen carbohidratos, entre ellos están los derivados del azúcar, la fructosa, la miel, la melaza, jarabe de maíz.

Los EDULCORANTES O NUTRITIVOS no aportan prácticamente energía y no contienen carbohidratos, por lo tanto los valores de glucemia no se ven alterados con su consumo, entre los más comunes están: accesulfame de potasio, aspartamo, ciclamato, sacarina. (p. 177)

¹⁰⁵ Barrancos, M. (2011). Operatoria Dental. Integración Clínica (5ª reimp.). Bogotá, República de Colombia: Editorial Médica Panamericana.

¹⁰⁶ Editado por Berdanier, C., Dwyer, J. y Feldman, E. (2010). Nutrición y alimentos (2ª ed.). Estados Unidos Mexicanos: McGraw-Hill Interamericana editores, S.A. de C.V.

¹⁰⁷ Raspini, M., Dirr, A., Rinaldi, M. y Jesús, V. (2010). Fisiopatología y Dietoterapia del niño (1ª ed.). Mar del Plata, República de Argentina: Editorial EBook.

Estudiando la obra de Aranceta¹⁰⁸ (2002) puedo conocer que “Un elevado consumo de azúcares o edulcorantes puede tener efectos negativos en la salud, como el aumento de obesidad, o el desplazamiento en la ingesta de otros alimentos de interés” (p. 19).

Asesoría nutricional.

Investigando la obra de Bordoni, Escobar y Castillo¹⁰⁹ (2010) puedo exponer que “Consiste en transmitir el conocimiento adquirido a un individuo o comunidad esperando un cambio de comportamiento favorable” (p. 280).

Clasificación de los alimentos.

Considerando la obra de Salvador y Bultó¹¹⁰ (2001) puedo exponer que:

Los alimentos suelen clasificarse en grupos o familias según su contenido en nutrientes, su origen (animal o vegetal), su función en el organismo, etc. A continuación se presenta una clasificación de los alimentos en forma de pirámide. Es quizás una de las clasificaciones mejor aceptadas actualmente en el ámbito de la educación alimentaria.

1. Cereales y féculas
2. Verduras y hortalizas
3. Frutas
4. Leche y derivados lácteos
5. Carnes, pescados, huevos y legumbres
6. Aceites y frutos secos

Estos grupos de alimentos pueden considerarse básicos. Es conveniente ingerir a diario alimentos de estos seis grupos para conseguir un equilibrio adecuado en la alimentación. Por otro lado, existen una serie de alimentos y bebidas que no se consideran básicos como el azúcar, la sal, los productos azucarados, las grasas animales de adición, las bebidas refrescantes, las estimulantes y las alcohólicas, sino que son complementarios. (pp. 16 y 17)

¹⁰⁸ Aranceta, J. (2002). Guía práctica sobre hábitos de Alimentación y Salud. Reino de España: Editorial SENC.

¹⁰⁹ Bordoni, N. , Escobar R., Castillo M. (2010). Odontología pediátrica. La salud del niño y el adolescente en el mundo actual. Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Panamericana.

¹¹⁰ Salvador, G. y Bultó, L. (2001). Larousse de la Dieta y la Nutrición. Gran Canaria, Reino de España: Editorial Larousse.

Alimentos protectores.

Considerando la obra de Bordoni, Escobar y Castillo¹¹¹ (2010) podemos citar que “Ciertos alimentos por sus componentes y características como textura, solubilidad y retentividad se consideran protectores contra la caries dental. Actúan neutralizando ácidos, promoviendo la remineralización o estimulando la producción de saliva (Bowen, 1994; Tabak y col., 1989)” (p. 279).

2.1.4. Visita al odontólogo.

Analizando la obra de Rivas¹¹² (2011) puedo referenciar que:

El odontólogo es quién debe transmitir y reforzar la educación sanitaria con respecto a la boca.

Guiar en las técnicas de cepillado, uso del hilo dental, el refuerzo de actitudes positivas en la dieta e higiene.

Monitorizar la salud de nuestra boca y el desarrollo de la boca en los niños, actuando cuando sea necesario para corregir situaciones que hagan peligrar esta salud. (pp. 25 y 26)

Investigando la obra de Lima y Casanova¹¹³ (2006) puedo conocer que:

Se estima que entre el 10 y el 15 por ciento de la población experimenta ansiedad cuando tiene que acudir al odontólogo, lo que puede inducirle a cancelar o posponer su cita con el especialista y tiene efectos negativos sobre su salud buco dental. (pp. 2 y 3)

Indagando la obra de Lima y Casanova¹¹⁴ (2006) puedo exponer que:

¹¹¹ Bordoni, N. , Escobar R., Castillo M. (2010). Odontología pediátrica. La salud del niño y el adolescente en el mundo actual. Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Panamericana.

¹¹² Rivas, V. (2011). Salud Comunitaria. Tacna, República de Perú.

¹¹³ Lima Álvarez, M., & Casanova Rivero, Y. (ene.-abr de 2006). Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. Rev Hum Med, 6(1), 2-3.

Las barreras para asistir a un consultorio dependen de las experiencias pasadas y antecedentes psico-sociales del paciente, que combinados reducen su capacidad para visitar el odontólogo. En el paciente adulto las barreras incluyen ansiedad, costo financiero y percepción de la necesidad de tratamiento; en los más jóvenes está afectada por la actitud y ansiedad de los padres. En los adolescentes su cumplimiento depende del desarrollo psicológico. (pp. 2 y 3)

La primera entrevista.

Analizando la obra de Barrancos¹¹⁵ (2011) puedo citar que:

La primera entrevista que se mantiene con una persona que viene a solicitar los servicios del odontólogo es de suma importancia. En ella se establecen las pautas de lo que será en el futuro la relación paciente-profesional, se define el estilo de relación que se tendrá con la persona y se comenzará a crear el vínculo empático, clave del éxito en la relación y el tratamiento. (p. 95)

¹¹⁴ Lima Álvarez, M., & Casanova Rivero, Y. (ene.-abr de 2006). Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. Rev Hum Med, 6(1), 2-3.

¹¹⁵ Barrancos, M. (2011). Operatoria Dental Integración Clínica: Prevención en Cariología (4ª ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

2.2. Hipótesis.

2.2.1. Hipótesis General.

¿La Cultura Preventiva Bucal incide significativamente sobre en los pacientes que acuden a la consulta de odontología del Centro de Salud Riochico de la parroquia Riochico del cantón Portoviejo?

2.2.2. Unidades de observación y análisis.

El estudio se realizó con los pacientes que acudieron a la consulta de odontología del Centro de salud de la parroquia Riochico del cantón Portoviejo en el periodo de abril a mayo de 2014.

2.2.3. Variables.

Las variables del estudio, que son aquellas cuya operacionalización se expone en la matriz de operacionalización que se muestra a continuación, están diseñadas para proporcionar información sobre la cultura de prevención de la población en los aspectos de higiene bucodental, hábitos alimentarios dañinos para la salud bucodental y necesidad de visitar periódica y sistemáticamente al dentista. Además, también para caracterizar al paciente según sexo, edad, nivel de instrucción y otras.

2.2.4. Matriz de Operacionalización de las variables.

Ver anexo 3, p. 99.

CAPITULO III.

3. Marco Metodológico.

3.1. Modalidad de la investigación.

3.1.1. De campo.

Porque los problemas a estudiar surgieron de la realidad y la información debe obtenerse directamente de ella, mediante la técnica de encuestas.

3.1.2. Bibliográfica.

Porque la investigación se realizó basándose en textos de Odontología, revistas e internet.

3.2. Tipo de investigación.

Se realizó un estudio de corte transversal.

3.3. Métodos.

Encuestas aplicadas a los pacientes que asisten a la consulta odontológica para explorar los conocimientos que tienen sobre los métodos de prevención para preservar la salud bucodental.

3.4. Técnicas.

Aplicación de la encuesta.

3.5. Instrumentos.

Cuestionario para encuestas: se explorará la variable aplicada.

3.6. Recursos.

3.6.1. Humanos.

-Investigadora.

-Pacientes que asisten al Centro de Salud Riochico de la parroquia Riochico, cantón Portoviejo.

3.6.2. Recursos Tecnológicos.

-Cámara fotográfica.

-Computadora.

-Internet.

-Impresora.

-Pen drive.

-Calculadora.

3.6.3. Materiales.

-Materiales de oficina.

-Libros.

3.6.4. Recursos Económicos.

La elaboración de la investigación tuvo un costo aproximado de US \$387,36 dólares americanos que fueron financiados por la investigadora.

3.7. Población y muestra.

3.7.1. Población.

La población está constituida por 210 pacientes de 15 a 70 años que asistieron al Centro de Salud de la parroquia Riochico, cantón Portoviejo, provincia Manabí, República del Ecuador en el periodo de marzo a agosto del 2014.

3.7.2. Muestra.

Se tomó como muestra 150 pacientes de 15 a 70 años que entraron en el grupo de criterios de inclusión y exclusión.

3.7.3. Tipo de muestra.

El estudio fue declarado aleatorio simple.

3.7.4. Criterios de inclusión.

Se incluyeron en el estudio:

-Pacientes de 15 a 70 años que acudieron al Centro de Salud de la parroquia Riochico en el periodo abril – mayo de 2014.

3.7.5. Criterios de exclusión.

Se excluyeron del estudio:

-Niños/as menores de 15 años de edad.

-Pacientes subsecuentes a la consulta odontológica.

-Pacientes que no quisieron colaborar con las encuestas.

3.8. Recolección de la información.

La información primaria fue recolectada por la autora a partir de la encuesta que se aplicó a cada uno de los pacientes que acudieron al centro de salud Riochico de la parroquia Riochico.

3.8.1. Procesamiento de la información.

Los datos obtenidos de las variables a estudiar, serán ordenados y presentados mediante gráficos y cuadros estadísticos. La información cuantificada se procesó en el programa Excel 2010, lo que justifica las interpretaciones, comparaciones, decisiones, conclusiones y recomendaciones que se expondrán en el informe final.

3.9. Consideraciones éticas.

A todos los pacientes participantes en el estudio, se les proveerá de información necesaria y precisa sobre los objetivos de la investigación, además se contará con el consentimiento oral y escrito de los pacientes y de los directivos de la institución en la que realizará la investigación. Ver anexo 4, p. 104.

CAPITULO IV.

4. Análisis e Interpretación de los Resultados.

4.1. Análisis e interpretación.

Cuadros y gráficos de las encuestas dirigidas a los pacientes que acudieron al Centro de Salud Riochico de la parroquia Riochico, cantón Portoviejo.

Cuadro 1.

Nivel de escolaridad.

Alternativas:	Frecuencia:	%
a) Básico.	49	32,67
b) Bachillerato.	60	40,00
c) Universitario.	40	26,67
d) Postgrado.	1	0,67
Total:	150	100,00

Nota: Cuestionario para encuesta a los pacientes de 15 a 70 años que asistieron al Centro de Salud Riochico.

Realizado por: Autora de esta tesis. Anexo 5, p. 109.

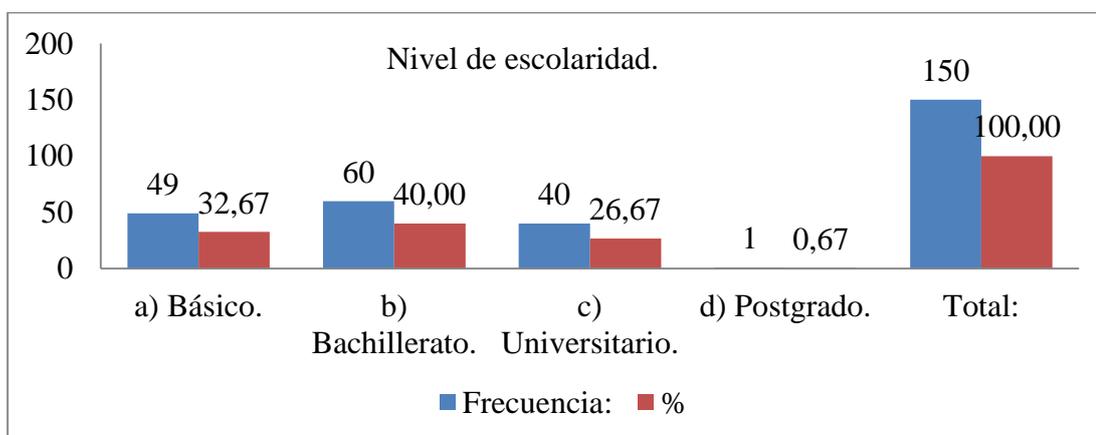


Gráfico No. 1. Cuestionario para encuesta a los pacientes de 15 a 70 años que asistieron al Centro de Salud Riochico.

Realizado por: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 49.

Análisis e interpretación.

De los 150 pacientes encuestados, los resultados obtenidos en los cuadros y gráficos estadísticos No. 1 son los siguientes: el 32,67% nivel de escolaridad Básico, el 40% nivel de escolaridad Bachillerato, el 26,67% nivel de escolaridad Universitario y el 0,67% el nivel de escolaridad Postgrado. Un total de 67,3 %, es decir, la mayor proporción de los pacientes, tiene nivel educacional superior al básico.

Observando la obra de López¹¹⁶ (2010) puedo exponer que:

La condición socioeconómica es un factor contribuyente por cuanto las personas de estratos de menor nivel de educación y de dieta limitada, que no tienen acceso a la promoción y a la prevención de la salud (que incluye la higiene oral, flúor o sellante), aumentan sustentablemente su riesgo de adquirir enfermedades estomatológicas y sistémicas, debido a que no realizan una visita odontológica adecuada, la cual debería ser por lo menos cada seis meses. (p. 14)

De acuerdo a los datos, la mayoría de los pacientes, un 67,3 %, tiene nivel educacional superior al básico por lo que debiera predominar una adecuada cultura preventiva, según la literatura, las personas con menor nivel de educación, podrían tener el riesgo de adquirir enfermedades odontológicas y sistémicas por falta de cultura preventiva.

¹¹⁶ López, J. (2009). Odontología para la higiene oral. Lima, República de Perú: Editorial Zamora Ltda.

Cuadro 2.

¿Cuál de estos elementos de aseo bucal utiliza habitualmente?

Alternativas:	Frecuencias:	%
a) Crema o pasta dental.	83	55,33
b) Enjuague bucal.	0	0,00
c) Seda dental.	0	0,00
d) Crema y enjuague.	43	28,67
e) Crema y seda dental.	4	2,67
f) Enjuague y seda.	0	0,00
g) Crema, enjuague y seda.	20	13,33
Total:	150	100,00

Nota: Cuestionario para encuesta a los pacientes de 15 a 70 años que asistieron al Centro de Salud Riochico.

Realizado por: Autora de esta tesis. Anexo 5, p. 109.

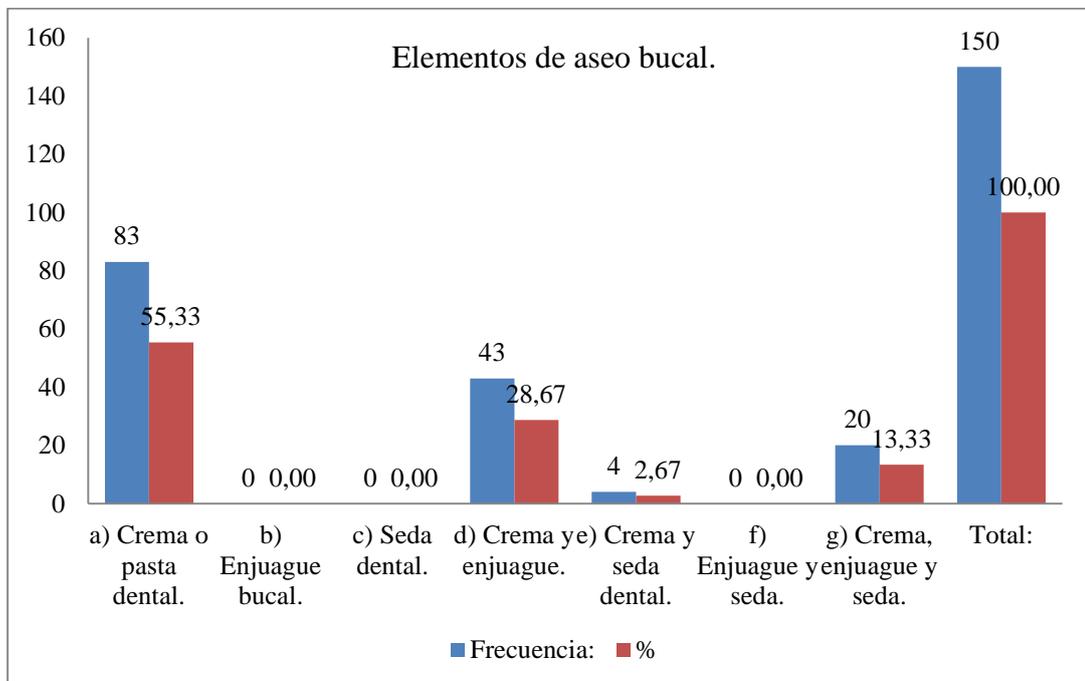


Gráfico No. 2. Cuestionario para encuesta a los pacientes de 15 a 70 años que asistieron al Centro de Salud Riochico.

Realizado por: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 51.

Análisis e interpretación.

En el presente cuadro y gráfico estadístico No. 2, el 55,33% utiliza crema o pasta dental como elemento de aseo bucal, el 28,67% utiliza crema y enjuague bucal como elemento de aseo bucal, el 2,67% utiliza crema y seda dental como elemento de aseo bucal y el 13,33% utiliza crema, enjuague y seda como elemento de aseo bucal.

Analizando la obra de Gómez¹¹⁷ (2007) puedo referenciar que:

Como “hábitos”, deben practicarse regularmente, de manera que protejan nuestra salud en forma permanente. Los hábitos higiénicos deben introducirse desde los primeros años de la infancia, cuando la personalidad del niño es más permeable y la adquisición de prácticas y costumbres relacionadas con la salud se puede hacer en forma paulatina. (pp. 13 y 14)

Los resultados indican que el 100 % de los pacientes utiliza, como mínimo, crema o pasta dental lo cual implica también el uso del cepillo de dientes y, por tanto, un uso satisfactorio en cuanto al empleo de los elementos de la higiene bucal. Por lo tanto, con respecto al conocimiento y uso de los elementos de aseo bucal, la cultura preventiva de los pacientes es adecuada y satisfactoria ya que las encuestas fueron realizadas a pacientes que en su mayoría tienen un nivel de escolaridad de bachillerato y como indica Gómez dichos hábitos se introducen desde la infancia y son tomados como costumbres a lo largo de la vida. Cuan eficaz pudiera ser este conocimiento puede depender de otros factores como la frecuencia y técnica del cepillado y de los demás elementos.

¹¹⁷ Gómez, O. (2007). Educación para la salud (4ª reimp.). San José, República de Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia.

Cuadro 3.

¿Sabe usted el tipo de técnica de cepillado adecuado para la Higiene Oral?

Alternativas:	Frecuencias:	%
a) No conozco.	25	16,67
b) Si conozco.	80	53,33
c) He escuchado pero no me han enseñado.	45	30,0
Total:	150	100,00

Nota: Cuestionario para encuesta a los pacientes de 15 a 70 años que asistieron al Centro de Salud Riochico.

Realizado por: Autora de esta tesis. Anexo 5, p. 109.

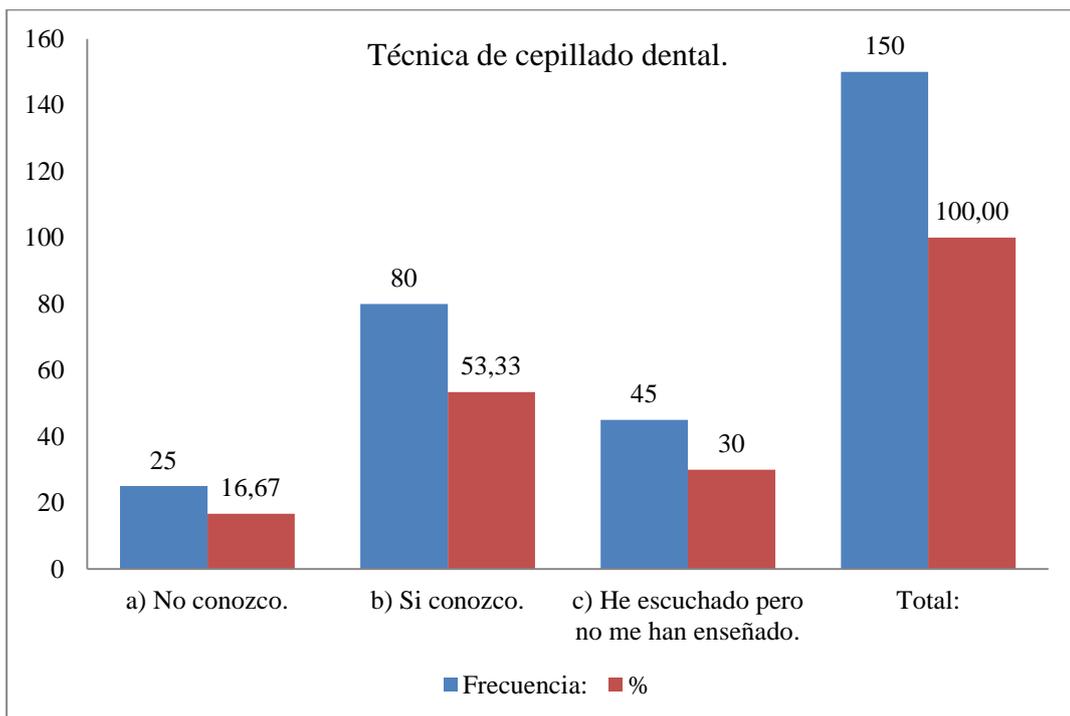


Gráfico No. 3. Cuestionario para encuesta a los pacientes de 15 a 70 años que asistieron al Centro de Salud Riochico.

Realizado por: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 53.

Análisis e interpretación.

Según el gráfico No. 3 sobre el tipo de técnica de cepillado adecuado para la Higiene Oral se puede observar que el 16,67% no conoce el tipo de técnica de cepillado adecuado para la higiene oral, el 55,33% si conoce el tipo de técnica de cepillado adecuado para la higiene oral y el 30% ha escuchado pero no le han enseñado el tipo de técnica de cepillado adecuado para la higiene oral.

Examinando el estudio de Lindhe y Lang¹¹⁸ (2009) puedo exponer que:

No hay técnica de higiene bucal que sea adecuada para todos los pacientes. La morfología de la dentición (apiñamiento, diastemas, fenotipo gingival y otros), el tipo y la gravedad de la destrucción del tejido periodontal así como la propia destreza manual del paciente determinan qué clase de elementos auxiliares de higiene y técnicas de limpieza se deben recomendar. (p. 21)

De acuerdo a los datos obtenidos, el 30% de los pacientes encuestados ha escuchado pero no le han enseñado el tipo de técnica de cepillado adecuado para la higiene oral, o sea, casi la mitad de los pacientes no conocen acerca de las técnicas adecuadas del cepillado dental y, en consecuencia, la falta de conocimiento acerca del tipo de técnica de cepillado adecuado para la higiene oral es notable y puede influir negativamente en la salud bucodental, aunque como mencionan Lindhe y Lang no hay una técnica adecuada en la higiene oral y ésta se adapta de acuerdo a las necesidades de cada persona.

¹¹⁸ Lindhe, J., Lang, N. (2009). Periodontología clínica e implantología odontológica. (5ª ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Cuadro 4.

¿Cada qué tiempo cambia usted el cepillo dental?

Alternativas:	Frecuencias:	%
a) Cada mes.	30	20
b) Cada 3 meses.	102	68
c) Cada 6 meses.	14	9,33
d) Cada año.	4	2,67
e) Más de un año.	0	0
Total:	150	100

Nota: Cuestionario para encuesta a los pacientes de 15 a 70 años que asistieron al Centro de Salud Riochico.

Realizado por: Autora de esta tesis. Anexo 5, p. 109.

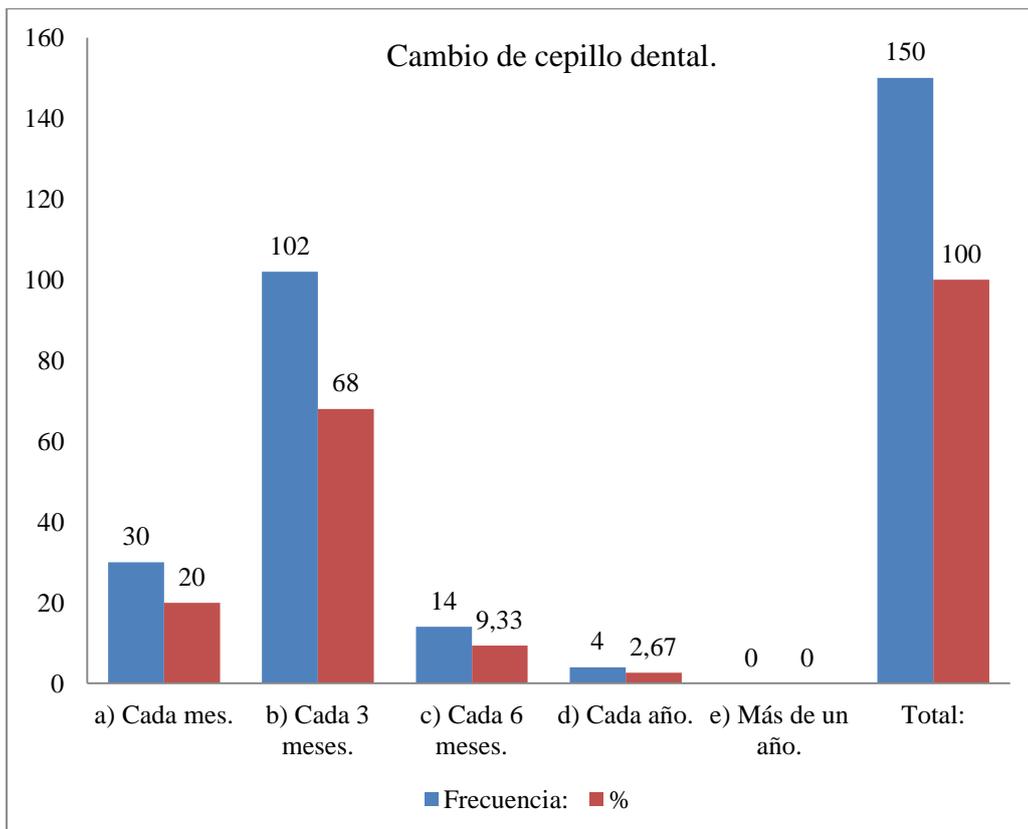


Gráfico No. 4. Cuestionario para encuesta a los pacientes de 15 a 70 años que asistieron al Centro de Salud Riochico.

Realizado por: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 55.

Análisis e interpretación.

De los 150 pacientes encuestados los resultados obtenidos en los cuadros y gráficos estadísticos No. 4 son los siguientes, el 20% de los encuestados cambia su cepillo dental cada mes, el 68% de los encuestados cambia su cepillo dental cada tres meses, el 9,33% cambia su cepillo dental cada 6 meses, el 2,67% de los encuestados cambian el cepillo dental cada año y el 0% cambia su cepillo dental más de un año.

Indagando la obra de Pires, Schmitt y Kim¹¹⁹ (2009) puedo referenciar que:

Sugerimos su cambio por lo menos cada mes, no solo por deformación de las cerdas, sino por el gran número de colonas de bacterias que pueden ser encontradas en ellos. Después de cierto tiempo de uso, las cerdas pierden su flexibilidad correcta. (p. 26)

De acuerdo a los datos, un 12,0 % de los pacientes cambia su cepillo de dientes cada 6 meses o al año, lo cual los coloca en riesgo debido a la pérdida de efectividad del cepillo por deformación y pérdida de flexibilidad de las cerdas.

¹¹⁹ Pires, M., Schmith, R., y Kim, S. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Sao Paulo, República Federativa de Brasil: Editorial Santos.

Cuadro 5.

¿Con qué frecuencia realiza usted el cepillado de los dientes?

Alternativas:	Frecuencias:	%
a) Una vez al día.	11	7,33
b) Dos veces al día.	80	53,33
c) Tres veces al día.	55	36,67
d) Más de tres veces al día.	4	2,67
Total:	150	100,00

Nota: Cuestionario para encuesta a los pacientes de 15 a 70 años que asistieron al Centro de Salud Riochico.

Realizado por: Autora de esta tesis. Anexo 5, p. 109.

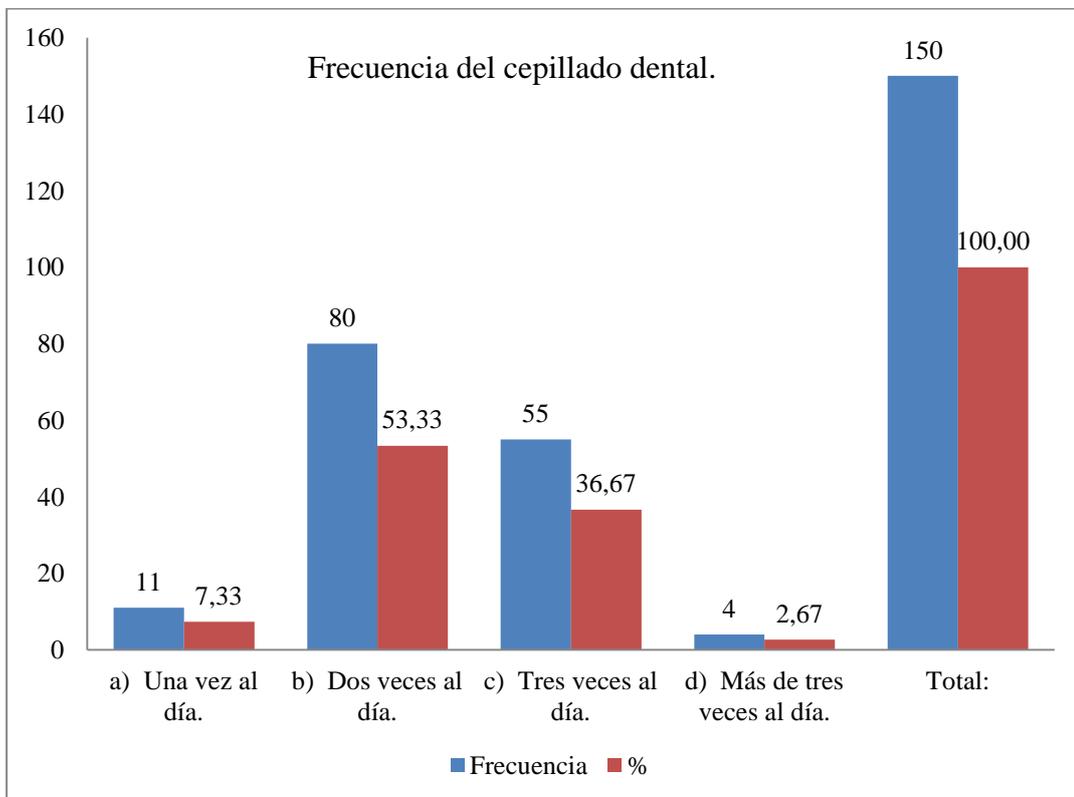


Gráfico No. 5. Cuestionario para encuesta a los pacientes de 15 a 70 años que asistieron al Centro de Salud Riochico.

Realizado por: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 57.

Análisis e interpretación.

Según el cuadro y el gráfico No. 5 sobre la frecuencia en la que se realiza el cepillado de los dientes se puede observar que el 7,33% cepilla los dientes una vez al día, el 53,33% se cepilla los dientes dos veces al día, el 36,67% cepilla los dientes tres veces al día y el 2,67% cepilla sus dientes más de tres veces al día.

Analizando la obra de Barrancos¹²⁰ (2011) puedo conocer que:

No existe uniformidad de criterios respecto de la frecuencia óptima del cepillado. Según Sheiham (1977) la investigación existente ha demostrado que aumentando la frecuencia del cepillado a dos veces por día se logra una mejoría del estado periodontal pero no se obtienen mayores ventajas con un incremento adicional de la frecuencia. (p. 24)

De acuerdo a los datos, todos los pacientes se cepillan los dientes diariamente, sin embargo, un 53,3 % de los pacientes declaró cepillarse al menos 2 veces al día, lo cual constituye el grupo mayoritario. El hecho de que un grupo importante se cepille los dientes sólo dos veces al día no es necesariamente una evidencia de falta de cultura preventiva, pues pueden influir factores como el horario y las circunstancias laborales, lo importante aquí sería en qué momentos ocurre ese cepillado, por ejemplo, si el último cepillado es después de la última ingesta del día o inmediatamente antes de irse a dormir, cuestión que no se indagó en este estudio. Considerando esto, se puede concluir que la cultura respecto a la frecuencia del cepillado diario es más bien satisfactoria.

¹²⁰Barrancos, M. (2011). *Operatoria Dental Integración Clínica: Prevención en Cariología*. (4ª ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Cuadro 6.

¿El cepillado de la lengua es necesario para mantener una buena salud bucodental?

Alternativas:	Frecuencias:	%
a) No.	5	3,33
b) Si.	145	96,67
Total:	150	100,00

Nota: Cuestionario para encuesta a los pacientes de 15 a 70 años que asistieron al Centro de Salud Riochico.

Realizado por: Autora de esta tesis. Anexo 5, p. 109.

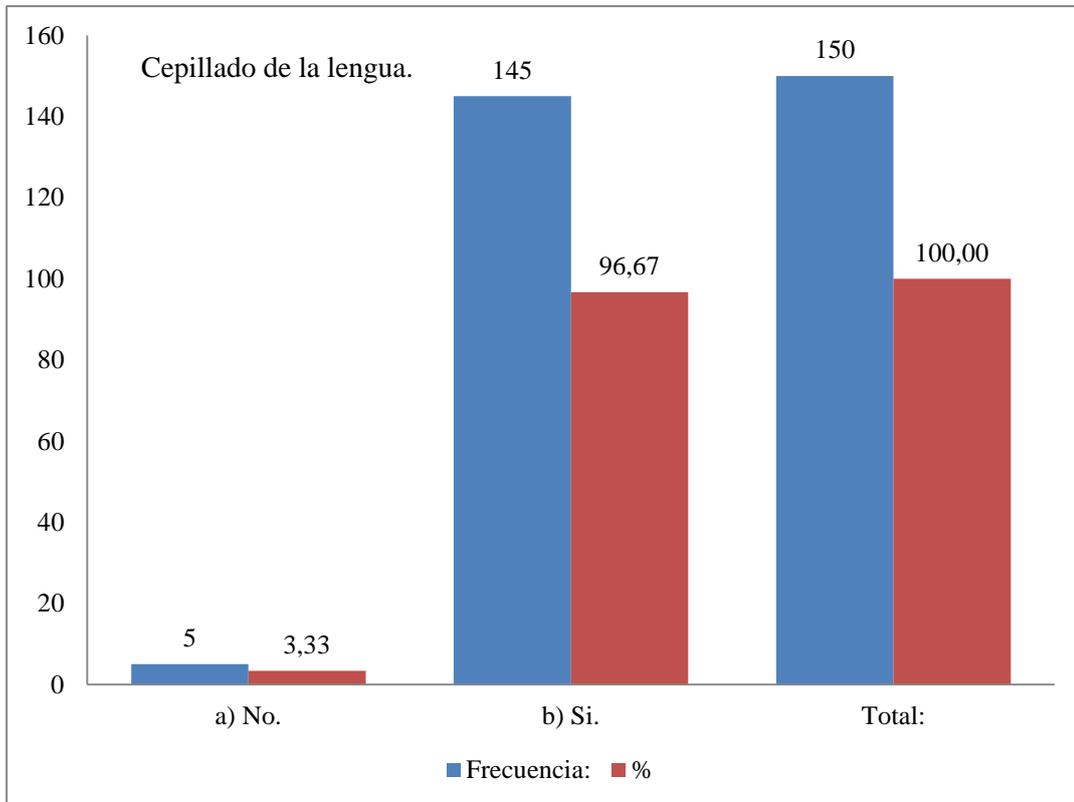


Gráfico No. 6. Cuestionario para encuesta a los pacientes de 15 a 70 años que asistieron al Centro de Salud Riochico.

Realizado por: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 59.

Análisis e interpretación.

Según los resultados del cuadro y gráfico No. 6 sobre el cepillado de la lengua, el 3,33% expresa que el cepillado de la lengua no es necesario para mantener una buena salud bucodental, el 96,67% expresa que el cepillado de la lengua si es necesario para mantener una buena salud bucodental.

Analizando la obra de Barrancos¹²¹ (2011) puedo conocer que:

Actualmente se hace hincapié en el cepillado de la cara dorsal de la lengua ya que ciertos estudios han demostrado la presencia de bacterias que podrían colonizar las superficies dentales o ser responsables de la eliminación de gases que producen la halitosis. (p. 27)

De acuerdo a los datos obtenidos, el 96,7 % de los pacientes encuestados expresaron que el cepillado o limpieza de la lengua es necesario para mantener una buena salud bucodental, por lo que el conocimiento acerca del cepillado o limpieza de la lengua es muy satisfactorio ya que las personas hoy en día están al tanto de nuevas formas o métodos de limpieza de la lengua y saben que al no limpiarla produciría halitosis, por lo que es evidente que predomina una adecuada comprensión acerca de este aspecto.

¹²¹ Barrancos, M. (2011). Operatoria Dental Integración Clínica: Prevención en Cariología. (4ª ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Cuadro 7.

¿Conoce usted que existen alimentos dañinos para la salud bucodental?

Alternativas:	Frecuencias:	%
a) No.	6	4
b) Si.	144	96
Total:	150	100

Nota: Cuestionario para encuesta a los pacientes de 15 a 70 años que asistieron al Centro de Salud Riochico.

Realizado por: Autora de esta tesis. Anexo 5, p. 109.

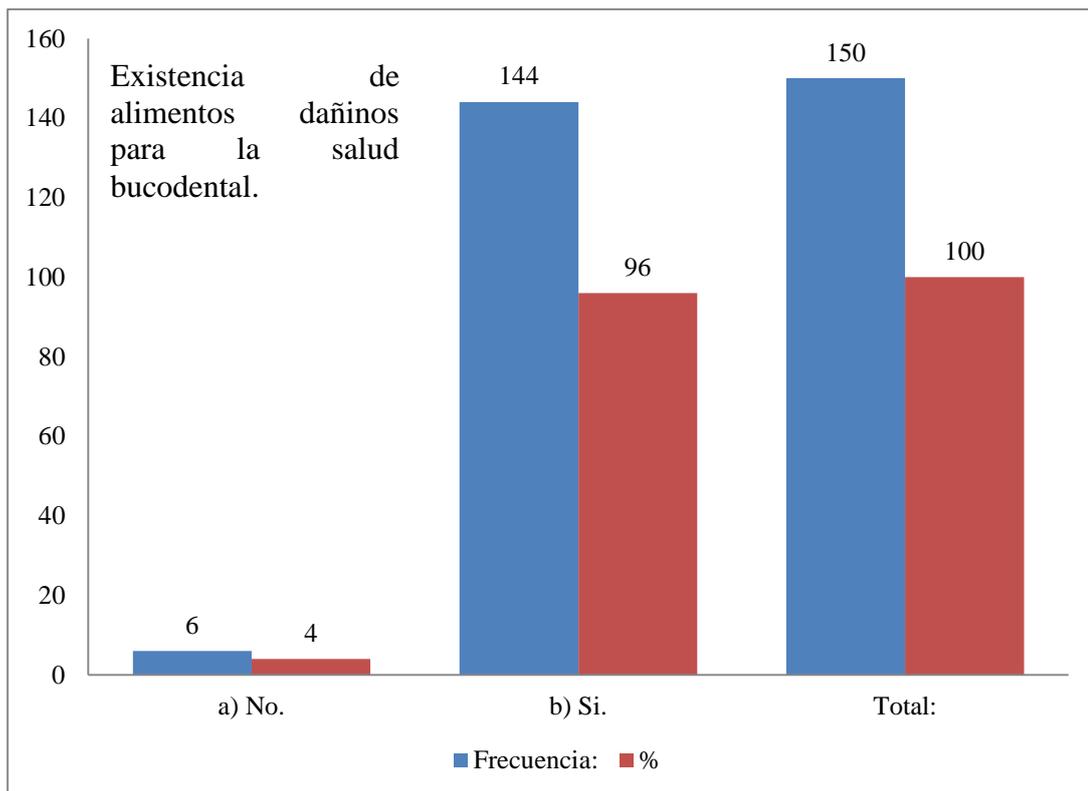


Gráfico No. 7. Cuestionario para encuesta a los pacientes de 15 a 70 años que asistieron al Centro de Salud Riochico.

Realizado por: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 61.

Análisis e interpretación.

Según el gráfico No. 7 sobre el conocimiento de alimentos dañinos para la salud bucodental, el 4% de los encuestados no tienen conocimiento sobre la existencia de alimentos dañinos para la salud buco dental y el 96% de los encuestados si tienen conocimiento sobre la existencia de alimentos dañinos para la salud buco dental.

Examinando la obra de Rodríguez y Simón¹²² (2008) puedo referenciar que:

Los hábitos alimentarios se han modificado drásticamente en los últimos años, y la alimentación tradicional se ha visto desplazada por otras de elevada densidad energética, exceso de alimentos y menor riqueza nutricional en algunos casos, que suponen un riesgo para la salud. (p. 36)

De acuerdo a los resultados obtenidos se llegó a la conclusión que el 96,0 % de los pacientes encuestados están orientados de que existen alimentos de menor riqueza nutricional que podrían poner en riesgo la salud bucodental, mostrando estar adecuadamente informados al respecto.

¹²² Rodríguez,V. y Simón, E. (2008). Bases de la alimentación humana. Reino de España: Editorial Netbiblo.

Cuadro 8.

¿Cuáles de los alimentos mencionados cree usted son dañinos?

Alternativas:	Frecuencias:	%
a) Que contienen azúcares.	148	98,67
b) Que tienen harinas refinadas.	0	0,00
c) Carnes.	1	0,67
d) Pescados.	1	0,67
e) Leche.	0	0,00
f) Frutas.	0	0,00
g) Verduras.	0	0,00
Total:	150	100,00

Nota: Cuestionario para encuesta a los pacientes de 15 a 70 años que asistieron al Centro de Salud Riochico.

Realizado por: Autora de esta tesis. Anexo 5, p. 109.

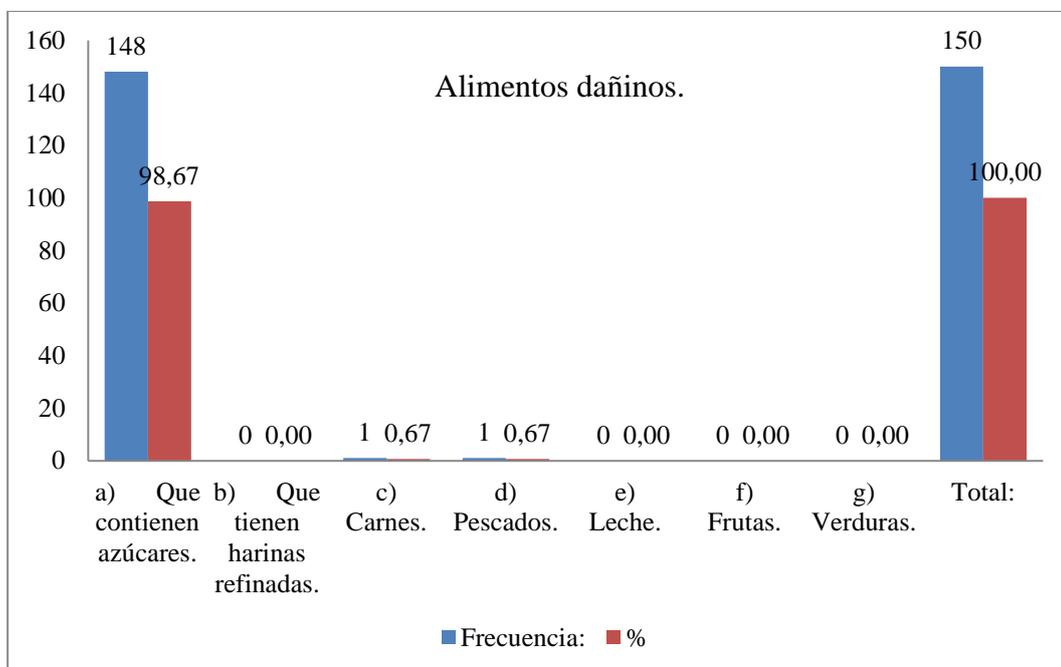


Gráfico No. 8. Cuestionario para encuesta a los pacientes de 15 a 70 años que asistieron al Centro de Salud Riochico.

Realizado por: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 63.

Análisis e interpretación.

En el presente cuadro y gráfico estadístico No. 8 se consta que el 98,67% de los pacientes encuestados creen que los alimentos que contienen azúcares son dañinos, el 0% considera que las harinas refinadas no son dañinas, el 0,67% cree que las carnes son dañinas, el 0,67% cree que los pescados son dañinos y finalmente el 0% consideran que la leche, las frutas y las verduras no son dañinas.

Considerando la obra de Casanueva, Kaufer, Pérez y Arroyo¹²³ (2008) puedo exponer que:

Investigadores de la Universidad de Rochester demostraron que los hidratos de carbono de alimentos con un rico contenido de azúcar son removidos con mayor rapidez de la boca que los hidratos de carbono menos saludables de otros alimentos. Además, cuando se consumen alimentos azucarados la retención de los hidratos de carbono en la boca se eleva inmediatamente después de la ingestión, pero su permanencia no es mayor, a menos que otros componentes del alimento sean retenidos. (p. 38)

De acuerdo a los datos obtenidos de los pacientes encuestados, el 98,67% consideran que los alimentos que contienen azúcares son dañinos, de tal manera que gran parte de la población actual están informados del daño que existe al consumir alimentos con alto contenido de azúcares debido a que podrían afectar su salud a largo plazo.

¹²³ Casanueva, E., Kaufer, M., Pérez, A. y Arroyo, P. (2008). Nutriología Médica (3ª ed.). Estados Unidos Mexicanos: Editorial Médica Panamericana.

Cuadro 9.

¿Qué alimentos consume usted y su familia?

Alternativas:	Frecuencias:	%
a) Carbohidratos (arroz, papas, pan, cereales, etc.).	0	0
b) Proteínas (pollo, pescado, carnes, yogurt, etc.).	0	0
c) Ambos están incluidos en su dieta.	150	100
Total:	150	100

Nota: Cuestionario para encuesta a los pacientes de 15 a 70 años que asistieron al Centro de Salud Riochico.

Realizado por: Autora de esta tesis. Anexo 5, p. 109.

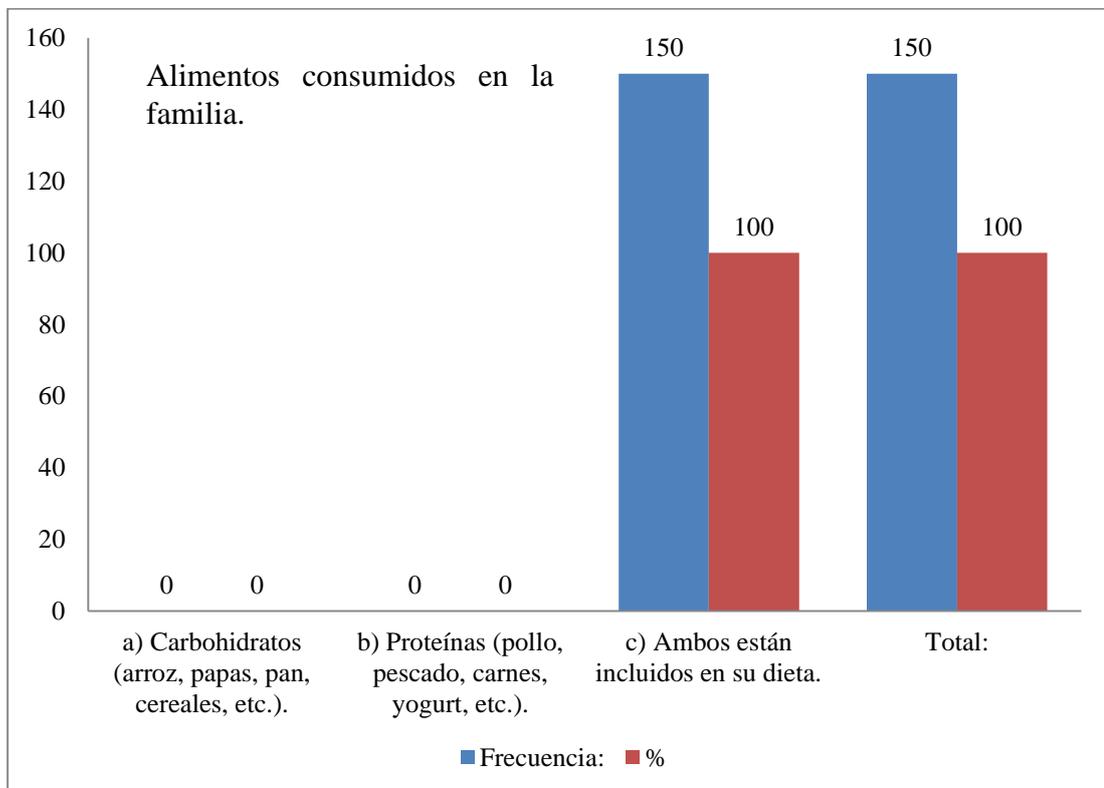


Gráfico No. 9. Cuestionario para encuesta a los pacientes de 15 a 70 años que asistieron al Centro de Salud Riochico.

Realizado por: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 65.

Análisis e interpretación.

Según el cuadro y gráfico No. 9 sobre los alimentos consumidos en la familia, se comprueba que de los 150 pacientes encuestados el 0% afirma consumir carbohidratos, el 0% asegura consumir proteínas y el 100% afirman ambas opciones están incluidas en su dieta.

Estudiando la obra de Gutiérrez¹²⁴ (2006) puedo conocer que “Los alimentos tienen las proteínas, vitaminas y minerales necesarios para fortalecer las estructuras bucodentales, por ejemplo, los dientes, con lo cual adquieren los mecanismos de defensa necesarios para resistir traumas físicos y la agresión de microorganismos o sustancias patógenas” (p. 36).

De acuerdo a los datos obtenidos, se determinó que el 100% de los pacientes encuestados incluyen proteínas y carbohidratos en su dieta diaria, lo que da como resultado un adecuado aporte, balance alimenticio al organismo y fortalecimiento de las estructuras bucodentales.

¹²⁴ Gutiérrez, J. (2006). Fundamentos de ciencias básicas aplicadas a la odontología. (1ª ed.). [En línea]. Consultado: [19, mayo, 2014] Disponible en: <http://books.google.com.ec/books?id=4szLuVOtgCOC&pg=PA87&dq=nutricion+en+salud+bucal&hl=es&sa=X&ei=p-N6U6irOo6gsASN9oH4AQ&ved=0CDQO6AEwAA#v=onepage&q=nutricion%20en%20salud%20bucal&f=false>

Cuadro 10.

¿Con qué frecuencia ingiere bebidas dulces (refrescos, batidos, jugos azucarados, colas, etc.) entre comidas en el día?

Alternativas:	Frecuencias:	%
a) Una vez.	85	56,67
b) Dos o tres veces.	29	19,33
c) Siempre.	36	24,00
Total:	150	100,00

Nota: Cuestionario para encuesta a los pacientes de 15 a 70 años que asistieron al Centro de Salud Riochico.

Realizado por: Autora de esta tesis. Anexo 5, p. 109.

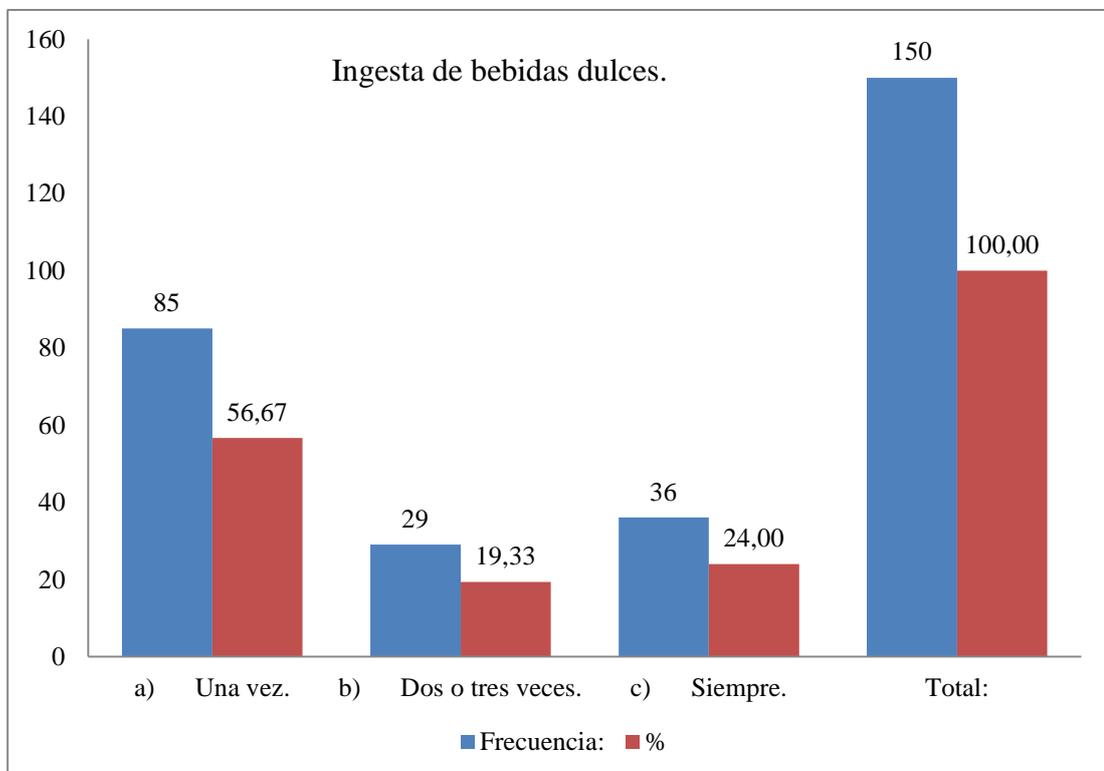


Gráfico No. 10. Cuestionario para encuesta a los pacientes de 15 a 70 años que asistieron al Centro de Salud Riochico.

Realizado por: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 67.

Análisis e interpretación.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el cuadro y gráfico No. 10 se verifica que el 56,67% ingiere una vez al día bebidas dulces entre comida, el 19,33% ingiere dos o tres vez al día bebidas dulces entre comida y el 24% ingiere siempre bebidas dulces entre comida.

Considerando la obra de Barrancos¹²⁵ (2011) puedo citar que “Numerosos estudios han demostrado que la exposición frecuente de azúcares refinados induce a la colonización y multiplicación de microorganismos cariogénicos, sobre todo si la exposición se produce entre comidas (ADA Council, 1995; Anderson MH, 1991 y 1993; Hume WR, 1993)” (p. 39).

De acuerdo a los datos obtenidos, el 43,3 % de los pacientes encuestados ingieren dos o más veces al día bebidas dulces entre comida, lo que da como resultado la posible colonización y presencia de caries dental que aquejarán a los pacientes posteriormente.

¹²⁵ Barrancos, M. (2011). *Operatoria Dental. Integración Clínica*. (5ª reimp.). Bogotá, República de Colombia: Editorial Médica Panamericana.

Cuadro 11.

¿Ha participado/asistido en algún programa informativo o de promoción de salud bucodental?

Alternativas:	Frecuencias:	%
a) No.	107	71,33
b) Si.	43	28,67
Total:	150	100,00

Nota: Cuestionario para encuesta a los pacientes de 15 a 70 años que asistieron al Centro de Salud Riochico.
Realizado por: Autora de esta tesis. Anexo 5, p. 109.

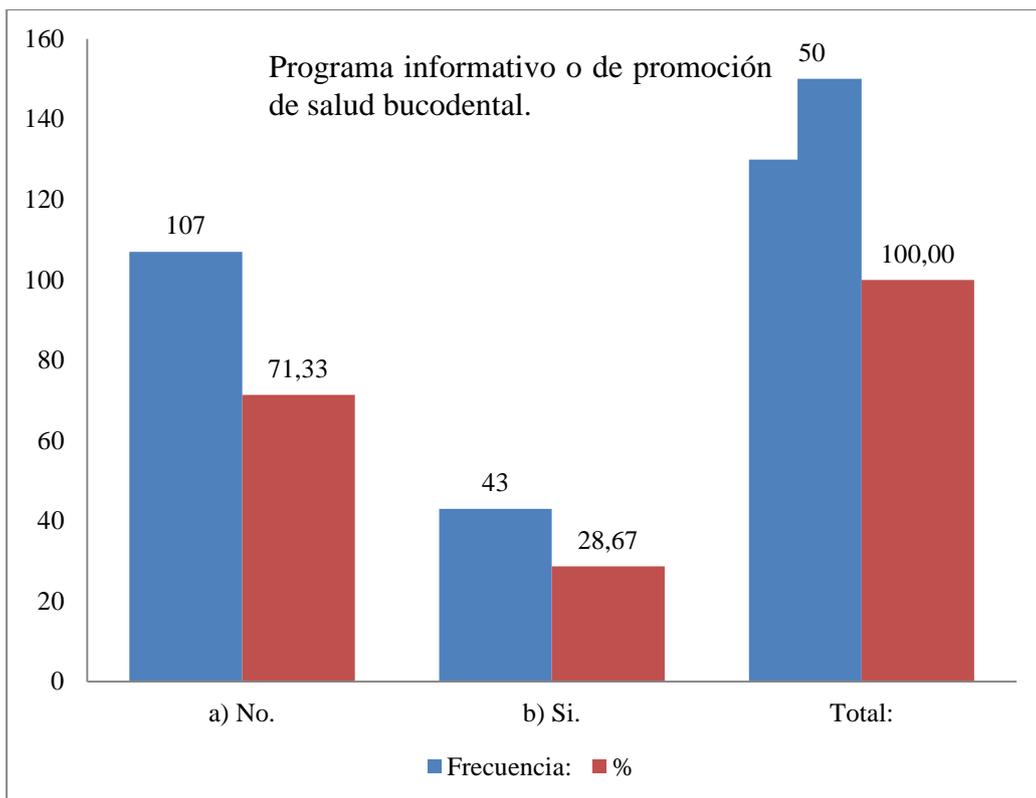


Gráfico No. 11. Cuestionario para encuesta a los pacientes de 15 a 70 años que asistieron al Centro de Salud Riochico.
Realizado por: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 69.

Análisis e interpretación.

Según los datos del cuadro y gráfico No. 11, el 71,33% de los pacientes, encuestados, la mayoría de ellos, no ha participado/asistido en algún programa informativo o de promoción de salud bucodental y el 28,67% si ha participado/asistido en algún programa informativo o de promoción de salud bucodental.

Analizando la obra de Rivas¹²⁶ (2011) puedo referenciar que:

El odontólogo es quién debe transmitir y reforzar la educación sanitaria con respecto a la boca.

Guiar en las técnicas de cepillado, uso del hilo dental, el refuerzo de actitudes positivas en la dieta e higiene.

Monitorizar la salud de nuestra boca y el desarrollo de la boca en los niños, actuando cuando sea necesario para corregir situaciones que hagan peligrar esta salud. (p. 41)

De acuerdo a los datos obtenidos de los pacientes encuestados, el 71,33%, la mayoría de ellos, no ha participado o asistido a algún programa informativo o de promoción de salud bucodental. Lo que pudiera implicar falta de conocimientos sobre prevención bucal, con la consiguiente posibilidad de aumento de enfermedades estomatológicas por falta de información y por no visitar periódicamente al odontólogo ya que él debe transmitir y reforzar conocimientos en educación bucodental a sus pacientes.

¹²⁶ Rivas, V. (2011). Salud Comunitaria. Tacna, República de Perú.

Cuadro 12.

¿Con qué frecuencia acude usted al odontólogo?

Alternativas:	Frecuencias:	%
a) Una vez cada 3 meses.	12	8,00
b) Una vez cada 6 meses.	33	22,00
c) Una vez cada año.	17	11,33
d) Sólo si es necesario.	88	58,67
Total:	150	100,00

Nota: Cuestionario para encuesta a los pacientes de 15 a 70 años que asistieron al Centro de Salud Riochico.

Realizado por: Autora de esta tesis. Anexo 5, p. 109.

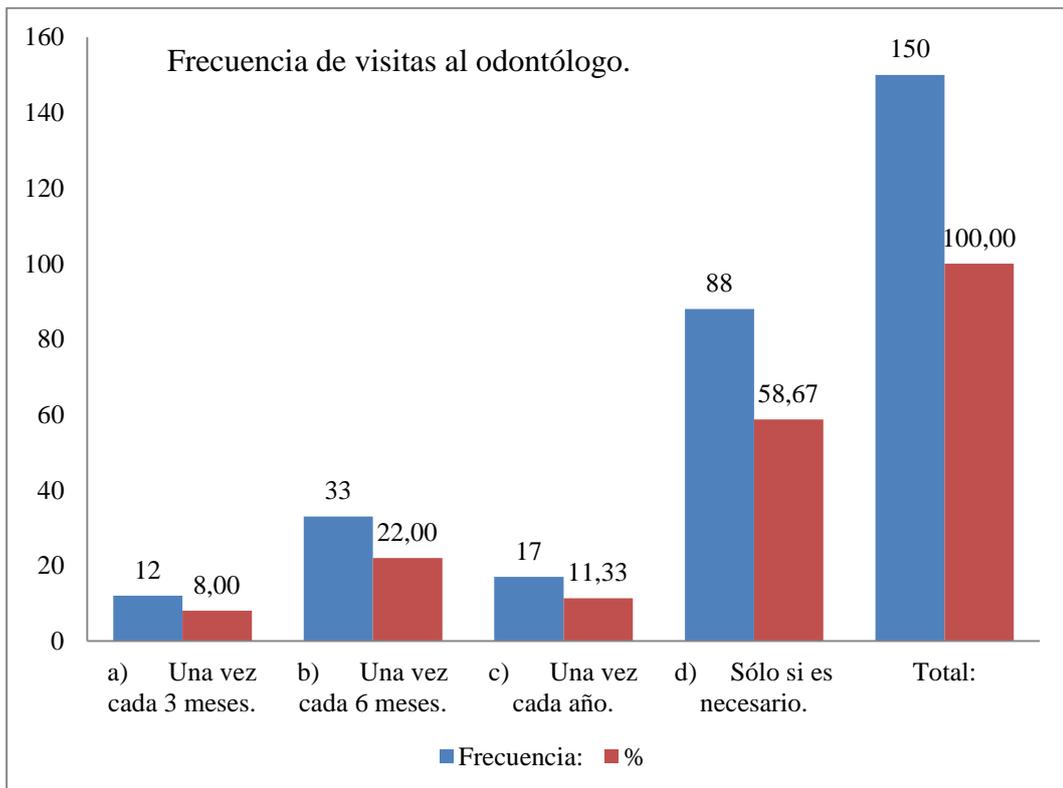


Gráfico No. 12. Cuestionario para encuesta a los pacientes de 15 a 70 años que asistieron al Centro de Salud Riochico.

Realizado por: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 71.

Análisis e interpretación.

Con el presente resultado en el cuadro y el gráfico No. 12 se comprueba que el 8% acude al odontólogo una vez cada tres meses, el 22% acude al odontólogo una vez cada seis meses, el 11,33% acude al odontólogo una vez cada año y el 58,67% acude al odontólogo sólo si es necesario.

Indagando la obra de Lima y Casanova¹²⁷, (2006) puedo exponer que:

Las barreras para asistir a un consultorio dependen de las experiencias pasadas y antecedentes psico-sociales del paciente, que combinados reducen su capacidad para visitar al odontólogo. En el paciente adulto las barreras incluyen ansiedad, costo financiero y percepción de la necesidad de tratamiento; en los más jóvenes está afectada por la actitud y ansiedad de los padres. En los adolescentes su cumplimiento depende del desarrollo psicológico. (pp. 41 y 42)

De acuerdo a los datos obtenidos, sólo el 70,0 % de los pacientes, acude cada año o, peor aún, sólo si lo considera necesario debido a una manifestación odontológica negativa o por experiencias pasadas en las que tienen antecedentes negativos en cuanto a la visita al odontólogo. Lo que evidencia la falta de información y cultura preventiva bucal al respecto y podrá repercutir negativamente en su salud bucodental.

¹²⁷ Lima Álvarez, M., & Casanova Rivero, Y. (ene.-abr de 2006). Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. Rev Hum Med, 6(1), 2-3.

Cuadro 13.

Acude usted al dentista en caso de:

Alternativas:	Frecuencias:	%
a) Halitosis (mal aliento) persistente.	1	0,67
b) Sangramiento de las encías al cepillado.	6	4,00
c) Manchas en los dientes.	3	2,00
d) Alta sensibilidad al frío o al calor.	9	6,00
e) Dolor en algún diente.	70	46,67
f) Control.	53	35,33
g) Todas.	8	5,33
Total:	150	100,00

Nota: Cuestionario para encuesta a los pacientes de 15 a 70 años que asistieron al Centro de Salud Riochico.

Realizado por: Autora de esta tesis. Anexo 5, p. 109.

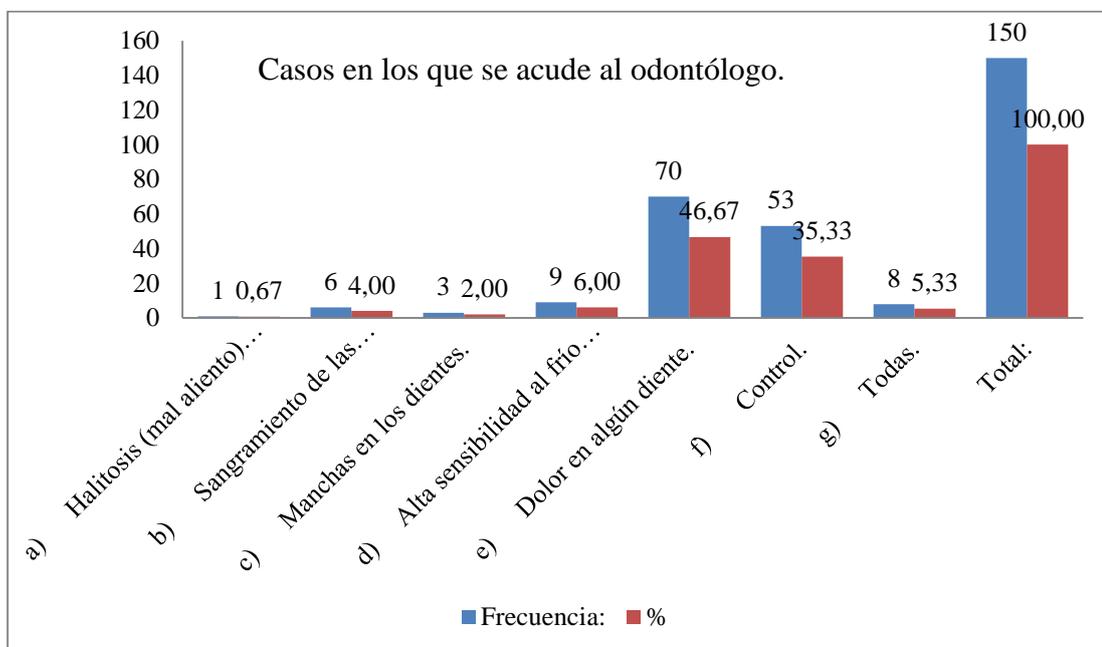


Gráfico No. 13. Cuestionario para encuesta a los pacientes de 15 a 70 años que asistieron al Centro de Salud Riochico.

Realizado por: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 73.

Análisis e interpretación.

De los 150 pacientes encuestados los resultados obtenidos en los cuadros y gráficos estadísticos No. 13 son los siguientes, el 0,67% acude al dentista en caso de halitosis (mal aliento), el 4% acude al dentista en caso de sangramiento de las encías al cepillado, el 2% acude al dentista en caso de manchas en los dientes, el 6% acude al dentista en caso de alta sensibilidad al frío o al calor, el 46,67% acude al dentista en caso de dolor en algún diente, el 35,33% acude al dentista por control y el 5,33% acude al dentista por todas las opciones anteriores.

Investigando la obra de Lima y Casanova¹²⁸ (2006) puedo conocer que:

Se estima que entre el 10 y el 15 por ciento de la población experimenta ansiedad cuando tiene que acudir al odontólogo, lo que puede inducirle a cancelar o posponer su cita con el especialista y tiene efectos negativos sobre su salud buco dental. (p. 41)

Esta pregunta complementa hasta cierto punto a la anterior. De acuerdo a los datos obtenidos en los pacientes encuestados, el 46,67% acude al dentista en caso de dolor en algún diente. Al igual que en el caso anterior, esta conducta tiene a la larga efectos negativos ya que existen muchas otras causas de deterioro de la salud bucodental y se puede considerar como desconocimiento de la importancia de la visita periódica al odontólogo para la prevención de enfermedades bucodentales y, por tanto, insuficiencia de la cultura preventiva.

¹²⁸ Lima Álvarez, M., & Casanova Rivero, Y. (ene.-abr de 2006). Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. Rev Hum Med, 6(1), 2-3.

CAPÍTULO V.

5. Conclusiones y Recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

-En general, la cultura preventiva y, en consecuencia, los hábitos de higiene bucodental de los pacientes son satisfactorios en cuanto a factores como los elementos de la higiene bucal, la frecuencia del cepillado, la frecuencia del cambio del cepillo dental y el cepillado de la lengua, pero no en lo que respecta a las técnicas correctas de cepillado.

-La mayor parte de los pacientes tienen un adecuado conocimiento acerca de los alimentos saludables y dañinos para la salud bucodental aunque una importante fracción de ellos consume bebidas azucaradas más de una vez entre las comidas.

-La mayoría de los pacientes sólo acude a la consulta del odontólogo si se enferma y muy pocos con el propósito de un chequeo preventivo lo que evidencia una importante falta de cultura preventiva al respecto.

-Aunque la mayoría no ha participado nunca en un programa de promoción de salud bucodental, en general, la cultura bucodental es satisfactoria, lo cual puede estar influido por el hecho de que la mayoría de los pacientes tienen un nivel educacional

superior al básico lo cual implica que la mayor parte de la cultura preventiva la adquirieron en los cursos y actividades académicas.

5.2. Recomendaciones.

-Se debe informar y direccionar a los pacientes tener mayor cuidado en cuanto a factores como los elementos de la higiene bucal, la frecuencia del cepillado, la frecuencia del cambio del cepillo dental y el cepillado de la lengua y técnicas de cepillado se refiere y así poder mejorar la higiene bucal.

-Se recomienda a los pacientes un mayor control en la ingesta diaria de bebidas que contienen azúcares y así evitar problemas a futuro.

-Se sugiere aconsejar a los pacientes sobre la importancia de la visita regular y periódica al odontólogo como medio de prevención de la salud bucal.

-Las instituciones de salud deberían realizar campañas constantemente, para concientizar sobre la importancia de la consulta odontológica preventiva para promover el bienestar en la salud oral.

-Es necesario diseñar e implementar estrategias divulgativas y educativas públicas o privadas, que incrementen la cultura preventiva oral de la población haciendo especial énfasis en los aspectos que se han mostrado como insuficientes en este estudio: las técnicas correctas de cepillado dental y la necesidad de visitar periódicamente al odontólogo con fines preventivos.

CAPÍTULO VI.

6. Propuesta.

6.1. Datos informativos:

6.1.1. Título de la propuesta.

Charlas educativas sobre cultura preventiva bucal para obtener una buena salud oral.

6.1.2. Periodo de ejecución.

Fecha de Inicio: 9 de junio de 2014.

Fecha de Finalización: 13 de junio de 2014.

6.1.3. Descripción de los beneficiarios.

Beneficiarios directos son los pacientes que asisten al Centro de Salud Riochico.

Beneficiarios indirectos son los familiares de los pacientes y el personal de salud del Centro de Salud Riochico.

6.1.4. Ubicación sectorial y física.

El Centro de Salud Riochico está ubicado en la parroquia del mismo nombre en la calle 24 de Mayo y 10 de Agosto, dicha Comunidad está ubicada a 13km. Del cantón Portoviejo, provincia Manabí.

6.2. Introducción.

Analizando la obra de Redondo, Galdó y García¹²⁹ (2008) puedo exponer que:

Fomentar desde niños el uso de materiales que contribuyen a la limpieza y mantenimiento de los dientes. El cepillo de dientes es imprescindible para el mantenimiento de la buena salud oral y no puede ser sustituido por otras sustancias ya sean colutorios, chicles, etc. El cepillo de dientes es nuestro gran aliado en la profilaxis dental. (p. 179)

Examinando la obra de Morales (2007) puedo citar que “Una buena salud oral garantiza una correcta función masticatoria, fonética y estética; esto a su vez, influye profundamente en la forma en que se percibe a sí mismo el paciente, es decir, influye directamente en su autoestima” (p. 81)

Estudiando la obra de Lindhe y Lang¹³⁰ (2009) puedo referenciar que:

Hay una creciente toma de conciencia pública acerca del valor de la higiene bucal personal. La buena higiene bucal debe formar parte de los hábitos generales de salud, como realizar ejercicios con regularidad, manejar el estrés, controlar la dieta y el peso, dejar de fumar y ser moderados en el consumo de alcohol. Si el odontólogo consigue establecer el vínculo entre la salud bucal y la salud general del paciente esa persona estará mejor dispuesta a establecer medidas adecuadas de higiene bucal como parte de su manera de vivir. (pp. 706 y 707)

De acuerdo a las técnicas empleadas se pudo realizar la propuesta sugerida. Para ello se contó con varios pacientes comprendidos entre 15 a 70 años quienes asistieron al Centro de Salud Riochico de la parroquia Rio Chico, cantón Portoviejo.

¹²⁹ Redondo, C., Galdó, G. y García, M. (2008). Atención al Adolescente. Cantabria, Reino de España: Editorial de la Universidad de Cantabria.

¹³⁰ Lindhe, J., Lang, N. (2009). Periodontología clínica e implantología odontológica. (5ª ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

La presente propuesta constituyó un ventajoso aporte sobre la cultura preventiva para mejorar la salud bucal de los pacientes. Por esta razón, el presente documento está compuesto de datos de la propuesta, justificación, objetivos, fundamentación teórica, recursos y finalmente el modelo del tríptico entregado a cada uno de los asistentes.

6.3. Justificación.

Se ha podido constatar que existe un equívoco conocimiento sobre cómo conservar una adecuada higiene dental que está aquejando de manera negativa a la salud bucal de las personas.

Cuidar de la salud oral es una responsabilidad que los pacientes deben cumplir, utilizando una técnica de cepillado dental apropiada, mediante el manejo de los utensilios de aseo bucal, para que no quede rastros de placa bacteriana y así prevenir las caries que hoy en día afecta a la población.

Por tal razón se plantea ejecutar un plan con charlas educativas sobre la cultura preventiva bucal y así mejorar la salud oral de los pacientes.

Es muy importante que las personas conozcan esta información, ya que así cambiarán su estilo de vida y evitarán problemas bucales a futuro; que hoy en día traen grandes consecuencias psicológicas y físicas.

6.4. Objetivos.

6.4.1. Objetivo General.

Mejorar la Salud Bucal mediante charlas preventivas a los pacientes que acuden al Centro de Salud de la parroquia Riochico.

6.4.2. Objetivos Específicos.

-Concienciar a los pacientes sobre las consecuencias de una mala higiene bucal, con la entrega de trípticos y exposiciones para cuidado de la salud oral.

-Inculcar conocimientos odontológicos para mejorar el hábito alimenticio de los pacientes que acuden al Centro de Salud de la parroquia Riochico.

6.5. Fundamentación teórica.

6.5.1. Salud bucodental.

Examinando la obra de Plasencia¹³¹ (2002) puedo conocer que:

Una buena higiene bucodental es la mejor medicina preventiva para evitar la formación de la placa dental que se origina por depósitos de sustancias salivares, alimentarias o microbianas. Debe comenzar en la primera infancia para que se convierta en un hábito permanente en la vida y no genere molestias, dolores, infecciones o enfermedades. (p. 160)

Las afecciones dentales más frecuentes son:

Caries.

Analizando la obra de Negroni¹³² (2011) puedo transcribir que:

La etiología de la caries dental fue propuesta por W. Miller en 1882; según Miller el factor más importante en la patogenia de la enfermedad era la capacidad de gran número de bacterias bucales de producir ácidos a partir de los hidratos de carbono de la dieta, hipótesis que sustentó experimentalmente al aislar varios grupos de microorganismos bucales que eran cariogénicos. (p. 247)

Investigando la obra de Morales¹³³ (2007) puedo conocer que “Hoy en día se ha aceptado que la caries dental es una enfermedad crónica. El proceso carioso va a depender de 4 factores para su desarrollo: el diente, su ambiente, los microorganismos de la flora oral y la dieta que tenga el paciente” (p. 91).

¹³¹ Plasencia, M. (2002). Manual de prácticas tuteladas en oficina de farmacia. Madrid, Reino de España: Editorial Complutense, S.A.

¹³² Negroni, M. (2009). Microbiología Estomatológica: fundamentos y guía práctica (2ª ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

¹³³ Morales, F. (2007). Temas prácticos en Geriatría y Gerontología. San José, República de Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia.

Gingivitis.

Indagando la obra de la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración¹³⁴ (2009) puedo exponer que “Clásicamente gingivitis se refiere a la respuesta inflamatoria de la encía a los irritantes locales (placa dental)” (p. 10).

Halitosis.

Observando la obra de Monés¹³⁵ (2009) puedo citar que:

El mal aliento, o halitosis, se define como cualquier olor molesto de la boca. Se trata de un problema sin duda leve, pero de importancia desdeñable, ya que es desagradable para el paciente y también para las personas que conviven con él, y conlleva serias consecuencias sociales. (p. 23)

Analizando la obra de Gutiérrez e Iglesias¹³⁶ (2009) puedo referenciar que “La mala higiene bucodental, los cambios en la dieta y el aumento de la frecuencia de toma de alimentos, favorecen la aparición de la caries dental” (p. 14).

Hábitos alimenticios.

Estudiando la obra de Herazo¹³⁷ (2012) puedo referenciar que:

Una persona puede evitar la presencia de caries dental infiriendo alimentos naturales sin adicionarle azúcares industriales como la sacarosa. Las frutas, verduras, legumbres, carnes y huevos, por lo general, no dejan residuos adheridos al diente y no sirven de sustrato para formar placa bacteriana. La consistencia de algunos alimentos y sus fibras permiten eliminar residuos alimenticios. (p. 215)

¹³⁴ Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración. (2009). Manual de Higiene Bucal. Madrid, Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

¹³⁵ Monés, J. (2009). El médico en casa, comprender el Estreñimiento y la Diarrea. Barcelona, Reino de España: Editorial Amat.

¹³⁶ Gutiérrez, E. y Iglesias, P. (2009). Técnicas de ayuda odontológica/estomatológica. [En línea]. Consultado: [04, junio, 2014] Disponible en: http://books.google.com.ec/books?id=fQF489KZmtgC&pg=PA14&dq=mala+higiene+bucal&hl=es-419&sa=X&ei=PeePU_K5AonKsQTRI4LQDA&ved=0CCYQ6AEwAQ#v=onepage&q=mala%20higiene%20bucal&f=false

¹³⁷ Herazo, B. (2012). Clínica del sano en odontología: Higiene bucodental (4ª ed.). Bogotá, República de Colombia: Editorial Ecoe.

Considerando la obra de Morales¹³⁸ (2009) puedo conocer que:

En cualquier edad y situación se deben conocer y guardar las recomendaciones relacionadas con la nutrición o el metabolismo y los modos de corregir o atenuar los vicios alimentarios.

Si se consiguiera mediante la información y la educación corregir estas desviaciones, mejoraría sensiblemente la longevidad y el estado de salud de la población, pues si las células se nutren bien, la enfermedad no tiene lugar y el envejecimiento se atenúa, como no ha dejado de apreciarse durante el último siglo, por la vía de mejora de los hábitos alimenticios, que se puede resumir en consumir menos grasa saturada, azúcares refinados y sal y más agua y alimentos feculentos, ricos en fibra, realizar al día cinco comidas frugales, pero controlando el consumo y gasto energético, o sea, el peso corporal. (pp. 105 y 106)

6.6. Actividades.

Se realizaron las siguientes actividades para el cumplimiento de los objetivos planteados:

- Socialización de los resultados obtenidos en las encuestas de investigación con el personal de salud.
- Elaboración de un cronograma de trabajo para la ejecución del proyecto.
- Elaboración del material de trabajo educativo (trípticos) para los pacientes.
- Entrega a los pacientes de trípticos educativos e informativos que asistan a la conferencia.

6.7. Recursos.

6.7.1. Humanos.

- La autora.

¹³⁸ Morales, J. (2011). Nutriterapia, Salud y Longevidad: Qué comer para vivir mejor. Madrid, Reino de España: Editorial Díaz de Santos, S.A.

-Pacientes que asistieron al Centro de Salud de la parroquia Riochico, cantón Portoviejo.

-Personal de Salud del Centro de Salud de la parroquia Riochico, cantón Portoviejo.

6.7.2. Técnicos:

-Cámara fotográfica.

-Internet.

6.7.3. Materiales.

-Materiales de oficina.

-Libros.

6.7.4. Financieros.

La elaboración de la investigación tuvo un costo aproximado de US \$68,30 dólares americanos que fueron financiados por la investigadora.

6.8. Presupuesto.

Cuadro 14.

Presupuesto de la propuesta.

Actividad:	Recursos:	Cantidad:	V. Unit.:	V. Total:	Financiar:
Diseño trípticos.	Diseñador gráfico.	1	0.80	0.80	Autora.
Elaboración de trípticos.	Copias a color.	150	0,25	37,50	Autora.
Viáticos.	-	-	-	30	Autora.
Total:				68,30	Autora.

Nota: Presupuesto de la elaboración de la propuesta realizada en el Centro de Salud Riochico.
Realizado por: Autora de esta tesis. Cap. VI, pp. 78 – 85.

Tríptico de la propuesta.



Gráfico No. 14. Anverso del tríptico entregado a los pacientes que asistieron a las charlas de la propuesta realizada en el Centro de Salud Riochico. Realizado por: autora de esta tesis. Cap. VI, p. 87.

Tríptico de la propuesta.

TÉCNICA DE CEPILLADO DENTAL

Incline el cepillo a un ángulo de 45° contra el borde de la encía y deslice el cepillo alejándose de ese mismo borde y hacia adelante.

Cepille suavemente el exterior e interior y la superficie de masticación de cada diente con movimientos cortos hacia atrás.

Cepille suavemente la lengua para eliminar las bacterias y refrescar el aliento.

USO DE LA SEDA O HILO DENTAL

Utilice unos 45 cm (18") de hilo dental, dejando 3 ó 5 cm (1 ó 2") para trabajar.

Siga suavemente las curvas de sus dientes.

Asegúrese de limpiar debajo de la encía, pero evite golpear el hilo contra la misma.

USOS DEL ENJUAGUE BUCAL

TOME UNA PEQUEÑA CANTIDAD DE ENJUAGUE BUCAL

MANTENGA EL ENJUAGUE EN BOCA POR UNOS MINUTOS

ESCUPA EL ENJUAGUE BUCAL Y DISFRUTE DE UN ALIENTO MÁS FRESCO.

El complemento perfecto para el cepillado diario.

Gráfico No. 15. Reverso del tríptico entregado a los pacientes que asistieron a las charlas de la propuesta realizada en el Centro de Salud Riochico. Realizado por: autora de esta tesis. Cap. VI, p. 88.

Gráficos del desarrollo de la propuesta.

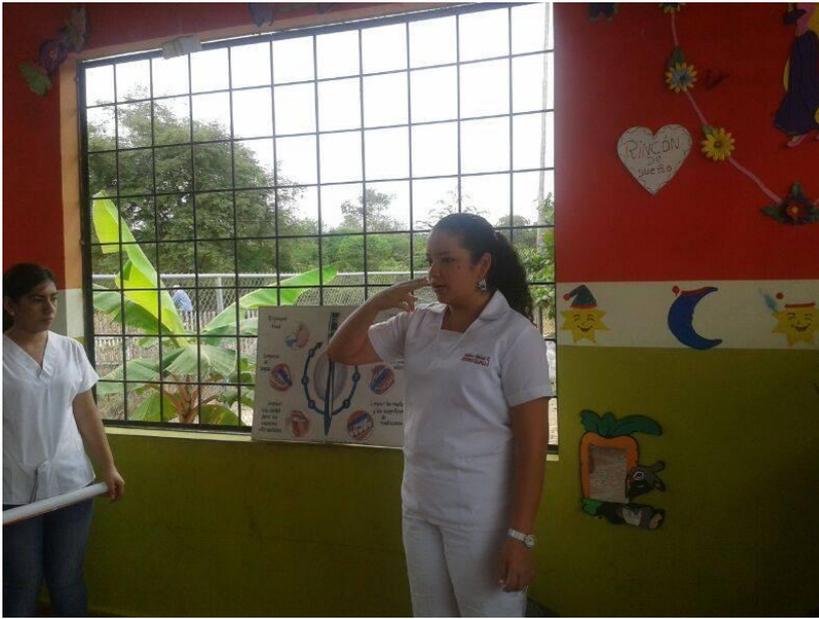


Gráfico No. 16. Charla educativa sobre cultura preventiva bucal para obtener una buena salud oral realizada en el Centro de Salud Riochico.
Realizado por: auxiliar de la autora de esta tesis. Cap. VI, p. 89.



Gráfico No. 17. Pacientes que asistieron a la charla educativa sobre cultura preventiva bucal para obtener una buena salud oral realizada en el Centro de Salud Riochico.
Realizado por: auxiliar de la autora de esta tesis. Cap. VI, p. 89.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1-Álvarez, R. (2002). Salud Pública y Medicina Preventiva. Medicina Preventiva (3ª ed.). México D. F., Estados Unidos Mexicanos.: Editorial El Manual Moderno.
- 2-Aranceta, J. (2002). Guía práctica sobre hábitos de Alimentación y Salud. Reino de España: Editorial SENC.
- 3-Barrancos, M. (2011). Operatoria Dental Integración Clínica: Prevención en Cariología (4ª ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- 4-Bello, J. (2012). Calidad de vida, Alimentos y salud Humana: Fundamentos científicos. Madrid, Reino de España: Ediciones Días de Santos S.A.
- 5-Bordoni, N. , Escobar R., Castillo M. (2010). Odontología pediátrica. La salud del niño y el adolescente en el mundo actual. Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Panamericana.
- 6-Blanco, J., y Maya, J. (2010). Fundamentos de Salud Pública. Servicios Preventivos. Medellín, República de Colombia: Editorial CIB.
- 7-Campos, A. (2010). Violencia social. San José, República de Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia ILANUD.
- 8-Casanueva, E., Kaufer, M., Pérez, A. y Arroyo, P. (2008). Nutriología Médica (3ª ed.). Estados Unidos Mexicanos: Editorial Médica Panamericana.
- 9-Castro, P., Corral, C. G., León, P., Martínez, C., & Moreno, F. (2008). Eficacia de cuatro cepillos dentales en la remoción de placa bacteriana mediante la técnica modificada de Bass en Estudiantes de Salud Oral de la ciudad de Cali. Rev. Estomat., 16(2), 15-24.
- 10-Cawson, R., y Odell, E. (2009). Medicina y Patología Oral: Patología de Tejidos Duros (8va ed.). Barcelona, Reino de España: Editorial Elsevier.

- 11-Cortesi, V. (2008). Manual práctico para el auxiliar de Odontología (1ª ed.). Barcelona, Reino de España.
- 12-Cuenca, E., y Baca, P. (2013). Odontología preventiva y comunicaría. Principios de la prevención y promoción de la salud en odontología (4ª ed.). Barcelona, Reino de España: Editorial Masson.
- 13-De Luis, D., Bellido, D., y García, P. (2010). Dietoterapia, Nutrición Clínica y Metabolismo. Madrid, Reino de España: Editorial Díaz de Santos, S. A.
- 14-De Rossi, C. (2009). Lesiones cervicales no cariosas: la lesión dental del futuro. Sao Paulo, República Federativa de Brasil: Editorial Médica Panamericana.
- 15-Editado por Berdanier, C., Dwyer, J. y Feldman, E. (2010). Nutrición y alimentos (2ª ed.). Estados Unidos Mexicanos: McGraw – Hill Interamericana editores, S.A. de C.V.
- 16-Eley, B., Soory, M. y Manson, J. (2012). Periodoncia (6ª ed.). Barcelona, Reino de España: Editorial Elsevier.
- 17-Garcés, J. (2012). La cultura preventiva en salud. *ÁTOPOS*, 2(3), 15.
- 18-García, C. (2006). Boca sana. Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco-dental. Madrid, Reino de España: Editorial Ripano.
- 19-Gil, A., Martínez, E. y Maldonado, J. (2010). Tratado de nutrición. Nutrición Humana en el Estado de Salud (2ª ed.). Madrid, Reino de España: Editorial Médica Panamericana.
- 20- Gómez, O. (2007). Educación para la salud (4ª reimp.). San José, República de Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia.
- 21-Herazo, B. (2012). Clínica del sano en odontología: Higiene bucodental (4ª ed.). Bogotá, República de Colombia: Editorial Ecoe.

- 22- Hernández, E., Armayones, M., Boixadós, M., Pousada, M., Guillamón, N. y Gómez, B. (2009). Salud y Red. Barcelona, Reino de España: Editorial UOC.
- 23-Laserna Santos, Vicente. (2008). Higiene dental personal diaria. Victoria BC, Canadá: Editorial Trafford Publishing.
- 24-Lima Álvarez, M., & Casanova Rivero, Y. (ene.-abr de 2006). Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. Rev Hum Med, 6(1), 2-3.
- 25-Lindhe, J., Lang, N. (2009). Periodontología clínica e implantología odontológica. (5ª ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- 26-Liponis, M. (2008). Ultra – Longevidad. Bogotá, República de Colombia: Editorial Norma.
- 27-López, J. (2009). Odontología para la higiene oral. Lima, República de Perú: Editorial Zamora Ltda.
- 28-Lugo Angulo, E., García Cabrera, E., Gross Fernández, c., Casas Gross, S., & Sotomayor Lugo, F. (abril de 2013). La cultura en salud bucal como problema actual de la sociedad. MEDISAN, 17(4), 7.
- 29-Malagón-Londoño, G. (2011). Salud Pública. Responsabilidad y cobertura de la salud pública. (2da ed.). Bogotá, República de Colombia: Editorial Medica Internacional.
- 30-Monés, J. (2009). El médico en casa, comprender el Estreñimiento y la Diarrea. Barcelona, Reino de España: Editorial Amat.
- 31-Monsalves, M. J. (2012). La odontología que vivimos y no queremos: una crítica al escenario actual. Rev Chil salud Pública, 16(4), 241 – 246.
- 32-Morales, F. (2007). Temas prácticos en Geriatria y Gerontología. San José, República de Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia.

- 33-Morales, J. (2011). Nutriterapia, Salud y Longevidad: Qué comer para vivir mejor. Madrid, Reino de España: Editorial Díaz de Santos, S.A.
- 34-Negroni, M. (2009). Microbiología Estomatológica: fundamentos y guía práctica (2ª ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- 35-Newman, Takei, Klokkevold y Carranza. (2010). Carranza Periodontología Clínica (10ma ed.). Estados Unidos Mexicanos: Editorial Mc Graw Hill.
- 36-OCDE (2007). Panorama de la Salud 2007. Indicadores de la OCDE. Madrid, Reino de España: Editorial Closas – Orcoyen, S. L.
- 37-Palma, A., y Sánchez, F. (2013). Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica: Prevención y Mantenimiento de la Salud Bucodental (2ª ed.). Madrid, Reino de España: Editorial Paraninfo S.A.
- 38-Pires, M., Schmith, R., y Kim, S. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Sao Paulo, República Federativa de Brasil: Editorial Santos.
- 39-Plasencia, M. (2002). Manual de prácticas tuteladas en oficina de farmacia. Madrid, Reino de España: Editorial Complutense, S.A.
- 40-Preti, G. (2008). Rehabilitación Protésica. Bogotá, República de Colombia: Editorial Amolca.
- 41-Raspini, M., Dirr, A., Rinaldi, M. y Jesús, V. (2010). Fisiopatología y Dietoterapia del niño (1ª ed.). Mar del Plata, República de Argentina: Editorial Ebook.
- 42-Redondo, C., Galdó, G. y García, M. (2008). Atención al Adolescente. Cantabria, Reino de España: Editorial de la Universidad de Cantabria.
- 43-Rivas, V. (2011). Salud Comunitaria. Tacna, República de Perú.
- 44-Rodríguez, V. y Simón, E. (2008). Bases de la alimentación humana. Reino de España: Editorial Netbiblo.

45-Romanelli, H., Adams, E., y Schinini, G. (2012). 1001 Tips en Periodoncia Del Fundamento biológico a la práctica clínica (1ª ed.). República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca.

46-Salvador, G. y Bultó, L. (2001). Larousse de la Dieta y la Nutrición. Gran Canaria, Comunidad Autónoma de Canarias del Reino de España: Editorial Larousse.

47-Sánchez, A., Saura, M. y Moya M. (2006). Manual de prácticas de periodoncia: 4º de odontología, Clínica Odontológica Universitaria. Murcia, Reino de España: Editorial Servicio de Publicaciones.

48-Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración. (2009). Manual de Higiene Bucal. Madrid, Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

49-Tripathi, K. (2008). Farmacología en odontología fundamentos. Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Sitios web consultados:

50-Ayala, E., Pinto, G., Raza, X. y Herdoíza, M. (2009). Plan Nacional de Salud Bucal. [En línea]. Consultado: [14, mayo, 2014] Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20BUCAL.pdf>

51-Castilla y León (2006). Higienistas Dentales. [En línea]. Consultado: [14, mayo, 2014] Disponible en: http://books.google.com.ec/books?id=1DfSL5xhQ1sC&pg=PA224&dq=cepillado+de+la+lengua&hl=es&sa=X&ei=phv-U_rzL8HmsAT98IHADA&ved=0CCkQ6AEwAg#v=onepage&q=cepillado%20de%20la%20lengua&f=false

52-Gutiérrez, J. (2006). Fundamentos de ciencias básicas aplicadas a la odontología. (1ª ed.). [En línea]. Consultado: [19, mayo, 2014] Disponible en:

<http://books.google.com.ec/books?id=4szLuVOtgC0C&pg=PA87&dq=nutricion+en+s+alud+bucal&hl=es&sa=X&ei=p->

[N6U6irOo6gsASN9oH4AQ&ved=0CDQQ6AEwAA#v=onepage&q=nutricion%20en%20salud%20bucal&f=false](http://books.google.com.ec/books?id=N6U6irOo6gsASN9oH4AQ&ved=0CDQQ6AEwAA#v=onepage&q=nutricion%20en%20salud%20bucal&f=false)

53-Gutiérrez, E. y Iglesias, P. (2009). Técnicas de ayuda odontológica/estomatológica. [En línea]. Consultado: [04, junio, 2014] Disponible en:

<http://books.google.com.ec/books?id=fQF489KZmtgC&pg=PA14&dq=mala+higiene+bucal&hl=es->

[419&sa=X&ei=PeePU_K5AonKsQTRI4LQDA&ved=0CCYQ6AEwAQ#v=onepage&q=mala%20higiene%20bucal&f=false](http://books.google.com.ec/books?id=419&sa=X&ei=PeePU_K5AonKsQTRI4LQDA&ved=0CCYQ6AEwAQ#v=onepage&q=mala%20higiene%20bucal&f=false)

54-Hernández, H. (2007). Manual de Personalidad e Imagen. [En línea]. Consultado: [13, mayo, 2014] Disponible en:

http://books.google.com.ec/books?id=k9OqFbxwH08C&pg=PA46&dq=tecnicas+de+cepillado+dental&hl=es&sa=X&ei=r_ByU_-

[yM8qwsQTC5YG4BA&ved=0CDUQ6AEwBTgK#v=onepage&q=tecnicas%20de%20cepillado%20dental&f=false](http://books.google.com.ec/books?id=yM8qwsQTC5YG4BA&ved=0CDUQ6AEwBTgK#v=onepage&q=tecnicas%20de%20cepillado%20dental&f=false)

55-Limonta, E., Triay, I., Cuevas, M., Alesa, A. y Pajaró, K. (2009). Conocimientos sobre salud bucal en pacientes del consultorio estomatológico Barrio Bolívar en Venezuela. [En línea]. Consultado: [13, mayo, 2014] Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_6_09/san05609.pdf

Anexos.

Anexo 1.

Árbol de problema.

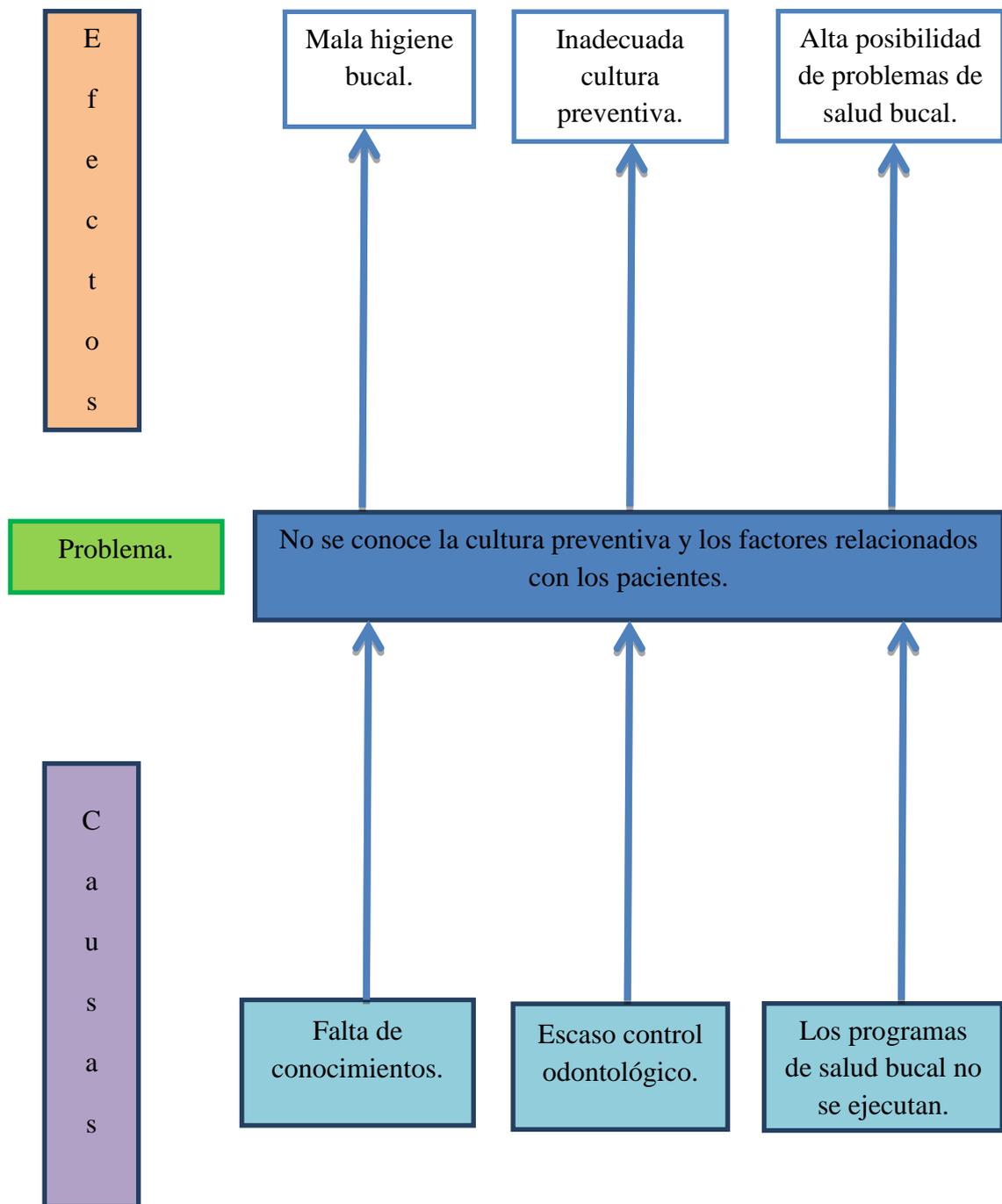


Gráfico No. 18. Árbol del problema.
Realizado por: autora de esta tesis. Anexo I, p. 97.

Anexo 2.

Cuadro 15.

Presupuesto de la tesis.

DESCRIPCIÓN.	CANTIDAD.	UNIDAD DE MEDIDA.	COSTO UNITARIO.	COSTO TOTAL.
Internet.	10	Hora.	10,00	10,00
Fotocopias.	455	Unidad.	0,03	13,65
Pen Driver.	1	Unidad.	20,00	20,00
Tinta de impresora.	2	Cartuchos de tinta.	35,00	70,00
Cd.	4	Unidad.	0,63	2,50
Papel bond A4.	3	Resmas.	6,00	18,00
Hojas membretadas.	25	Unidad.	2,00	50,00
Anillados.	3	Unidad.	1,50	4,50
Empastados.	4	Unidad.	15,00	60,00
Bolígrafos.	5	Unidad.	0,50	2,50
Carpetas.	2	Unidad.	0,50	1,00
Transporte (Gasolina).	-	Galón.		100,00
Imprevistos.	10 %			35,21
			TOTAL:	387,36

Nota: Presupuesto de la elaboración de la tesis.
Realizado por: Autora de esta tesis. Anexo 2, p. 98.

Anexo 3.

Cuadro 16.

Matriz de operacionalización de las variables.

Variable.	Tipo.	Escala.	Definición.	Indicadores.
Sexo.	Cualitativa nominal dicotómica.	Femenino. Masculino.	Según sexo biológico.	Frecuencias absolutas y porcentos.
Edad.	Cuantitativa continua.	Número entero.	Edad cumplida en años.	Media, desviación estándar, frecuencias relativas y acumuladas.
Nivel de escolaridad del paciente.	Cualitativa nominal politómica.	1. Básico. 2. Bachillerato. 3. Universitario. 4. Postgrado.	Ultimo nivel de educación aprobado por el paciente.	Frecuencias absolutas y porcentos.
Participación en Programa de salud bucodental.	Cualitativa nominal dicotómica.	No. Si.	Si ha participado en programa informativo o de promoción de salud bucodental.	Frecuencias absolutas y porcentos.
Conocimientos sobre alimentos dañinos para la salud bucodental.				
Conoce si hay alimentos dañinos para la salud bucodental.	Cualitativa nominal dicotómica.	No. Si.	Si conoce acerca de si hay alimentos dañinos para la salud bucodental.	Frecuencias absolutas y porcentos.

Conoce cuáles alimentos son dañinos.	Cualitativa nominal politómica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Que contienen azúcares. 2. Que contienen harinas refinadas. 3. Carnes. 4. Pescados. 5. Leche. 6. Frutas. 7. Verduras. 	Conocimiento sobre tipos de alimentos dañinos.	Frecuencias absolutas y porcentos.
Conocimientos sobre higiene bucodental.				
Elementos de aseo bucal.	Cualitativa nominal politómica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Crema dental. 2. Enjuague bucal. 3. Seda dental. 4. Crema y enjuague. 5. Crema y seda dental. 6. Enjuague y seda. 7. Crema, enjuague y seda. 	Si conoce los elementos fundamentales del aseo bucal.	Frecuencias absolutas y porcentos.

Frecuencia del cepillado dental.	Cualitativa ordinal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Una vez al día. 2. Dos veces al día. 3. Tres veces al día. 4. Más de tres veces al día. 	Si conoce la frecuencia con que se debe realizar el cepillado bucal.	Frecuencias absolutas, porcentos y frecuencias acumuladas.
Frecuencia con que se debe cambiar el cepillo dental.	Cualitativa ordinal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cada mes. 2. Cada 3 meses. 3. Cada 6 meses. 4. Cada año. 5. Más de un año. 	Si conoce la frecuencia con que se debe realizar el cambio del cepillo dental.	Frecuencias absolutas, porcentos y frecuencias acumuladas.
Se debe cepillar la lengua.	Cualitativa nominal dicotómica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No. 2. Si. 	Si conoce si el cepillado de la lengua es beneficioso.	Frecuencias absolutas y porcentos.
Cómo prevenir las caries.	Cualitativa nominal politómica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Higiene bucal adecuada. 2. Alimentos adecuados. 3. Visitas periódicas al dentista. 4. Masticar correctamente. 5. Cirugía bucal. 	Si conoce los elementos básicos esenciales para prevenir las caries.	Frecuencias absolutas y porcentos.

Papel de las cremas dentales y los enjuagues con flúor en la salud bucodental.	Cualitativa nominal politémica .	<ol style="list-style-type: none"> 1. Protegen el esmalte dental. 2. Fortalecen las encías. 3. Desinfectan la cavidad bucal. 4. Destruye la placa bacteriana. 	Si conoce el papel de flúor incorporado a las cremas y enjuagues en la salud bucodental.	Frecuencias absolutas y porcentos.
Conocimiento sobre la necesidad de acudir periódicamente al odontólogo.				
Frecuencia con que se debe visitar al odontólogo.	Cualitativa ordinal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cada mes. 2. Cada 3 meses. 3. Cada 6 meses. 4. Cada año. 5. Más de un año. 	Frecuencia con que el paciente piensa que se debe visitar al odontólogo.	Frecuencias absolutas, porcentos y frecuencias acumuladas.

Casos en que se debe acudir al odontólogo.	Cualitativa nominal politómica .	<ol style="list-style-type: none"> 1. Halitosis (mal aliento) persistente. 2. Sangramiento de las encías al cepillado. 3. Manchas en los dientes. 4. Alta sensibilidad al frío o al calor. 5. Dolor en algún diente. 6. Inflamación en las encías 7. Todas 	Casos en que el paciente piensa que se debe acudir al odontólogo.	Frecuencias absolutas y porcentajes.
Salud bucodental según examen clínico.	Cualitativa nominal politómica .	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mala. 2. Regular. 3. Buena. 	Según el diagnóstico del odontólogo.	Frecuencias absolutas y porcentajes.

Nota: Matriz de operacionalización de las variables.
Realizado por: Autora de esta tesis. Anexo 3, pp. 99 – 103.

Anexo 4.

Planilla de consentimiento informado.

Yo, el abajo firmante

Con residencia en _____ Acepto formar parte en este estudio titulado “Estudio de la cultura preventiva bucal en los pacientes que acuden a la consulta odontológica en el Centro de Salud de la Parroquia Río chico del Cantón Portoviejo en el periodo marzo-agosto de 2014.

La investigadora del presente estudio me ha informado exhaustivamente acerca de las características, objetivos y duración del estudio. He tenido la oportunidad de hacerle preguntas acerca de todos los aspectos del estudio.

Después de consultarlo, accedo a cooperar en la investigación. En caso de notar algo inusual durante la investigación se lo hare saber inmediatamente.

Me consta que así lo deseo puedo interrumpir mi participación en cualquier momento y que esto no afectara mi perfil profesional en lo posterior.

Estoy de acuerdo con que mis datos que se deriven de esta investigación pasen a formar parte de los registros computarizados de la autora principal de la investigación. Me consta que puedo ejercer mi derecho a acceder y a corregir esta información.

Mi identidad no será revelada por ningún medio y la información relacionada conmigo será utilizada con la mayor discreción y confidencialidad. Accedo a que esta información pueda ser inspeccionada directamente por los representantes de las autoridades universitarias y por los miembros del equipo de investigación participantes. Accedo a poner limitaciones en el uso de los resultados del estudio.

Eslaine Yokasta Molina Rodríguez.

Estudiante de la carrera de Odontología.

Firma del participante.

Nombre y firma del testigo.

Fecha: ___ / ___ / _____

Realizado por: Autora de esta tesis. Cap. III, p. 48.

Anexo 5.

Encuesta.



Carrera de Odontología.

El presente cuestionario corresponde a una Investigación, que será realizado por una estudiante de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Agradecemos su participación y le solicitamos sea veraz en su respuesta para obtener resultados que se correspondan con la realidad. Este cuestionario es anónimo y su resultado tendrá como fin dar respuesta al estudio realizado.

Núm.: _____ Fecha: _____ / _____ / _____

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Sexo: _____ Femenino. _____ Masculino. Edad: _____

Instrucciones: En todos los casos marque con una cruz. Puede marcar más de una donde sea necesario.

- 1) Nivel de escolaridad.
 - a) _____ Básico.
 - b) _____ Bachillerato.
 - c) _____ Universitario.
 - d) _____ Postgrado.
- 2) ¿Cuál de estos elementos de aseo bucal utiliza habitualmente?
 - a) _____ Crema o pasta dental.
 - b) _____ Enjuague bucal.
 - c) _____ Seda dental.
 - d) _____ Crema y enjuague.
 - e) _____ Crema y seda dental.
 - f) _____ Enjuague y seda.
 - g) _____ Crema, enjuague y seda.
- 3) ¿Sabe usted el tipo de técnica de cepillado adecuado para la Higiene Oral?
 - a) _____ No conozco.
 - b) _____ Si conozco.
 - c) _____ He escuchado pero no me han enseñado.
- 4) ¿Cada qué tiempo cambia usted el cepillo dental?
 - a) _____ Cada mes.
 - b) _____ Cada 3 meses.
 - c) _____ Cada 6 meses.
 - d) _____ Cada año.
 - e) _____ Más de un año.
- 5) ¿Con qué frecuencia realiza usted el cepillado de los dientes?
 - a) _____ Una vez al día.
 - b) _____ Dos veces al día.
 - c) _____ Tres veces al día.
 - d) _____ Más de tres veces al día.
- 6) ¿El cepillado de la lengua es necesario para mantener una buena salud bucodental?
 - a) _____ No.
 - b) _____ Si.
- 7) ¿Conoce usted que existen alimentos dañinos para la salud bucodental?
 - a) _____ No.
 - b) _____ Si.

- 8) ¿Cuáles de los alimentos mencionados cree usted son dañinos?
- a) Que contienen azúcares.
 - b) Que tienen harinas refinadas.
 - c) Carnes.
 - d) Pescados.
 - e) Leche.
 - f) Frutas.
 - g) Verduras.
- 9) ¿Qué alimentos consume usted y su familia?
- a) Carbohidratos (arroz, papas, pan, cereales, etc.).
 - b) Proteínas (pollo, pescado, carnes, yogurt, etc.).
 - c) Ambos están incluidos en su dieta.
- 10) ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas dulces (refrescos, batidos, jugos azucarados, colas, etc.) entre comidas?
- a) Una vez.
 - b) Dos o tres veces.
 - c) Siempre.
- 11) ¿Ha participado/asistido en algún programa informativo o de promoción de salud bucodental?
- a) No.
 - b) Si.
- 12) ¿Con qué frecuencia acude usted al odontólogo?
- a) Una vez cada 3 meses.
 - b) Una vez cada 6 meses.
 - c) Una vez cada año.
 - d) Sólo si es necesario.
- 13) Acude usted al dentista en caso de:
- a) Halitosis (mal aliento) persistente.
 - b) Sangramiento de las encías al cepillado.
 - c) Manchas en los dientes
 - d) Alta sensibilidad al frío o al calor.
 - e) Dolor en algún diente.
 - f) Control.
 - g) Todas.

Observaciones:

Realizado por: Autora de esta tesis. Anexo 5, p. 107.

Anexo 6.

Gráficos del desarrollo de las encuestas.

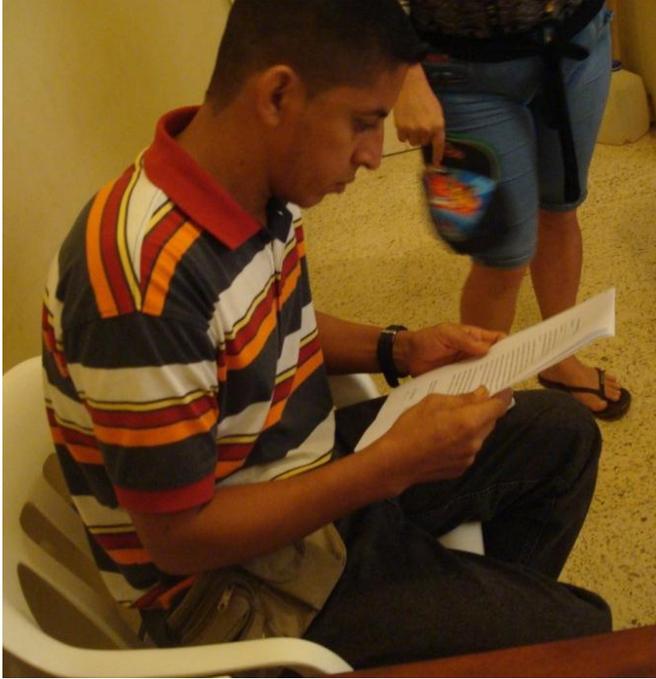


Gráfico No. 19. Paciente leyendo el consentimiento informado para la realización de la encuesta en el Centro de Salud Riochico.
Realizado por: autora de esta tesis. Anexo 4, p. 104 y 105.



Gráfico No. 20. Paciente firmando el consentimiento informado antes de la realización de la encuesta en el Centro de Salud Riochico.
Realizado por: auxiliar de la autora de esta tesis. Anexo 4, p. 104 y 105.



Gráfico No. 21. Paciente realizando la encuesta en el Centro de Salud Riochico.
Realizado por: auxiliar de la autora de esta tesis. Anexo 5, p. 106 y 107.



Gráfico No. 22. Paciente respondiendo las preguntas de la encuesta en el Centro de Salud Riochico.
Realizado por: auxiliar de la autora de esta tesis. Anexo 5, p. 106 y 107.

Anexo 7.

Gráficos del marco teórico.

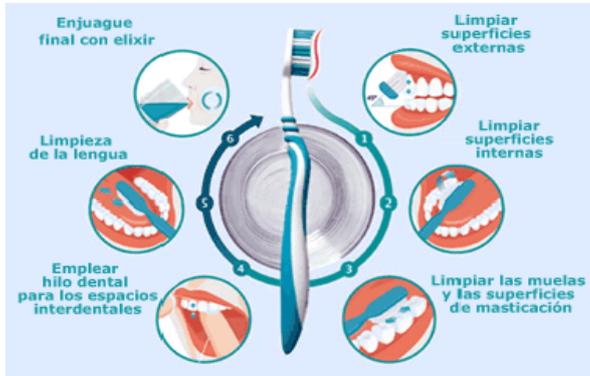


Gráfico No. 23. Hábitos Higiénicos.
Realizado por: autora de esta tesis. Cap. II, p. 13.



Gráfico No. 24. Higiene Bucal.
Realizado por: autora de esta tesis. Cap. II, p. 14.



Gráfico No. 25. Cepillado dental.
Realizado por: autora de esta tesis. Cap. II, p. 19.



Gráfico No. 26. Característica del cepillo dental.
 Realizado por: autora de esta tesis. Cap. II, p. 20.

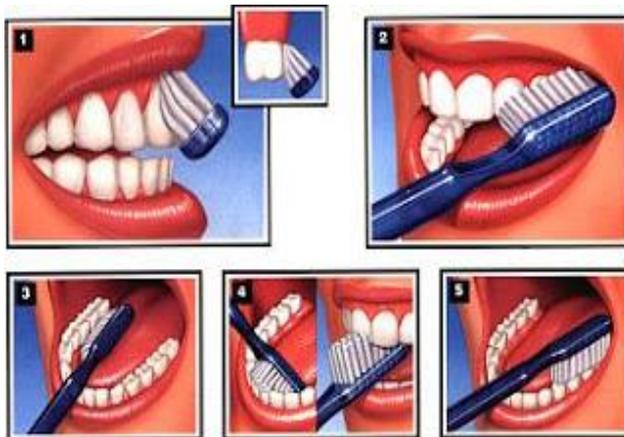


Gráfico No. 27. Técnicas de cepillado dental.
 Realizado por: autora de esta tesis. Cap. II, p. 21.



Gráfico No. 28. Cepillado de la lengua.
 Realizado por: autora de esta tesis. Cap. II, p. 27.



Gráfico No. 29. Limpiadores de lengua.
Realizado por: autora de esta tesis. Cap. II, p. 28.



Gráfico No. 30. Limpieza interdental.
Realizado por: autora de esta tesis. Cap. II, p. 28.



Gráfico No. 31. Seda o hilo dental.
Realizado por: autora de esta tesis. Cap. II, pp. 28 y 29.

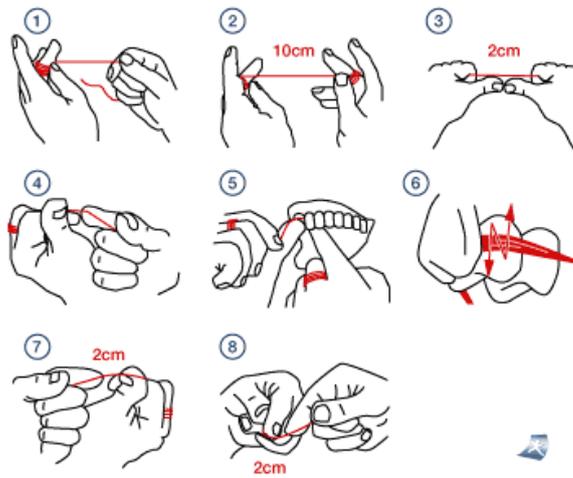


Gráfico No. 32. Técnica para el pasaje de hilo dental.
Realizado por: autora de esta tesis. Cap. II, p. 31.



Gráfico No. 33. Dentífricos o pastas dentales.
Realizado por: autora de esta tesis. Cap. II, pp. 31 y 32.



Gráfico No. 34. Colutorios.
Realizado por: autora de esta tesis. Cap. II, p. 33.



Gráfico No. 35. Hábitos alimenticios y dietéticos.
Realizado por: autora de esta tesis. Cap. II, p. 34.



Gráfico No. 36. Dieta.
Realizado por: autora de esta tesis. Cap. II, p. 36.



Gráfico No. 37. Azúcares.
Realizado por: autora de esta tesis. Cap. II, p. 38.



Gráfico No. 38. Edulcorantes.
 Realizado por: autora de esta tesis. Cap. II, p. 39.



Gráfico No. 39. Clasificación de los alimentos.
 Realizado por: autora de esta tesis. Cap. II, p. 40.



Gráfico No. 40. Alimentos protectores.
 Realizado por: autora de esta tesis. Cap. II, p. 41.



Gráfico No. 41. Visita al Odontólogo.
Realizado por: autora de esta tesis. Cap. II, p. 41.