



Carrera de Odontología.

Tesis de Grado.

Previo a la obtención del título de:

Odontólogo.

Tema:

Cultura odontológica preventiva y su influencia en el tipo de atención solicitada por los pacientes del subcentro de salud San Bartolo del cantón Bolívar, durante el período marzo - agosto de 2014.

Autor.

Néstor Geovanny Mendieta Párraga.

Directora de Tesis.

Dra. Tatiana Moreira Solórzano Mg. Ge.

Portoviejo – Manabí – República del Ecuador.

2014

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS.

Dra. Tatiana Moreira Solórzano Mg. Ge., certifica que la tesis de investigación titulada: Cultura odontológica preventiva y su influencia en el tipo de atención solicitada por los pacientes del subcentro de salud San Bartolo del cantón Bolívar, durante el período marzo - agosto de 2014. Es trabajo original del egresado Néstor Geovanny Mendieta Párraga, la misma que ha sido desarrollada en su totalidad, bajo mi absoluta dirección y control.

Dra. Tatiana Moreira Solórzano, Mg. Ge.

Directora de Tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema.

Cultura odontológica preventiva y su influencia en el tipo de atención solicitada por los pacientes del subcentro de salud San Bartolo del cantón Bolívar, durante el período marzo - agosto de 2014. Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador, como requisito previo a la obtención del título de Odontólogo.

Tribunal:

Dra. Lucía Galarza Santana, Mg. Ge.

Directora de Carrera.

Dra. Tatiana Moreira Solórzano, Mg. Ge.

Directora de Tesis.

Dra. Amarilys Martín Moya.

Miembro del tribunal.

Dr. Miguel Carrasco Sierra.

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

La responsabilidad de las ideas, resultados y conclusiones del presente trabajo investigativo sobre: Cultura odontológica preventiva y su influencia en el tipo de atención solicitada por los pacientes del subcentro de salud de San Bartolo del cantón Bolívar, durante el período marzo - agosto de 2014. Pertenece exclusivamente al autor, y al patrimonio intelectual de las tesis de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Néstor Geovanny Mendieta Párraga.

AGRADECIMIENTO.

Agradezco primeramente a mi Dios, ser supremo. A mis padres, quienes me han apoyado para poder llegar a esta instancia de mi carrera, ya que ellos han estado siempre presente para apoyarme moral y psicológicamente. Finalmente a mi hermano, quien ha sido mi mayor motivación para nunca rendirme en los estudios y llegar a ser un ejemplo para él.

Néstor Geovanny Mendieta Párraga.

DEDICATORIA.

A mis padres, Geovanny Mendieta Párraga y Marisol Párraga Chica, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años. Gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que hoy soy. Es un privilegio ser su hijo, son los mejores padres.

Néstor Geovanny Mendieta Párraga.

RESUMEN.

La investigación determinó el tipo de atención odontológica solicitada por los pacientes que asistieron a la consulta odontológica en el subcentro de salud San Bartolo. Demostrando la influencia de la cultura odontológica preventiva en el tipo de atención solicitada por los pacientes que se atienden en el Subcentro de Salud San Bartolo, tal como se planteara en el objetivo general de la investigación. De la misma manera se indagaron los conocimientos sobre medidas odontológicas preventivas que tienen los pacientes del departamento odontológico del subcentro de Salud San Bartolo y se estableció el tipo de atención odontológica solicitada por los pacientes.

La metodología utilizada se limitó al corte transversal descriptivo que permitió levantar información directa de los pacientes, con lo cual se pudo obtener tanto la exposición como el efecto, en el mismo momento. Para lo cual se trabajó con 102 pacientes a quienes se les levantó información mediante la técnica de la observación en una ficha de observación.

Los resultados de la investigación demostraron que la influencia de la cultura odontológica preventiva en el tipo de atención solicitada por los pacientes que se atienden en el Subcentro de Salud San Bartolo es mínima. Ya que de los 102 pacientes considerados para el estudio, únicamente 20 acudieron al departamento odontológico de dicho subcentro de salud, de manera preventiva de su salud oral.

Palabras claves: cultura odontológica, prevención, atención odontológica, influencia, odontología, paciente, higiene oral, salud oral, cepillado dental, profilaxis.

ABSTRACT.

The investigation determined the type of dentistry attention requested by the patients that attended the dentistry consultation in the sub center of health San Bartolo, demonstrating the influence of the culture dentistry preventive in the type of attention requested by the patients that are assisted in the Sub center of Health San Bartolo, just as he/she thought about in the general objective of the investigation. In the same way the knowledge were investigated on measured dentistry preventive that have the patients of the dentistry department of the sub center of Health San Bartolo and the type of dentistry attention requested by the patients settled down.

The utilized methodology was limited to the descriptive cross section that allowed to lift direct information of the patients, with that which one could obtain as much the exhibition as the effect, in the same moment, for that which one worked with 102 patient to who were lifted information by means of the technique of the observation in an observation record.

The results of the investigation demonstrated that the influence of the culture dentistry preventive in the type of attention requested by the patients that are assisted in the Sub center of Health San Bartolo is minimum, since of the 102 patients considered for the study, 20 only went to the dentistry department of this subcentro of health, in preventive way of its oral health.

Password: dentistry culture, prevention, dentistry attention, influences, dentistry, patient, oral hygiene, oral health, dental brushing, prevention.

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
Índice de cuadros.....	XIII
Índice de gráficos.....	XV
Introducción.....	1
Capítulo I	
1. Problematización.....	2
1.1. Tema de la investigación.....	2
1.2. Antecedentes.....	2
1.3. Formulación del problema.....	5
1.4. Planteamiento del problema.....	6
1.4.1. Preguntas de la investigación	8
1.5. Delimitación de la investigación.....	8
1.5.1. Delimitación espacial.....	8

1.5.2. Delimitación temporal.....	8
1.6. Justificación.....	9
1.7. Objetivos.....	9
1.7.1. Objetivo General.....	9
1.7.2. Objetivos Específicos.....	10
 Capítulo II	
2. Marco teórico: referencial y conceptual.....	11
2.1. Marco referencial.....	11
2.2. Hipótesis.....	32
2.2.1. Hipótesis general.....	32
2.2.2. Unidades de observación y análisis.....	32
2.3. Variables.....	32
2.3.1. Variable independiente.....	32
2.3.2. Variable dependiente.....	32
2.4. Matriz de operacionalización de las variables.....	33
 Capítulo III	
3. Marco metodológico.....	34
3.1. Modalidad de la investigación.....	34
3.2. Tipo de investigación.....	34
3.3. Método.....	34
3.4. Técnicas.....	35
3.5. Instrumentos.....	35
3.6. Recursos.....	35
3.6.1. Humanos.....	36

3.6.2. Materiales.....	36
3.6.3. Tecnológicos.....	36
3.6.4. Económicos.....	36
3.7. Población y muestra.....	36
3.7.1. Población.....	36
3.7.2. Muestra	37
3.8. Proceso de recolección de la información.....	37
3.9. Procesamiento de la información.....	38
3.10. Consideraciones éticas del estudio.....	38
Capítulo IV	
4. Análisis e interpretación de los resultados.....	40
4.1. Análisis e interpretación.....	40
4.2. Comprobación de la hipótesis.....	83
Capítulo V	
5. Conclusiones y Recomendaciones.....	84
5.1. Conclusiones.....	85
5.2. Recomendaciones.....	86
Capítulo VI	
6. Propuesta.....	87
Bibliografía.....	93
Anexos.....	98

Índice de cuadros:

Cuadro No. 1	.....	40
Cuadro No. 2	.....	42
Cuadro No. 3	.....	43
Cuadro No. 4	.....	44
Cuadro No. 5	.....	46
Cuadro No. 6	.....	47
Cuadro No. 7	.....	49
Cuadro No. 8	.....	51
Cuadro No. 9	.....	53
Cuadro No. 10	.....	54
Cuadro No. 11	.....	55
Cuadro No. 12	.....	57
Cuadro No. 13	.....	58
Cuadro No. 14	.....	60
Cuadro No. 15	.....	61
Cuadro No. 16	.....	63
Cuadro No. 17	.....	64
Cuadro No. 18	.....	66
Cuadro No. 19	.....	67
Cuadro No. 20	.....	69
Cuadro No. 21	.....	70
Cuadro No. 22	.....	72

Cuadro No. 23	.....	74
Cuadro No. 24	.....	76
Cuadro No. 25	.....	77
Cuadro No. 26	.....	78
Cuadro No. 27	.....	80
Cuadro No. 28	.....	81
Índice de gráficos:		
Gráfico No. 1	.....	41
Gráfico No. 2	.....	42
Gráfico No. 3	.....	43
Gráfico No. 4	.....	45
Gráfico No. 5	.....	46
Gráfico No. 6	.....	48
Gráfico No. 7	.....	50
Gráfico No. 8	.....	52
Gráfico No. 9	.....	53
Gráfico No. 10	.....	54
Gráfico No. 11	.....	56
Gráfico No. 12	.....	57
Gráfico No. 13	.....	59
Gráfico No. 14	.....	60
Gráfico No. 15	.....	62
Gráfico No. 16	.....	63

Gráfico No. 17	.....	65
Gráfico No. 18	.....	66
Gráfico No. 19	.....	68
Gráfico No. 20	.....	69
Gráfico No. 21	.....	71
Gráfico No. 22	.....	73
Gráfico No. 23	.....	74
Gráfico No. 24	.....	76
Gráfico No. 25	.....	77
Gráfico No. 26	.....	79
Gráfico No. 27	.....	80
Gráfico No. 28	.....	82

INTRODUCCIÓN.

Analizando la obra de Barceló¹ (2010) se conoció que “La prevención es una actitud que se traduce en un hábito, y es la actitud de las personas lo que logra modificar las costumbres”. (p. 15).

Mi investigación versa sobre la cultura odontológica preventiva y su influencia en el tipo de atención solicitada por los pacientes del subcentro de salud San Bartolo del cantón Bolívar, durante el período marzo - agosto de 2014.

¹ Barceló, E. (2010). *Odontología para bebés. Estrategia de prevención*. Estados Unidos Mexicanos: Editorial Trillas S.A. de C.V.

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema de la investigación.

-Cultura odontológica preventiva y su influencia en el tipo de atención solicitada por los pacientes del subcentro de salud San Bartolo del cantón Bolívar.

1.2. Formulación del problema.

-¿Cómo influye la cultura odontológica preventiva en el tipo de atención solicitada por los pacientes atendidos en el subcentro de salud San Bartolo del Cantón Bolívar?

1.3. Planteamiento del problema.

Estudiando en varias investigaciones realizadas en Reino de España, se pudo conocer que tan sólo el 48% de la población ha visitado a su dentista durante el último año. La realidad en países sudamericanos como República de Chile, no es diferente, el 27,8% de la población declara no haber visitado nunca al profesional odontólogo o no haberlo hecho dentro de los últimos 5 años desde la fecha de la última entrevista, con diferencias significativas de acuerdo al sexo (el 32,9% de los hombres y el 22,9% de las mujeres). Estudios reveladores de una penosa realidad en cuanto a la pobre cultura preventiva existente en la población latina y sudamericana, donde las acciones preventivas para mantener la salud bucal son casi nulas.

A nivel nacional, los estudios realizados sobre prevención en varias escuelas, determinan. Que la aplicación de medidas de prevención odontológica por los profesionales de la salud oral, demandan sobretodo la colocación de flúor y de sellantes a los primeros y segundos molares en los niños y niñas, como una medida eficaz para detener la aparición de caries dental, que es la más común de las enfermedades, sobre todo en los niños en edad escolar.

En el Subcentro de Salud San Bartolo del cantón Bolívar, de acuerdo a cifras proporcionadas por el área de estadística y tomando como referencia los primeros ocho meses del año 2013. De las 1848 atenciones brindadas en el servicio de odontología, el 91.83% de los casos fueron por morbilidad y el 8.17% de éstos, fueron por prevención. Estas cifras revelan que entre la población de San Bartolo existe una absoluta falta de cultura preventiva odontológica, pues los pacientes únicamente acuden al odontólogo cuando sienten alguna molestia en la cavidad bucal y en otros casos más graves, cuando el dolor que sienten ya se les hace insoportable.

El desconocimiento de las complicaciones que trae la deficiente práctica de salud oral y la alta tasa de morbilidad dental existente en el Subcentro de Salud San Bartolo. Indican que la población presta poca o nula atención a las acciones preventivas que deben seguir para mantener una adecuada salud bucal, que repercute en el estado de salud del organismo en general.

Las consecuencias de la falta de cultura preventiva odontológica pueden no reflejarse a corto plazo, pero si pueden darse en un mediano o largo plazo, de manera que algunas de las causas de la caries dental se originan por la falta de prevención.

Así mismo, el desconocimiento del cuán importante es la salud bucal en la calidad de vida de las personas, unido a los temores, el miedo y la ansiedad que les provoca a muchos pacientes el visitar al odontólogo. Así como a la dificultad que tiene una parte de la población, sobre todo en las comunidades rurales, para acceder al control dental periódico, hacen que los diversos tratamientos preventivos y curativos que deben darse para cada patología, no tengan la continuidad para poder obtener un buen resultado esperado.

1.3.1. Preguntas de la investigación.

- ¿Cuáles son las medidas de prevención relacionadas con la higiene bucal?
- ¿Cuáles son las medidas de prevención relacionadas con la alimentación?
- ¿Cuáles son las medidas de prevención relacionadas con las visitas periódicas al odontólogo?
- ¿Cuál es el tipo de atención que el paciente solicita al odontólogo en el sub centro de salud San Bartolo?

1.4. Delimitación del problema.

1.4.1. Delimitación espacial.

El trabajo de investigación se realizó en el Subcentro de Salud San Bartolo del cantón Bolívar. Provincia Manabí en La República del Ecuador.

1.4.2. Delimitación temporal.

El trabajo de investigación se desarrolló durante los meses de marzo hasta agosto del 2014.

1.5. Justificación.

Este proyecto de investigación sobre la cultura odontológica preventiva posee relevancia. Ya que a través del trabajo de campo se podrán determinar los principales motivos que tiene la población de San Bartolo para no realizar mecanismos de prevención odontológicos, lo cual significa que el estudio ha tenido un impacto social positivo.

El estudio fue factible porque en todo momento existió el interés y la preocupación del autor de la presente investigación. Así como del personal administrativo y odontológico del subcentro de salud San Bartolo para proporcionar todas las facilidades al investigador para desarrollar eficazmente el trabajo de campo, de tal manera que se facilitó el acceso a los pacientes odontológicos que asistieron por primera vez a la consulta. Con esta acción, se demostró además del interés, la predisposición profesional para coadyuvar a solucionar la problemática de la falta de cultura preventiva en San Bartolo.

De una forma documentada se determinaron los factores que incidieron para que la muestra poblacional atendida en el departamento odontológico no se preocupara en solicitar una atención preventiva de su salud bucal, sino únicamente lo hiciera por morbilidad.

1.6. Objetivos.

1.6.1. Objetivo general.

-Demostrar la influencia de la cultura odontológica preventiva en el tipo de atención solicitada por los pacientes que se atienden en el Subcentro de Salud San Bartolo.

1.6.2. Objetivos específicos.

-Identificar los conocimientos sobre medidas odontológicas preventivas que tienen los pacientes del departamento odontológico del subcentro de Salud San Bartolo.

-Establecer el tipo de atención odontológica solicitada por los pacientes.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico, Referencial y Conceptual.

2.1. Marco Referencial.

2.1.1. Cultura preventiva odontológica.

Investigando en el diccionario de la Real Academia Española² (2001), se cita que prevenir es: “Preparar con anticipación lo necesario para un fin, anticiparse a una dificultad, prever un daño, avisar a alguien de algo”. (párr. 1).

De acuerdo con esta definición, la prevención en el ámbito de la salud oral pretende evitar problemas futuros mediante la adopción de medidas adecuadas, por lo que la prevención es la medicina del futuro. Estas medidas preventivas incluyen capacitación y educación odontológica, higiene oral adecuada (cepillarse, usar hilo dental y tener cuidado dental profesional regular y preventivo), fluorización y profilaxis dental.

Comparando en la obra de Reichart y Philipsen³ (s. f.) se expone que “El diagnóstico oral es una parte importante, sino la más importante, de la actividad del odontólogo”.

(p. 1)

² Real Academia Española (2001). *Diccionario de la Real Academia Española*. Reino de España: RAE. [En línea]. Consultado: [01, agosto 2014] Disponible en: <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>

³ Reichart, P. A. y Philipsen, H. P. (s. f.). *Atlas de patología oral*. Reino de España: Editorial Masson. [En línea]. Consultado: [01, agosto 2014] Disponible en: <https://onedrive.live.com/view.aspx?resid=BB7F95923620855D!828&app=WordPdf&authkey=!AEh2mgrd-3i4Lak>

Examinando en el libro de Hubertus, Waes y Stockli⁴ (s. f.), se puede referenciar que:

Los padres esperan, con razón, que el odontólogo detecte no sólo las caries y alteraciones patológicas en la cavidad oral de su hijo, sino que también evalúe el desarrollo dentoalveolar, oclusal y facial y que reconozca precozmente las anomalías. Debido a su vasto conocimiento del desarrollo normal..., el odontólogo debe ser capaz de aconsejar adecuadamente a los padres en cuestiones concretas que éstos planteen, así como –y esto es una pretensión decisiva – en relación con alteraciones que el niño y los padres no hayan percibido. Por lo tanto, el control odontológico debe incluir elementos básicos de la exploración ortodóncica... El principal objetivo no es el plan de tratamiento y la elección de los aparatos, sino *reconocer el problema*. A ello contribuye, por un lado, la observación del niño y de sus padres, y por otro lado, la exploración básica y los controles sucesivos por parte del odontólogo... (p. 29).

Considerando en la publicación de Reichart y Philipsen⁵ (s. f.), se conoció que:

El diagnóstico oral es una parte importante, si no la más importante, de la actividad del odontólogo. La responsabilidad del diagnóstico oral, si bien a menudo desatendida, pertenece a la profesión odontológica. Esto se aplica tanto al dentista general como al especialista. Si un odontólogo general pasa por alto una alteración de la cavidad oral, a menudo se pierde la mejor oportunidad para un tratamiento correcto y en el momento oportuno...

El diagnóstico no es un objetivo en sí mismo. Es la base del pronóstico y del tratamiento. Por ello, el clínico debe seguir una rutina diagnóstica metódica que identifique todas las características de un proceso patológico, para llegar de forma rápida y efectiva al objetivo de un diagnóstico definitivo.

En repetidas ocasiones se ha señalado que el profesional con experiencia no sigue un proceso complicado y formal para establecer el diagnóstico, sino que puede diagnosticar una lesión después de una exploración rápida. Sin embargo, esto es un caso raro, ya que el diagnóstico no se basa por lo general en reconocer rápidamente un proceso, sino en el seguimiento rápido y efectivo de la secuencia diagnóstica, que se perfecciona a lo largo de los años. No es necesario señalar de forma especial que el profesional con experiencia que establece el diagnóstico y que ha visto a lo largo de años de profesión muchas alteraciones puede reconocer y evaluar rápidamente el tipo de una desviación patológica. (pp. 1, 2).

Estudiando en el texto de Escobar⁶ (2004), se puede citar que:

⁴ Hubertus, J. M., Waes V. y Stokli, P. (s. f.). *Atlas de odontología pediátrica*. Reino de España: Masson S.A.

⁵ Reichart, P. A. y Philipsen, H. P. (s. f.). *Atlas de patología oral*. Reino de España: Editorial Masson. [En línea]. Consultado: [01, agosto 2014] Disponible en: <https://onedrive.live.com/view.aspx?resid=BB7F95923620855D!828&app=WordPdf&authkey=!AEh2mgrd-3i4Lak>

Las acciones preventivas pretenden disminuir la incidencia de caries; y, de hecho, la implementación de estas medidas en países desarrollados ha disminuido el problema de un modo significativo en las últimas cinco décadas. Esa información, disponible actualmente, permite estimar la fuerza que estas medidas tienen en salud pública. (p. 108).

Comparando en la obra de Ferelle, De Figueiredo y Myaki⁷ (2000) se puede exponer:

Las medidas educativas más eficaces para la prevención de caries dental en la primera infancia son aquellas destinadas al control del amamantamiento, especialmente el amamantamiento nocturno...

Ya en 1929, Pereira recomendaba iniciar la limpieza de la boca antes de la erupción de los primeros dientes y recomendaba pasar sobre los rodetes una gasa esterilizada, embebida de una solución de bicarbonato de sodio.

De acuerdo con normas de la Asociación Dental Americana (ADA, 1981), la limpieza puede comenzar antes de la erupción, para hacer el campo más limpio, así como acostumar al niño a la manipulación de su boca. (pp. 77, 79).

Analizando en la obra de Barceló⁸ (2010), se conoció que:

El cepillo dental es el principal instrumento en la higiene bucal, es la forma mecánica de eliminación de placa bacteriana y restos alimenticios. Las técnicas para cepillarse los dientes en la parte anterior se coloca las cerdas sobre la ansia en ángulo de 45 grados, las cerdas deben de estar en contacto con la superficie dental y la encía. Se debe cepillar suavemente la superficie dental externa de dos a tres dientes por vez con un movimiento rotatorio hacia adelante y hacia atrás. Para el cepillado de los molares se cepillará suavemente con un movimiento circular al mismo tiempo que se realice un movimiento de adelante hacia atrás sobre toda la superficie interna. Cepillar la lengua de adelante hacia atrás para eliminar las bacterias que producen el mal aliento. La utilización correcta del hilo dental previene la formación de caries interproximales y las enfermedades periodontales. (p. 102).

Factores de riesgo.

Dentro de la prevención es muy importante considerar factores como la dieta, el medio ambiente y el tiempo, de tal manera que, analizando en la obra de López⁹ (s. f.)

⁶ Escobar, F. (2004). *Odontología pediátrica*. República Bolivariana de Venezuela: Actualidades médico odontológicas Latinoamérica, C. A.

⁷ Ferello, A., De Figueiredo, L. R. y Myaki, I. (2000). *Odontología para el bebé, Odontopediatría desde el nacimiento hasta los 3 años*. República Federativa de Brasil: Editora Artes Médicas Ltda.

⁸ Barceló, E. (2010). *Odontología para bebés. Estrategia de prevención*. Estados Unidos Mexicanos: Editorial Trillas, S.A. de C.V.

se puede citar que “La dieta rica en carbohidratos es el principal sustrato para el metabolismo bacteriano y para la producción de polisacáridos y ácidos que van a ayudar a la maduración de la placa y la desmineralización del diente respectivamente”. (p. 89).

Actualmente el uso de xilitol que es un componente extraído de las frutas muy utilizado en los dentífricos para niños, se ha convertido en excelentes sustitutos de los azúcares tradicionales, debido a su mínima acción acidogénica. El sorbitol es otro sustituto del azúcar, pero que a diferencia del primero, las bacterias si lo pueden metabolizar.

Analizando en el texto de López¹⁰ (s. f.) se conoció que:

El medio ambiente local se constituye en otro factor de riesgo por cuanto las condiciones de pH y las fuerzas masticatorias, las condiciones de temperatura y la cantidad y calidad de la saliva, permiten que los procesos de autoclisis o limpieza sean de mayor o menor calidad haciendo que los microorganismos tengan condiciones mejores para su crecimiento. (p. 89).

De la misma forma, estudiando en la obra de López¹¹ (s. f.), se puede exponer que: “Otros factores que inciden en la aparición de enfermedades bucodentales son las condiciones socioeconómicas, la raza, la religión y la cultura”. (p. 90)

Respecto a las condiciones de vida, las personas de clases sociales bajas, debido a su escasa educación y poder adquisitivo, desconocen la importancia de la prevención oral, aunque en el subcentro de salud de la comunidad esté disponible el servicio odontológico todos los días laborables, lo cual va de la mano con la poca

⁹ López, J. (s. f.). *Odontología para la higiene oral*. República de Colombia: Zamora editores Ltda.

¹⁰ Ídem.

¹¹ Ídem.

promoción de la salud oral que se realiza en los subcentros de salud, la cual se limita a una promoción interna. De la misma forma, las costumbres ancestrales, la religión, el *modus vivendi*, la cultura, son factores que indudablemente influyen en el comportamiento que el individuo tenga sobre su salud e higiene oral, de allí se reflejará el nivel de importancia que se le otorgue al cuidado de sus dientes y de su cuerpo en general.

Examinando en la obra de Carranza¹² (2010), se puede referenciar que:

El tiempo constituye el factor desencadenante para que la enfermedad crónica logre evolucionar, de tal manera que en el caso de la caries, son transcurridos los treinta días cuando se forma la placa bacteriana y sus consecuentes lesiones de la cavidad bucal, dependiendo de la severidad de los factores de riesgo, así como del deficiente empleo de las técnicas de higiene dental. (p. 91).

Medidas de prevención.

Considerando en el texto de Carranza¹³ (2010) se puede referenciar que:

Los sellantes son materiales empleados en la odontología para tapar, cubrir, y/o sellar los lugares donde los dientes presentan hoyos o fisuras, de manera que se frena la entrada de microorganismos patógenos y la acumulación de placa bacteriana dentro de la cavidad oral, propendiendo con esta acción a un cepillado más efectivo que remueva la acumulación de placa. (p. 31).

Investigando la obra de López¹⁴ (s. f.) se pudo conocer que “El sellador actúa como una barrera física para prevenir que las bacterias orales y los detritos, desarrollen las condiciones de acidez necesarias para destruir la estructura dental de las superficies con fosas y fisuras”. (p. 98).

¹² Carranza, Newman, Takei, y Klokkevold. (2006). *Periodontología clínica*. Estados Unidos Mexicanos: McGrawHill Interamericana Editores, S. A. de C.V.

¹³ Ídem.

¹⁴ López, J. (s. f.). *Odontología para la higiene oral*. República de Colombia: Zamora editores Ltda.

Examinando en el libro de López¹⁵ (s. f.) acerca de los sellantes, se puede citar que:

El material más utilizado como sellante es una resina compuesta, sin relleno, de consistencia fluida, que teniendo como primera fase la desmineralización, al aplicarlo en las fosas y fisuras se adhiere al diente y forma un enlace con los prismas del esmalte, dando protección a las zonas de fosas y fisuras de los dientes. Los sellantes más usados en la actualidad, son materiales derivados del bisfenol – A – glicidil- metacrilato (Bis - GMA), que son polimerizados por una amina orgánica (autopolimerización o autocurado) o por luz visible (fotopolimerización o fotocurado), una vez polimerizados adquieren un color blanco o amarillo claro, lo cual facilita su observación y revisión en los dientes donde es colocado, ya que los primeros sellantes utilizados eran incoloros, transparentes y no era fácil observar su integridad al ser revisados.

Los sellantes son efectivos a largo plazo siempre y cuando permanezcan adheridos al diente, por lo tanto, su aplicación debe ser meticulosa. La principal causa para la pérdida del sellante es la contaminación al momento de la aplicación. La efectividad del sellante se da bajo dos parámetros a medir: la reducción de caries y la retención del sellante. Estos dos factores son dependientes el uno del otro: la caries no podrá desarrollarse en las fosas y fisuras mientras el sellante permanezca intacto, es decir, con completa retención. A mayor tiempo de retención del sellante, menor probabilidad de aparición de caries. (p. 101).

Observando en el texto de López¹⁶ (s. f.), se pudo referenciar que:

El flúor es otra de las medidas de prevención de la salud oral que ha contribuido desde el año de 1970 a disminuir la presencia de caries en el mundo. El uso permanente del flúor por los especialistas en salud e higiene bucal, ha hecho que las estadísticas de prevalencia de caries y los patrones de evolución de las más común de las enfermedades bucales crónicas, hayan cambiado rotundamente, lográndose bajar las altas tasas de afectación en la población en general. (p. 35).

La prevención se fundamenta en tres componentes relevantes que son, la higiene dental, la dieta adecuada y las visitas periódicas al odontólogo.

Considerando el la publicación de García¹⁷ (2006) se cita que “El cepillo dental es el instrumento que utilizamos para limpiar, mediante barrido o arrastre, los restos de alimento y la placa adherida a los dientes”. (p. 51).

¹⁵ López, J. (s. f.). *Odontología para la higiene oral*. República de Colombia: Zamora editores Ltda.

¹⁶ Ídem.

Estudiando en la obra de Escobar¹⁸ (2004), se puede exponer que:

Los tipos de cepillos dentales más conocidos son los cepillos infantiles, los postoperatorios, los extraorales, los periodontales, los de ortodoncia fija, los eléctricos y los normales. Los cepillos dentales infantiles poseen una cabeza pequeña, mango largo, fibras muy suaves y unidas. Los postoperatorios también poseen fibras unidas y muy suaves, pues son recomendados para después de una cirugía periodontal o una inevitable extracción dolorosa y compleja. Los extraorales son recomendados en casos de prótesis removibles, su tamaño es grande en comparación con los cepillos normales, ya que son empleados para limpiar las prótesis fuera de la boca, tal como indica su nombre. Los de prótesis fija únicamente poseen tres hileras de fibras y la hilera del medio es la más corta, lo cual garantiza un buen cepillado de la ortodoncia fija. Los cepillos periodontales son los adecuados para los pacientes afectados de la enfermedad periodontal, tienen fibras separadas y suaves. Los cepillos eléctricos son ideales para personas con discapacidad y adultos mayores que no pueden manejar un cepillo normalmente, tienen una cabeza más pequeña que los normales, por lo que pueden llegar a zonas menos accesibles y son muy efectivos en la remoción de la placa. Los cepillos normales poseen cerdas suaves, medias o duras, según la preferencia personal, unidas, mango largo, algunos incorporan un limpiador de lengua en la parte posterior, y su forma es variada. (p. 41).

Analizando en la obra de García¹⁹ (2006), se puede citar que “La seda dental o hilo dental es un instrumento complementario de la higiene bucal que se utiliza para eliminar la placa que se aloja en los espacios interdentes, donde el cepillo no puede penetrar” (p. 53).

De la misma forma, investigando en el texto de García²⁰ (2006), se puede exponer que, el hilo dental no es un sustituto del cepillo dental, es un complemento del cepillado dental. “También se utiliza para la limpieza de los espacios interdentes y de las zonas más inaccesibles al cepillado en la prótesis fijas, así como para limpiar los pilares de los implantes” (p. 54).

¹⁷ García, C. (2006). *Boca sana. Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco-dental*. Reino de España: Editorial Ripano, S. A.

¹⁸ Escobar, F. (2004). *Odontología pediátrica*. República bolivariana de Venezuela: Actualidades médico odontológicas Latinoamérica, C. A.

¹⁹ García, C. (2006). *Boca sana. Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco-dental*. Reino de España: Editorial Ripano, S. A.

²⁰ Ídem.

Considerando en el texto de García²¹ (2006) se conoció que entre los tipos de seda dental los hay con cera o sin cera, los super floss y los poscare:

El hilo dental. Con cera o sin cera. 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. Cada hilo tiene tres zonas diferentes: 1. Un segmento rígido para introducirlo por debajo del puente o de los brackets. 2. Un segmento esponjoso para la eliminación de la placa. 3. Un segmento final de seda sin cera para el resto de los dientes. Poscare. Es un hilo trenzado especial para los pilares de los implantes. Se realizan movimientos de vaivén alrededor de éstos para limpiarlos. Existe también un enhebrador del hilo de seda, para poder pasar éste con facilidad por debajo de la prótesis fija. (p. 54).

Indagando en la obra de Fiorellini²² (2006) se conoció que:

Otros elementos complementarios de la higiene bucal, aparte del cepillo y la seda dental, estos son los cepillos interdentes, los palillos interdentes, el estimulador interdental, el cepillo unipenacho, los irrigadores dentales o hidropulsores, el limpiador o rascador de lengua. El cepillo interdental es un pequeño cepillo de diferente tamaño, muy efectivo en la limpieza bucal, especialmente de los espacios interdentes más abiertos de lo normal. Los palillos interdentes eliminan los restos de comida en los espacios interdentes más cerrados.

El cepillo unipenacho se utiliza para zonas de difícil acceso. El estimulador interdental limpia y estimula la papila interdental, debido a su forma cónica. El limpiador de lengua sirve para raspar o cepillar bien la lengua, que es gran acumuladora de bacterias. Los irrigadores dentales ayudan en la limpieza de las prótesis fijas y son más eficaces si al agua se le añade un colutorio antiséptico, ya que bañan la encía y los espacios interdentes con el agua a presión que sale de ellos. Las pastas dentales o dentífricos normales son pastas o geles destinados a la limpieza de los dientes y fortalecimiento del esmalte, que ayudan al cepillo a remover los restos de placa y alimentos que quedan en la dentadura. Las pastas dentales medicadas o terapéuticas son las que mejoran o remedian varias patologías bucales como la gingivitis y la enfermedad periodontal. También ayudan en el blanqueamiento de los dientes, la sensibilidad dental. (p. 34).

²¹ García, C. (2006). *Boca sana. Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco-dental*. Reino de España: Editorial Ripano, S. A.

²² Fiorellini, J., Kim, D. y Satoshi, O. I. (2010). *Periodontología clínica*. 4ª edición. Estados Unidos Mexicanos: McGrawHill Interamericana Editores, S. A. de C.V.

Observando en la obra de García²³ (2006) se expone que dentro de los dentífricos terapéuticos están los anticaries, los de prevención de la enfermedad periodontal, los especiales anti formación de cálculo y sarro, contra la hipersensibilidad dentaria:

Dentífricos anticaries. Tienen una mayor concentración de flúor que es el único agente preventivo de la caries que puede incorporarse a las pastas dentales. Todas las pastas contienen flúor en su composición, pero algunas tienen una mayor concentración. Dentífricos para la prevención de la Enfermedad Periodontal. Previenen el depósito de placa, así como el desarrollo de la enfermedad. En su mayoría contienen Flúor, Clorhexidina, antisépticos como la hexetidina, etc. dentífricos especiales contra la formación de cálculos o sarro. Inhiben el proceso de mineralización. Contienen, entre otras sustancias, Pirofosfatos solubles. Dentífricos contra la hipersensibilidad dentinaria. Cuando el diente es sensible al frío. Están formados por Nitrato Potásico, Cloruro de Estroncio y Citrato Sódico básicamente. Existen también pastas especiales para aliviar la gingivitis o inflamación de encías, así como otras que consiguen blanquear o aclarar ligeramente el esmalte dental. (p. 56).

Analizando en la misma publicación de García, se puede referenciar que, los colutorios terapéuticos o enjuagues bucales “son agentes químicos destinados a controlar la placa bacteriana y eliminar o disminuir los gérmenes que ésta contiene” (García²⁴, 2006, p. 56).

Investigando en el texto de García²⁵ (2006), se puede exponer que:

Sus componentes se basan en agentes químicos como la clorehexidina, hexetidina, aceites esenciales, etc. son ideales para complementar la higiene dental diaria, ya que penetran en los espacios interdetales cerrados, ayudando a eliminar la placa bacteriana. Algunos enjuagues previenen la formación del cálculo dental, inflamación de las encías, combaten las infecciones orales, encías sangrantes, halitosis, hipersensibilidad al frío o problemas periodontales, son eficaces en postoperatorio o extracción. Deben usarse después del cepillado especialmente por la mañana y en la noche. (p. 53).

Razonando en la publicación de García²⁶ (2006), se conoció que:

²³ García, C. (2006). *Boca sana. Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco-dental*. Reino de España: Editorial Ripano, S. A.

²⁴ Ídem.

²⁵ Ídem.

Para la prevención de la caries dental uno de los mecanismos más eficaces es la buena nutrición o alimentación que se resume en una dieta adecuada. El consumo de alimentos que estimulan el crecimiento de los agentes patógenos son los hidratos de carbono dentro de los cuales están la glucosa, fructosa, azúcares, etc. (monosacáridos) y la sacarosa, maltosa y lactosa (disacáridos). Así mismo los del grupo de los polisacáridos como el glucógeno o almidón tienen menos actividad cariogénica. Por otra parte, los minerales beneficiosos contra la caries y la enfermedad periodontal son el calcio, el fósforo, el flúor y el estroncio. Las vitaminas A, B2, C, D estimulan el desarrollo normal de los dientes y coadyuvan en los procesos gingivales. (p. 54).

Estudiando en la obra de García²⁷ (2006), se referencia que:

Las visitas periódicas al odontólogo es una medida preventiva para mantener una muy buena salud oral, pues con esta acción se puede detectar a tiempo cualquier patología bucal como la caries, la gingivitis, la enfermedad periodontal u otras, para seguidamente tratarlas con más rapidez, menor costo y mínimas consecuencias para la dentadura. Las visitas son recomendables cada seis meses o una vez al año para aquellas personas con buena salud oral que mantienen una correcta higiene bucal, pero para aquellas personas susceptibles a las caries, debido a su pésima higiene dental y a sus malos hábitos alimenticios, también propensas a padecer de patologías bucales, se recomiendan cada tres o cuatro meses. (p. 55).

Comparando en el libro de García²⁸ (2006) se expone que la limpieza profesional es otra medida preventiva que se realiza “con un aparato que emite ultrasonidos y va refrigerado con agua. Se va aplicando por todas las superficies del diente, especialmente en aquellas donde se deposita mayor cantidad de sarro” (p. 58).

Con la limpieza profesional se elimina el sarro y la placa bacteriana las manchas del esmalte por el consumo de café, té, tabaco y otras bebidas, utilizando además un instrumento con bicarbonato que ayuda a desincrustar el sarro.

De la misma forma, analizando en la publicación de García²⁹ (2006), se conoció que:

²⁶ García, C. (2006). *Boca sana. Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco-dental*. Reino de España: Editorial Ripano, S. A.

²⁷ Ídem.

²⁸ Ídem.

²⁹ Ídem.

El sellado de fisuras es otro método preventivo muy eficaz contra la caries infantil de los primeros y segundos molares definitivos, que debe realizarse después de haber aparecido los cuatro primeros molares, cuando el niño tiene seis o siete años, y posteriormente a los doce o trece años, cuando los segundos molares hayan aparecido. Esta medida es recomendable porque son las muelas las más afectadas por la caries, debido a las profundas fisuras que contienen, a donde el cepillo no puede llegar. Debe ser revisada periódicamente pues con el tiempo se desgasta debido a la masticación. (p. 56).

Considerando en la obra de García³⁰ (2006) se conoció que “El flúor ayuda a remineralizar el esmalte, o sea, lo fortalece para hacerlo más resistente” (p. 58).

El flúor tópico y las aguas floradas son también otro método efectivo en la prevención de la caries. El flúor puede ser usado de manera tópica o sistémica. La primera es usando pastas dentales que lo contengan o enjuagues bucales ricos en flúor. La segunda es mediante el agua y los alimentos que contienen flúor, entre los cuales están las sardinas, el hígado, el riñón de cordero, el pescado y la hoja de té, el flúor que contienen llega al diente mediante el torrente sanguíneo.

En resumen, los cuatro pasos para mantener una boca sana son la utilización de las medidas preventivas de: el cepillado, el hilo dental, el enjuague bucal y visitar al dentista.

Etiología de caries.

Considerando en la obra de Escobar³¹ (2004), se pudo conocer que:

A pesar que hay teorías sorprendentemente exactas sobre etiología de caries, vigentes por cerca de cien años, persiste la imagen que ésta es causada

³⁰ García, C. (2006). *Boca sana. Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco-dental*. Reino de España: Editorial Ripano, S. A.

³¹ Escobar, F. (2004). *Odontología pediátrica*. República Bolivariana de Venezuela: Actualidades médico odontológicas Latinoamérica, C. A.

solamente por malos hábitos dietéticos o tiene un origen predeterminado genéticamente; aunque de hecho la caries dentaria está correctamente clasificada como una enfermedad infecciosa de curso crónico. (p. 109).

2.1.2. Tipo de atención odontológica.

Analizando en el diccionario de la Real Academia Española³² (2001) se puede citar que la morbilidad es definida como la “proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado”. (párr. 1).

Observando en la obra de Barceló³³ (2010) se cita que “La prevención es una actitud que se traduce en un hábito, y es la actitud de las personas lo que logra modificar las costumbres”. (p. 14).

De la misma manera, analizando en el texto de Barceló³⁴ (2010), se puede referenciar que, “cuando se logra tomar conciencia de lo importante que es la prevención en la salud oral de las personas, se puede establecer la actitud que se tomará en cuanto a las medidas de higiene y cuidado de la salud bucal”. (p. 56).

Lo expuesto significa definir cuáles de estas medidas son las que están más al alcance para ponerlas en práctica, cuáles son los instrumentos de higiene que más se ajusten al presupuesto personal y que tienen igual eficacia en comparación a otros, etc. Lo importante es la determinación personal o actitud para emprender un cambio

³² Real Academia Española (2001). *Diccionario de la Real Academia Española*. Reino de España: RAE. [En línea]. Consultado: [01, agosto 2014] Disponible en: <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>

³³ Barceló, E. (2010). *Odontología para bebés. Estrategia de prevención*. Estados Unidos Mexicanos: Editorial Trillas, S. A. de C.V.

³⁴ Barceló, E. (2010). *Odontología para bebés. Estrategia de prevención*. Estados Unidos Mexicanos: Editorial Trillas, S. A. de C.V.

positivo, que indudablemente contribuya a fortalecer la cultura odontológica preventiva individual y familiar.

Examinando en el texto de Barceló³⁵ (2010), se cita que:

Al no existir la costumbre de la prevención bucodental se ignora el valor que le corresponde, debido quizá a que es algo sencillo, o simplemente por tratarse de un tema desconocido. De esta manera solo cuando ya se destruyeron los órganos dentarios o éstos presentan dolor se acude al cirujano dentista. Ignoramos el valor de nuestros dientes, no lo apreciamos sino hasta el momento en que requerimos masticar adecuadamente. Al pagar por la reparación o la reposición de algún diente es cuando nos preguntamos: “¿Por qué tan caro?” Y nos decimos que los dentistas cobran honorarios muy elevados... (p. 11).

Es muy importante entonces, dado lo expuesto, que los padres y madres de familia se involucren directamente del cuidado dental de sus niños y niñas, ya que justamente la prevención es sinónimo de educación, y ambas deben empezar por casa, pues todo lo que se les enseñe a los niños y niñas desde el hogar, es lo que se verá reflejado en su comportamiento fuera de ella, de esta forma, si una medida de prevención adquirida desde la casa, como el no comer golosinas después de las comidas, indudablemente será practicada por los niños y niñas, que se negarán ante este hecho, si sus padres no están para aprobarlo.

Investigando en la obra de Barceló³⁶ (2010), se puede exponer que:

... si valoramos la prevención y le damos la debida importancia a la higiene bucal, entonces podremos obtener todos los beneficios gratuitamente las más de las veces, y en algunas ocasiones con muy bajo costo, ya que abundan las campañas de prevención bucodental que enseñan las técnicas correctas de cepillado y de cuidado de la boca, pero que menospreciamos precisamente porque no nos cuestan nada. (p. 12).

³⁵ Barceló, E. (2010). *Odontología para bebés. Estrategia de prevención*. Estados Unidos Mexicanos: Editorial Trillas, S. A. de C.V.

³⁶ Ídem.

La escena ideal concebida, dada la realidad actual sería que, los profesionales de la odontología comenzaran a hablar de prevención a sus pacientes, indicarles las técnicas de cepillado dental, uso de la seda dental, cantidad de enjuague bucal, cada cuanto tiempo se recomienda una profilaxis, cepillos y pastas indicados de acuerdo a las necesidades de cada persona, etc. Empezando por los padres y madres de los niños y niñas, seguramente que se formaría una cadena, que en poco tiempo podría generar estupendos frutos, que reflejarían estadísticas positivas en cuanto a las consultas odontológicas por prevención y no por morbilidad, que son las que prevalecen actualmente.

En la prevención también juegan un papel muy importante la alimentación y las medidas de higiene oral, de esta forma, investigando en el libro de Bordoni, Escobar y Castillo³⁷ (2010), se conoció que “el papel de la nutrición no debe analizarse solamente en relación con la caries dental sino también con los tejidos de soporte, la mucosa oral y la salud general”. (p. 273).

Estudiando en la publicación de Konig (2004) citada por Bordoni³⁸, et al. (2010) se cita que:

Existe suficiente evidencia epidemiológica que indica como los azúcares son uno de los componentes más importantes de la dieta en relación con la prevalencia y el progreso de la enfermedad, pero la modifican factores como aspectos inherentes al alimento y a la dieta, exposición a fluoruros, medio ambiente bucal y el comportamiento del individuo. (p. 273).

³⁷ Bordoni, N., Escobar, A., y Castillo, R. (2010). *Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

³⁸ Ídem.

Considerando en un estudio de Romito (2003) citada por Bordoni³⁹, et al. (2010) se referencia que:

Los carbohidratos son constituyentes importantes en la dieta humana, sin ellos el metabolismo de las grasas es incompleto, lo que da como resultado la formación de cuerpos cetónicos que producirán una cetoacidosis metabólica. La formación de componentes estructurales del cuerpo como cartílago, tejido nervioso y hueso depende de los carbohidratos, y las estructuras químicas necesitan para la formación de aminoácidos no esenciales la presencia de carbohidratos en el cuerpo humano. (p. 274).

De la misma manera y como ya se ha mencionado anteriormente, los azúcares son parte importante en la dieta humana, aunque no es recomendada. Estos azúcares son simples y complejos. Los primeros se denominan monosacáridos y disacáridos; y los segundos se llaman polisacáridos.

Estudiando en la obra de Bordoni⁴⁰, et al. (2010), se cita que:

Los monosacáridos son la fructosa, la glucosa y la galactosa. Los disacáridos son la sacarosa, la maltosa, la lactosa y la trehalosa. La sacarosa se compone de fructosa y glucosa, estando presente de manera natural en las plantas como los vegetales, la caña de azúcar y en la miel de abejas e insectos similares. A la maltosa la compone la glucosa. La lactosa está conformada por la glucosa y la galactosa. Y la trehalosa es el azúcar que se encuentra en los hongos comestibles conocidos como champiñones. Los polisacáridos por su parte, están compuestos por monosacáridos, que a su vez están presentes en los almidones, que al ser consumidos en forma de galletas, tortas, papas fritas, etc. tienen el aditamento de la sacarosa, los cuales al quedarse entre los dientes como restos de ellos, conllevan a la generación de bacterias, por lo pegajoso del almidón y el azúcar que contiene, representan un factor de riesgo mayor para la generación de la caries dental, a diferencia de si se hubiera consumido sin la sacarosa, pues no conlleva mayormente a la aparición de caries. (p. 275).

Considerando en la obra de Bordoni⁴¹ (2010), se puede exponer que:

Entre los grupos con riesgo de adquirir caries dental, debido a los alimentos o bebidas que consumen diariamente están con mayor énfasis los niños y los adolescentes. Los niños en edades hasta los ocho años por su falta de destreza

³⁹ Bordoni, N., et al. (2010). *Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

⁴⁰ Ídem.

⁴¹ Ídem.

para realizarse por sí mismos una eficiente higiene bucal, son propensos a la caries dental, pues es cuando aparecen los primeros molares, que como es sabido, tienen fisuras que fácilmente acumulan los residuos de comida, a los que el cepillo no llega, ocasionando con esto la aparición de caries. De la misma forma, los adolescentes, en cuya dieta incluyen normalmente un alto consumo de carbohidratos y azúcares, de tal manera que las gaseosas, las bebidas carbonatadas y cafeinadas como el té helado, la leche chocolatada, los cafés del tipo capuchino, mokachino, etc. unido al consumo de snacks, como papas fritas, nachos, tostachos, doritos, etc. (p. 118).

Indagando en la publicación de Marshall, et al. (2003), citado por Bordoni⁴², et al. (2010) se conoció que las gaseosas producen mucho daño al esmalte dental, ya que “Las bebidas gaseosas se adhieren más al esmalte dental que la saliva humana y por lo tanto la eliminación por parte de la saliva es más difícil que para otras bebidas”. (p. 277).

Investigando en el libro de Bordoni⁴³, et al. (2010), se puede referenciar que:

Así como hay alimentos dañinos para la salud bucal, también hay los alimentos protectores de la caries dental, ya que su acción neutralizadora de los ácidos, promueve la remineralización del esmalte y la producción de saliva, entre los cuales figuran la leche, el té, el cacao y el maní. En el caso de la leche, la leche de vaca u otro animal por su contenido de lactosa es menos cariogénica que la leche materna y la leche de fórmulas. Se recomienda comer queso después de haber consumido alimentos con alto contenido de azúcares. El té verde es antibacteriano y anticariogénico, además posee fluoruro, el té descafeinado contiene mayor proporción de fluoruro que el otro, por lo que se recomienda tomar té cuando se consumen alimentos a base de almidones. (p.276).

Analizando en el libro de Bordoni⁴⁴, et al. (2010), se puede referenciar que:

Así mismo el cacao no deja asimilar la glucosa debido a su contenido polifenólico, es antimicrobiano que detiene el crecimiento de ácidos oleicos y linoleicos, pero cuando el cacao es procesado, altera sus propiedades anticaries debido a la cantidad de sacarosa que se le adiciona al polvo de cacao. El maní tiene un bajo índice cariogénico, su efecto benéfico radica en su grano duro,

⁴² Bordoni, N., et al. (2010). *Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

⁴³ Ídem.

⁴⁴ Ídem.

que al ser masticado estimula la saliva, contiene lecitina que es una proteína de las plantas muy beneficiosa para el cuerpo humano. (p. 277).

Riesgo estomatológico.

Observando en la obra de Heredia⁴⁵ (s. f.), se puede citar que “El riesgo estomatológico se define como la probabilidad de que un individuo, adquiera una de las enfermedades bucales de mayor prevalencia, es decir, caries dental, enfermedad periodontal o maloclusiones. Estas entidades tienen un origen multifactorial muy complejo”. (p. 11).

Considerando en la obra de Heredia⁴⁶ (s. f.), se pudo exponer que:

El riesgo estomatológico implica no solamente factores biológicos, también los factores sociales son un gran causante para que las personas puedan adquirir enfermedades bucodentales, de tal manera que las condiciones de vida, el nivel de educación, la cultura, entre otros, influyen negativamente. Siendo así, hay una notable diferencia entre el riesgo biológico y el riesgo social.

El riesgo estomatológico (RE) está estratificado en tres niveles, el nivel 1 corresponde al RE bajo, el nivel 2 al RE moderado, y el nivel 3 al RE alto. Cuando existe RE bajo hay presencia de caries hasta 2 superficies oclusales con lesiones de caries; índice de placa blanda 1, y frecuencia diaria de consumo de azúcares extrínsecos hasta 3 veces. Para diagnosticar el RE moderado, se debe comprobar la presencia de caries de más de 2 y hasta 6 superficies oclusales con lesiones de caries; índice de placa blanda mayor que 1 y 2. Y una frecuencia diaria de consumo de azúcares extrínsecos mayor que 3 y 4 veces. Para el RE alto, debe haber presencia de caries en más de 6 superficies oclusales con lesiones de caries o, por lo menos 1 lesión de caries en superficies lisas; índice de placa blanda mayor que 2. Y frecuencia diaria de consumo de azúcares extrínsecos mayor que 4 veces. (p. 13).

Comparando en el libro de Heredia⁴⁷ (s. f.) se pudo conocer que “Para ser clasificado, el paciente debe presentar por lo menos dos criterios de la categoría correspondiente.

⁴⁵ Heredia, C. (s. f.). *Odontología preventiva en el niño y el adolescente. Manual de procedimientos clínicos*. República del Perú: Universidad peruana Cayetano Heredia. [En línea]. Consultado: [22, mayo, 2014] Disponible en: <http://dental-sanantonio-huaraz.com/manuales/odontologia.pdf>

⁴⁶ Ídem.

Si cumplierse criterios distintos, uno de cada una de las tres categorías, se le clasifica como de riesgo moderado”. (p.12).

Observando en la obra de Heredia⁴⁸, C. (s. f.), se cita que:

Es importante la evaluación de los sellantes aplicados con anterioridad para verificar si ha habido pérdidas parciales o totales del material... Si así fuese hay que efectuar la reaplicación correspondiente. También puede presentarse el caso de que durante el periodo entre los controles hayan erupcionado nuevas piezas dentarias que requieran ser selladas. Note que los controles periódicos incluyen la restauración de nuevas lesiones de caries. La aparición de nuevas lesiones no necesariamente significa que las medidas de prevención que se aplicaron hayan fracasado. Si no se hubiese indicado las medidas preventivas adecuadas se tendría, probablemente, que en vez de una o dos lesiones nuevas, hubieran aparecido cinco o seis. Tenga en cuenta que en algunos casos es muy difícil bajar la actividad de caries a cero. Por lo tanto, una disminución notable es, de por sí, un éxito. Se espera que el RE disminuya después de aplicar las medidas de prevención descritas. El objetivo ideal es que los pacientes, así manejados, con el tiempo se mantengan en un RE bajo. (p. 15).

Restauración masiva de las lesiones producidas por caries.

Investigando en el libro de Heredia⁴⁹ (s. f.), se referencia que “El procedimiento consiste en la remoción mecánica del tejido cariado y su obturación temporal con un cemento mejorado de óxido de zinc y eugenol”. (p. 14).

En los niños es muy difícil poder establecer un tratamiento de cada pieza cariada que vaya apareciendo, y mucho más cuando existen lesiones producidas por la caries dental, ya que el niño que es propenso a la caries, se verá afectado por caries múltiples en muy poco tiempo. Un tratamiento así llevaría mucho tiempo, es por esto que los profesionales practican en una sola sesión, la restauración masiva de las lesiones por caries en los niños.

⁴⁷ Heredia, C. (s. f.). *Odontología preventiva en el niño y el adolescente. Manual de procedimientos clínicos*. República del Perú: Universidad peruana Cayetano Heredia. [En línea]. Consultado: [22, mayo, 2014] Disponible en: <http://dental-sanantonio-huaraz.com/manuales/odontologia.pdf>

⁴⁸ Ídem.

⁴⁹ Ídem.

Enfermedades bucales.

Analizando a Nahas y Schmitt⁵⁰ (2009) se cita que “la caries, conocida como cavidad dental, es la enfermedad más común de los dientes. Es una enfermedad infectocontagiosa multifactorial caracterizada por la destrucción de la estructura de los dientes”. (p. 7).

Analizando en el texto de Ramón⁵¹ (s. f.) se puede exponer que:

La caries es producida, como la mayoría de los problemas bucales, por la placa bacteriana adherida a los dientes que se nutre de los hidratos de carbono que quedan en la boca, tras la ingesta de comida, formando ácidos que rompen el esmalte dentario, que es el tejido más duro del diente. En inicio la caries afecta al esmalte pero si el proceso no es detenido o eliminado a tiempo va afectando a los demás tejidos del diente, hasta llegar a la pulpa dental. (p. 4).

Enfermedades periodontales.

En la obra de Nahas y Schmitt⁵², (2009) se conoció que entre las enfermedades periodontales está la Gingivitis, que es una “enfermedad bucal bacteriana que provoca inflamación y sangrado de las encías, causada la mayoría de veces, por la presencia de placa bacteriana. La gingivitis ocurre por falta de limpieza adecuada en los dientes, encías y lengua”. (p. 117).

Examinando además en la misma obra de Nahas y Schmitt⁵³ (2009), se referencia que “aunque la periodontitis o enfermedad periodontal, conocida

⁵⁰ Nahas, M. y Schmitt, R., (2009). *Guía de Orientación para las Embarazadas, los padres, los profesionales de la salud y los Educadores*. Reino de España: Editorial Santos.

⁵¹ Ramón, J. (s. f.). *Odontología*. Reino de España: Editorial Masson.

⁵² Nahas, M. y Schmitt, R., (2009). *Guía de Orientación para las Embarazadas, los padres, los profesionales de la salud y los Educadores*. Reino de España: Editorial Santos.

⁵³ Ídem.

antiguamente como piorrea, no sea común en los niños y adolescentes, pudiera presentarse siempre y cuando no se trate a la gingivitis adecuadamente”. (p. 118).

De tal manera que, estudiando en el libro de Nahas y Schmitt⁵⁴ (2009), se puede citar que la periodontitis consiste en “la inflamación de los tejidos de sostén del diente, en la mayoría de los casos el desencadenante de la inflamación es la placa bacteriana”. (p. 117).

2.2. Hipótesis.

2.2.1. Hipótesis general.

-La cultura odontológica preventiva incide significativamente en el tipo de atención solicitada por los pacientes del subcentro de salud San Bartolo del cantón Bolívar.

2.2.2. Unidades de observación y análisis.

-102 pacientes del subcentro de salud San Bartolo del cantón Bolívar.

2.3. Variables.

2.3.1. Variable independiente.

-Cultura odontológica preventiva.

2.3.2. Variable dependiente.

-Tipo de atención odontológica.

⁵⁴ Nahas, M. y Schmitt, R., (2009). *Guía de Orientación para las Embarazadas, los padres, los profesionales de la salud y los Educadores*. Reino de España: Editorial Santos.

2.4. Matriz de operacionalización de las variables.

Ver en anexo 1. 3. Matriz de operacionalización de las variables.

CAPÍTULO III.

3. Marco Metodológico.

3.1. Modalidad básica de la investigación.

-Se utilizó la modalidad descriptiva para describir los mecanismos de prevención utilizados por los pacientes que asisten al centro de salud San Bartolo para solicitar atención odontológica por primera vez.

3.2. Tipo de investigación.

-Se realizó un estudio de corte transversal descriptivo, de manera que se pudo observar en un momento determinado lo que ocurría, lo que significa que tanto la exposición como el efecto se obtuvieron en el mismo momento.

3.3. Método.

-Para cumplir con el objetivo general de la investigación, se ha demostrado la influencia de la cultura odontológica preventiva mediante la aplicación de encuestas a 102 pacientes que asistieron al subcentro de salud San Bartolo a solicitar cualquier tipo de atención odontológica por primera vez.

Para verificar los objetivos específicos se procedió a indagar los conocimientos de los usuarios externos del departamento odontológico del subcentro

de Salud San Bartolo, sobre el uso de medidas odontológicas preventivas y del sistema nutricional que habitualmente manejan. Además se estableció el tipo de atención odontológica solicitada por los pacientes, el cual se registró en la ficha clínica que se apertura al paciente que asiste a la consulta odontológica por primera vez, denominada también RDACAA, que significa registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias.

3.4. Técnicas.

-Encuestas a los pacientes que asistieron a la consulta odontológica por primera vez en el subcentro de salud San Bartolo. Ver Anexo 2.1.

-Observación, que registró el tipo de atención solicitada. Ver Anexo 2.2.

3.5. Instrumentos.

Se utilizó un formulario de encuestas que incluyó 10 preguntas relacionadas con el conocimiento sobre prevención y factores que determinan los riesgos de salud bucal, y 12 preguntas sobre los componentes nutricionales que consumen diariamente. Además se hizo uso de una ficha de observación que registró el tipo de atención solicitada por el paciente.

3.6. Recursos.

3.6.1. Humanos.

-Investigador y directora de tesis.

3.6.2. Materiales.

Hojas bond A4, esferos, lápices, borrador, corrector, cuaderno, carpetas, manuales, textos, revistas, periódicos, copias, anillados, empastados.

3.6.3. Tecnológicos.

Laptop, pendrives, internet, impresora, calculadora, cámara digital, teléfono móvil, teléfono satelital, scáner, infocus.

3.6.4. Económicos.

-El costo de la investigación alcanzó los 757,80 dólares americanos. Ver el Anexo 1.1.

3.7. Población y muestra.

3.7.1. Población.

-La población estuvo conformada por los 320 pacientes atendidos en la consulta odontológica del subcentro de salud San Bartolo durante el mes de mayo de 2014.

3.7.2. Muestra.

Para determinar el tamaño de la muestra se aplicó la siguiente fórmula estadística:

N= Tamaño de la muestra = 320

z= Nivel de confianza 95% = 1.96

P= Probabilidad de ocurrencia 50% = 0,50

Q= Probabilidad de no ocurrencia 50% = 0,50

n= Población

e= Nivel de significación 8% = 0,08

$$n = \frac{z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{z^2 \cdot P \cdot Q + N \cdot e^2}$$

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot (0,5)(0,5)(320)}{(1,96)^2 \cdot (0,5)(0,5) + (320)(0,08)^2}$$

$$n = \frac{(3,84)(0,5)(0,5)(320)}{(3,84)(0,5)(0,5) + (320)(0,064)}$$

$$n = \frac{307,33}{0,96 + 2,05}$$

$$n = \frac{307,33}{3,01}$$

$$n = 102,16$$

-El tamaño de la muestra fue de 102 pacientes que asistieron por primera vez al subcentro de salud San Bartolo.

3.8. Proceso de recolección de la información.

Para la recolección de datos se aplicaron encuestas y fichas de observación a la muestra poblacional. En estos instrumentos se recogieron los datos relacionados con

los métodos de prevención y el tipo de atención odontológica solicitada por los pacientes del subcentro de salud San Bartolo.

Con la aplicación de tales instrumentos de recolección de información se pudo fundamentar los objetivos de la investigación, determinando la cultura preventiva odontológica y su influencia en el tipo de atención solicitada por los pacientes atendidos en el subcentro de salud San Bartolo.

3.9. Procesamiento de la información.

Para procesar toda la información recopilada durante el trabajo de campo, se empleó el programa Microsoft Excel 2010, con el cual se realizaron los cuadros y gráficos estadísticos que permitieron mostrar los resultados de la investigación. Estos resultados fueron analizados y discutidos, contrastándolos con las investigaciones de varios autores citados en el marco teórico de este trabajo investigativo.

3.10. Consideraciones éticas del estudio.

En virtud de que reviste una fundamental importancia la consideración de la ética en todas las etapas del desarrollo de la investigación, se les proporcionó a todos los 102 pacientes de la muestra poblacional, la información inherente a los objetivos de la misma. Lo cual se puede evidenciar en el consentimiento escrito de su parte, plasmado en la plantilla de consentimiento informado (Ver anexo 2. 4.), de manera que se pudo realizar satisfactoriamente la recolección de información.

Así mismo para la etapa del procesamiento de la información se tabularon una a una las encuestas y las fichas de observación, de manera que se obtuvo la información real proporcionada por cada uno de los 102 pacientes.

En la discusión de resultados se utilizaron varias de las fuentes bibliográficas citadas en el marco teórico, lo cual se puede corroborar en el capítulo 2 concerniente al marco teórico.

Las conclusiones fueron formuladas en base al cumplimiento de cada objetivo de investigación. De la misma forma las recomendaciones se establecieron una por cada conclusión, demostrando la forma correcta en que se realizaron.

Finalmente en la elaboración de la propuesta se aplicó la ética, puesto que de conformidad a los resultados condensados en las conclusiones se pudo formular un tema y fundamentarlo con bibliografía consultada respecto a la temática.

CAPÍTULO IV.

4. Análisis e interpretación de los resultados.

4.1. Análisis e interpretación.

El universo de trabajo del presente estudio estuvo constituido por 102 pacientes que asistieron por primera vez a la consulta odontológica en el subcentro de salud San Bartolo del cantón Bolívar.

Cuadro 1.

¿En qué lugar le enseñaron a cuidar o cepillar sus dientes?

#	Alternativa.	F	%
1	En su casa.	75	74
2	En su escuela.	27	26
3	En el consultorio odontológico privado.	0	0
4	En el consultorio odontológico del sub centro.	0	0
5	En ningún lugar.	0	0
	Total.	102	100

Nota: Resultados obtenidos de la formulación de encuesta.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 2. 1, p. 101.



Gráfico n.º. 1. Lugar donde aprendió a cuidar y cepillar sus dientes.
Elaboración: Autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 42.

El lugar donde el 74% aprendió a cuidar y cepillar sus dientes fue en la casa y el 26% lo aprendió en la escuela.

Analizando en la publicación de Barceló⁵⁵ (2010), se conoció que “prevenir es una cuestión intrínseca de cada individuo, la cual se convierte en una costumbre o conducta, que solamente con una buena actitud puede corregirse o cambiarse”. (p. 14).

Los resultados tienen concordancia con la afirmación de Barceló, pues demuestran un relevante interés de los padres por inculcar en sus hijos, el cuidado de su salud e higiene oral, actitud que se ha traducido en una costumbre positiva para los pacientes del subcentro de salud San Bartolo.

⁵⁵ Barceló, E. (2010). *Odontología para bebés. Estrategia de prevención*. Estados Unidos Mexicanos: Editorial Trillas, S.A. de C.V.

Cuadro 2.

¿Qué persona le enseñó a cuida y cepillar sus dientes?

#	Alternativa.	f	%
1	El profesor.	25	25
2	Sus papás.	75	74
3	El odontólogo.	2	2
4	Nadie.	0	0
	Total.	102	100

Nota: Resultados obtenidos de la formulación de encuesta.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 2. 1, p. 101.



Gráfico n.º. 2. Persona que le enseñó a cuidar y cepillar sus dientes.

Elaboración: Autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 43.

La persona que le enseñó a cuidar y cepillar sus dientes fueron los padres para el 74% de la muestra poblacional estudiada. Examinando en el diccionario de la Real Academia Española - DRAE⁵⁶ (2001), se exponer que “prevenir es prever una posible dificultad, problema, peligro”. (párr. 1).

⁵⁶ Real Academia Española (2001). *Diccionario de la Real Academia Española*. Reino de España: RAE. [En línea]. Consultado: [01, agosto 2014] Disponible en: <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>

Los resultados mantienen concordancia con la definición del DRAE, pues el mayor número de la muestra realiza actividades de prevención, que son el cuidado y cepillado de sus dientes, gracias a sus padres que les prepararon desde pequeños en esa actividad preventiva.

Cuadro 3.

¿Cuándo visitó al dentista por última vez?

#	Alternativa.	f	%
1	Hace menos de seis meses.	55	54
2	Más de un año.	30	29
3	Primera vez.	7	7
4	No se acuerda.	10	10
Total.		102	100

Nota: Resultados obtenidos de la formulación de encuesta.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 2. 1, p. 101.

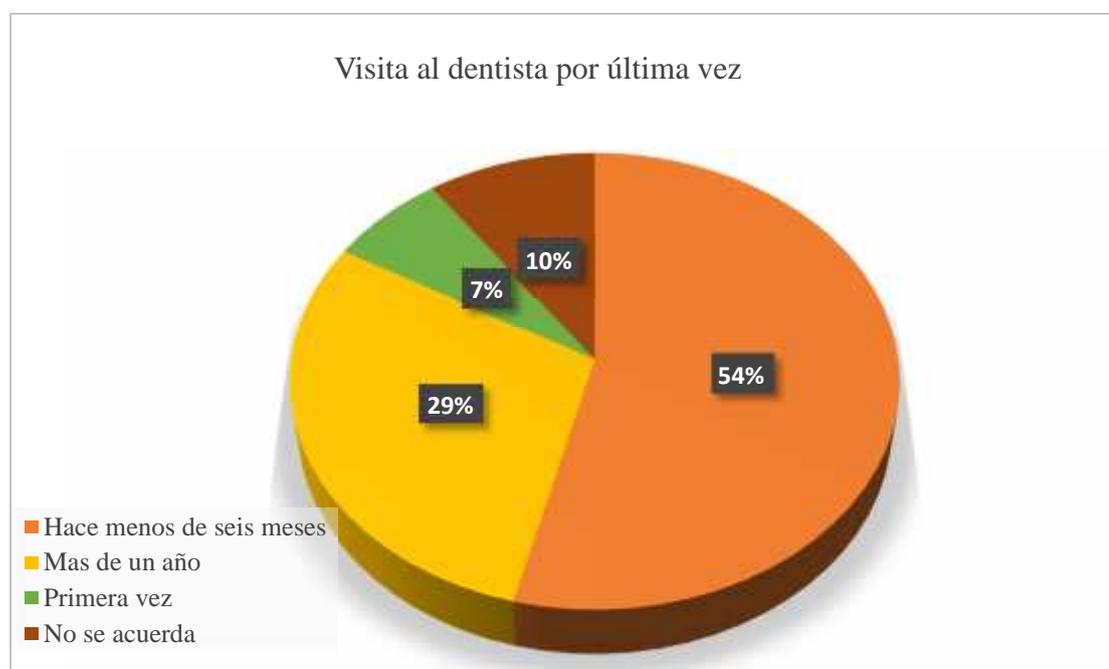


Gráfico n.º. 3. Visita al dentista por última vez.

Elaboración: Autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 44.

La visita al dentista por última vez la hizo el 54% de la muestra, hace menos de seis meses y el 29% hace más de un año.

Investigando en el libro de García⁵⁷ (2006) se puede referenciar que:

Las visitas al odontólogo son recomendables cada seis meses o una vez al año para aquellas personas con buena salud oral que mantienen una correcta higiene bucal. Pero para aquellas personas susceptibles a las caries, debido a su pésima higiene dental y a sus malos hábitos alimenticios, también propensas a padecer de patologías bucales, se recomiendan cada tres o cuatro meses. (p. 23)

Este resultado podría significar que existe conciencia de prevención oral en la población o bien, simplemente visitan al odontólogo porque han tenido una molestia en su dentadura, lo que significa que no han aplicado medidas preventivas de su salud bucal.

Cuadro 4.

¿Por qué razón no visita al odontólogo?

#	Alternativa.	f	%
1	Por miedo.	30	29
2	Por costos del tratamiento.	9	9
3	Por dolor al tratamiento.	12	12
4	Por otras razones.	51	50
	Total.	102	100

Nota: Resultados obtenidos de la formulación de encuesta.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 2. 1, p. 101.

⁵⁷ García, C. (2006). *Boca sana. Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco-dental*. Reino de España: Editorial Ripano, S. A.



Gráfico n°. 4. Razón por la que no visita al odontólogo.
Elaboración: Autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 46.

La razón por la que el 50% de los pacientes no visitan al odontólogo, son por razones diferentes del miedo, los costos del tratamiento, por dolor al tratamiento, etc que no supieron especificar al momento de la interrogante.

Estudiando en el texto de García⁵⁸ (2006) se conoció que:

Las visitas periódicas al odontólogo es una medida preventiva para mantener una muy buena salud oral, pues con esta acción se puede detectar a tiempo cualquier patología bucal como la caries, la gingivitis, la enfermedad periodontal u otras, para seguidamente tratarlas con más rapidez, menor costo y mínimas consecuencias para la dentadura. (p. 12).

Estos resultados son bastante elevados, considerando que es la mitad de la muestra poblacional la que visitaría al odontólogo y la otra mitad no lo haría.

⁵⁸ García, C. (2006). *Boca sana. Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco-dental*. Reino de España: Editorial Ripano, S. A.

Cuadro 5.

¿Cuántas veces al año debe ir al odontólogo para que revise sus dientes?

#	Alternativa.	f	%
1	Cada seis meses.	45	44
2	Cada año.	10	10
3	Cada tres meses.	44	43
4	No lo sabe.	3	3
Total.		102	100

Nota: Resultados obtenidos de la formulación de encuesta.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 2. 1, p. 101.

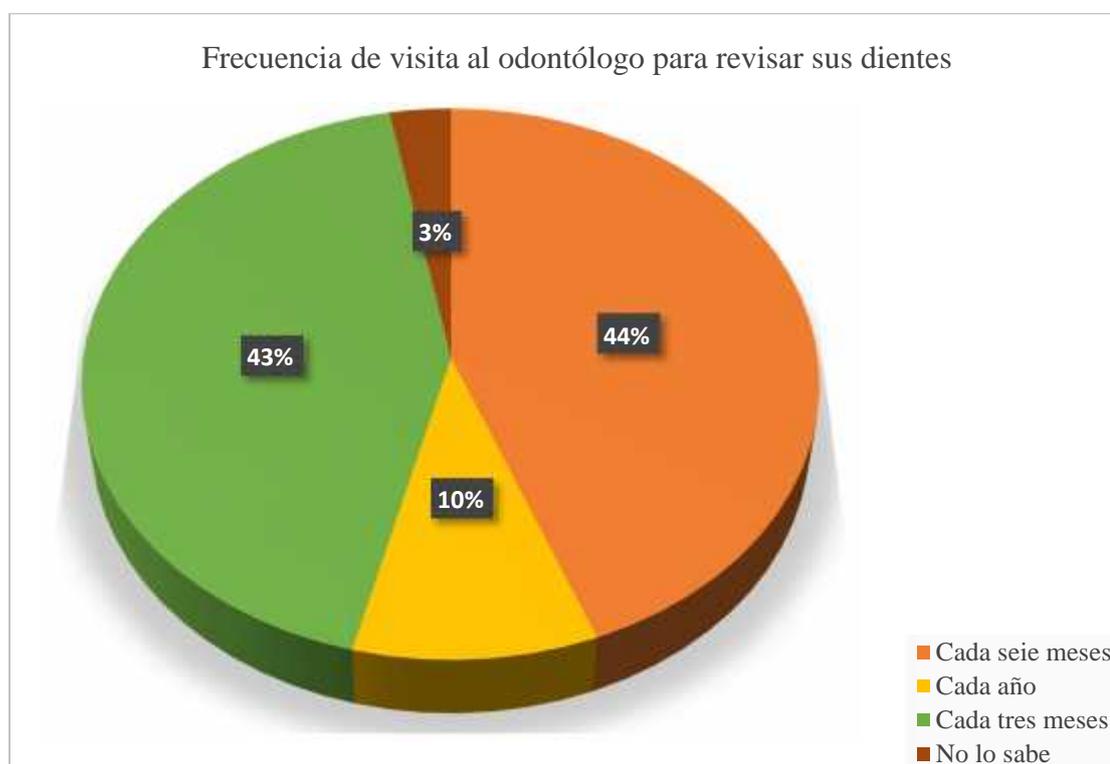


Gráfico n°. 5. Frecuencia de visita al odontólogo para revisar sus dientes.

Elaboración: Autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 47.

La frecuencia de visita al odontólogo para revisar la dentadura fue en el 44% de los casos de cada seis meses, es decir de dos veces en el año, habiendo además un 43% que consulta al especialista dental cada tres meses.

Considerando en la obra de García⁵⁹ (2006), se referencia que:

Las visitas al odontólogo son recomendables cada seis meses o una vez al año para aquellas personas con buena salud oral que mantienen una correcta higiene bucal, pero para aquellas personas susceptibles a las caries, debido a su pésima higiene dental y a sus malos hábitos alimenticios, también propensas a padecer de patologías bucales, se recomiendan cada tres o cuatro meses. (p. 13).

Lo cual significa un porcentaje bastante significativo de la población que consulta al odontólogo periódicamente.

Cuadro 6.

¿Qué necesita para una limpieza completa de sus dientes?

#	Alternativa.	f	%
1	Cepillo y pasta dental.	28	27
2	Cepillo, pasta e hilo dental.	5	5
3	Cepillo, pasta, hilo dental y enjuagues bucales.	67	66
4	No lo sabe.	2	2
Total.		102	100

Nota: Resultados obtenidos de la formulación de encuesta.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 2. 1, p. 101.

⁵⁹ García, C. (2006). *Boca sana. Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco-dental*. Reino de España: Editorial Ripano, S. A.

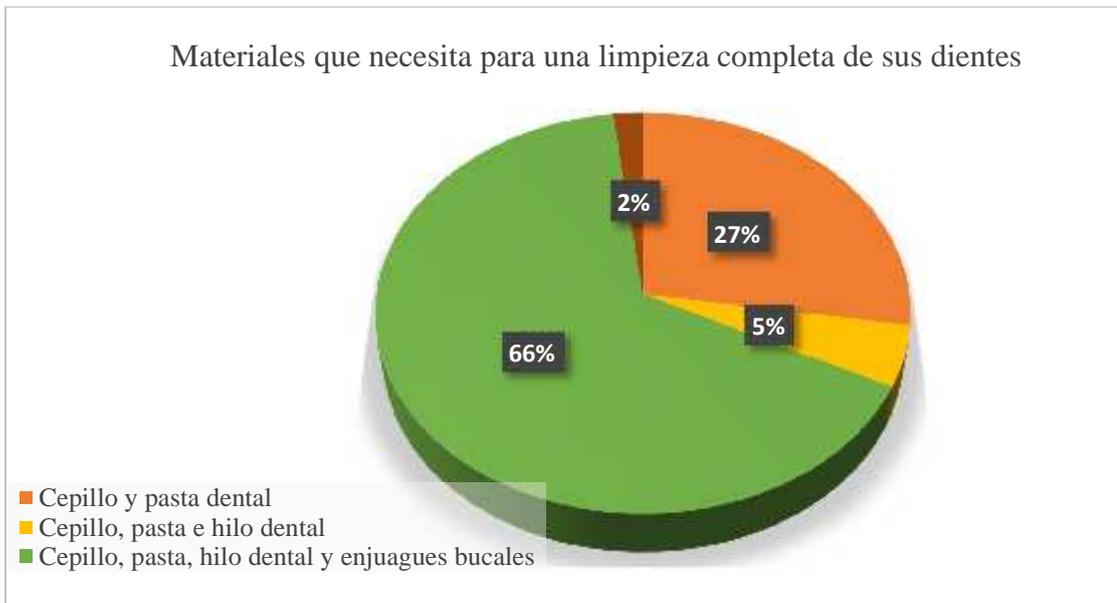


Gráfico n.º. 6. Materiales que necesita para una limpieza completa de sus dientes.
Elaboración: Autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 49.

Los materiales que necesitan para una limpieza completa de sus dientes son cepillo, pasta, hilo dental y enjuague bucal, para la opinión del 66% de la muestra poblacional estudiada.

Indagando en el libro de Barceló⁶⁰ (2010), se puede exponer que el cepillo dental es el principal instrumento en la higiene bucal, es la forma mecánica de eliminación de placa bacteriana y restos alimenticios... La utilización correcta del hilo dental previene la formación de caries interproximales y las enfermedades periodontales.

El hilo dental no es un sustituto del cepillo dental, es un complemento del cepillado dental. De tal forma que observando en el texto de García⁶¹ (2006), se puede citar que “También se utiliza para la limpieza de los espacios interdentes y de las

⁶⁰ Barceló, E. (2010). *Odontología para bebés. Estrategia de prevención*. Estados Unidos Mexicanos: Editorial Trillas, S. A. de C.V.

⁶¹ García, C. (2006). *Boca sana. Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco-dental*. Reino de España: Editorial Ripano, S. A.

zonas más inaccesibles al cepillado en la prótesis fijas, así como para limpiar los pilares de los implantes” (p. 54).

Comparando en el texto de García⁶² (2006), se puede citar que algunos enjuagues previenen la formación del cálculo dental, inflamación de las encías, combaten las infecciones orales, encías sangrantes, halitosis, hipersensibilidad al frío o problemas periodontales, son eficaces en postoperatorio o extracción. Deben usarse después del cepillado especialmente por la mañana y en la noche.

Resultados que significarían una eventual conciencia de las medidas básicas de prevención de la salud oral, pero que no significarían que se practiquen en su totalidad.

Cuadro 7.

¿Cuáles de los siguientes elementos está utilizando para lavar o cepillar sus dientes?

#	Alternativa.	f	%
1	Cepillo y pasta dental.	65	64
2	Cepillo, pasta e hilo dental.	9	9
3	Cepillo, pasta, hilo dental y enjuagues bucales.	28	27
4	Ninguno.	0	0
Total.		102	100

Nota: Resultados obtenidos de la formulación de encuesta.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 2. 1, p. 101.

⁶² García, C. (2006). *Boca sana. Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco-dental.* Reino de España: Editorial Ripano, S. A.

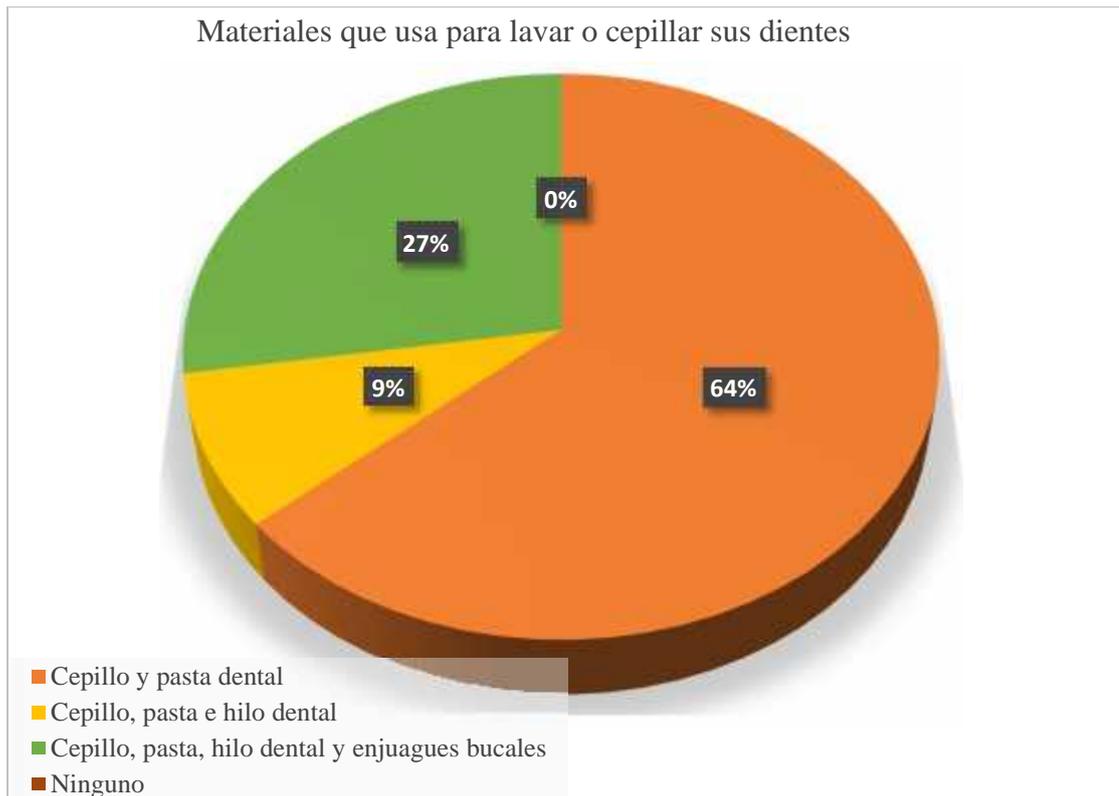


Gráfico n.º. 7. Materiales que usa para lavar o cepillar sus dientes.
Elaboración: Autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 51.

Los materiales para lavar y cepillar los dientes que utiliza el 64% de la muestra poblacional investigada fueron el cepillo y la pasta dental.

Investigando en la obra de García⁶³ (2006), se puede referenciar que:

Las pastas dentales o dentífricos normales son pastas o geles destinados a la limpieza de los dientes y fortalecimiento del esmalte, que ayudan al cepillo a remover los restos de placa y alimentos que quedan en la dentadura. Las pastas dentales medicadas o terapéuticas son las que mejoran o remedian varias patologías bucales como la gingivitis y la enfermedad periodontal. También ayudan en el blanqueamiento de los dientes, la sensibilidad dental. (p. 25).

Resultados que a diferencia de los expuestos en el gráfico 6, si evidencian los materiales que usa la población para su higiene dental diaria.

⁶³ García, C. (2006). *Boca sana. Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco-dental*. Reino de España: Editorial Ripano, S. A.

Cuadro 8.

¿Sabe cuántas veces al día hay que cepillarse los dientes?

#	Alternativa.	f	%
1	Una vez.	0	0
2	Dos veces.	15	15
3	Tres veces.	87	85
4	No lo sabe.	0	0
Total.		102	100

Nota: Resultados obtenidos de la formulación de encuesta.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 2. 1, p. 101.



Gráfico n.º. 8. Número de veces en el día en que lava o cepilla los dientes.

Elaboración: Autor de esta tesis. *Fuente:* Cap. IV, p. 53.

El número de veces en el día que lava o cepilla los dientes fue de tres veces para el 85% de la muestra en estudio.

Un resultado bastante significativo, pero que no es contundente para calificarlo como una buena medida de prevención. Puesto que no significa que sea un cepillado correcto que contribuya a la eliminación de placa, o en su defecto se realice tres veces al día, después de las comidas o ingerir alimentos ricos en azúcares o harinas refinadas.

Cuadro 9.

¿Sabe usted durante cuántos minutos hay que cepillarse los dientes?

#	Alternativa.	f	%
1	Un minuto.	20	20
2	Dos minutos.	38	37
3	Tres minutos.	30	29
4	No lo sabe.	14	14
Total.		102	100

Nota: Resultados obtenidos de la formulación de encuesta.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 2. 1, p. 101.



Gráfico n°. 9. Tiempo en que se deben lavar o cepillar los dientes.

Elaboración: Autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 54.

El tiempo en que se deben lavar o cepillar los dientes es de dos minutos, según el 37% de los encuestados, y según el 29% debería ser de tres minutos. La prevención se fundamenta en tres componentes relevantes que son, la higiene dental, la dieta adecuada y las visitas periódicas al odontólogo.

Estas apreciaciones del tiempo de duración del cepillado, parecerían que hay un eventual conocimiento sobre la importancia del cuidado y la higiene oral. El tiempo de duración de la higiene oral podría estar sobre los tres minutos, considerando otros implementos de la higiene oral como el hilo dental y el enjuague bucal, que garantizarían una óptima limpieza bucal.

Cuadro 10.

¿Cada cuánto tiempo hay que cambiar el cepillo dental?

#	Alternativa	f	%
1	Cada mes	35	34
2	Cada dos meses	21	21
3	Cada tres meses	34	33
4	No lo sabe	12	12
Total		102	100

Nota: Resultados obtenidos de la formulación de encuesta.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 2. 1, p. 101.



Gráfico nº. 10. Tiempo en el cual cambia su cepillo dental.
Elaboración: Autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 55.

El 34% de la muestra cambia su cepillo dental cada mes y el 33% lo cambia cada tres meses.

Observando en la obra de García⁶⁴ (2006) se puede exponer que:

Los tipos de cepillos dentales más conocidos son los cepillos infantiles, los postoperatorios, los extraorales, los periodontales, los de ortodoncia fija, los eléctricos y los normales... Los cepillos normales poseen cerdas suaves, medias o duras, según la preferencia personal, unidas, mango largo, algunos incorporan un limpiador de lengua en la parte posterior, y su forma es variada. Estos resultados son bastante interesantes, pero como ya se ha manifestado, no representan un argumento para catalogarlos como una medida preventiva al cien por cien, pero sí, que contribuyen a mejorar la calidad de la higiene oral, ya que al cambiar un cepillo con regularidad, usándolo con la debida frecuencia diaria, se está disminuyendo la aglomeración de bacterias en el cepillo dental. (p. 23).

⁶⁴ García, C. (2006). *Boca sana. Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco-dental*. Reino de España: Editorial Ripano, S. A.

Cuadro 11.

¿Qué tipo de azúcares consume?

#	Alternativa.	f	%
1	Granizados.	45	22
2	Bolos.	22	11
3	Helados.	38	19
4	Chicles.	24	12
5	Caramelos.	31	15
6	Chupetes.	13	6
7	Dulces.	32	16
	Total.	205	100

Nota: Resultados obtenidos de la formulación de encuesta.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 2. 1, p. 101.

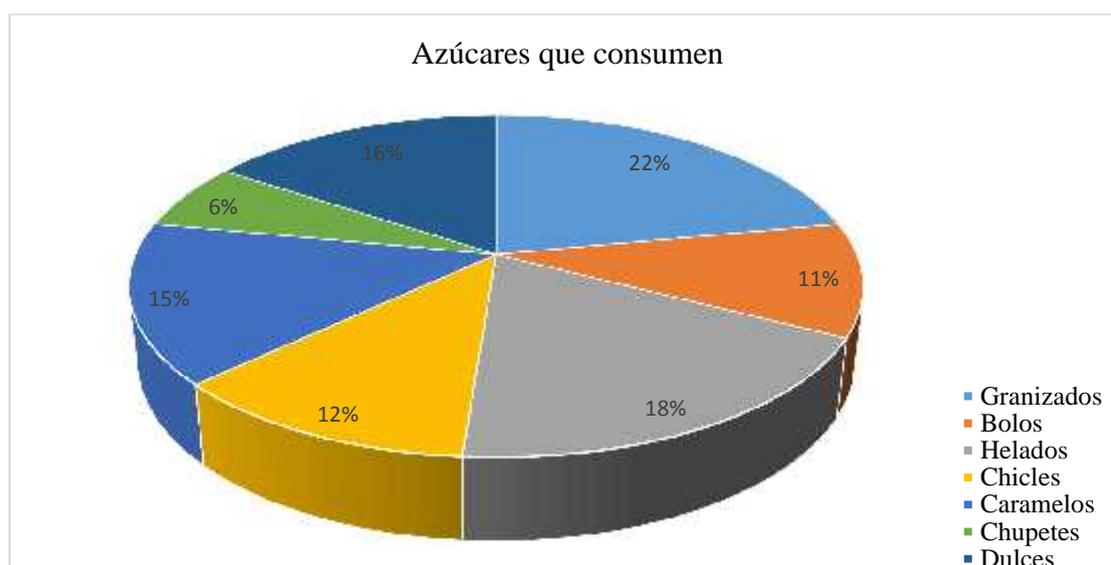


Gráfico n.º 11. Azúcares que consumen.

Elaboración: Autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 57.

Los azúcares que consumen el 22% de la muestra poblacional son bolos, el 19% son helados y el 16% son dulces, como los más representativos de las respuestas analizadas. Comparando en la publicación de García⁶⁵ (2006), se conoció que “para la prevención de la caries dental uno de los mecanismos más eficaces es la buena nutrición o alimentación que se resume en una dieta adecuada”. (p. 21).

⁶⁵ García, C. (2006). *Boca sana. Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco-dental*. Reino de España: Editorial Ripano, S. A.

El consumo de alimentos que estimulan el crecimiento de los agentes patógenos son los hidratos de carbono dentro de los cuales están la glucosa, fructosa, azúcares, etc. (monosacáridos) y la sacarosa, maltosa y lactosa (disacáridos). Así mismo los del grupo de los polisacáridos como el glucógeno o almidón tienen menos actividad cariogénica.

Lo cual significa que un 57% de la muestra consumen azúcares mayormente. Y es bien sabido que el consumo de sacáridos contribuye a la formación de caries. Habría que analizar más adelante la frecuencia con que los consumen.

Cuadro 12.

¿Con qué frecuencia acostumbra tomar azúcares entre las principales comidas?

#	Alternativas.	f	%
1	Todos los días.	25	20
2	Día por medio.	14	11
3	Una vez por semana.	42	34
4	Dos veces por semana.	28	23
5	Nunca.	15	12
6	Otra.	0	0
	Total.	124	100

Nota: Resultados obtenidos de la formulación de encuesta.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 2. 1, p. 101.

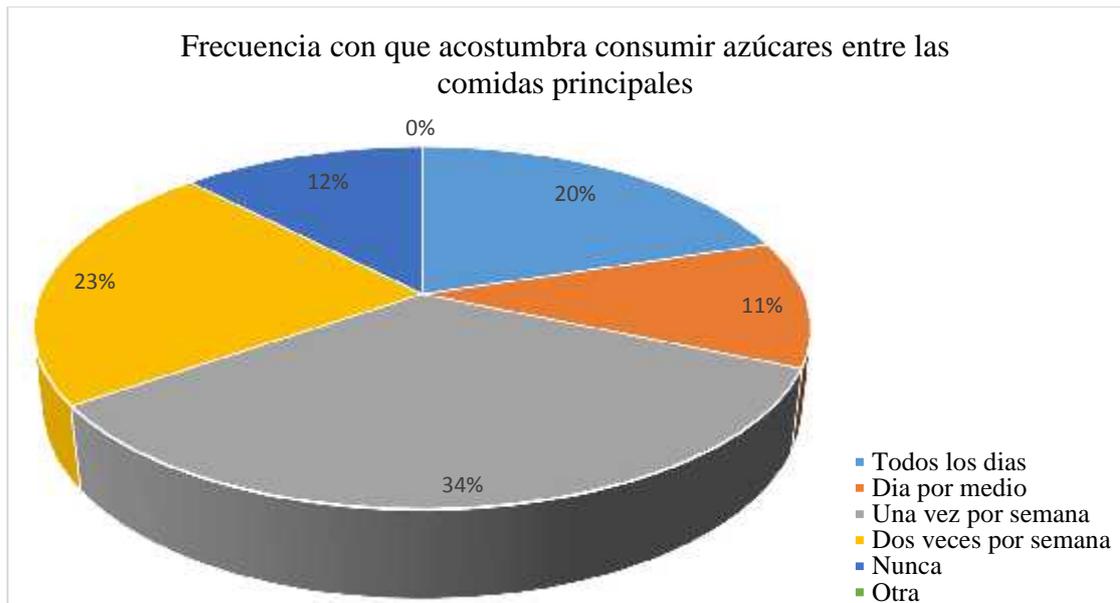


Gráfico n°. 12. Frecuencia con que acostumbra consumir azúcares entre las comidas principales. Elaboración: Autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 58.

La frecuencia con que acostumbran consumir azúcares entre las comidas principales es de una vez por semana en el 34% de los casos, y de dos veces por semana para el 23% de éstos.

Estudiando en una publicación de Konig (2004) citada por Bordoni⁶⁶, et al. (2010) se conoció que:

Existe suficiente evidencia epidemiológica que indica como los azúcares son uno de los componentes más importantes de la dieta en relación con la prevalencia y el progreso de la enfermedad, pero la modifican factores como aspectos inherentes al alimento y a la dieta, exposición a fluoruros, medio ambiente bucal y el comportamiento del individuo. (p. 273).

Lo cual significaría que el 57% de la muestra consume azúcares entre comidas, pero no de manera frecuente, lo cual también podría considerarse como una situación a favor de la prevención odontológica de la muestra estudiada.

⁶⁶ Bordoni, N., et al. (2010). *Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Cuadro 13.

¿Qué harinas refinadas consume?

#	Alternativa.	f	%
1	Galletas.	38	23
2	Panes.	63	38
3	Roscas.	33	20
4	Fideos.	34	20
5	Otros.	0	0
Total.		168	100

Nota: Resultados obtenidos de la formulación de encuesta.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 2. 1, p. 101.



Gráfico n.º. 13. Tipo de harinas refinadas que consume.

Elaboración: Autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 60.

El tipo de harinas refinadas que consume el 37% de la población encuestada, son los panes y para el 23% de ellos, son las galletas. Estos resultados indican que el 60% de la muestra investigada consume harinas refinadas en su dieta diaria.

Cuadro 14.

¿Con qué frecuencia acostumbra a tomar harinas entre las principales comidas?

#	Alternativa.	f	%
1	Todos los días.	11	10
2	Día por medio.	30	27
3	Una vez por semana.	45	41
4	Dos veces por semana.	20	18
5	Nunca.	4	4
6	Otra.	0	0
Total.		110	100

Nota: Resultados obtenidos de la formulación de encuesta.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 2. 1, p. 101.

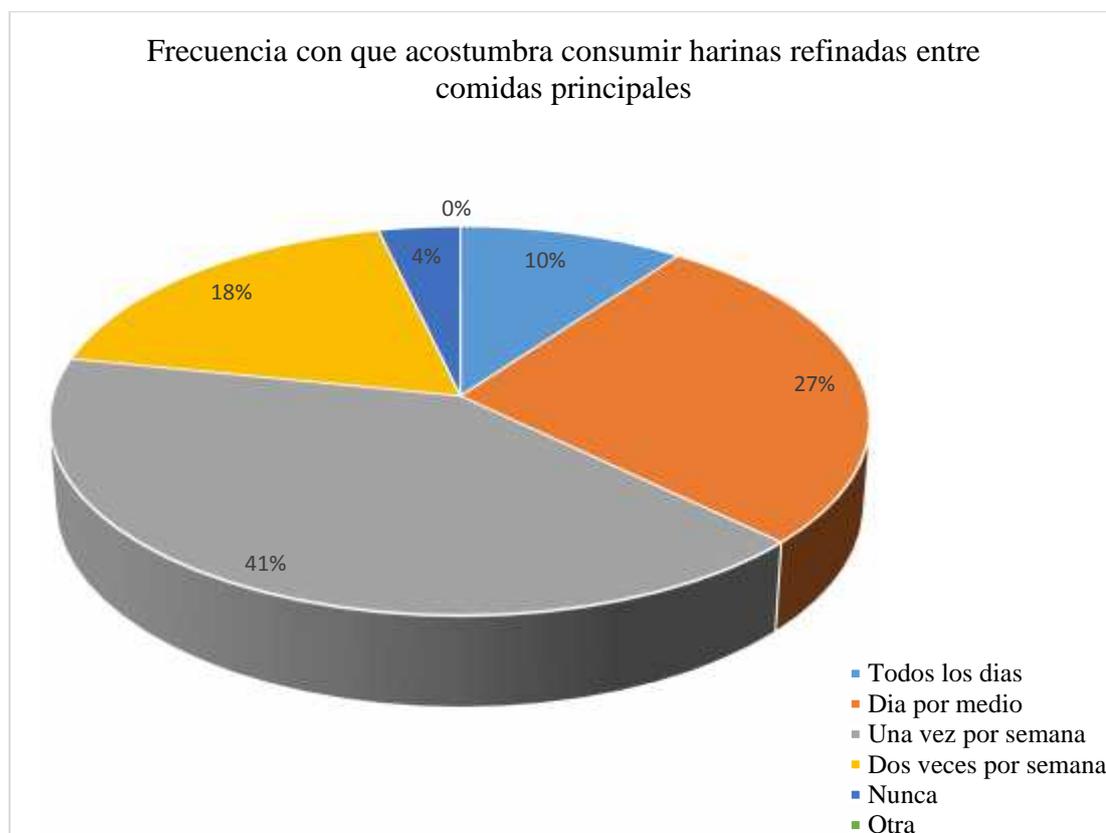


Gráfico n.º. 14. Frecuencia con que acostumbra consumir harinas refinadas entre comidas principales. Elaboración: Autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 61.

La frecuencia con que el 41% de la muestra poblacional estudiada consume harinas refinadas es de una vez por semana y de un día por medio para el 27% de la muestra, lo que si resulta bastante frecuente y un porcentaje no considerable como bajo. Pero si se considera el porcentaje más alto, podría decirse que el consumo de harinas refinadas en la dieta diaria a una vez por semana, es bastante aceptable. Y significaría parte de la prevención de la salud oral.

Cuadro 15.

¿Qué alimentos considera usted, dañinos?

#	Alternativa.	f	%
1	Los que contienen azúcares.	65	52
2	Los que tienen harinas refinadas.	10	8
3	Los que contienen grasas refinadas.	40	32
4	Las carnes.	6	5
5	Las leches.	4	3
6	Las frutas.	0	0
7	Las verduras.	1	1
	Total.	126	100

Nota: Resultados obtenidos de la formulación de encuesta.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 2. 1, p. 101.

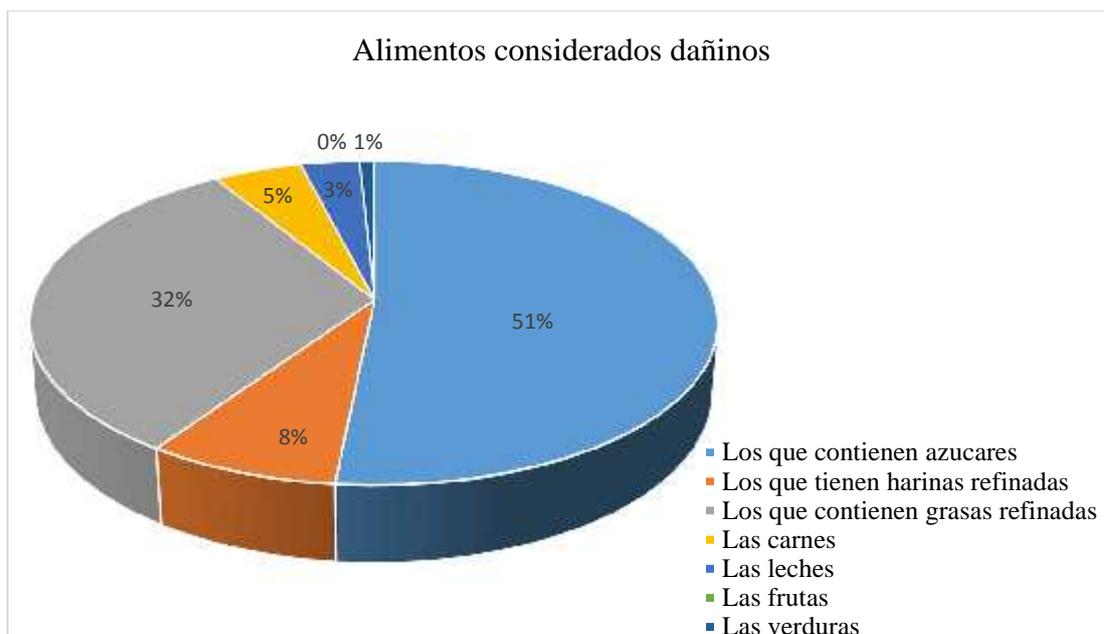


Gráfico n°. 15. Alimentos considerados dañinos.
Elaboración: Autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 63.

Como alimentos considerados dañinos, el 51% se pronunció por los que contienen azúcares y el 32% por los que contienen grasas refinadas, como los más relevantes. Y efectivamente tienen mucha conciencia en el sentido de la alimentación errónea y la adecuada, en cuanto a lo que significa para el cuidado de la salud oral como integral.

Estudiando en un libro de Bordoni⁶⁷, et al. (2010), se puede referenciar que:

Los polisacáridos por su parte, están compuestos por monosacáridos, que a su vez están presentes en los almidones, que al ser consumidos en forma de galletas, tortas, papas fritas, etc. tienen el aditamento de la sacarosa, los cuales al quedarse entre los dientes como restos de ellos, conllevan a la generación de bacterias, por lo pegajoso del almidón y el azúcar que contiene, representan un factor de riesgo mayor para la generación de la caries dental, a diferencia de si se hubiera consumido sin la sacarosa, pues no conlleva mayormente a la aparición de caries. (p. 45).

⁶⁷ Bordoni, N., et al. (2010). *Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Cuadro 16.

¿Qué alimentos ricos en flúor consume Ud.?

#	Alternativa.	F	%
1	Sardina.	24	13
2	Pollo.	50	27
3	Mariscos.	20	11
4	Lechugas.	30	16
5	Naranjas.	40	22
6	Todas las anteriores.	20	11
7	Ninguna.	0	0
Total.		184	100

Nota: Resultados obtenidos de la formulación de encuesta.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 2. 1, p. 101.

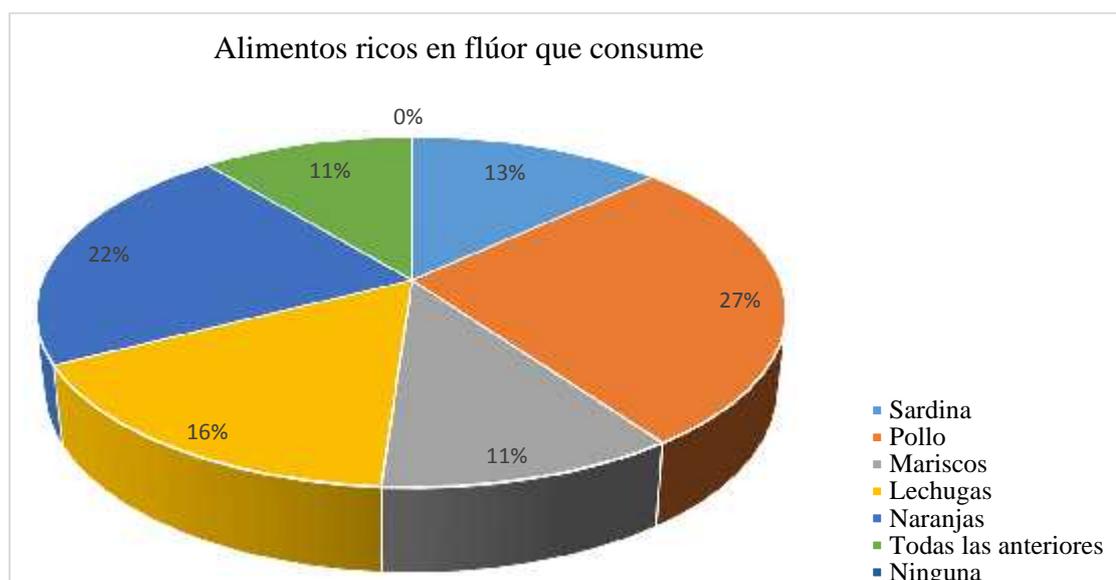


Gráfico n°. 16. Alimentos ricos en flúor que consume.

Elaboración: Autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 64.

En cuanto a los alimentos ricos en flúor que consumen son el pollo en un 27%, naranjas en un 22% y lechugas en un 16%. Estos alimentos representan en total el 65% de la muestra poblacional que consume alimentos ricos en flúor, que son una buena parte de la prevención de la salud oral.

Gráfico 17.

¿Qué alimentos portadores de calcio consume Ud.?

#	Alternativa.	f	%
1	Espinaca.	30	15
2	Almendras.	20	10
3	Naranjas.	44	23
4	Sardina.	24	12
5	Leche de vaca.	55	28
6	Leche de soya.	10	5
7	Todas las anteriores.	11	6
8	Ninguna de las anteriores.	0	0
Total.		194	100

Nota: Resultados obtenidos de la formulación de encuesta.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 2. 1, p. 101.

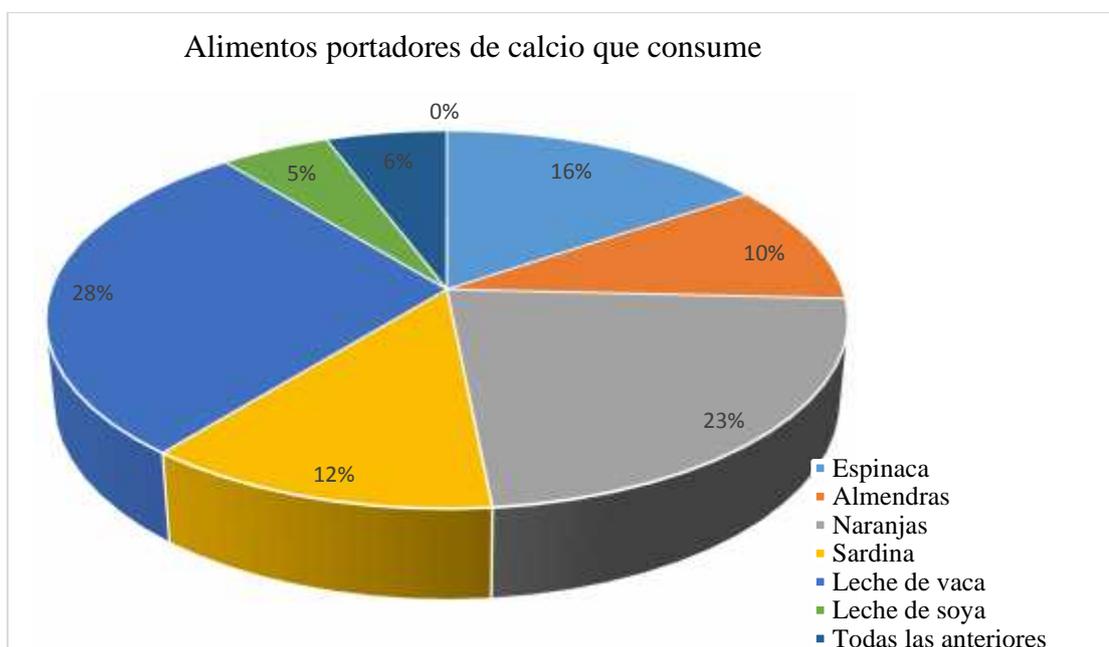


Gráfico nº. 17. Alimentos portadores de calcio que consume.

Elaboración: Autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 66.

El calcio constituye el elemento más importante para endurecer los huesos del cuerpo y formar una dentadura consistente, de allí que es un factor fundamental en la dieta diaria.

Consultando en el libro de Bordoni, et al. ⁶⁸ (2010), se referencia que “por otra parte, los minerales beneficiosos contra la caries y la enfermedad periodontal son el calcio, el fósforo, el flúor y el estroncio”. (p. 67).

En tal razón, los alimentos portadores de calcio que consume la muestra investigada fueron la leche de vaca en el 28% de los casos y las naranjas en el 23%. Esto significa que el 51% de la población consume calcio en los alimentos que consume diariamente.

Cuadro 18.

¿Con qué frecuencia acostumbra tomar bebidas refrescantes, después de cada comida?

#	Alternativa.	f	%
1	Una vez por semana.	10	10
2	Día por medio.	42	41
3	Dos veces a la semana.	10	10
4	Todos los días.	40	39
5	Otra.	0	0
	Total.	102	100

Nota: Resultados obtenidos de la formulación de encuesta.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 2. 1, p. 101.

⁶⁸ Bordoni, N., et al. (2010). *Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. República Argentina: Editorial Médica Panamericana.

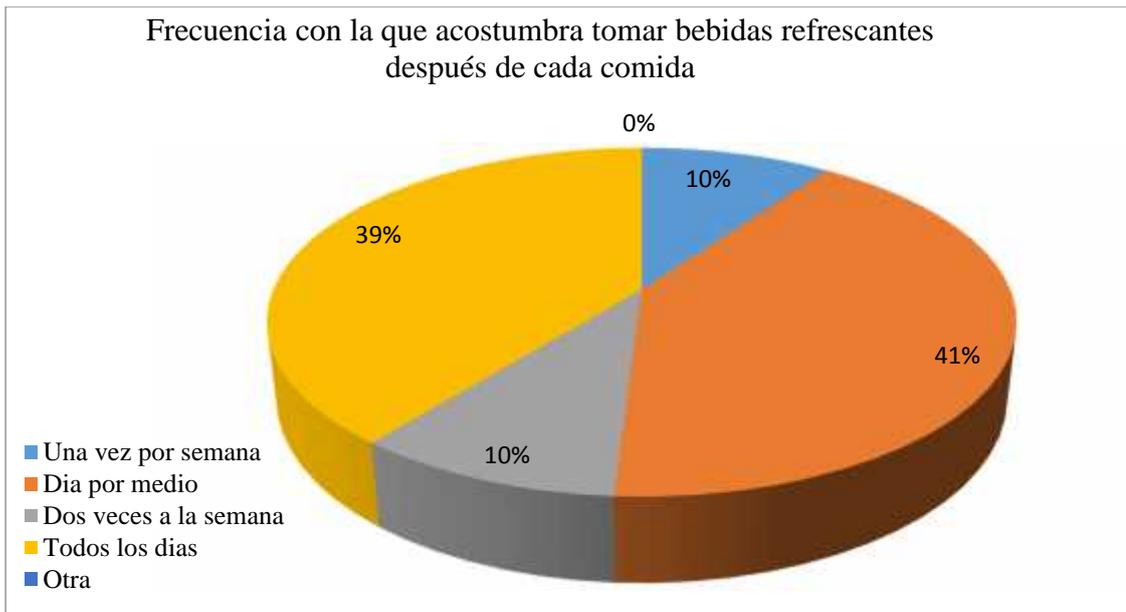


Gráfico n.º. 18. Frecuencia con la que acostumbra tomar bebidas refrescantes después de cada comida. Elaboración: Autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 67.

La frecuencia con que la muestra estudiada, acostumbra a tomar bebidas refrescantes después de cada comida fue de un día por medio en el 41% de los casos y de todos los días en el 39% de éstos.

Tales resultados si son bastante representativos, ya que la frecuencia mayor es pasando un día el consumo de la bebida, y es sabido que las bebidas refrescantes contienen un alto porcentaje de sacarosas, que se almacenaría en la cavidad bucal. Ya que se supone que después de la comida principal, se ha efectuado la higiene oral, y caso contrario, de no haberse realizado la limpieza, contribuiría aún más, a la formación de la placa bacteriana. Algo totalmente distante de lo que significa la prevención oral.

Cuadro 19.

¿Qué tipo de bebidas refrescantes toma después de cada comida?

#	Alternativa.	f	%
1	Colas.	20	14
2	Jugos.	81	59
3	Poni malta.	5	4
4	Nestea.	3	2
5	Batidos.	15	11
6	Jugos envasados.	0	0
7	Cervezas.	4	3
8	Otro.	10	7
	Total.	138	100

Nota: Resultados obtenidos de la formulación de encuesta.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 2. 1, p. 101.

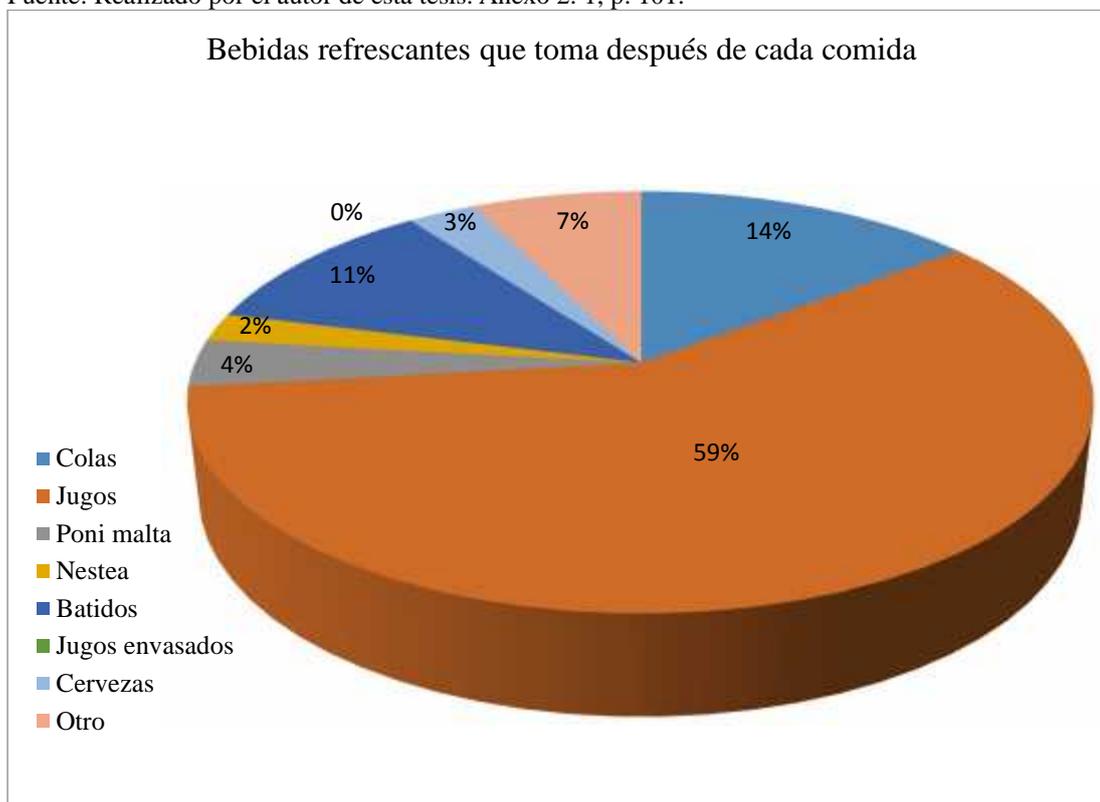


Gráfico n.º. 19. Bebidas refrescantes que toma después de cada comida.

Elaboración: Autor de esta tesis. *Fuente:* Cap. IV, p. 69.

Entre las bebidas refrescantes que toma después de cada comida el 59% de la muestra estudiada, están los jugos, seguido de las colas o gaseosas con el 14% y los batidos con el 11%.

Puede notarse en los resultados un alto consumo de jugos, que como bebida refrescante, aporta significativamente a la ingesta de azúcares que son retenidas por la cavidad bucal, cuando no se efectúa una limpieza dental inmediata, ocasionando de manera frecuente, la aparición de caries.

Cuadro 20.

¿Qué alimentos acostumbra desayunar?

#	Alternativa.	f	%
1	Huevo.	12	5
2	Verde y maduro.	33	14
3	Pan.	22	9
4	Leche.	50	21
5	Queso.	15	6
6	Frutas.	14	6
7	Pescado.	4	2
8	Yogurt.	10	4
9	Café.	65	28
10	Galletas.	10	4
	Total.	235	100

Nota: Resultados obtenidos de la formulación de encuesta.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 2. 1, p. 101.

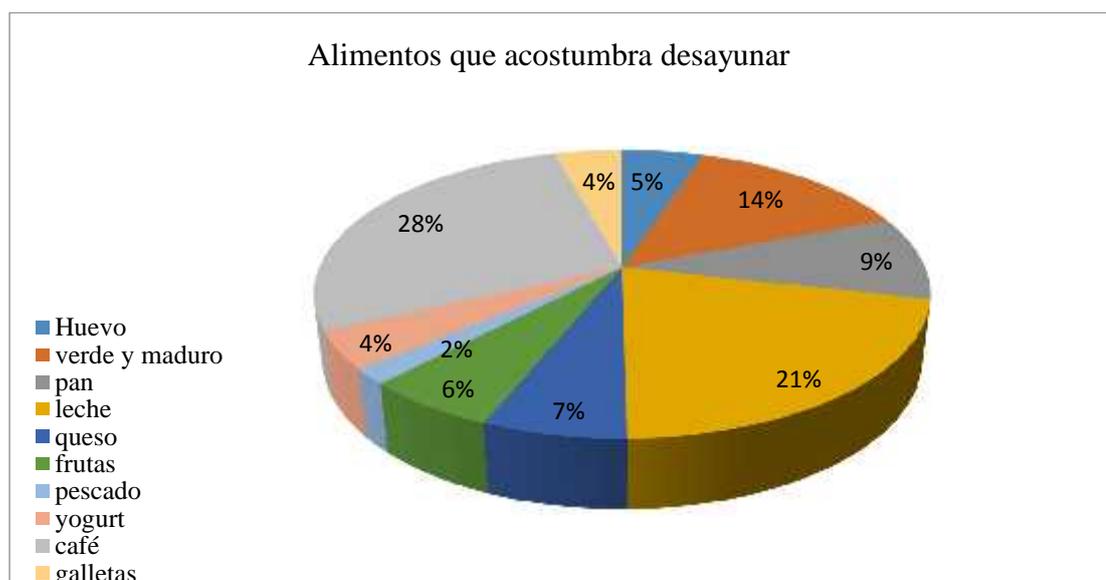


Gráfico n°. 20. Alimentos que acostumbra desayunar.

Elaboración: Autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 70.

Dentro de los alimentos que acostumbra desayunar el 28% de la muestra poblacional estuvo el café, el 21% incluye en su desayuno la leche, y el 14% desayuna con verde o maduro.

Para la prevención de la caries dental uno de los mecanismos más eficaces es la buena nutrición o alimentación que se resume en una dieta adecuada. Las vitaminas A, B2, C, D estimulan el desarrollo normal de los dientes y coadyuvan en los procesos gingivales.

Resultados que evidencian alimentos a base de lácteos, carbohidratos y cafeína, en su mayoría, de los cuales únicamente la leche estaría contribuyendo con una alimentación que aporta positivamente a la salud oral.

Cuadro 21.

¿Qué alimentos acostumbra almorzar?

#	Alternativa.	f	%
1	Arroz con pollo, carne o pescado.	83	45
2	Caldo.	37	20
3	Sopa o menestra.	65	35
	Total.	185	100

Nota: Resultados obtenidos de la formulación de encuesta.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 2. 1, p. 101.



Gráfico n.º. 21. Alimentos que acostumbra almorzar.
 Elaboración: Autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 72.

Dentro de los alimentos que acostumbra almorzar el 45% de la muestra, se encuentra el arroz con pollo, carne o pescado.

El resultado más representativo como puede verse es el consumo de proteínas y carbohidratos como el arroz con pollo, carne o pescado. Que además puede ser calificado como positivo para la salud oral, ya que el pollo y el pescado contienen flúor y calcio, que son los dos minerales que contribuyen al fortalecimiento de la dentadura y por ende de la salud bucal.

Cuadro 22.

¿Qué alimentos acostumbra merendar?

#	Alternativa.	f	%
1	Yogurt con corn flakes.	25	10
2	Café.	64	26
3	Queso.	21	8
4	Arroz con carne, pollo o pescado.	37	15
5	Bolón.	10	4
6	Menestra.	11	4
7	Batido.	15	6
8	Tostada.	10	4
9	Frutas.	12	5
10	Plátano.	45	18
	Total.	250	100

Nota: Resultados obtenidos de la formulación de encuesta.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 2. 1, p. 101.

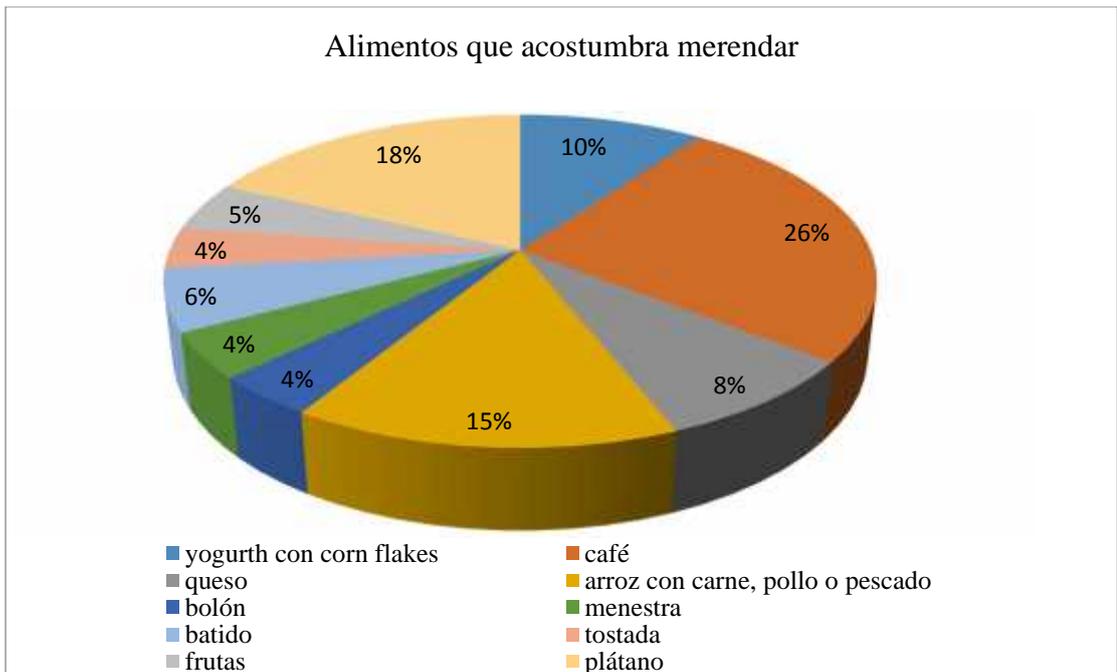


Gráfico n.º. 22. Alimentos que acostumbra merendar.
 Elaboración: Autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 74.

Dentro de los alimentos que acostumbra merendar, el 26% consume quesos en el desayuno, el 18% toma su desayuno con plátanos y el 15% desayuna con batidos.

Estos resultados tienen concordancia con los anteriores, en que el consumo de lácteos supera a los carbohidratos, lo que evidencia un alto consumo de calcio, que como ya se indicó anteriormente es fundamental para el fortalecimiento y cuidado de la salud bucodental.

Para determinar el tipo de atención odontológica solicitada por los pacientes, se utilizó el Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias (RDACAA).

Cuadro 23.

Tipo de atención odontológica solicitada por los pacientes.

#	Alternativa.	f	%
1	Morbilidad.	82	80
2	Prevención.	20	20
Total.		102	100

Nota: Resultados obtenidos de la formulación de encuesta.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 2. 1, p. 101.

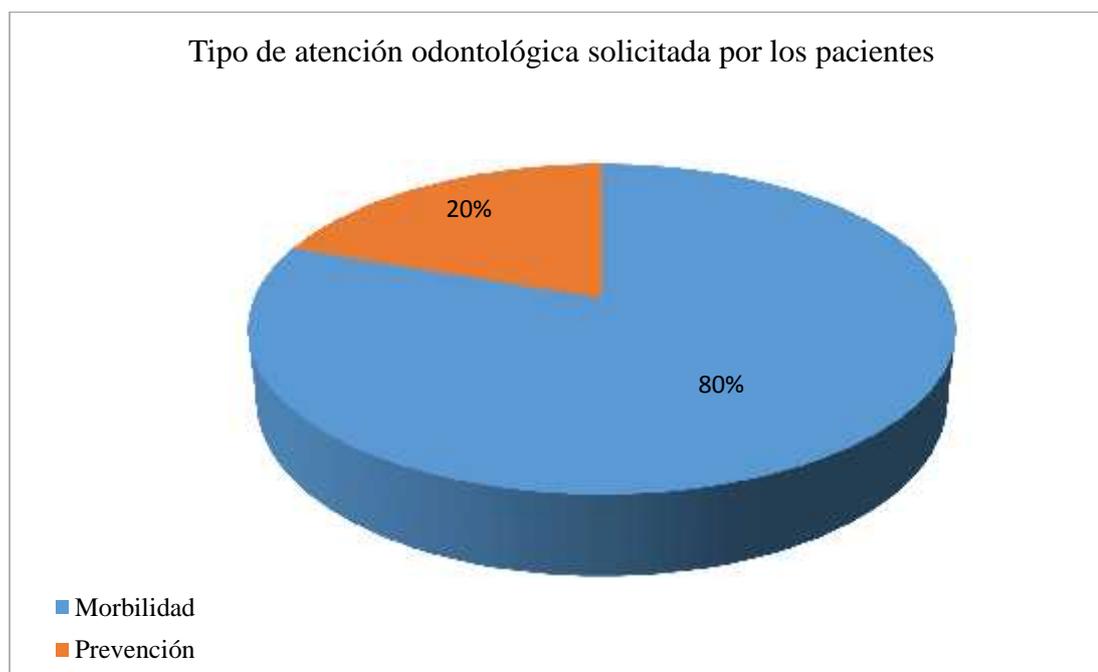


Gráfico n.º. 23. Tipo de atención odontológica solicitada por los pacientes.

Elaboración: Autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 75.

En cuanto al tipo de atención odontológica solicitada por los pacientes que asistieron al subcentro de salud San Bartolo, estuvo la atención por morbilidad y por prevención, de las cuales, la atención por morbilidad representó la demanda más alta, con el 80% de pacientes. Mientras que la atención por prevención únicamente alcanzó el 20% de solicitud odontológica.

Estos resultados demuestran finalmente, que existe muy poca prevención de la salud oral en los pacientes odontológicos del subcentro de salud de San Bartolo.

Para la ficha de observación, se consideraron aspectos de la salud bucal como, la porción de pasta dental utilizada, técnica de cepillado dental, cantidad de seda dental usada, técnica de uso de la seda dental y cantidad de enjuague bucal.

Cuadro 24.

Porción de pasta dental.

#	Alternativa.	f	%
1	Correcta.	89	87
2	Incorrecta.	13	13
Total.		102	100

Nota: Resultados obtenidos de la formulación de encuesta.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 2. 1, p. 101.

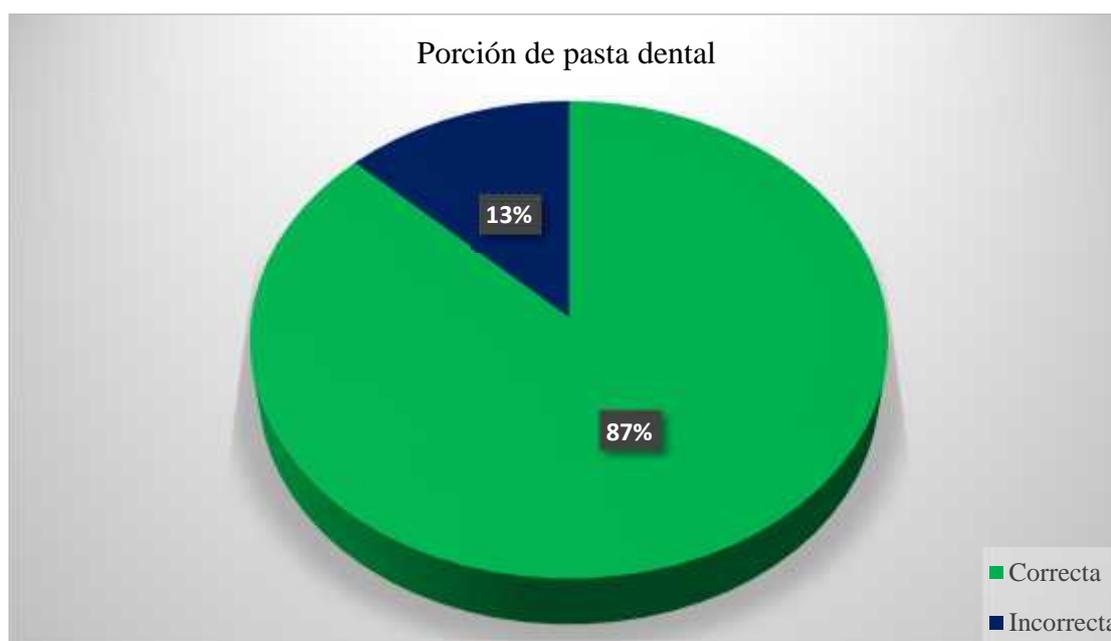


Gráfico n.º. 24. Porción de pasta dental.

Elaboración: Autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 77.

Puede notarse en los resultados del gráfico que la porción de pasta utilizada por la muestra de pacientes investigada es correcta en el 87% de los casos, que constituyen la mayoría de la muestra.

Está demostrado que los pacientes están utilizando la cantidad correcta de pasta dental para realizar su higiene bucal diaria.

Cuadro 25.

Técnica de cepillado dental.

#	Alternativa.	f	%
1	Correcta.	18	18
2	Incorrecta.	84	82
Total.		102	100

Nota: Resultados obtenidos de la formulación de encuesta.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 2. 1, p. 101.

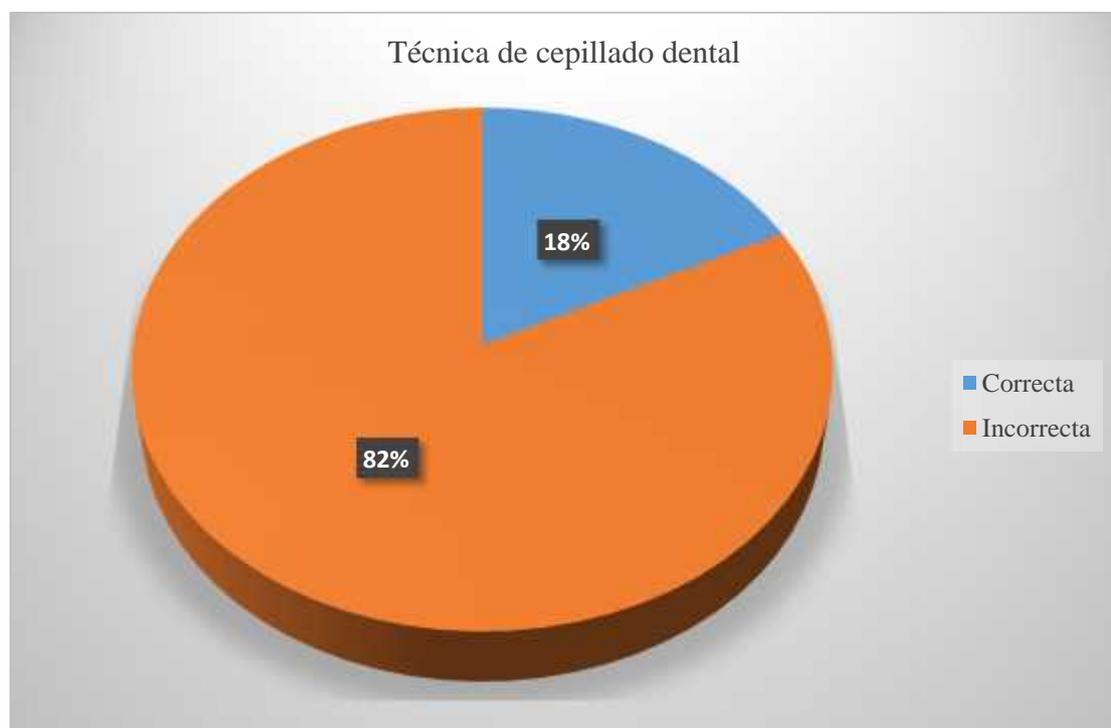


Gráfico n°. 25. Técnica de cepillado dental.

Elaboración: Autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 78.

La técnica de cepillado dental utilizada por el 82% de los pacientes que acudieron al subcentro de salud San Bartolo es incorrecta. Únicamente se calificó como técnica correcta de cepillado dental al 18% de los pacientes.

Dados los resultados, estos distan mucho de la fundamentación teórica, pues los pacientes no están utilizando la técnica correcta de cepillado dental, por lo tanto su higiene dental no es buena.

Cuadro 26.

Cantidad de seda dental.

#	Alternativa.	f	%
1	Correcta.	3	3
2	Incorrecta.	99	97
Total.		102	100

Nota: Resultados obtenidos de la formulación de encuesta.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 2. 1, p. 101.



Gráfico n°. 26. Cantidad de seda dental.

Elaboración: Autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 80.

La cantidad de seda dental utilizada por el 97% de los pacientes fue incorrecta, tan solo el 3% lo hace de manera correcta.

La evidencia expuesta, aunque aparentemente no incidiría en una correcta higiene dental, si incide verdaderamente. Ya que al no utilizar la cantidad de seda adecuada, puede repercutir en utilizar la seda ya contaminada en la dentadura, provocando que los lugares que ya han sido limpiados previamente, vuelvan a ensuciarse.

Cuadro 27.

Técnica de seda dental.

#	Alternativa.	f	%
1	Correcta.	3	3
2	Incorrecta.	99	97
Total.		102	100

Nota: Resultados obtenidos de la formulación de encuesta.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 2. 1, p. 101.

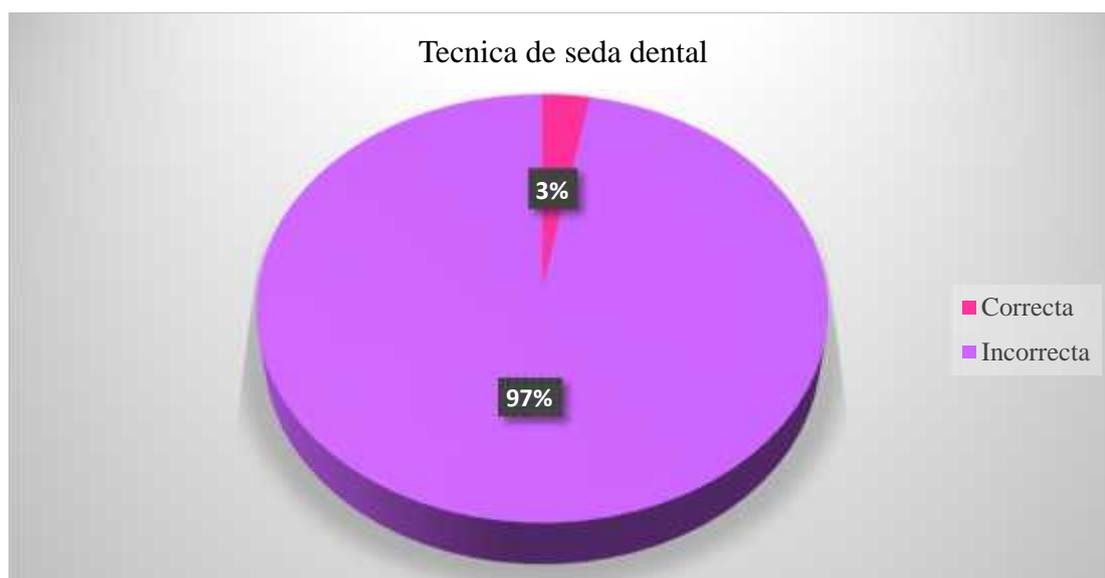


Gráfico nº. 27. Técnica de seda dental.

Elaboración: Autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 81.

La técnica de seda dental utilizada por el 97% de los casos fue incorrecta.

Examinando en la publicación de García⁶⁹ (2006), se puede exponer que:

Una de las técnicas de uso de la seda y cinta dental es cortar aproximadamente 50 cm de hilo y se enrolla la mayor parte en un dedo. Enrollar otra parte en un dedo de la otra mano para recoger la seda a medida que se va utilizando. Tensar un pedazo de 3 cm aprox. Con los dedos pulgares y los índices para la arcada superior e inferior, respectivamente. Introducirlo entre los dientes con un ligero movimiento de vaivén. Cuando la seda llega al borde de las encías, hay que curvarla en forma de C contra la superficie del diente hasta notar resistencia. No se aplica sobre las encías, para no herir la encía. Luego, con movimientos suaves se frota la seda contra el diente, así se eliminan los restos de alimentos y la placa bacteriana. Se repite el mismo procedimiento para los demás dientes con un trozo de seda limpio para cada diente, enrollando el hilo sucio en un dedo y desenrollando el limpio del otro dedo.

Resultados que coinciden con la cantidad de seda dental utilizada para la higiene oral. Lo que evidencia una conclusión similar que tiene que ver con una pésima complementariedad a la higiene bucal diaria que realizan estos pacientes.

Cuadro 28.

Cantidad de enjuague bucal.

#	Alternativa.	f	%
1	Correcta.	27	26
2	Incorrecta.	75	74
	Total.	102	100

Nota: Resultados obtenidos de la formulación de encuesta.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 2. 1, p. 101.

⁶⁹ García, C. (2006). *Boca sana. Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco-dental*. Reino de España: Editorial Ripano, S. A.

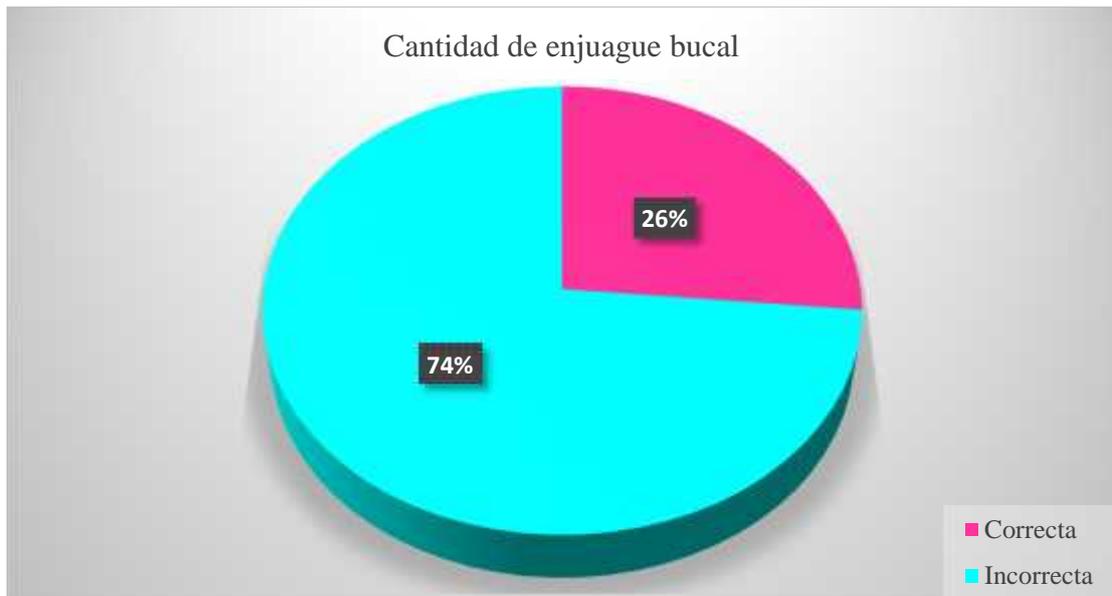


Gráfico n.º. 28. Cantidad de enjuague bucal.
Elaboración: Autor de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 83.

Finalmente, en cuanto, a la cantidad de enjuague bucal utilizado, el 74% de la muestra estudiada, utilizó una cantidad de colutorio incorrecta, mientras que un pequeño porcentaje de ésta, el 26%, utilizó la porción correcta.

Como es de conocimiento odontológico, el enjuague bucal es un complemento fundamental de la buena higiene oral que debe utilizar cada persona en su limpieza bucal diaria. Y de ésta depende también, que se contribuya positiva o en su defecto, no se contribuya, a fortalecer la salud bucodental.

4.2. Comprobación de hipótesis.

La hipótesis formulada en la investigación, sobre que, la cultura odontológica preventiva incide significativamente en el tipo de atención solicitada por los pacientes del subcentro de salud San Bartolo del cantón Bolívar, ha sido comprobada en este capítulo IV, resultados de la investigación, numeral 4.1. Análisis de los resultados,

específicamente en el gráfico 23, donde se especifica el porcentaje de pacientes que solicitaron atención por morbilidad o por prevención. Producto de lo cual, se puede evidenciar fácilmente que existe una bajísima cultura preventiva odontológica en las personas (20%), de allí que el tipo de atención odontológica más solicitada fue por morbilidad.

CAPÍTULO V.

5. Conclusiones y recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

1. Se ha demostrado con la presente investigación que la influencia de la cultura odontológica preventiva en el tipo de atención solicitada por los pacientes que se atienden en el Subcentro de Salud San Bartolo es mínima, ya que de los 102 pacientes considerados para el estudio, únicamente 20 pacientes acudieron al departamento odontológico de dicho subcentro de salud, de manera preventiva de su salud oral, demandando una profilaxis dental.
2. En lo referente a los conocimientos sobre las medidas odontológicas preventivas que tienen los pacientes del departamento odontológico del subcentro de Salud San Bartolo, se encontró que, 57 pacientes visitaron al dentista por última vez hace menos de seis meses, 65 pacientes utilizan cepillo y pasta dental para realizar su higiene bucal, que la practican 87 pacientes tres veces al día, 52 pacientes consumen alimentos ricos en calcio como las naranjas y la leche de vaca. 50 pacientes consumen alimentos ricos en flúor como el pollo y las naranjas. 35 pacientes consumen azúcares entre las principales comidas, una vez por semana y 20 pacientes lo hace todos los días.
3. El tipo de atención odontológica solicitada por los pacientes se circunscribió a 82 pacientes que consultaron al profesional de la odontología por morbilidad, pues

sintieron una molestia en la molares, sufrieron una rotura en la dentadura, dolor de encías, etc. mientras que apenas 20 pacientes de la muestra poblacional consultó al odontólogo como medida preventiva de su salud bucal.

5.2. Recomendaciones.

1. Habiendo demostrado con la presente investigación que la influencia de la cultura odontológica preventiva en el tipo de atención solicitada por los pacientes que se atienden en el Subcentro de Salud San Bartolo es mínima, se sugiere a las autoridades de las escuelas de San Bartolo, implementar la propuesta denominada estrategias de prevención odontológica comunitaria en las escuelas de San Bartolo del cantón Bolívar, de manera que se pueda contribuir a bajar ese alto índice de morbilidad odontológica, realizando un trabajo de prevención de la salud oral con los niños y niñas de cinco a ocho años de edad.
2. De la misma manera, para fortalecer el conocimiento sobre las medidas odontológicas preventivas, el trabajo con los niños y niñas en edad escolar es fundamental, lo cual debe estar ligado a la coordinación con el subcentro de salud de San Bartolo, para que se realicen consultas preventivas a los niños y niñas de las escuelas, por lo menos una vez dentro del año escolar.
3. Cuando no se practican medidas preventivas en los niños y niñas, la enfermedad más común que aparece en su dentadura es la caries, que afecta principalmente a sus primeros molares, causándoles verdaderas molestias. Para esto es imprescindible la prevención desde el hogar y extendida a la escuela, como su

segundo hogar, de allí la importancia del trabajo coordinado entre padres, docentes y profesionales de la odontología, en un verdadero programa de prevención a través de los clubes de prevención de la salud oral, que deban instaurar las escuelas para coadyuvar a la solución del problema.

CAPÍTULO VI.

6. Propuesta.

6.1. Identificación de la propuesta.

Tema.

-Estrategias de prevención odontológica comunitaria dirigidas a los niños y niñas que asisten a las escuelas de San Bartolo del cantón Bolívar.

Entidad ejecutora.

-Carrera de Odontología de la Universidad particular San Gregorio de Portoviejo.

Clasificación del proyecto.

-Educativo - social – comunitario.

Localización.

Unidades educativas establecidas en la parroquia San Bartolo de la ciudad de Calceta, cabecera cantonal del cantón Bolívar, de la provincia de Manabí, República del Ecuador.

6.2. Justificación.

Atendiendo a los resultados de la investigación, en que se determinó el número de pacientes que asistieron a la consulta odontológica en el subcentro de salud San

Bartolo del cantón Bolívar, en demanda de un tipo de atención determinada, ya sea morbilidad o prevención. Es que se ha querido contribuir con una propuesta práctica para coadyuvar a disminuir ese alto porcentaje (80%) de personas que únicamente cuando se sintieron afectados en su salud oral, buscaron la ayuda profesional del odontólogo.

En tal virtud, se vio la necesidad de trabajar en prevención con quienes pueden replicar los conocimientos en sus hogares, y lo más importante, ponerlos en práctica, y quienes mejor que los niños y niñas, que todo lo que aprenden lo repiten y lo comparten en familia, y el mejor lugar donde se lo puede hacer es sin lugar a dudas en la escuela.

Para esto se hizo preciso estratificarlos, de conformidad con lo que regula la Ley orgánica de educación intercultural, atendiendo entonces a que la educación general básica comprende a los niños y niñas en edades desde cinco hasta los ocho años de edad, y son los que se escogió justamente para el trabajo propuesto. Ya que están en una etapa de formación básica, por lo que resulta más fácil trabajar con ellos.

En la escuela Eloy Alfaro de Sosote del cantón Rocafuerte, en el nuevo año lectivo 2014 – 2015, se ha implementado una acción de prevención odontológica, donde los padres de los niños y niñas, en común acuerdo con el cuerpo docente, proveen de cepillo y pasta dental a sus hijos e hijas para que puedan utilizarlos en la escuela, cuando la maestra se los indique.

Una situación parecida a este tipo de estrategia, es lo que se quiere replicar en las escuelas de San Bartolo del cantón Bolívar. Pero con el agregado de incorporar la prevención a los clubes de aprendizaje, que son algo similar a las materias optativas, de manera que los conocimientos sobre prevención odontológica y su práctica eficiente puedan ser asimilados gradualmente por los niños y niñas que se educan en esos planteles educativos.

6.3 Objetivos.

6.3.1 Objetivo general.

-Formular estrategias de prevención odontológica comunitaria dirigidas a los niños y niñas que asisten a en las escuelas de San Bartolo del cantón Bolívar.

6.3.2 Objetivos específicos.

-Promocionar la prevención y el cuidado de la salud odontológica en las escuelas de la parroquia San Bartolo del cantón Bolívar.

-Programar los clubes de prevención de la salud oral, para las escuelas de San Bartolo.

6.4 Descripción de la propuesta.

La propuesta está compuesta de dos etapas para su desarrollo, la etapa 1 que es el promoción y la etapa 2 que es la programación.

La etapa 1 incluirá el diseño de un tríptico informativo sobre la importancia del cuidado de la salud odontológica, que se repartirá en las escuelas de la comunidad

San Bartolo. Donde se les capacitará a los docentes de primero a cuarto de educación general básica, que trabajan con los niños de cinco a ocho años de edad, sobre las formas de cuidado de la salud oral, la frecuencia y la forma del cepillado, el evitar alimentos azucarados entre comidas y otros.

La etapa 2 comprenderá la programación de los clubes de prevención de la salud oral dentro de las escuelas, así como de las gestiones ante las autoridades de salud y la Colgate Palmolive S.A. para fortalecer el trabajo de los clubes de prevención oral. Los clubes de prevención infundirán en los niños y niñas de primero a cuarto grado de educación general básica, el llevar diariamente a la escuela, el cepillo y la pasta dental, para que después de ingerir los alimentos en el recreo, puedan realizarse la higiene dental diariamente. Además se les capacitará en las formas correctas de utilización de los instrumentos de limpieza.

6.5 Beneficiarios.

La propuesta de estrategias de prevención odontológica comunitaria enmarca beneficiarios directos y beneficiarios indirectos. Los directos son todos los pacientes que acuden diariamente a la consulta odontológica del subcentro de salud San Bartolo y los beneficiarios indirectos están conformados por los directivos y miembros del personal del subcentro de salud San Bartolo del cantón Bolívar.

6.6 Diseño metodológico.

-Etapa 1, promoción.

Ver en el Anexo # 4.1. Tríptico promocional de la salud odontológica

-Etapa 2, programación.

Esta etapa comprende la programación de la atención primaria en salud odontológica dentro del subcentro de salud San Bartolo.

6.7 Presupuesto.

Cuadro 29.

Presupuesto de la propuesta.

#	Descripción	Cantidad	Valor	Total
1	Trípticos promocionales	1.000	0,25	250,00
2	Gestión para el material de higiene oral para las escuelas de San Bartolo.	Global	3.000,00	3.000,00
Subtotal				3.250,00
Iva 12%				390,00
Total				<u>3.640,00</u>

Nota: Presupuesto de la propuesta.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Capítulo VI, p. 82.

6.8 Sostenibilidad.

La promoción de la odontología preventiva comunitaria es sostenible en cuanto a la inversión, ya que son las propias unidades educativas quienes impulsarán la prevención en los niños desde los cinco hasta los ocho años de edad, a través de los clubes de prevención de la salud. Para lo cual los padres de familia les facilitarán los utensilios de higiene oral básicos, como son la pasta y el cepillo dental. Para los instrumentos complementarios de limpieza dental, el subcentro de salud realizará las

gestiones ante la Colgate S.A. para desarrollar la campaña de prevención programada, para lo cual entregará en las escuelas los kits de higiene oral compuestos por enjuague bucal y seda dental.

La propuesta tiene sostenibilidad en el tiempo, en razón de que siendo la prevención, la medicina del mañana, constituye el punto de partida de una buena salud oral e integral del cuerpo humano. Por lo que el cuidado e higiene de los dientes, es fundamental para que los niños y adultos mantengan una estupenda salud oral.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1-Barceló, E. (2010). *Odontología para bebés. Estrategia de prevención*. México: Editorial Trillas S.A. de C.V.
- 2-Bordoni, N., Escobar, A., y Castillo, R. (2010). *Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- 3-Cuenca, E., Manau, C., Serra, H., Falpas, J., Taberner, J., Batalla J., Abella, X., Y Salleras, L. (s. f.) *Consejos para la prevención de las enfermedades bucales*. Cataluña, España.
- 4-Demmer, R. T., Jacobs, D. R., y Desvarieux, M. (2008). *Enfermedad periodontal y tipo de incidente Diabetes Mellitus 2: Los resultados de la Primera Encuesta Epidemiológica Nacional de Salud y Nutrición y su Estudio de Seguimiento*. Diabetes Care.
- 5-Demmer, R. T., y Desvarieux, M. (2006). *Infecciones periodontales y las enfermedades cardiovasculares; el meollo de la cuestión*. USA: J Am Dent Assoc. 2006.
- 6-García, C. (2006). *Boca sana. Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco-dental*. Madrid: Editorial Ripano, S.A.

- 7-López, J. (s.f.). *Odontología para la higiene oral*. Ciudad de Bogotá, República de Colombia: Zamora editores Ltda.
- 8-Marmot, M., Marmot, R., Wilkinson, R.G. (1999). *Determinantes sociales de la salud*. Oxford: Oxford University Press.
- 9-Michaud, D. S, Liu, Y., Meyer, M, Giovannucci, E., Joshipura, K. (2008). *Enfermedad periodontal, pérdida de dientes y cáncer, profesionales de la salud masculinos: un estudio de corte prospectivo*. Lancet Oncol.
- 10-Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2009). *Normatización del Sistema Nacional de Salud Área de Salud Bucal 2009*. Quito, Ecuador: Inen.
- 11-Ministerio de Salud, Departamento de Epidemiología; Pontificia Universidad Católica. Departamento de Salud Pública; Universidad Alberto Hurtado. Observatorio Social. (2010). *Encuesta Nacional de Salud*. Chile, Santiago: editorial Minsal.
- 12-Nahas, M. y Schmitt, R, (2009), *Guía de Orientación para las Embarazadas, los padres, los profesionales de la salud y los Educadores*. Madrid: Editorial Santos.
- 13-Organización Mundial de la Salud (2003). *Informe sobre la salud bucodental en el mundo de 2003*. Ginebra: OMS.

- 14-Petersen, P. E. (2003). *El Informe sobre la Salud Oral Mundial 2003: la mejora continua de la salud oral en el siglo 21 - el enfoque del Programa de Salud Bucodental de la OMS Global*. Ginebra: Comunidad Dent Oral Epidemiol.
- 15-Ramón, J. (s. f.). *Métodos de investigación en odontología. Bases científicas del diseño de la investigación clínica en las enfermedades dentales*. Barcelona: editorial Masson.
- 16-Real Academia Española (2001). *Diccionario de la Real Academia Española*. Madrid: RAE.
- 17-Real, M. (2004). *Salud bucodental: la controversia por el aumento de las prestaciones en AP*. España: RE.
- 18-Adalguiza, L. (2013). *Manual básico de prevención en salud bucal*. [En línea]. Consultado: [22, mayo, 2014] Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/3671>
- 19-Blacio, A. (2011). *Prevención dentaria con sellantes de fosas y fisuras y fluorización tópica*. [En línea]. Consultado: [22, mayo, 2014] Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/2651>
- 20-Demera, J. (2012). *Manual básico de prevención en salud bucal*. [En línea]. Consultado: [22, mayo, 2014] Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/2724>

- 21-Heredia, C. (s.f.). *Odontología preventiva en el niño y en el adolescente. Manual de procedimientos clínicos*. [En línea]. Consultado: [22, mayo, 2014]
Disponible en: <http://dentalsanantoniohuaraz.com/manuales/odontologia.pdf>
- 22-Nolasco, K. (2010). *Nivel de conocimiento sobre prevención en salud Bucal en docentes de la I. E 88037 Antenor Sánchez, del distrito de Chimbote, de la provincia de Santa, región Ancash*. [En línea]. Consultado: [22, mayo, 2014]
Disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/KARLAMILENANOLASCOGUERRA.pdf>
- 23-Rosel, E. (2009). *Evaluación del programa de asistencia dental infantil en Andalucía: salud oral y calidad de vida oral*. [En línea]. Consultado: [22, mayo, 2014] Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/18131980.pdf>
- 24-S. A. (2003). *Guías Prácticas de Estomatología. Promoción de salud Buco Dental y Prevención de enfermedades*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- 25-U.S. Department of Health and Human Services. *Oral Health in America. A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: US. Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institute of Health; 2002. Disponible en: <http://www.odontologiapreventiva.com/atención/america.htm>

26-Valarezo, T. (2010). *Educación, prevención, promoción y recuperación de la salud bucal de los alumnos de segundo a séptimo año de educación básica de la escuela Manuel Sigiberto Loayza de la ciudad de Piñas*. [En línea]. Consultado: [22, mayo, 2014] Disponible en: <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/6032/1/TESIS%20DE%20ODONTOLOGIA.pdf>

ANEXO 1.1.

Cuadro 30.

Presupuesto.

Rubro	Cantidad	Unidad de medida	Valores		Fuentes	
			Unitario	Total	Personal	Institucional
Papelería	3	Resmas	4.00	12.00	x	
Suministro de tinta	4	Cartuchos	20.00	80.00	x	
Fotocopias	2000	Unidad	0.04	80.00	x	
Internet	60	Horas	1.00	60.00	x	
Fotografías	30	Unidades	1.00	30.00	x	
Transporte	50	boletos	1.50	75.00	X	
Alimentación	40	almuerzos	5,00	200.00	X	
Recargas móviles	10	recarga	6,00	60,00	X	
Pendrives	2	u	16,00	32,00	X	
cd's	5	u	0,5	2,50		
Imprevistos 20%				126,,30	X	
TOTAL				\$757,80		

Nota: Presupuesto de la tesis.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexos, p. 88.

ANEXO 1.2.

Cuadro 31.

Cronograma.

ELABORACIÓN DEL PROYECTO	ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Aprobación de Proyecto			X																					
Elección del Director de Tesis			X																					
Elaboración del Marco Teórico				X	X	X	X	X																
Diseño y Justificación de la Investigación						X	X	X																
Aplicación de los Instrumentos									X	X	X	X												
Procesamiento de datos												X	X	X	X	X								
Comprobación de la Hipótesis															X	X								
Conclusiones y Recomendaciones																X	X	X						
Presentación del Borrador del Informe																		X						
Presentación del Informe Final																			X					
Aprobación del Informe final																					X			
Presentación del Informe/Publicación																							X	
Bibliografía General				X	X	X	X	X	X	X														
Anexos																X	X	X						

Nota: Cronograma de la tesis.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexos, p. 89.

ANEXO 1.3.

Cuadro 32.

Matriz de operacionalización de las variables.

VARIABLES	TIPO	DEFINICIÓN	INDICADORES	ESCALA
Nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal y hábitos alimentarios	Cuantitativa Discreta	Conjunto de información que se posee en base a la experiencia o aprendizaje sobre prevención en salud bucal y hábitos alimentarios.	Test/prueba Cuestionario sobre prevención bucal	Malo Regular Bueno
Asistencia al odontólogo para el cuidado de la salud bucal	Cuantitativa Discreta	Es el conjunto de acciones que realizan los pacientes, para evitar la instalación de un proceso de enfermedad bucal	Cantidad de visitas para atenciones de limpieza y fluorización.	Baja Media Alta
Disminución del índice de enfermedades bucodentales	Cuantitativa Discreta	Consiste en determinar si las capacitaciones y la información que se les proporciona a los pacientes, trae cambios positivos en el estado de salud bucal en el subcentro de salud San Bartolo del cantón Bolívar.	Prácticas alimentarias Historia Clínica de los pacientes. Prácticas higiénicas.	Positiva Buena Mala Regular

Nota: Matriz de operacionalización de las variables.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexos, p. 90.

ANEXO 2.1.

Encuesta a los pacientes.

UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO CARRERA DE ODONTOLOGÍA

INSTRUCCIONES:

La presente encuesta forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de éste serán utilizados para evaluar el nivel de conocimiento sobre la prevención odontológica, por lo que le solicito su participación contestando cada pregunta de manera objetiva y veraz.

I. DATOS GENERALES:

Edad:.....años

Sexo

- a. Hombre ()
- b. Mujer ()

1. ¿En qué lugar le enseñaron a cuidar o cepillar sus dientes?

- a.- En tu casa ()
- b.- En tu escuela ()
- c.- En el consultorio Odontológico privado ()
- d.- En el consultorio Odontológico del Sub Centro ()
- f- Ningún lugar ()

2.- ¿Quién le enseñó a cuidar o cepillar sus dientes?

- a) El profesor ()
- b) Tus papás ()
- c) El Odontólogo ()
- d) Nadie ()

3.- ¿Cuándo visito al dentista por última vez?

- a) Hace menos de seis meses ()
- b) Más de un año ()
- c) Primera vez ()
- d) No me acuerdo ()

4.- ¿Por qué razón Ud. no visita al odontólogo?

- a) Porque le produce miedo ()
- b) Por los costos del tratamiento ()
- c) Por el dolor del tratamiento ()
- d) Por otras razones ()

- 5.- ¿Cuántas veces al año debe ir al Odontólogo para que revise sus dientes?
- a) Cada seis meses ()
- b) Cada año ()
- c) Cada 3 meses ()
- d) No lo sabe ()
- 6.- ¿Qué necesita para una limpieza completa de sus dientes?
- a) Cepillo y pasta dental ()
- b) Cepillo, pasta e hilo dental ()
- c) Cepillo, pasta, hilo dental y enjuagues bucales ()
- d) No lo sé ()
- 7.- ¿Cuáles de los siguientes elementos está utilizando para cepillar o lavar tus dientes?
- a) Cepillo y pasta dental ()
- b) Cepillo, pasta e hilo dental ()
- c) Cepillo, pasta, hilo dental y enjuagues bucales ()
- d) Ninguno ()
- 8.- ¿Cuántas veces al día se lava o cepilla los dientes?
- a) 1 vez ()
- b) 2 veces ()
- c) 3 veces ()
- d) No lo sabe ()
- 9.- ¿Sabe durante cuántos minutos hay que lavarse o cepillarse los dientes?
- a) 1 minuto ()
- b) 2 minuto ()
- c) 3 minuto ()
- d) No lo sabe ()
- 10.- ¿Cada cuánto tiempo cambia su cepillo dental?
- a) Cada mes ()
- b) Cada 2 meses ()
- c) Cada 3 meses ()
- d) No lo sabe ()
- 11) ¿Cuáles de los siguientes azúcares consume usted?
- Granizados ()
- Bolos ()
- Helados ()
- Chicles ()
- Caramelos ()
- Chupetes ()
- Dulces (alfajor, suspiros, huevos moyos, troliches, etc.) ()
- 12) Los azúcares anteriores, ¿con qué frecuencia acostumbra tomarlos entre las principales comidas?
- Todos los días ()
- Día por medio ()

- Una vez por semana ()
- Dos veces por semana ()
- Nunca ()
- Otra ()

13) ¿Cuáles de las siguientes harinas refinadas consume usted?

- Galletas ()
- Panes ()
- Roscas ()
- Fideos ()
- Otros ()

14) Las harinas refinadas anteriores, ¿con qué frecuencia acostumbra tomarlas entre las principales comidas?

- Todos los días ()
- Día por medio ()
- Una vez por semana ()
- Dos veces por semana ()
- Nunca ()
- Otra ()

15) Cuáles de los alimentos siguientes cree usted que son dañinos?

- Los que contienen azúcares ()
- Los que tienen harinas refinadas ()
- Los que contienen grasas saturadas ()
- Las carnes ()
- Las leches ()
- Las frutas ()
- Las verduras ()

16) Cuáles de los siguientes alimentos ricos en flúor consume usted?

- Sardina ()
- Pollo ()
- Mariscos ()
- Lechugas ()
- Naranjas ()
- Todas las anteriores ()
- Ninguna ()

17) ¿Cuáles de las siguientes elementos que contiene calcio consume usted?

- Espinaca ()
- Almendras ()
- Naranja ()
- Sardina ()
- Leche de vaca ()
- Leche de soya ()
- Todas las anteriores ()
- Ninguna de las anteriores ()

18) ¿Qué alimentos acostumbra a ingerir usted?

Desayuno -----
Almuerzo-----
Merienda-----

19) ¿Con qué frecuencia acostumbra usted a tomar después de cada comida bebidas refrescantes?

- Una vez por semana ()
- Día por medio ()
- Dos veces en la semana ()
- Todos los días ()
- Otra ()

20) ¿Qué tipo de bebidas refrescantes acostumbra a tomar después de cada comida?

- Colas ()
- Jugos ()
- Poni malta ()
- Nestea ()
- Batidos ()
- Jugos envasados ()
- Cervezas ()
- Otro ()

ANEXO 2.3.

Ministerio de Salud Pública Comando en Jefe de Fuerzas Armadas Dirección Nacional de Información, Seguimiento y Control de Gestión REGISTRO DIARIO AUTOMATIZADO DE CONSULTAS Y ATENCIONES AMBULATORIAS (RDACAA)															
BLOQUE 1. Datos del Centro de Salud					BLOQUE 2. Datos del Profesional					BLOQUE 3. Datos de Consulta/Atención					
Nombre del Centro: <u>San Bartolo</u> Tipo de Centro: <u>Subcentro</u> Nivel de Atención: <u>Primaria</u>					Nombre del Profesional: <u>Dr. [Nombre]</u> Especialidad: <u>[Especialidad]</u> Tipo de Atención: <u>[Tipo]</u>					Fecha de Registro: <u>2014-08-09</u> Hora de Registro: <u>14:24</u> Tipo de Consulta: <u>[Tipo]</u>					
Apellidos y Nombres	N° de Cédula de Ciudadanía o N° de Pasaporte o N° de Historia Clínica	Sexo	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	Estatus de Inscripción	Especialidad	Tipo de Atención	Lugar de Residencia Habitual	Descripción	Clasificación CIE-10 Diagnóstico (Síndrome, Afectación, Prescripción)		Prescripción			Atendidos	
									Clase	Subclase	Medicamento	Examen	Atención	Atención	
[Nombre]	10295	M	23-03-1979	[Estatus]	[Especialidad]	[Tipo]	[Lugar]	[Descripción]	[Clase]	[Subclase]	[Medicamento]	[Examen]	[Atención]	[Atención]	
[Nombre]	10002	M	23-08-1977	[Estatus]	[Especialidad]	[Tipo]	[Lugar]	[Descripción]	[Clase]	[Subclase]	[Medicamento]	[Examen]	[Atención]	[Atención]	
[Nombre]	00003	M	21-08-1972	[Estatus]	[Especialidad]	[Tipo]	[Lugar]	[Descripción]	[Clase]	[Subclase]	[Medicamento]	[Examen]	[Atención]	[Atención]	
[Nombre]	02327	M	29-08-1969	[Estatus]	[Especialidad]	[Tipo]	[Lugar]	[Descripción]	[Clase]	[Subclase]	[Medicamento]	[Examen]	[Atención]	[Atención]	
[Nombre]	16720	M	22-04-1945	[Estatus]	[Especialidad]	[Tipo]	[Lugar]	[Descripción]	[Clase]	[Subclase]	[Medicamento]	[Examen]	[Atención]	[Atención]	
[Nombre]	00743	M	08-06-1968	[Estatus]	[Especialidad]	[Tipo]	[Lugar]	[Descripción]	[Clase]	[Subclase]	[Medicamento]	[Examen]	[Atención]	[Atención]	
[Nombre]	12949	M	10-05-1978	[Estatus]	[Especialidad]	[Tipo]	[Lugar]	[Descripción]	[Clase]	[Subclase]	[Medicamento]	[Examen]	[Atención]	[Atención]	
[Nombre]	10207	M	20-08-1970	[Estatus]	[Especialidad]	[Tipo]	[Lugar]	[Descripción]	[Clase]	[Subclase]	[Medicamento]	[Examen]	[Atención]	[Atención]	
[Nombre]	08537	M	10-08-1975	[Estatus]	[Especialidad]	[Tipo]	[Lugar]	[Descripción]	[Clase]	[Subclase]	[Medicamento]	[Examen]	[Atención]	[Atención]	
[Nombre]	11911	M	23-05-1992	[Estatus]	[Especialidad]	[Tipo]	[Lugar]	[Descripción]	[Clase]	[Subclase]	[Medicamento]	[Examen]	[Atención]	[Atención]	
[Nombre]	16268	M	28-09-1991	[Estatus]	[Especialidad]	[Tipo]	[Lugar]	[Descripción]	[Clase]	[Subclase]	[Medicamento]	[Examen]	[Atención]	[Atención]	
[Nombre]	03318	M	20-01-1976	[Estatus]	[Especialidad]	[Tipo]	[Lugar]	[Descripción]	[Clase]	[Subclase]	[Medicamento]	[Examen]	[Atención]	[Atención]	
[Nombre]	03404	M	09-02-1981	[Estatus]	[Especialidad]	[Tipo]	[Lugar]	[Descripción]	[Clase]	[Subclase]	[Medicamento]	[Examen]	[Atención]	[Atención]	
[Nombre]	05269	M	16-01-1981	[Estatus]	[Especialidad]	[Tipo]	[Lugar]	[Descripción]	[Clase]	[Subclase]	[Medicamento]	[Examen]	[Atención]	[Atención]	
[Nombre]	10564	M	26-08-1961	[Estatus]	[Especialidad]	[Tipo]	[Lugar]	[Descripción]	[Clase]	[Subclase]	[Medicamento]	[Examen]	[Atención]	[Atención]	
[Nombre]	07910	M	26-08-1970	[Estatus]	[Especialidad]	[Tipo]	[Lugar]	[Descripción]	[Clase]	[Subclase]	[Medicamento]	[Examen]	[Atención]	[Atención]	

Grafico N°. 29. Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias (RDACAA).

Fuente: Subcentro de salud San Bartolo.

Elaboración: Autor de esta tesis. Anexo, p. 96.

ANEXO 2.4.

Panilla de consentimiento informado.

Yo, el abajo firmante, _____

Con residencia en _____

Acepto tomar parte en este estudio titulado: **“Cultura Odontológica Preventiva y su Influencia en el Tipo de Atención a los Pacientes del Subcentro de Salud de San Bartolo del Cantón Bolívar”** El Egresado **Mendieta Párraga Néstor Geovanny**, de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, me ha informado exhaustivamente acerca de las características como objetivos y aproximada duración de la exploración bucal. He tenido la oportunidad de hacerles preguntas acerca de todos los aspectos del estudio.

Después de consultarlo, accedo a cooperar con el egresado.

Estoy de acuerdo con que mis datos personales odontológicos, que se deriven de esta investigación, pasen a formar parte de los registros computarizados del autor de la investigación.

Mi identidad no será revelada en ningún momento y la información relacionada conmigo será utilizada con la mayor discreción. Accedo a que esta información pueda ser inspeccionada directamente por los representantes de las autoridades odontológicas y por el investigador.

Accedo a no poner limitaciones en el uso de los resultados del estudio.

Mendieta Párraga Néstor Geovanny.

Egresado de la carrera de odontología.

Nombre y firma del participante.

Nombre y firma de testigo.

ANEXO 3.1.

Fotos de la investigación de campo.



Grafico N°. 30. Observación a los pacientes que asistieron por primera vez al Subcentro de Salud San Bartolo.

Fuente: Realizado por el auxiliar del autor de esta tesis.

Elaboración: Autor de esta tesis. Anexo, p. 98.



Grafico N°. 31. Observación a los pacientes que asistieron por primera vez al Subcentro de Salud San Bartolo.

Fuente: Realizado por el auxiliar del autor de esta tesis.

Elaboración: Autor de esta tesis. Anexo, p. 99.



Grafico N°. 32. Observación a los pacientes que asistieron por primera vez al Subcentro de Salud San Bartolo.

Fuente: Realizado por el auxiliar del autor de esta tesis.

Elaboración: Autor de esta tesis. Anexo, p. 99.



Grafico N°. 33. Observación a los pacientes que asistieron por primera vez al Subcentro de Salud San Bartolo.

Fuente: Realizado por el auxiliar del autor de esta tesis.

Elaboración: Autor de esta tesis. Anexo, p. 100.



Grafico N°. 34. Observación a los pacientes que asistieron por primera vez al Subcentro de Salud San Bartolo.

Fuente: Realizado por el auxiliar del autor de esta tesis.

Elaboración: Autor de esta tesis. Anexo, p. 100.



Grafico N°. 35. Observación a los pacientes que asistieron por primera vez al Subcentro de Salud San Bartolo.

Fuente: Realizado por el auxiliar del autor de esta tesis.

Elaboración: Autor de esta tesis. Anexo, p. 101.



Grafico N°. 36. Observación a los pacientes que asistieron por primera vez al Subcentro de Salud San Bartolo.

Fuente: Realizado por el auxiliar del autor de esta tesis.

Elaboración: Autor de esta tesis. Anexo, p. 101.



Grafico N°. 37. Observación a los pacientes que asistieron por primera vez al Subcentro de Salud San Bartolo.

Fuente: Realizado por el auxiliar del autor de esta tesis.

Elaboración: Autor de esta tesis. Anexo, p. 102.



Grafico N°. 38. Observación a los pacientes que asistieron por primera vez al Subcentro de Salud San Bartolo.

Fuente: Realizado por el auxiliar del autor de esta tesis.

Elaboración: Autor de esta tesis. Anexo, p. 102.



Grafico N°. 39. Observación a los pacientes que asistieron por primera vez al Subcentro de Salud San Bartolo.

Fuente: Realizado por el auxiliar del autor de esta tesis.

Elaboración: Autor de esta tesis. Anexo, p. 103.



Grafico N°. 40. Observación a los pacientes que asistieron por primera vez al Subcentro de Salud San Bartolo.

Fuente: Realizado por el auxiliar del autor de esta tesis.

Elaboración: Autor de esta tesis. Anexo, p. 103.



Grafico N°. 41. Observación a los pacientes que asistieron por primera vez al Subcentro de Salud San Bartolo.

Fuente: Realizado por el auxiliar del autor de esta tesis.

Elaboración: Autor de esta tesis. Anexo, p. 104.

ANEXO 4.1.

Tríptico educativo de la propuesta.

El correcto cepillado de dientes es primordial para mejorar tu salud bucal y lograr una sonrisa sana y hermosa.

1. Para cepillar la cara externa de los dientes, coloca el cepillo de forma horizontal y realiza un movimiento vertical, de arriba abajo, tanto en los dientes interiores como en los superiores.
2. Para limpiar la cara interna de los dientes, se debe cepillar desde la encía hacia afuera. Coloca el cepillo de manera horizontal y barre hacia afuera.
3. La superficie de zona de masticado se caracteriza por tener pequeños surcos donde se instala la placa bacteriana, por ello hay que poner especial atención a la hora del cepillado. Realiza movimientos circulatorios para que las cerdas penetren en las fisuras de las

muelas, tanto en las superiores como en las inferiores

4. No olvides pasar el cepillo por tu lengua para eliminar bacterias. Algunos cepillos tienen en la cara exterior un limpiador de lengua.

Más recomendaciones para una sonrisa sana

- Utiliza cepillos dentales con cerdas de nylon suaves, ya que éstas proporcionan una mejor limpieza bucal. Además, este tipo de cerdas no dañan el esmalte de tus dientes.
- Cambia tu cepillo dental cada tres meses. Sin embargo, no es la regla. Cuando te des cuentas que las puntas de las cerdas están dobladas y abiertas hacia afuera, es momento de cambiar de cepillo

Cuidado de la Salud Oral de los niños y niñas en edad escolar



Autor:

Néstor Geovanny Mendieta Párraga

Previo a la obtención del título de
Odontólogo

Universidad San Gregorio de Purullujá
2014



¡Mucho ojo!

La **caries dental** y la **enfermedad de las encías** suelen presentarse a temprana edad.

La **higiene bucal** es la clave para mantener la salud de los dientes, encía y lengua, por esto es necesario llevar a cabo medidas preventivas como:

- Elección correcta de **l cepillo de dientes, pasta dental y enjuague bucal.**
- **Correcta técnica del cepillado**
- **Visita al dentista** de forma semestral
- **Masaje a las encías**
- **No comer alimentos azucarados** entre comidas (dulces, jugos, etc.)
- Si lo haces. **Cepíllate** los dientes **enseguida.**



Grafico N°. 4. 2Observación a los pacientes que asistieron por primera vez al Subcentro de Salud San Bartolo.
Fuente: Realizado por el auxiliar del autor de esta tesis.
Elaboración: Autor de esta tesis. Anexo, p. 106.

