



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**INFLUENCIA DE LOS ESTRATOS SOCIALES D Y E SOBRE LA
SALUD BUCODENTAL EN LOS PACIENTES INFANTILES QUE
ACUDEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE III**

Autoras: López O. Vanessa

Pérez Sánchez Yordana

Urb. Yuma II, calle N°3. Municipio San Diego
Teléfono: (0241) 8714240 (master) – Fax: (0241) 87123

**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

**INFLUENCIA DE LOS ESTRATOS SOCIALES D Y E SOBRE LA SALUD
BUCODENTAL EN LOS PACIENTES INFANTILES QUE ACUDEN A LA
CLÍNICA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE III**

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por el título de
Odontólogo.

Autoras: López O. Vanessa

Pérez S. Yordana

Tutora: Od. Gabriela Fernández

San Diego, Octubre 2017.



ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, Gabriela Fernández, portador (a) de la Cedula de Identidad N° 18851239, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por el(la) ciudadana López OVanessa, portadora de la Cedula de Identidad N° 23418572, y Pérez Sánchez Yordana Vanessa, portadora de la cedula de identidad N° 23434350, titulado : **INFLUENCIA DE LOS ESTRATOS SOCIALES D Y E SOBRE LA SALUD BUCODENTAL EN LOS PACIENTES INFANTILES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE** presentado como requisito parcial para optar al título de Odontólogo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los 27 días del mes de Octubre del año dos mil diecisiete.


Od. Gabriela Fernández



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD PLANILLA DE SOLICITUD: ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

DATOS PERSONALES		
Apellidos: Pérez Sánchez	Nombres: Yordana Vanessa	C.I. N° V- 23424350
Dirección: Trigal Norte, Valencia		Teléfono: 04244705819
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontología		Índice Académico: 10.73
DATOS DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO		
Autores		
Nombre: Yordana V. Pérez S.		Teléfono: 04244705819
Título del Trabajo: INFLUENCIA DE LOS ESTRATOS SOCIALES D Y E SOBRE LA SALUD BUCODENTAL EN LOS PACIENTES INFANTILES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE		
Breve Explicación: El presente trabajo de investigación tiene como propósito la incidencia de los estratos sociales D y E sobre la salud bucodental en los pacientes infantiles que acuden a la clínica III, ubicada en San Diego, durante el periodo 2017-II de la Universidad José Antonio Páez, bajo el siguiente marco metodológico: la investigación es de tipo descriptiva, con un diseño documental y de campo, basada en la aplicación de una guía de observación y un cuestionario como herramientas para la recolección de datos que conlleven al logro de los objetivos que se plantearon, para así lograr establecer un análisis comparativo para conocerlas y relacionarlas, dando lugar de esta manera a las conclusiones y recomendaciones finales del presente estudio		
Lugar donde se desarrollará el proyecto: Universidad José Antonio Páez, Campus San Diego, Municipio San Diego Edo. Carabobo		
Tiempo de desarrollo: Febrero (2017) - Junio (2017)		
Tutor Académico: Od. Gabriela Fernández		

APROBADO: NO APROBADO:

COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE

GRADO

<u>Heylin Olaveres</u>	<u>[Firma]</u>	<u>19/10/17</u>
NOMBRE	FIRMA	FECHA
<u>Rodrigo Paz</u>	<u>[Firma]</u>	<u>2/11/17</u>
NOMBRE	FIRMA	FECHA



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

COORDINACION DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD
PLANILLA DE SOLICITUD: ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

DATOS PERSONALES		
Apellidos: López Oldenburg	Nombres: Vanessa de los Ángeles	C.I. Nº V- 23418572
Dirección: San Diego, Valencia		Teléfono: 04244268946
DATOS ACADEMICOS		
Escuela: Odontología		Índice Académico: 13.09
DATOS DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO		
Autores		
Nombre: López O. Vanessa de los Ángeles		Teléfono: 04244268946
Título del Trabajo: INFLUENCIA DE LOS ESTRATOS SOCIALES D Y E SOBRE LA SALUD BUCODENTAL EN LOS PACIENTES INFANTILES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE		
Breve Explicación: El presente trabajo de investigación tiene como propósito la incidencia de los estratos sociales D y E sobre la salud bucodental en los pacientes infantiles que acuden a la clínica III, ubicada en San Diego, durante el periodo 2017-II de la Universidad José Antonio Páez, bajo el siguiente marco metodológico: la investigación es de tipo descriptiva, con un diseño documental y de campo, basada en la aplicación de una guía de observación y un cuestionario como herramientas para la recolección de datos que conlleven al logro de los objetivos que se plantearon, para así lograr establecer un análisis comparativo para conocerlas y relacionarlas, dando lugar de esta manera a las conclusiones y recomendaciones finales del presente estudio.		
Lugar donde se desarrollará el proyecto: Universidad José Antonio Páez, Campus San Diego, Municipio San Diego Edo. Carabobo.		
Tiempo de desarrollo: Febrero (2017) – Junio (2017).		
Tutor Académico: Od. Gabriela Fernández		

APROBADO: NO APROBADO:

COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO

Heylen Aldares		19/10/17
NOMBRE	FIRMA	FECHA
Problema		7/11/17
NOMBRE	FIRMA	FECHA



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**INFLUENCIA DE LOS ESTRATOS SOCIALES D Y E SOBRE LA SALUD
BUCODENTAL EN LOS PACIENTES INFANTILES QUE ACUDEN A LA
CLÍNICA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE**

ESTUDIANTES

Cédula de Identidad N°

Nombres y apellidos

1. 23424350

Yordana Vanessa Pérez Sánchez

2. 23418572

Vanessa de los Ángeles López Oldenburg

Tutor Propuesto: **Od. Gabriela Fernández**

Firma:

Cédula de Identidad N° 18851239

COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO

Firma



19/10/17
Fecha

Miembro Jurado (1)

Miembro Jurado (2)

Tutor de Contenido

Puntaje Obtenido: _____

Fecha: 06/11/2017

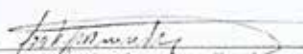


**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado "INFLUENCIA DE LOS ESTRATOS SOCIALES D Y E SOBRE LA SALUD BUCODENTAL DE LOS PACIENTES INFANTILES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE III", realizado por Vanessa De los Ángeles López Oldenburg C.I. Cursante de la carrera ODONTOLOGIA, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA

DE: Diecinueve (19) PUNTOS.


Tutor Académico (Coordinador)

Nombre: Od. Gabriela Fernández
C.I.: 18851239


Jurado
Nombre: Od. Adriana Betancourt
C.I.: 16504707


Jurado
Nombre: Od. Erika González
C.I.: 17171133

Fecha: 06/11/2017

Miembro Jurado (1)

Miembro Jurado (2)

Tutor de Contenido

Puntaje Obtenido: _____

Fecha: 06/11/2017



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado "INFLUENCIA DE LOS ESTRATOS SOCIALES D Y E SOBRE LA SALUD BUCODENTAL EN LOS PACIENTES INFANTILES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE III", realizado por Yordana Vanessa Pérez Sánchez C.I 23424350. Cursante de la carrera ODONTOLOGIA, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA

DE: Diecinueve (19) PUNTOS.

Tutor Académico (Coordinador)

Nombre: Od. Gabriela Fernández
C.I.: 18851239

Jurado
Nombre: Od. Adriana
Betancourt
C.I.: 16504707

Jurado
Nombre: Od. Erika González
C.I.: 17171133

Fecha: 06/11/2017

DEDICATORIA

A Joel y Beatriz, mis padres

Por su dedicación. Me enseñaron el amor incondicional, disciplina, constancia, honestidad, respeto; y me mostraron el camino correcto para acceder al éxito.

Vanessa López

DEDICATORIA

Les dedico este trabajo de grado a mis padres y a mi hermano que me dieron todas las herramientas y la motivación para lograr este objetivo

A Gianfranco Agnello por apoyarme en los momentos más duros y siempre estar a mi lado

A mis compañeros de carrera en especial María, María José y Mayela miles de gracias sin ustedes no hubiera sido posible

Yordana Vanessa.

AGRADECIMIENTOS

Gracias Dios del universo, por el regalo de la vida que me has dado, por proporcionarme todo lo que en su momento necesité, gracias por permitirme llegar a este momento.

Gracias a mis padres, a mis abuelos a mis hermanos por su comprensión y apoyo.

Gracias a mi compañera de tesis, con ella compartí momentos duros, momentos de duda, mis pequeños fracasos, hoy con ella comparto el primer peldaño de la escalera del éxito.

A todos mil gracias.

Vanessa López

AGRADECIMIENTOS

A Dios por siempre apoyarme en oración en los momentos más difíciles

A mi madre Yordana Sánchez por motivarme a ser mejor persona y nunca rendirme

A la institución por formarme como profesional y darme todos los conocimientos y aprendizajes adquiridos.

A nuestra tutora Ervy Weffer por la gran dedicación hasta el día de la presentación

A la mejor profesora Kennia Alcalá por darme el mejor ejemplo de caerme y levantarme mil veces más fuerte, mil gracias.

Yordana Vanessa.

INDICE

	pp.
RESUMEN IFORMATIVO	xiv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO	
I EL PROBLEMA	3
1.1 Planteamiento del Problema.....	3
1.1.1 Formulación del Problema.....	6
1.2 Objetivos de Investigación.....	7
1.2.1 Objetivos general.....	7
1.2.2 Objetivos específicos.....	7
1.3 Justificación de la Investigación.....	7
II MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	11
2.2 Bases Teóricas.....	21
2.3 Antecedentes legales de la investigación.....	38
2.4 Definición de términos básicos.....	39
III MARCO METODOLÓGICO	
3.1 Paradigma metodológico.....	42
3.2 Tipo y Diseño de investigación.....	43
3.3 Población y Muestra.....	44
3.4 Técnicas de recolección de datos.....	46

IV ANALISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS.

4.1 Presentación de resultados.....	52
4.2 Interpretación de resultados.....	53

V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones.....	72
5.2 Recomendaciones.....	73

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	75
---------------------------------	----

ANEXOS.....	81
-------------	----

LISTA DE GRAFICOS

	P.p
GRAFICO N° 1 Vivienda.....	53
GRAFICO N° 2 Servicios básicos.....	54
GRAFICO N° 3 Condiciones ambientales del hogar.....	55
GRAFICO N°4 Nivel de ocupacion.....	56
GRAFICO N°5 Consumo de alimentos.....	57
GRAFICO N°6 Higiene bucal.....	58
GRAFICO N° 7 Salud.....	59
GRAFICO N°8 Estructura familiar.....	60
GRAFICO N°9 Acceso a los centros de Salud Dental.....	61
GRAFICO N° 10 Escolaridad.....	62
GRAFICO N° 11 Nivel de ingresos.....	63
GRAFICO N°12 Nivel de ingresos.....	64
GRAFICO N° 13 Religion.....	65
GRAFICO N° 14 Cultura.....	66

LISTA DE TABLAS

	P.p
TABLA N° 1 Vivienda.....	53
TABLA N° 2 Servicios básicos.....	54
TABLA N° 3 Condiciones ambientales del hogar.....	55
TABLA N°4 Nivel de ecupacion.....	56
TABLA N° 5 Consumo de alimentos.....	57
TABLA N° 6 Higiene bucal.....	58
TABLA N° 7 Salud.....	59
TABLA N° 8 Estructura familiar.....	60
TABLA N° 9 Acceso a los centros de Salud dental.....	61
TABLA N° 10 Escolaridad.....	62
TABLA N° 11 Nivel de ingresos.....	63
TABLA N° 12 Nivel de ingresos.....	64
TABLA N° 13 Religion.....	65
TABLA N° 14 Cultura.....	66
TABLA N° 14 Distribución de los índices de caries.....	67
TABLA N° 15 Índice de caries.....	67
TABLA N° 16 IHOS.....	70
TABLA N° 17 Registro dietético.....	71



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**INFLUENCIA DE LOS ESTRATOS SOCIALES D Y E SOBRE LA SALUD BUCODENTAL
EN LOS PACIENTES INFANTILES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y DEL
ADOLESCENTE**

Autora: López O. Vanessa. C.I.

Autora: Pérez S. Yordana V. C.I. 23424350

Tutora: Gabriela Fernández

Fecha: Octubre 2017.

RESUMEN INFORMATIVO

El presente trabajo de investigación tuvo como propósito explicar la incidencia de los estratos sociales D y E sobre la salud bucodental en los pacientes infantiles que acuden a la clínica III durante el período 2017-II de la Universidad José Antonio Páez, en la ciudad de San Diego, lo que incide en forma determinante en la calidad bucodental que reflejan los niños pertenecientes a estos estratos, bajo el siguiente marco metodológico: la investigación es de tipo descriptiva, con un diseño documental y de campo, basada en la aplicación de una guía de observación y de un cuestionario, como herramientas para la recolección de datos que conlleven al logro de los objetivos que se plantearon. También se aplicó validez de expertos, mediante tres (3) expertos en el área de odontología, así como la confiabilidad cuya aplicación fue el estadígrafo de kuder de Richarson, arrojando un 0,83 considerado elevado. Como objetivos específicos fueron formulados de la siguiente manera: 1.- Describir los estratos sociales a los que pertenecen los niños que acuden a la Clínica del Niño y el Adolescente III, 2.- Determinar los índices de caries e higiene oral en los pacientes que acuden al área clínica. 3.-Relacionar los estratos sociales D y E con el estado de salud bucodental, mediante la revisión de guía de observación de odontopediatría diseñadas por las investigadoras. Para dar respuestas a estos objetivos se procede describir los estratos sociales D y E para poder evidenciar su incidencia en la salud bucodental de los niños, donde se pudo constatar que el nivel socioeconómico a que pertenecen los infantes determinan su estilo de vida y por lo tanto la incidencia total sobre la salud bucal que refieren. Así mismo se determinó que el mayor nivel de deterioro y desinformación lo poseen los estratos E, quienes reflejan mayor nivel de pobreza lo que origina un nivel de vida carente de bienes económicos, nada fácil para poder cubrir sus necesidades y poder brindar a los niños elementos claves que le generen una calidad de vida en los niños con edades comprendidas entre 5 y 10 años de edad y de esta manera se logró establecer un análisis comparativo para conocerlas y relacionarlas, dando lugar de esta manera a las conclusiones finales generadas por el presente estudio.

Descriptor: Estratos sociales, estrato social D, estrato social E, Salud bucodental, Pacientes infantiles, adolescente.



BOLIVARIAN REPUBLIC OF VENEZUELA
UNIVERSITY JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
DENTISTRY SCHOOL

INFLUENCE OF THE SOCIAL STRATEGIES D AND E ON THE HEALTH OF BUCODENTAL IN CHILDREN WHO COME TO THE CLINIC OF CHILDREN AND ADOLESCENTS.

Author: Lopez O. Vanessa. C.I.

Author: Pérez S. Yordana V. C.I.23424350

Tutor: Gabriela Fernández

Date: October 2017.

INFORMATIVE SUMMARY

The purpose of this research was to explain the incidence of social strata D and E on oral health in children attending clinic III during the period 2017-II of the José Antonio Páez University, in the city of San Diego, which has a decisive effect on the oral quality reflected by children belonging to these strata, under the following methodological framework: the research is descriptive, with a documentary and field design, based on the application of a guide observation and a questionnaire, as tools for data collection that lead to the achievement of the objectives that were raised. Expert validity was also applied, using three (3) experts in the area of dentistry, as well as the reliability whose application was Richardson's kuder statistician, yielding a high of 0.83. As specific objectives were formulated as follows: 1.- Describe the social strata to which the children who attend the Clinic of Child and Adolescent III belong, 2.- Determine caries and oral hygiene rates in patients who they go to the clinical area. 3.-Relate social strata D and E with oral health status, through the review of observation guide of odontopediatría designed by the researchers. To give answers to these objectives, it is necessary to describe the social strata D and E to be able to show their incidence in the oral health of the children, where it was found that the socioeconomic level to which the children belong determine their lifestyle and therefore the total incidence on oral health they refer. Likewise, it was determined that the highest level of deterioration and misinformation is found in strata E, who reflect a higher level of poverty, which causes a level of life lacking in economic goods, which is not easy to cover their needs and provide children with elements keys that generate a quality of life in children aged between 5 and 10 years old and in this way a comparative analysis was established to know and relate them, thus giving rise to the final conclusions generated by the present study

Descriptors: Social strata, social stratum D, social stratum E, Oral health, Childhood, adolescent.

INTRODUCCIÓN

Uno de los aspectos más influyentes de la modernidad es la tecnología y la diversidad en medios de comunicación, a través del cual constantemente se difunden información de todo interés, dependiendo del uso e intención de estas, las personas manejan conocimientos globales, que pueden usar según la conveniencia.

En este sentido, temas como la salud e higiene bucal han sido ampliamente promovidos desde diferentes contextos y escenarios. Esto ha permitido a los estudiosos en la materia hacerse de una referencia sobre la situación actual de la salud bucodental.

En este ámbito es importante considerar a la sociedad, para conocer las características de las personas que la conforman, lo que genera un mejor conocimiento de su actuación, personalidad, expresión, composición biológica, económica y social, conocido como estrato social el cual está constituido por un conjunto de personas relacionadas que están ubicadas en un sitio o lugar similar dentro de la jerarquía o escala social, donde comparten similares creencias, valores, actitudes, estilos y actos de vida. Se caracterizan por disponer de cantidades relativas y tipos específicos de poder, de prestigio o de privilegios si los poseen. Si bien el punto central de la estratificación se refiere a la distribución de bienes y atributos, la estratificación social también se puede considerar sobre la base de la etnicidad, género y edad.

En relación a lo antes indicado se presenta la presente investigación con el propósito de explicar cómo puede influir los estratos sociales D y E en la salud bucodental en niños que acuden a la clínica del niño y del Adolescente III, cuya investigación servirá de antecedente y motivación para futuros investigadores que deseen ahondar en la temática.

Bajo esta perspectiva, la presente investigación se presenta con un tipo de investigación de campo, descriptiva, con diseño no experimental diseñado para

alcanzar los objetivos planteados. Para alcanzar el propósito el trabajo está estructurado de la siguiente forma:

El Capítulo I, se expone el problema relacionado con la incidencia de los estratos socioeconómicos D y E, mediante la identificación de las características, así como las condiciones bucodentales presentes en los pacientes infantiles.

El Capítulo II, contempla el marco teórico que sustenta las variables de estudios estratos sociales D y E y la salud bucodental en los pacientes infantiles seleccionados como muestra. De igual manera comprende los antecedentes, bases teóricas y la definición de términos, en función a la orientación de la temática abordada.

El Capítulo III, corresponde al marco metodológico, lo que permitió la orientación de la investigación, considerada como investigación de campo, descriptiva, no experimental, cuya descripción permitió la identificación de la población y muestra, como fue los niños con edades comprendidas entre 5 y 10 años que mediante la elaboración de técnicas e instrumentos se pudo recolectar los datos validados para poder alcanzar los objetivos propuestos.

El Capítulo IV, análisis e interpretación de los resultados, análisis de datos, finalmente, se presentan las referencias bibliográficas y los anexos, dando repuesta a los objetivos planteados lo que permitió relacionar los estratos sociales D y E con el estado de salud bucal.

El Capítulo V, corresponde a las conclusiones y recomendaciones que permitió alcanzar el objetivo general de explicar cómo puede influir los estratos sociales D y E en la salud bucodental en niños que acuden a la clínica del niño y del Adolescente III, las cuales están sustentadas con la aplicación de los objetivos, la recolección de datos y la interpretación de la información.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, se admite que los problemas de salud oral repercuten de forma importante en el campo psicológico, social y de autoestima de los afectados; es decir afecta el bienestar del paciente. La mayoría de las enfermedades orales más frecuentes, así como sus secuelas, influyen en la calidad de vida de los pacientes; fenómeno que se hace más patente a medida que avanza la edad. Las necesidades de tratamiento para recuperar o mejorar la salud oral, no deben de ser consideradas, solamente, desde un punto de vista clínico, ya que no aportan datos de la sensación percibida de bienestar. En este orden de ideas, las enfermedades buco dentales como la caries dental, la enfermedad periodontal y las maloclusiones son problemas de salud de alcance mundial que afectan a los países industrializados.

Al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que dieciséis mil millones de personas en el mundo tienen caries dental (2013). Todas estas enfermedades antes mencionadas, en términos de dolor, deterioro funcional y disminución de la calidad de vida, son considerables y costosas. Aumentar la calidad de vida de los pacientes es un objetivo fundamental de la odontología y, por lo tanto, de la prevención y la promoción de la salud oral (motivado en parte por la demanda o presión social). En este orden de ideas, durante la infancia, la influencia más importante en el desarrollo del niño es la familia en la que crece. La edad de sus padres, si estos son saludables o no, las relaciones que establezca con ellos, cuantas personas vivan en la casa, si tiene hermanos o no, la posición ordinal que ocupa en el número de hermanos, el nivel de estudio de los padres, si estos son ricos o pobres, entre otras.

Bajo esta perspectiva, es pertinente definir el término de condición de vida que según Sánchez (2007) es “el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general *de* vivir de un individuo o grupo”. (p.67). Los hábitos de vida saludables que conducen a estilos de vivencias positivos tendrán como finalidad incrementar los años de vida bajo unas adecuadas condiciones de calidad de subsistencia. De acuerdo con este planteamiento, las condiciones de vida y el acceso desigual de la población a los beneficios del crecimiento económico está directamente asociado con el nivel del ingreso familiar, que se origina fundamentalmente a los ingresos del trabajo, lo que a su vez están determinados por la inserción ocupacional de las personas.

En este ámbito el autor (ob.cit) refiere que se debe considerar que la calidad de los años vividos, es cuando una persona es autónoma, está libre de enfermedades y puede disfrutar de la vida. Existen diversos estratos sociales, los cuales establecen que un grupo de individuos comparten una característica común que los vincula social o económicamente, sea por su función productiva o "social", poder adquisitivo o "económico" o por la posición dentro de la burocracia en una organización destinada a tales fines. Dentro de este marco, las clases sociales y la pobreza son determinantes fundamentales que influyen en la aparición de muchas enfermedades y la presencia de desigualdades en salud, este estrato social es considerado determinantes en aquellas poblaciones que presentan características que reflejan una limitación en cuanto al acceso y disposición de bienes materiales y económicos requeridos para su subsistencia.

Para Rojas (2011) los estratos sociales “D” y “E” los define como:

Estrato “D” calificado como clase baja, compuesto por personas con estudios básicos o medios incompletos, aunque cada vez es más difícil ubicar a gente de este grupo sin su escolaridad completa. Sin

embargo, suelen carecer de profesión, generalmente generan salario mínimo establecido o por debajo, viven en poblaciones antiguas, de tipo popular y con alta densidad poblacional, en presencia de escasa higiene, con limitación ambiental y salubridad. Y el estrato “E” se identifica con la extrema pobreza, población concentrada en sectores populares y peligrosos, con viviendas poco funcionales. El promedio de escolaridad del jefe de hogar no sobrepasa los cuatro años, por lo que se desempeñan en trabajos ocasionales, así como el promedio ponderado de su ingreso familiar mensual es el equivalente a la mitad o por debajo del salario mínimo. (p. 22)

Con base a la cita anterior, es importante considerar a los niños que pertenecen a los estratos antes mencionados, los cuales reflejan condiciones físicas, biológicas, clínicas, entre otras; situación que bajo el aspecto odontológico genera deterioro e insuficiencia en el desarrollo y crecimiento del niño. Es importante resaltar, el beneficio sobre la salud bucal de los niños de menor posición socioeconómica que tendrían si se mejora el acceso a los servicios de salud bucal, a través de la reducción o eliminación de barreras estructurales al sistema de salud. Ofrecer un sistema de atención en salud eficiente y equitativo es un mecanismo para superar las desigualdades sociales injustas y evitables en salud y salud bucal. De forma paralela, la salud bucal podría ser utilizada como un indicador cuando se estudian las desigualdades en salud.

Por ende, existe la preocupación en las consultas odontológicas, de la existencia de diferentes estado de salud bucal de la población conformada por niños que asisten a las consultas, no siendo del todo conocido el estatus de su condición, así como sus componentes, sus determinantes o factores de riesgo y su causalidad, por ello, se considera necesario tener conocimiento de su estilo de vida a fin de poder orientar y canalizar acciones que sirvan para la obtención de una salud bucal en los infantes.

Para llevar a cabo la presente investigación se tomó en consideración la observación realizada por las investigadoras en la aplicación de clínica III, durante el período 2017-IIICR, pudiendo resaltar que los niños atendidos presentan: sensibilidad y dolor dentario, mal sabor y olor en la boca, dificultad de ingesta de alimentos, dientes cavitados, entre otros; situación que se genera por causas socio económicas que afectan la salud bucal tales como carbohidratos en los alimentos, escasez de alimentos, dieta no balanceada, ingresos de los padres, nivel del entorno social, carencia de insumos de higiene personal, limitación de acceso a centros odontológicos. El cuidado dental es un hábito que se aprende desde la infancia y que perdura toda la vida. Los dientes y encías bien cuidados ayudan a los niños a mantener una buena salud a nivel general, no sólo dental. Cuando los niños presentan caries, infecciones u otro tipo de enfermedad oral, los resultados pueden ser negativos, generando deficiencias en la nutrición, desarrollo del lenguaje, dolor y en muchas ocasiones problemas con su autoestima.

1.1.2 Formulación del Problema

De lo anteriormente indicado, se deduce la importancia de conocer los estratos sociales al que pertenecen los niños que acuden a consulta odontológica. En atención a estas necesidades de evaluar los estratos sociales D y E en los infantes, se alcanza tener el conocimiento del estilo de vida y la incidencia que tiene en la salud bucal, permitiendo a las investigadoras plantearse la siguiente interrogante:

¿De qué manera los estratos sociales D y E influyen sobre la salud bucodental en los pacientes infantiles que acuden a la clínica del niño y del adolescente de la Universidad José Antonio Páez?

1.2 Objetivos de la Investigación

1.2.1 Objetivo general

Explicar la incidencia de los estratos sociales D y E sobre la salud bucodental en los pacientes infantiles que acuden a la clínica III durante el período 2017-II de la Universidad José Antonio Páez.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Describir los estratos sociales que pertenecen los niños que acuden a clínica del niño y del adolescente III.
- Conocer las condiciones bucodentales presentes en los pacientes que asisten al área de la clínica.
- Relacionar los estratos sociales D y E con el estado de salud bucal

1.3 Justificación de la Investigación

Desde el punto de vista médico-odontológico se justifica porque la salud oral forma parte y es esencial para la salud general de la población, especialmente la infancia, la cual constituye dentro del desarrollo del ser humano la etapa más importante, pues en ella comienza a formarse la personalidad del niño, repercutiendo en el papel determinante que tienen la atención y educación temprana en cuanto a salud bucal.

Para las investigadoras se justifica como motivación de la investigación por el enfoque que se da a la salud oral, la cual ha cambiado en la actualidad, reflejando que los problemas de salud oral repercuten de forma importante

en el campo psicológico, social y de autoestima de los afectados, es decir, afecta a la calidad de vida del paciente.

Las necesidades de tratamiento para recuperar o mejorar la salud oral, no deben ser consideradas, solamente, desde un punto de vista clínico, ya que no aportan datos de la sensación percibida de bienestar, punto relevante si se toma en consideración que la calidad de vida que presentan los niños, va a depender de la conducción de sus padres o tutores responsables de su crecimiento y desarrollo fisiológico o psicosocial, de allí la importancia de explicar la incidencia de los estratos sociales D y E sobre la salud bucodental en los pacientes infantiles, lo que permitirá la ampliación del conocimiento en disciplinas que argumentan el estado de salud bucodental en la población.

Por tanto, desde el punto de vista práctico, determinar la incidencia de los estratos sociales D y E sobre la salud bucodental en los pacientes infantiles que acuden a la clínica III durante el período 2017-II de la Universidad José Antonio Páez, investigación que constituirá un aporte importante, que beneficiará a las familias y parientes de los infantes, en cuanto al equilibrio emocional y sistémico que permitirá un crecimiento armónico y saludable al niño, siendo un aporte valioso en conocimientos a los futuros odontólogos, no solo en la parte clínica sino también, tener presente que las condiciones de vida inciden notablemente en la salud bucal de los niños que acuden a recibir práctica odontológica.

Asimismo, a nivel operacional y funcional este estudio está orientado en el desarrollo y mejora en el desempeño en el área de trabajo, por ende, la gestión del odontólogo en cuanto atención y prestación del servicio a los pacientes infantiles pertenecientes a los estratos sociales D y E, permitirá ser más efectivas en cuanto a la orientación odontológica que se le brindara al paciente. De la misma forma, en el

ambiente social fomenta la armonía, el entendimiento entre paciente y especialista. Basado en los valores que hacen parte del trabajo aplicado en la actitud, ética que aplica el odontólogo para alcanzar el propósito de asistencia odontológica que requiere este tipo de paciente infantil.

Desde el marco institucional, proporciona a la Universidad José Antonio Páez (UJAP) el privilegio de ser pionera al ofrecer una investigación fuera de los estándares existentes, debido a que ataca una situación real y actual traduciéndose en una oportunidad para desarrollar más resultados y nuevas investigaciones a la altura de las mejores universidades del mundo y del continente, conllevándola a repositonar su imagen en el ámbito universitario.

Desde el punto de vista metodológico, se estarían estableciendo un conjunto de directrices que permitirían orientar el desarrollo de plan de actividades, recolección de datos y los procesos de análisis de resultados, para abordar con precisión los problemas en cuanto a salud bucal que presentan los pacientes infantiles que acuden a clínica III, durante el período 2017-II CR en la Universidad José Antonio Páez

Finalmente, se considera que el trabajo es de importancia para las autoras, puesto que desarrollarán de manera práctica los conocimientos obtenidos en la carrera de Odontología de la Universidad José Antonio Páez (UJAP), en relación a la influencia de los estratos sociales D y E sobre la salud bucodental en los pacientes infantiles que acuden a la clínica utilizando las teorías sobre Estratos sociales, condición bucodental en el paciente, los métodos de CPOD, ceod, IHOS; así como también fomentar el desarrollo intelectual de la investigación sistemática cualitativa en el entorno académico de nuevos profesionales.

1.4 Delimitación del problema de investigación

Dada la amplitud de este tema, esta investigación será realizada exclusivamente a los pacientes infantiles pertenecientes a los estratos sociales D y E que acuden a la clínica III durante el período 2017-II de la Universidad José Antonio Páez.

El estudio se realizara a la población de los 128 niños, de ambos géneros, con edades comprendidas entre 5 y 10 años que acuden a clínica III, durante el período 2017-II.

Esta investigación se enfocará al conocimiento de las condiciones bucodentales que presentan los niños, pertenecientes a los estratos Dy E.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

En este capítulo se fundamentan las bases teóricas, antecedentes, modelos del objeto estudio del investigador. El marco teórico de la investigación o marco referencial. Puede ser definido como el compendio de una serie de elementos conceptuales que sirven de base a la investigación por realizar. En este sentido, Balestrini (2006) expresa que, “el marco teórico, es el resultado de la selección de aquellos aspectos más relacionados del cuerpo teórico epistemológico que se asume, referido al tema específico elegido para su estudio” (p.93)

A continuación se presenta investigación realizada por Albarrán, Berbesí, Hernández, Marín, Rodríguez, Uzcátegui y Velasco investigadores de la Facultad de Odontología de la Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela, titulada “Salud bucal en indígenas latinoamericanos. Una revisión sistemática” La falta de salud bucal afecta a todos los seres humanos por igual. Los indígenas latinoamericanos no escapan de esta realidad por lo que presentan varias enfermedades bucales. Se encontraron diversas revisiones sistemáticas las cuales no hacen un adecuado desarrollo de la información. Por lo tanto, el objetivo de esta revisión sistemática es describir el estado de salud bucal de indígenas latinoamericanos.

Como resultados se obtuvo que el estado de salud bucal se encuentre afectado por diversas enfermedades, siendo lo más prevalente la caries dental. En relación con las variantes anatómicas de los maxilares y los dientes, los detalles anatómicos están relacionados con la genética y la variabilidad de tipos de oclusión se relaciona con su estilo de vida y/o hábitos. Utilizan como prevención la higiene bucal y planteas para evitar enfermedades bucales. Son pocas las comunidades indígenas

tratadas, sin embargo, los conocimientos propios de estas comunidades tratan de solventar algunos problemas, habitualmente sólo si presentan sintomatología dolorosa. En cuanto a la conclusión se recomienda que las comunidades indígenas sean atendidas para solucionar sus problemas respetando sus costumbres con la ayuda de traductores de ser necesario. Además, se sugiere la promoción de la salud bucal para optimizar su calidad de vida.

El aporte que brinda la investigación es la metodología empleada, las teorías consultadas donde se resalta que las comunidades tienen influencia del entorno socioeconómico en la condición bucal de la población, generando enfermedades dentales, esta información es de eminente utilidad en razón que aplican técnicas de recolección de datos, así como métodos que garantizan el estudio de comunidades y su incidencia en la salud bucodental, propósito del presente estudio.

En este orden de ideas, se consideró a Torres, Blanco, Vargas, Chávez y Apaza (2015) en la investigación “Impacto de la caries de la infancia temprana en la calidad de vida relacionada a la salud bucal en niños peruanos menores de 71 meses de edad “, realizada en la facultad de Odontología, Universidad Mayor de San Marcos, Lima Perú. El objetivo de este estudio fue determinar el impacto y relación de la caries de la infancia temprana (CIT) y calidad de vida relacionada a salud bucal (CVRSB) de los niños, atendidos en el servicio de atención del infante del Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima-Perú. Con respecto a la metodología, se considera un estudio transversal y observacional; una muestra representativa de 95 niños menores de 71 meses y sus madres fueron seleccionados aleatoriamente.

La percepción de las madres de la CVRSB fue recogida a través del cuestionario ECOHIS (Early Childhood Oral Health Impact Scale). Los datos de CIT fueron recolectados a través de un examen clínico por dos examinadores previamente calibrados (kapp

mediana y desviación intercuartil de la muestra del ECOHIS fue de 20 ± 5 , con respecto al impacto a la familia 7 ± 1 , impacto en el niño $13. \pm 3.5$. En el análisis de correlación entre CVRSB y CIT se determinó un valor de $\rho = 0.51$ (IC 95%: 0.34 a 0.64); la edad de la madre y CVRSB mediante los puntajes del ECOHIS se determinó un valor de $\rho = -0.22$ (IC 95%: -0.41 a -0.02); siendo la dimensión Autoimagen/interacción social y CIT con un valor de $\rho = 0.48$ (IC 95%: 0.31 a 0.62) el de mayor coeficiente. Los niños pertenecientes a familias de nivel socioeconómico bajo son los más afectados con caries.

Como conclusiones se obtuvo que la caries de la infancia temprana genera un impacto negativo en la calidad de vida relacionada a salud bucal en los niños y en sus familias, siendo las dimensiones: Autoimagen/ interacción social y la angustia de los padres los más afectados; las madres de mayor edad declararon menor impacto; los niños pertenecientes a las familias de nivel socioeconómico bajo reportaron mayor impacto relacionado con una peor calidad de vida.

La investigación previamente mencionada se relaciona con el estudio que se sugiere, dado que sustentan con investigaciones que las caries y deterioro de los dientes en los niños tiene como una de las causas influyentes el estilo de vida y la calidad de vida que poseen, resaltando que los niveles socioeconómicos bajos reportan mayor impacto negativo en la calidad de vida y por ende en el deterioro buco dental que presentan los niños. Estos elementos, teóricos, metodológicos sirvieron de sustento para argumentar la presente investigación.

Siguiendo en el ámbito internacional, se presenta a Pacají (2015) en su trabajo titulado “Relación de la situación socio económica familiar con la pérdida prematura de dientes temporales por caries dental en los niños de la escuela “General Pintag” de la comunidad Cumbijín durante el año 2015, para optar al título de Trabajo de Titulación presentado como requisito para la obtención del título de Especialista en Atención Primaria de la Salud, Colegios de Posgrados de la Universidad San Francisco de Quito, Ecuador.

El siguiente estudio pretende determinar la relación existente entre la situación socio económica familiar con la pérdida prematura de dientes temporales por caries dental en los niños de Inicial a Séptimo año de educación básica de la Escuela “General Pintag” de la comunidad Cumbijín, cantón Salcedo, provincia de Cotopaxi, durante el año 2015. Se trata de un estudio descriptivo transversal, que incluye un universo de 118 niños, a los cuales se les realizará un examen clínico para determinar el porcentaje de caries dental en los niños, y el porcentaje de dientes temporales perdidos de forma prematura, esto mediante el índice CPOD (cariados, perdidos y obturados) y CEOD (cariados, extracción indicada y obturados), lo que facilitará la clasificación de los participantes dentro de los grupos de niños con patología cariosa y con pérdida prematura de dientes, y los niños sanos, basándonos en la cuantificación de la OMS para el índice CPOD.

También se aplicará una encuesta, que incluirá preguntas sí o no y de opción múltiple, de fácil comprensión, que será aplicada a un grupo de padres de familia, siendo requisito indispensable que sepan leer y escribir con claridad, esto con el fin de determinar las características sociales y económicas familiares de los niños del centro educativo, en cuanto a: identificación del jefe de familia, ingreso económico familiar, situación laboral, miembros de la familia que trabajan, vivienda, etc, lo que facilitará la clasificación de los niños de acuerdo a su situación socio económica.

La relación que guarda el presente estudio es estrecha en función a la orientación de la situación socioeconómica familiar y su incidencia en la dentadura de los niños, haciendo énfasis en los factores socioeconómicos de las familias con la pérdida prematura de los dientes, para ello se tomo en cuenta las teorías consultadas, así como las técnicas e instrumentos de recolección de datos, lo que sirvió para argumentar el sustento de las condiciones

socioeconómicas como elemento influyente en la condición de deterioro bucal que presentan los niños.

También, Borges (2015) en su tesis doctoral titulada “La escuela como espacio socializador en salud bucal” tesis tuvo como intencionalidad comprender a la escuela como un espacio de socialización en salud bucal en la niñez venezolana. Se trabajaron cuatro directrices: develar las representaciones sociales del proceso salud bucal construidas por los niños y niñas, indagar cómo se revela la práctica de educación para la salud bucal desde la familia, escuela y comunidad, comprender el vínculo del modelo médico/modelo educativo en los procesos de educación para la salud y construir una aproximación teórica de las representaciones sociales de la niñez como una perspectiva epistemológica para el desarrollo de procesos investigativos de la salud bucal en la cotidianidad de la escuela.

El marco fue epistémico fenomenológico y los métodos hermenéutico y etnográfico; la entrevista semiestructurada y la observación fenomenológica se utilizaron para conocer las subjetividades de los sujetos conformados por 40 niños y niñas entre 6 a 10 años de edad de la Escuela Básica Dr. Carlos Arvelo, cursantes de 1ro a 4to grado de primaria, cuatro maestras, tres estudiantes de 4to año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, tres representantes de los niños y niñas y tres representantes de la comunidad. Luego de la sistematización e interpretación de la información se consiguió que: en la representación de la salud bucal de los niños y niñas emergen los binomios salud/ausencia de enfermedad y salud/ausencia de dolor y la enfermedad como resultado exclusivo de microbios, falta de higiene y mala alimentación propios de la concepción biologista-determinista de la salud; el odontólogo es visto como encargado de curar los dientes enfermos.

El espacio escolar reúne las características y atributos necesarios para la implementación de espacios de saberes desde el niño y niña y sus entornos y la socialización de experiencias de salud bucal, con características dialógicas, intercambio de saberes, bidireccionalidad, simetría de relaciones, teniendo como centro la salud y no la enfermedad y la multidimensionalidad de los procesos de salud y enfermedad. La tesis tuvo como intencionalidad comprender a la escuela como un espacio de socialización en salud bucal en la niñez venezolana.

Se trabajaron cuatro directrices: develar las representaciones sociales del proceso salud bucal construidas por los niños y niñas, indagar cómo se revela la práctica de educación para la salud bucal desde la familia, escuela y comunidad, comprender el vínculo del modelo médico/modelo educativo en los procesos de educación para la salud y construir una aproximación teórica de las representaciones sociales de la niñez como una perspectiva epistemológica para el desarrollo de procesos investigativos de la salud bucal en la cotidianidad de la escuela. El marco fue epistémico fenomenológico y los métodos hermenéutico y etnográfico; la entrevista semiestructurada y la observación fenomenológica se utilizaron para conocer las subjetividades de los sujetos conformados por 40 niños y niñas entre 6 a 10 años de edad de la Escuela Básica Dr. Carlos Arvelo, cursantes de 1ro a 4to grado de primaria, cuatro maestras, tres estudiantes de 4to año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, tres representantes de los niños y niñas y tres representantes de la comunidad.

Luego de la sistematización e interpretación de la información se consiguió que: en la representación de la salud bucal de los niños y niñas emergen los binomios salud/ausencia de enfermedad y salud/ausencia de dolor y la enfermedad como resultado exclusivo de microbios, falta de higiene y mala alimentación propios de la concepción biologista-determinista de la salud; el odontólogo es visto como encargado de curar los dientes enfermos. La práctica de educación para la salud

bucal ha sido permeada por modelo médico dominante y actúa bajo una mirada reduccionista y morbicentrista. La estructura escolar destacan la uniformización de sus procedimientos, separación de los espacios productivos de los recreacionales, fragmentación de contenidos, tiempos y jornadas escolares, símbolos de autoridad y saber reflejados en el disciplinamiento y orden, lo que se corresponde con el modelo de educación hegemónico. El espacio escolar reúne las características y atributos necesarios para la implementación de espacios de saberes desde el niño y niña y sus entornos y la socialización de experiencias de salud bucal, con características dialógicas, intercambio de saberes, bidireccionalidad, simetría de relaciones, teniendo como centro la salud y no la enfermedad y la multidimensionalidad de los proceso de salud y enfermedad.

El aporte que brinda la presente investigación es con respecto a las teorías y metodologías aplicadas sobre salud bucal, el rol del odontólogo en la evaluación de los dientes en los infantes, donde la escuela es considerada el espacio para informar al niño sobre la importancia de la salud bucal, resaltando el ámbito socioeconómico de los niños en la orientación social y experiencias de salud bucal, elementos necesario para sustentar la orientación, técnicas, modelos aplicados para obtener información en los niños sobre salud bucal.

De igual manera se consideró la investigación presentada por Hernández, Pérez Cid, Martínez, Martínez y Moure (2014) “La caries dental y su interrelación con algunos factores sociales” realizado en Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Matanzas, Cuba y en el Policlínico Universitario Samuel Fernández. Matanzas, Cuba. Los estudios de ciencia, tecnología y sociedad en Cuba pretenden participar y fecundar tradiciones de teoría y pensamiento social, así como estrategias educativas y científico-tecnológicas que el país ha ido fomentando durante las últimas décadas. Investigar sobre la ciencia y la tecnología es un objetivo que

comparten disciplinas muy diversas como la Historia, Sociología, Filosofía, todas de larga tradición.

Desde los tiempos más remotos el ser humano ha tenido una incesante preocupación por las enfermedades del aparato masticatorio y su reparación. La caries dental es multifactorial y constituye actualmente la enfermedad crónica más frecuente en el ser humano, pues del 90 al 95 % de la población sufre esta patología, siendo responsable de la pérdida de la mitad de las piezas dentarias. Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos de la Red Infomed. En la mayoría de los artículos revisados se evidenció que hoy día la población no tiene todavía conciencia suficiente de su importancia, por no ser una enfermedad mortal. Son las condiciones sociales las que determinan las situaciones de salud de los individuos y comunidades humanas; esta tesis es elemental para el enfoque de la atención médica actual.

El aporte que brinda la presente investigación es estrechamente valiosa, se plantea análisis de los factores socioeconómicos y su incidencia en la aparición de las caries, cuyos resultados y análisis fueron considerados para orientar el presente estudio donde resalta que el sistema de gobierno, las condiciones socioeconómicas tienen notables similitud, así como las teorías y metodología aplicadas para alcanzar los objetivos planteados.

El aporte que brinda la presente investigación es estrechamente valiosa, se plantea análisis de los factores socioeconómicos y su incidencia en la aparición de las caries, cuyos resultados y análisis fueron considerados para orientar el presente estudio donde resalta que el sistema de gobierno, las condiciones socioeconómicas tienen notables similitud, así como las teorías y metodología aplicadas para alcanzar los objetivos planteados.

Bajo esta perspectiva, Martínez, Capote, Bermúdez y Martínez (2014) en la investigación titulada “Determinantes sociales del estado de salud oral en el contexto actual”. Las determinantes del estado de salud oral deben estar en estrecha

relación con los cambios dinámicos de una sociedad. Este trabajo pretende reflexionar sobre cómo las transformaciones en la sociedad cubana actual pudieran condicionar la aparición de cambios conceptuales en el análisis de la situación de salud.

Se aborda la necesidad de crear modelos y metodologías más novedosas aplicadas al contexto cubano. Las tendencias referidas a determinantes sociales permitirán trazar correctas estrategias de intervención en salud bucodental en nuestro contexto. Los futuros estudios epidemiológicos deberán dedicar especial atención a aspectos sociales como el ingreso per cápita en la familia, la dinámica familiar, la igualdad de género, el respeto a la diversidad, el empleo, las condiciones de trabajo, las redes de apoyo social y la seguridad alimentaria o dieta adecuada.

En otro orden de ideas, Díaz, Arrieta y González (2013) en su trabajo titulado “Relación de la pobreza y salud bucal en las comunidades de tierra baja, Manzanillo y Boquilla” La presente investigación presenta como objetivos medir la pobreza en las comunidades de Tierra baja, Manzanillo y Boquilla y relacionarlos con su estado de salud bucal. Materiales y métodos. Se aplicó a un total de 240 personas en las comunidades de Tierra baja, Manzanillo y Boquilla, un instrumento en el que se midían variables sociodemográficas y hábitos de higiene oral, y se realizó a cada encuestado un examen bucal para determinar su real estado de salud bucal.

Como resultados se obtuvo que el 65% de la población objeto de estudio clasificó como pobre, El nivel de escolaridad que más se encontró fue la secundaria incompleta con 39%, el 86% de la población gana menos de un salario mínimo legal vigente para el año 2013 en Colombia, el 62% de los encuestados dejaron de comer por lo menos 1 vez al día por falta de dinero; en el examen oral se encontró que el 10.83% de los participantes tenían menos de 18 dientes, y que el 57.50% habían experimentado la pérdida de algún órgano dental y el 15% se diagnosticó con algún caso de periodontitis.

Finalmente como conclusión se resaltó que en las comunidades de Tierra baja, Manzanillo y Boquilla el no contar con las necesidades básicas satisfechas está directamente relacionado con un peor estado de salud bucal con lo que se de nota una clara tendencia en que las personas que clasificaron como pobres presentan más lesiones en cavidad oral por tener malos hábitos de higiene oral.

El aporte que brinda la presente investigación es la incidencia del factor socioeconómico en este caso la pobreza, incide notablemente en el deterioro bucal que, demostrando que esos factores son determinantes en la salud de los niños, para ello se tomó en cuenta las teorías consultadas, así como las técnicas e instrumentos de recolección de datos, lo que sirvió para argumentar el sustento de las condiciones socioeconómicas como elemento influyente en la condición de deterioro bucal que presentan los niños con riesgo de desnutrición.

Considerando a Carrasco (2010) en su trabajo titulado “Características socioeconómicas y Salud Bucal de escolares de Instituciones Educativas Públicas” La presente investigación planteo como objetivo: Determinar la prevalencia de caries dental, conocimientos y prácticas en salud bucal y las características socioeconómicas de escolares de dos instituciones educativas públicas. Material y método: Se realizaron encuestas y exámenes orales a 107 escolares de primaria y secundaria, previo consentimiento informado. Los datos fueron recolectados por alumnos de Odontología.

De igual manera como resultados se obtuvo que el nivel educativo alcanzado por los padres fue secundario. La actividad económica del padre fue trabajador dependiente y de la madre, ama de casa. Las viviendas fueron de ladrillo (95,05%), piso de cemento (65,35%), techo de concreto (80,19%) y con red pública de agua dentro de la vivienda (93,00%). El 38,09% no tiene ningún tipo de seguro de salud y el 15,68% refieren nunca haber acudido al médico. La edad de los

escolares fue $10,61 \pm 3,05$ años. El índice de placa blanda en primaria, $1,54 \pm 0,6$; IHO-S en secundaria $1,92 \pm 1,02$.

Tomando en consideración la prevalencia de caries fue 86,92%; CPOD = $2,39 \pm 2,52$; ceod = $4,48 \pm 3,42$. El 50% desconocía las enfermedades que pueden aparecer en la boca; 54,95% tiempo de cambio del cepillo; 52,10% métodos preventivos de caries. Nunca visitaron al dentista y no lo recuerdan el 21,49% y 19,62%, respectivamente; el motivo fue dolor o tratamientos recuperativos en el 70,14%. El 45,79% se cepillaba 3 veces al día; 22,42% consume diariamente azúcares.

Posteriormente como conclusiones: Las condiciones socioeconómicas se expresan en el estado de salud bucal. La mayoría no tiene acceso a la atención médica odontológica y presenta una alta prevalencia de caries dental, así como conocimientos y prácticas en salud bucal inadecuados.

La presente investigación guarda relación con el presente estudio con respecto al enfoque socioeconómico donde se observa que posterior al análisis y a los instrumentos de recolección de data aplicados se evidencia que las condiciones socioeconómicas se expresan en el estado de salud bucal en el grupo de escolares, información relevante en razón que sustenta la presente en cuanto a la metodología utilizada, las teorías consultadas y los análisis presentados, lo que sirvió de orientación para el desarrollo del estudio.

2.2 Bases Teóricas

Las bases teóricas de la investigación se consideran todos aquellos sustentos conceptuales que guardan relación directa e indirecta con el tema de estudio. Tal como lo refiere Arias (2012) El marco teórico referencial “Es el producto de la revisión documental- bibliográfica, y consiste en una recopilación de ideas,

postura de autores, conceptos y definiciones, que sirven de base a la investigación a realizar” (p.106) De allí que a continuación se muestren conceptos referidos al nivel socioeconómico, estratos sociales que afectan el deterioro buco dental en los niños.

2.2.1 Nivel socio económico (NSE)

Al respecto Cook (2014) plantea que el nivel socioeconómico es “un atributo del hogar que caracteriza su inserción social y económica. Está basado en el nivel de educación, el nivel de ocupación y el patrimonio. “ (p.22) Este nivel está dividido en varios estratos: Estrato I considerado, nivel alto (A), el estrato II, nivel medio alto (B), Estrato III, nivel medio bajo (C) Estrato IV, nivel bajo (D) y Estrato V, nivel de pobreza crítica (E) , tal como se indica a continuación:

población con mejores condiciones de vida, profesionales universitarios, financistas, banqueros, provenientes de hogares en que la madre es profesional universitaria, con fortuna propia heredada o adquirida, con viviendas en óptimas condiciones sanitarias en zonas de lujo. Considero que corresponde en buena medida a la burguesía y los latifundistas, y las “capas medias” (no se debe hablar de “clase media”, no es una clase social) asociados a ellos (profesionales liberales, grandes comerciantes, etc.).

población con buenos niveles de vida pero sin llegar a los niveles del estrato I. técnicos superiores, medianos comerciantes o productores, provenientes de hogares en que la madre es técnico superior o bachiller, que viven de ganancias y beneficios, o de honorarios profesionales, con viviendas con óptimas condiciones sanitarias, en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios. Allí se encuentran el resto de las “capas medias”, medianos comerciantes, etc.

: población con posibilidades de satisfacer las necesidades básicas, además del desarrollo intelectual y con capacidad para disfrutar de beneficios culturales: empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores que dependen de su salario o ingreso mensual, con viviendas con buenas condiciones sanitarias, pero que no llegan a las condiciones de los estratos I y II. Allí se puede ubicar al resto de las “capas medias”.

población en pobreza relativa porque no alcanza los niveles de vida satisfactorios de los niveles anteriores, son grupos sociales vulnerables a los cambios económicos, privados de beneficios culturales: obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal, con primaria completa y procedentes de hogares igualmente con la madre con primaria completa, o alfabeta, dependen para su subsistencia del salario semanal, diario o a destajo, con viviendas con algunas deficiencias en las condiciones sanitarias. Esto es el grueso del “pueblo”.

población en pobreza crítica, no están en condiciones de satisfacer las necesidades básicas: obreros no especializados y parte del sector informal (primaria incompleta), proveniente de hogar con madre analfabeta, dependen de donaciones para la subsistencia, viven en ranchos o viviendas con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.

Para la presente investigación es importante tener conocimiento de los estratos socioeconómicos lo que permitirá el sustento de las características que presenta cada estrato específicamente los estratos IV y V, información que permite a las investigadoras afianzar la orientación de la temática, resaltando que cada estrato socioeconómico tiene determinada influencia en la salud bucodental que reflejan los infantes.

Grupos socioeconómicos en Venezuela

De acuerdo a información suministrada por la gerencia de estadísticas, conjuntamente del Banco Central de Venezuela (BCV), conjuntamente Instituto Nacional de Estadística, la Universidad de Los Andes y la Corporación Venezolana de Guayana, cuyo propósito fue Se realizo una La investigación se dividió en cinco módulos: Hábitos Alimenticios, Programas Sociales del Gobierno, Estructura del Gasto de Consumo Final de los Hogares, Hábitos de Compra, y Grupos Socioeconómicos en Venezuela. Se utilizó el método Gráffar para clasificar los logros del país. Este es un método de puntajes que se calculan con base en las variables profesión del jefe del hogar, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso y condiciones de alojamiento. De acuerdo con los resultados obtenidos el 5,8% de las familias pertenecen a la clase alta o estrato I; un 20,1% son de clase media alta o estrato II; 44,8% se define como la clase media, estrato III; un 27,4% a la clase media baja, estrato IV y un 1,9% a la clase baja, estrato V.

En este ámbito, es importante resaltar que estos datos sobre los estratos socioeconómicos permiten realizar los cálculos del ingreso mensual promedio por hogar, que señalan que las familias del estrato I tienen un ingreso promedio de Bs. 3.914.179, mientras que en el estrato V el ingreso sería de Bs. 456.436.

De igual manera, se consideró lo reflejado en el Universal (2014), que indica que según las cifras del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) revelan que en 2013 la pobreza creció, los estudios de Datanálisis también apuntan en esa dirección. Según la encuestadora, la estratificación socioeconómica del consumidor venezolano arroja que sólo 2,2% pertenece a los sectores A/B. En el estrato C hay un 18,1%, mientras que en el D la proporción se eleva a 36,3% y en el estrato E asciende hasta 43,4%.

Luis Vicente León, presidente de Datanálisis, considera que esa composición es

muy parecida a la que había en 1999, año en el que Hugo Chávez inició su Gobierno. "Yo no diría que esa estratificación es dramáticamente distinta a la de 1999, son estratos similares", dijo en el foro Tendencias del Consumidor Venezolano, que Datanálisis realizó el pasado jueves en Caracas. Sin embargo, destacó que hay "un poco más de pobres", esto es, una ligera expansión del estrato E. "En términos de estratificación el estrato E, que es el estrato más pobre, crece de 40,8% en 1999 a 43,4% en el 2014, que es coincidente, por cierto, con el porcentaje de incremento de la pobreza que registra el INE", explicó León, información que sustenta la marcada proliferación de personas venezolanas que pertenecen a este estrato social.

2.2.2 Clase Social

Según Portes y Hoffman (2001) la clase social está tradicionalmente determinada por "la ocupación del padre, afecta los sistemas de creencias, valores y estilos de vida, y además crea uno de los macrosistemas que afectan al desarrollo." (p.56). La clase social ayuda a determinar el entorno físico en el que vive el niño, su vecindario, sus compañeros de juego, su acceso a los centros de salud, la composición de su alimentación, las prácticas educativas de sus padres, la estructura autoritaria de la familia, su estabilidad, el número de hermanos y el tipo de educación que obtienen.

En este ámbito, la influencia de la clase social es particularmente destacable en las prácticas educativas paternas. Los padres de diferentes clases sociales tratan a los niños de modo distinto, los padres de clase obrera o pobres tienden a utilizar el poder de la fuerza, mientras que los de clase media son más proclives a la disciplina inductiva (McLoyd, Ceballo y Mangelsdorf, 2003). Otras investigaciones muestran que los padres de clase media tienen una mayor implicación en la vida escolar de sus hijos, asisten a las reuniones del colegio, asisten a reuniones de organización entre padres y profesores y cumplen las funciones escolares. Los padres de clase obrera suelen evitar a menudo el contacto con la escuela (Hoffman, 2001). Un aspecto importante que repercute en el desarrollo de los niños es el desempleo de los padres.

Cuando el principal mantenedor de la familia -tanto si es el padre como la madre- se queda en paro, la vida familiar cambia de modo predecible, afectando a menudo el curso del desarrollo. Aunque el desempleo afecta a todas las capas sociales, los efectos en la clase obrera son más graves. La mayoría de los efectos del paro en la infancia son indirectos siendo el resultado del cambio de comportamiento y disposición por parte del progenitor que se ha quedado sin trabajo.

Generalmente el padre se deprime, está angustiado, es menos receptivo, está irritable y tenso. La disciplina suele ejercerse por la fuerza. Los niños cuyos padres están sin empleo durante bastante tiempo pueden tener problemas socioemocionales, suelen estar más deprimidos, ser solitarios, desconfiados con los otros niños, suelen sentirse excluidos de sus compañeros, tienen poca autoestima y menos capacidad para hacer frente al estrés tal como lo refiere (Mistry, Vandewater , McLoyd, 2002).

De igual forma los autores (ob.cit) indican que existen otras líneas de estudio sobre el impacto del nivel socioeconómico familiar en el desarrollo infantil, que se centran fundamentalmente en analizar cómo la clase social y los antecedentes étnicos son influencias muy intensas en el habla. Algunos estudios analizan la repercusión de la clase social en el ambiente del hogar. Un estudio compara los puntajes de OHMA *Observación del hogar para la medición del ambiente*, escala que realiza un estudio del número de libros en casa, la presencia de juguetes desafiantes que fomenten el desarrollo de conceptos y la medida en que la madre toma parte en el juego de su hijo. Evalúa la manera como la madre y el hijo se hablan y le da una calificación amplia a una madre que tenga actitudes amigables y no punitivas hacia su hijo.

De igual manera, las clases sociales, enmarcan los ambientes y la disposición personal, así como las acciones necesarias que deben ser respaldadas a nivel familiar para alcanzar una adecuada salud bucal, donde los resultados de las teorías e investigaciones consultadas resaltan que las acciones, hábitos, disciplinas, entre otras;

que ejecutan los niños en su día a día depender en un gran porcentaje de la clase social a que pertenecen, en razón que acondicionan el contexto familiar a que pertenecen. En el caso de la presente investigación, las clases sociales que pertenecen a los estratos sociales C y D, son aquellos cuyas características de familia, nivel de educación, ingresos, alimentos, entre otros están desposeídos de niveles adecuados de calidad de vida lo que repercute notablemente en la salud bucodental que desarrollan los niños en el hogar.

2.2.3 Factores socioeconómicos

Según García (1999) Los factores socio-económicos “son las experiencias sociales y económicas y las realidades que te ayudan a moldear la personalidad, las actitudes y la forma de vida” (p.89). También pueden estar definidos por las regiones y los vecindarios. Los organismos de seguridad del país, por ejemplo, siempre citan los factores socio-económicos de la pobreza relacionados con el alto nivel de crímenes

b.- Remuneración y ocupación

La entrada de dinero y la ocupación laboral, son factores que pueden contribuir al nivel socio-económico. Una persona formada y preparada académicamente permite alcanzar mejor nivel de vida y bienestar socioeconómico.

c.- Lugar de residencia

El lugar de residencia es otro de los factores socio-económicos, desde el tipo de casa en la que vivimos en la región y el vecindario en el que habitamos. Para mejor o para peor, los vecindarios agrupan socialmente a gente de remuneraciones similares y generalmente con antecedentes parecidos.

d.- Cultura/Etnia

La cultura y/o la etnia también son factores socio-económicos que pueden contribuir con tus pensamientos y actitudes. Ambas pueden tener un impacto en como se cría a los niños, los valores primarios, y el sentido de la familia y la tradición.

e.- Religión

Generalmente unida a la cultura está el factor de la religión. Redes sociales enteras se construyen alrededor de las iglesias, los templos y las mezquitas. Desde las barbacoas y los partidos de softball a los misionarios extranjeros y los grupos de apoyo, la religión juega un importante rol social en la vida de muchos.

2.2.4 Calidad de Vida

La Calidad de Vida según la Organización Mundial de la Salud (2012) hace alusión, a los aspectos multidimensionales de la vida en el contexto del sistema de valores y la cultura del individuo, abarcando las metas personales, expectativas, niveles de vida y preocupaciones de una persona. Esta conceptualización es aceptada por varios investigadores (Quinceno y Vinaccia, 2008; Rajmil et al., 2001; Schwartzmann, 2003; Urzúa, 2008). No obstante, cualquiera que sea la definición, debe necesariamente incluir la multidimensionalidad del concepto de Salud, haciendo alusión a la definición de salud dada por la OMS, que señala que no basta la ausencia de enfermedad, sino tener un completo bienestar físico, psicológico y social.

La OMS (2012) define Calidad de Vida como la “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive

y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”. Del mismo modo, se establecen puntos de consenso con respecto a las medidas, estas deben ser: Subjetivas (evalúa percepción de la persona involucrada); multidimensionales (relevar distintos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal, etc); incluir sentimientos positivos y negativos y registrar la variabilidad en el tiempo (edad, etapa evolutiva que atraviesa y momento de la enfermedad que cursa) La evaluación objetiva se centra sobre lo que los individuos pueden hacer y es importante en la definición de estado de Salud.

En cambio, la evaluación subjetiva incluye el significado en lo individual del adolescente, traduciendo las mediciones objetivas del estado de Salud hacia las experiencias en la Calidad de Vida. Por tanto, según Quinceno y Vinaccia (2008), la Calidad de Vida Relacionada con la Salud es la:

Valoración que hace el niño o adolescente, dependiendo de su etapa evolutiva, diferencias individuales y contexto cultural, de su funcionamiento físico, psicológico y social en las circunstancias en las que se ha visto limitado o alterado por una enfermedad o accidente.
(p.74)

2.2.5 Calidad de Vida Relacionada con la Salud en niños

La mayoría de los estudios de la Calidad de Vida Infantil se han centrado en el ámbito de la pediatría, donde se han estudiado enfermedades crónicas como asma, rinitis, dermatitis, eczemas, fibrosis quística, otitis media, embriopatía, diabetes, obesidad, tumor cerebral, leucemia y VIH (Quinceno y Vinaccia, 2008). Las investigaciones desarrolladas hasta la actualidad a nivel internacional y nacional con muestras de niños enfermos y grupo control, han encontrado que entre menor edad tengan los niños que padecen una enfermedad, las dimensiones físicas y psicosociales de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) se ven más afectadas

si perciben en sus padres una preocupación emocional por su estado de salud en general, a diferencia del grupo control.

En las dimensiones físicas, el síntoma más insidioso ha sido el dolor, y se ha evidenciado que en las dimensiones psicosociales los factores emocionales vulneran más la percepción global de (CVRS) encontrando que los síntomas de depresión en los niños está mediada por el síntoma del dolor (Quinceno y Vinaccia, 2008). En el campo del estudio de la CV, este tema de discusión se ha focalizado principalmente en pacientes con problemas mentales severos, en especial de las personas que viven con un miembro que padece esquizofrenia, trastornos bipolares o retardo mental.

2.2.6 Riesgo de Desnutrición

Para Sánchez (2009) el riesgo de desnutrición es:

la potencialidad de desarrollo de desnutrición por déficit de alimentación, debido al incremento de los requerimientos causados por el estrés metabólico de la condición clínica, o a causa de situaciones o características del individuo que pueden predisponer al deterioro nutricional, entre ellas inadecuada ingesta de alimentos, pobreza y dependencia (p.118)

La desnutrición se presenta con una mayor frecuencia y gravedad en los países que tienen elevados índices de pobreza y de inseguridad alimentaria. Los niños que presentan desnutrición proteico-energética provienen generalmente de familias pobres de las zonas rurales y urbanas, en algunos países existen regiones o comunidades donde la pobreza está muy extendida y este problema puede alcanzar una gran proporción de la población infantil y pre-escolar. Las familias que no disponen de suficientes alimentos durante todo el año para el consumo familiar, ya sea por una insuficiente producción de alimentos (áreas rurales) o por tener muy bajos ingresos

(áreas urbanas) son las más susceptibles a la Desnutrición. Otra causa importante, cuando no hay una limitación de recursos en la familia, puede ser el desconocimiento de las bases de una alimentación adecuada y sobre todo de las necesidades particulares de energía y nutrientes que tienen los niños.

2.2.7 Indicadores del nivel de Nutrición

Se ha aceptado convencionalmente la construcción de indicadores del nivel de nutrición, que resultan de la comparación del valor observado en cada niño, con el valor de referencia esperado para la edad y el sexo (Instituto Nacional de Nutrición. INN (2012). Hay un amplio número de indicadores de la malnutrición energético- proteica en niños preescolares: talla, peso, circunferencia cefálica, braquial, pliegues, relaciones peso/talla, morbilidad, mortalidad, porcentaje de malnutrición. Según Rodríguez, Álvarez, García y Alonso (2012) estos indicadores tienen diferente porcentaje y propiedades biométricas. “Dependiendo de la relación entre peso, talla y edad, los indicadores que más se utilizan son:

Talla para la edad (T/E)

Se presenta como un indicador del nivel nutricional que refleja los antecedentes nutricionales y de la población; esto se apoya en estudios. El déficit de talla para la edad, retardo del crecimiento denotando también malnutrición crónica, que no sería el término más apropiado, es un indicador de depresión social, análoga a la mortalidad infantil y su alta prevalencia puntualizada la urgente necesidad de un mejoramiento general de las condiciones socioeconómicas

Peso para la talla (P/T)

El déficit de peso para determinada talla, expresa un adelgazamiento que resulta de una ingesta deficiente de alimentos o de una alteración del metabolismo de los nutrientes, mide la malnutrición aguda, actual o reciente, debido a que la pérdida de peso puede instalarse y reponerse rápidamente. No es útil como indicador de pronóstico a largo plazo, pero sí para evaluar el impacto en períodos cortos de

programas de alimentación en grupos específicos (Instituto Nacional de Nutrición. INN (2012).

Para los autores (ob.cit) el peso para la edad (P/E) es:

el indicador primario, el déficit de peso para la edad incluye ambos déficits, de peso para la talla y de talla para la edad; no discrimina entre retardo de crecimiento y adelgazamiento. Mide la malnutrición global (efecto combinado de las condiciones crónicas y recientes.) Debido a su gran variabilidad, es útil en casos extremos y también como un índice prospectivo de riesgo (p.38)

2.2.8 El deterioro dental

Según Fernández (2013) El deterioro dental “es el debilitamiento del esmalte producido por los ácidos” (p.33). Estos ácidos se crean cuando la placa bacteriana descompone azúcar en la boca. En este orden de ideas, El deterioro de los dientes se produce cuando los carbohidratos de los alimentos quedan atrapados entre los dientes y no se eliminan completamente durante el cepillado y al usar hilo dental. La placa bacteriana genera productos ácidos que corroen el esmalte dental creando poco a poco orificios en los dientes denominados “caries”. Sin tratamiento, estos orificios pueden aumentar de tamaño con el tiempo e incluso destruir el diente por completo.

En este orden de ideas, los autores (ob.cit) indican que las causas principales del deterioro de los dientes son: las comidas y bebidas azucaradas y pegajosas.(p.82). Cuanta más azúcar se consume, más ácido causante del deterioro se produce. El azúcar se combina con la placa para debilitar el esmalte dejando los dientes desprotegidos frente a su deterioro. Cada vez que consumes algo dulce, tus dientes se vuelven vulnerables a los daños producidos por estos ácidos durante 20 minutos. Entender las causas del deterioro dental es esencial

para aprender cómo prevenir los dientes con caries y cuidar de la salud de forma apropiada.

2.2.9 Caries dental

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad (OMS, 1987). La caries se caracteriza por una serie de complejas reacciones químicas y microbiológicas que acaban destruyendo el diente. Se acepta que esta destrucción es el resultado de la acción de ácidos producidos por bacterias en el medio ambiente de la placa dental. Clínicamente, la caries se caracteriza por cambio de color, pérdida de translucidez y la descalcificación de los tejidos afectados. A medida que el proceso avanza, se destruyen tejidos y se forman cavidades

Tipos de Caries en los menores de edad

Clasificación de acuerdo a la localización de la carie en la superficie del diente.

Según Marbylane, (2013) Estas caries se originan en las fosas o fisuras generalmente de las superficies oclusales de molares y premolares o las superficies linguales de los incisivos inferiores, donde hay más posibilidades de que se acumulen restos de alimentos creándose así un terreno favorable para que los microorganismos crezcan y fermenten.(p.32)

En relación a este tipo de caries el autor (ob.cit) indica que estas caries se originan “en superficies lisas de los dientes generalmente proximales, o en el tercio gingival de las superficies faciales y linguales “ (p.32)

Síntomas

Dolor agudo

Inflamación de la encía

Agujeros visibles en los dientes

Halitosis Sensibilidad (Rick, 2011).

2.2.10 Factores de riesgo para las caries

En este ámbito Escobar (2017) indica que existen factores de riesgo que influyen en la formación de caries dental tales como:

- **Malas técnicas de cepillado:** Si no se lavan los dientes o se hace de forma inadecuada, por ejemplo no accediendo a las zonas interdenciales o la línea de las encías, se favorece el depósito y acumulación de placa bacteriana sobre el esmalte de las piezas dentales y por tanto, su actividad. Un correcto cepillado diario de los dientes después de cada comida y el uso de colutorio evitarían buena parte de las caries.
- **Alimentación:** El azúcar y el abuso de hidratos de carbono, especialmente si se ingiere fuera de las comidas, favorece la actividad de las denominadas bacterias cariogénicas, facilitando la liberación de ácidos que desmineralizan el esmalte y la dentina, por tanto la formación de caries. Para evitarlos sólo caben dos soluciones: no tomar azúcares o carbohidratos entre comidas o lavarse los dientes convenientemente cada vez.
- **Saliva:** La saliva ayuda a eliminar las bacterias de la cavidad oral, por lo que los factores que promueven la pérdida de flujo salival o sequedad de boca (tabaco, alcohol, trastornos de las glándulas tiroideas y otras enfermedades y tratamientos médicos) aumentan la actividad bacteriana que acaba en la formación de caries.
- **Educación:** La falta de información sobre la salud dental lleva a no educar conveniente a los niños desde el primer momento sobre la importancia de la

higiene oral y cómo realizarla para evitar complicaciones como la caries o la enfermedad periodontal, entre otras. De ahí que la falta de información o educación sanitaria deba considerarse como un factor de riesgo importante frente al desarrollo de caries.

- La placa bacteriana es capaz de producir caries debida a la capacidad acidogénica y ácido resiste de los microorganismo que la colonizan, de tal forma que los carbohidratos fermentables en la dieta no son suficientes, sino que además estos deben actuar durante un tiempo prolongado para mantener un pH ácido constante.
- Debido a la composición de sus superficies y su localización hace que los dientes tengan más o menos placa dental. Por ejemplo, los molares y premolares, son más susceptibles a la caries ya que su morfología es más desigual y además presentan una cara oclusal donde abundan los surcos, fosas, puntos y fisuras.

De lo anteriormente expuesto, por los autores consultados, se considera necesario el control de la dieta en los niños es esencial para conseguir una mejor salud oral y general. A pesar de que no todos los pacientes necesitan modificar sus hábitos alimentarios en relación con la carie dental, en la educación nutricional en el contexto de la consulta odontológica ha de constituir una actividad preventiva generalizada, si bien se debe dar prioridad a los individuos con un riesgo elevado de caries, siendo importante el establecimiento de guías dietéticas, así como la promoción de la salud oral en la sociedad, para que los padres tengan cuidado con la nutrición e higiene de sus hijos ya desde el embarazo de la madre.

2.2.11 Índices de caries dental

Considerado por Fernández, González, Castro, et al (2014) como

Valor numérico que describe el estado relativo de una población respecto a una escala graduada con límites superiores e inferiores definidos y diseñados para presentar y facilitar la comparación con otras

poblaciones en cuanto a datos odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental. (p-12)

2.2.12 Índice CPO-D

Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EE. UU., en 1935. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental. Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados. Así mismo, la Organización Mundial de la Salud, (2012) define el índice CPO-D en dentición permanente a los 12 años como indicador de salud bucal de una población y de acuerdo con su valor establece una escala de gravedad de la afección con cinco niveles:

Muy bajo 0.0 – 1.1

Bajo 1.2 – 2.6

Moderado 2.7 – 4.4

Alto 4.5 – 6.5. Muy alto +6.6

Esta metodología señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues considera los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados. Se utiliza para obtener una visión global de cuánto ha sido afectada la dentición por enfermedades dentales. El objetivo de esta investigación es precisamente determinar el índice de higiene oral simplificado (IHOS), de los jóvenes universitarios de nuevo ingreso, con el fin de establecer un diagnóstico e instituir planes de tratamiento en este segmento poblacional.

En este orden de ideas, se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados, incluidas las extracciones indicadas, entre el total de

individuos examinados, por lo que es un promedio. Se consideran solo 28 dientes. Para su mejor análisis e interpretación se debe descomponer en cada una de sus partes y expresarse en porcentaje o promedio. Esto es muy importante al comparar poblaciones. Se debe obtener por edades, las recomendadas por la OMS son: 5-6, 12,15, 18, 35-44, 60-74 años. El índice CPO-D a los 12 años es el usado para comparar el estado de salud bucal de los países. Signos: C = caries 0 = obturaciones P = perdido.

Al respecto Olimon (1990) indica que en los niños se utiliza el ceo-d (dientes temporales) en minúscula, las excepciones principales son, los dientes extraídos en niños por tratamiento de ortodoncia o perdidos por accidentes así como coronas restauradas por fracturas. El índice para dientes temporales es una adaptación del índice COP a la dentición temporal, fue propuesto por Gruebbel y representa también la media del total de dientes temporales cariados (c) con extracciones la media del total de dientes temporales cariados (c) con extracciones indicadas (e) y obturaciones (o) en inglés def. La principal diferencia entre el índice COP y el ceo, es que en este último no se incluyen los dientes extraídos con anterioridad, sino solamente aquellos que están presentes en la boca el (e) son extracciones indicadas por caries solamente, no por otra causa..

Resumen tanto para el COP-D como para el ceo-d :

Índice COP individual = C + O + P

Índice COP comunitario o grupal = $\frac{\text{COP total}}{\text{Total de examinados}}$

2.2.13 Índice de Higiene oral simplificado (IHO-S)

El índice de Higiene Oral fue desarrollado por Green y Vermillion en el año 1960, se compone de los índices de placa y de cálculo, el valor del índice se obtiene

sumando los valores obtenidos del Índice de Placa más el Índice Calculo. Determina cuantitativamente los depósitos blandos y duros sobre las superficies dentarias, el estado de higiene oral se mide únicamente en superficie de dientes completamente erupcionados o que hayan alcanzado el plano oclusal.

Se puede utilizar el incisivo central del lado opuesto si está ausente el diente por evaluar. Para obtener el índice deben estar presentes en boca como mínimo 2 de las piezas señaladas, de lo contrario el índice se obtiene evaluando todas las piezas presentes en boca. Para alcanzar el objetivo se utiliza la siguientes tabla, luego de evaluado el paciente. (Cabellos2006)

Bueno	0-1.2
Regular	1.2-3
Malo	3.1-5

Fuente: Cabellos (2006)

2.3 Antecedentes Legales de la Investigación

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela

Artículo 83: La salud es un derecho social fundamental, obligación del estado, que lo garantizara como parte del derecho de la vida. El estado promoverá y desarrollara políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la república.

Artículo 84: Para garantizar el derecho a la salud el estado creara, ejercerá la rectoría y gestionara un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integro

al sistema de seguridad social, regidos por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son prioridad del estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la forma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

Los artículos antes mencionado le permite a todo individuo venezolano el derecho a recibir asistencia , promoción y prevención en cuanto a salud se refiere, En esta investigación se puede resaltar principios como gratitud, universalidad, equidad, integralidad y la integración social con el paciente, siempre y cuando se respete los parámetros que el establecimiento de salud establece.

Asimismo **la LOPNNA** establece:

Artículo 42: Responsabilidad del padre, la madre, representantes o responsables en materia de salud. El padre, la madre, representantes o responsables son los garantes inmediatos de la salud de los niños, niñas y adolescentes que se encuentren bajo su Patria Potestad, representación o responsabilidad. En consecuencia, están obligados a cumplir las instrucciones y controles médicos que se prescriban con el fin de velar por la salud de los niños, niñas y adolescentes.

Tal como lo refleja este artículo, los padres y representantes son los principales responsables de salud de sus hijos, esto quiere decir que deben estar presentes ante la consulta odontológica y lo más importante estar orientados sobre la importancia de velar que los niños tengan una adecuada salud bucodental.

2.4 Definición de términos básicos

Calidad de Vida: Aspectos multidimensionales de la vida en el contexto del sistema de valores y la cultura del individuo, abarcando las metas personales,

expectativas, niveles de vida y preocupaciones de una persona. Organización Mundial de la Salud (2012)

Caries Dental: Un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad Organización Mundial de la Salud (1987).

Estrato social: Es la división de una sociedad en estratos o clases sociales, cuyos miembros tienen acceso desigual a las oportunidades y recompensas sociales. Hidalgo (2013)

Estrato social “D”: Población en pobreza relativa porque no alcanza los niveles de vida satisfactorios de los niveles anteriores, son grupos sociales vulnerables a los cambios económicos, privados de beneficios culturales: obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal, con primaria completa y procedentes de hogares igualmente con la madre con primaria completa, o alfabeta, dependen para su subsistencia del salario semanal, diario o a destajo, con viviendas con algunas deficiencias en las condiciones sanitarias.

Estrato social “E”: Población en pobreza crítica, no están en condiciones de satisfacer las necesidades básicas: obreros no especializados y parte del sector informal (primaria incompleta), proveniente de hogar con madre analfabeta, dependen de donaciones para la subsistencia, viven en ranchos o viviendas con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.

Higiene Oral: Referido al grado de limpieza y conservación de los dientes y elementos conjuntos. Morales (2006)

Índice de caries dental: Valor numérico que describe el estado relativo de una población respecto a una escala graduada con límites superiores e inferiores

definidos y diseñados para presentar y facilitar la comparación con otras poblaciones en cuanto a datos odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental. Fernández, González, Castro, et al (2014)

Nivel socioeconómico: es un atributo del hogar que caracteriza su inserción social y económica. Cook (2014)

Salud bucodental: Consiste en gozar de una buena salud y una buena calidad de vida, se puede definir como la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial. Organización Mundial de la Salud (2012)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Paradigma de la Investigación

En este sentido, uno de los aspectos sumamente importante dentro de cualquier estudio, es conocer la base epistemológica en la que se fundamentará, es decir, el paradigma o corriente teórica. De acuerdo a lo establecido por Kuhn (1995), se refiere a un conjunto de creencias y actitudes, como una visión del mundo compartida. Por lo tanto, se puede afirmar que el paradigma es un esquema teórico, o una vía de percepción y comprensión del mundo que se ha adoptado. El mencionado objeto de estudio se halla dentro del ámbito social y éste se enmarca en un paradigma o modelo de investigación, que viene dado por las perspectivas que el investigador tenga. A partir de esto, la presente investigación decide enmarcarse dentro del paradigma empírico-analítico, lo que en su defecto se conoce como positivista.

Según Méndez (2007), este paradigma se caracteriza, por un estilo de pensamiento sensorial, una orientación concreta hacia las cosas, una vía inductiva y unas referencias de validación situadas en la realidad objetiva. Dentro del paradigma positivista reseña Ander (2004), la exigencia de la realidad constituye un postulado básico, rechazando contenido no tenga alguna correspondencia con hechos constatados. Es decir el positivismo se afianza en los datos que aporta la experiencia.

De allí que, se considera pertinente para el abordaje y solución del problema latente en la influencia de los estratos sociales D y E sobre la Salud Bucodental en los pacientes infantiles que acuden a la Clínica del niño y del adolescente. Pues la calidad de vida de los niños y el bienestar económico-social, es una realidad exigida por gran parte de los niños venezolanos. Al mismo tiempo, se toma esta realidad directamente de donde se manifiesta y de la manera más rigurosa posible, cuyo

propósito es cumplir de manera efectiva con la investigación planteada. Por ello, se pretende representar los datos e información encontrada, en números y gráficos; con la intención de mostrar la relevancia del problema y al mismo tiempo la consideración significativa de las acciones a ejecutar, por parte de especialistas en el área así como de los investigadores.

3.2 Tipo de Investigación

En este orden de ideas, se considera una investigación de campo, concebida por Hurtado (2010), como aquel que tiene como “propósito describir un evento obteniendo los datos de fuentes vivas o directas en un ambiente natural, es decir, en el contexto habitual al cual ellos pertenecen sin introducir modificaciones” (p.120), es decir, en el contexto habitual al cual ellos pertenecen sin introducir modificaciones, permitiendo describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efectos, mediante el uso de métodos necesarios para llevar a cabo el desarrollo del trabajo, es decir en la clínica III durante el período 2017-II de la Universidad José Antonio Páez.

De igual forma, será de nivel descriptiva: ya que tiene el propósito de la descripción de un evento o fenómeno tal cual ocurre en la realidad, tal como es el caso de las característica que presenta los estratos sociales D y E y la descripción de los factores que inciden en el deterioro bucal de los niños seleccionados como muestra, para alcanzar el propósito de los objetivos planteados.

Bajo este contexto, se considerara informaciones o datos primarios, obtenidos directamente de la realidad para cerciorarse de las verdaderas condiciones en que se han recabado los datos, a fin de mantener la calidad en la información recopilada. La presente investigación, se documentará en informaciones observadas durante la consulta, así como datos consultados e indagados en referencia a los estratos

socioeconómicos D y E que servirán para el conocimiento de las condiciones de vida que poseen los niños, información que será suministrada por los padres que viven con los niños.

3.3 Diseño de la investigación

Tomando en consideración los objetivos de la presente investigación, la misma se ubica en una investigación descriptiva, la cual según Hurtado (2010) “el propósito es exponer el evento estudiado, haciendo una enumeración detallada de sus características” (p.101). En la presente investigación se detallaran los estratos sociales que pertenecen los niños que acuden a clínica del niño y del adolescente III. Esta herramienta teórico-práctica sirve para brindar solución al problema planteado, mediante la aplicación del método científico. Al respecto la presente investigación utilizará un diseño no experimental, que según Hernández Fernández y Baptista (2010)

Es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, es investigación donde no hacemos variar intencionalmente las variables independientes. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos (p.212)

3.4 Población y Muestra

3.4.1 Población

En este mismo sentido para Balestrini (2006) población es “un conjunto finito o infinito de personas, casos o elementos que presentan características comunes” (p.137). Para la realización de esta investigación se delimitó una población finita y está conformada por : Población “A” constituida por (8) niños que asistirán una (1) vez por semana durante dieciséis (16) semanas para un total de 128 niños que reciben consulta odontológica en la Clínica III durante el período 2017-II de la Universidad

José Antonio Páez. Adicionalmente, se considerara una población “B” constituida por los padres representantes de los niños que acuden a la consulta pediátrica, los cuales serán aplicados de acuerdo al consentimiento informado a los padres representantes. Ver anexo “A”

3.3 Muestra

Según Tamayo y Tamayo (2010) definen muestra como “una reducida parte de un todo la cual sirve para describir las principales características de aquel. Parte representativa de la población que se investiga. Parte de las entidades o personas cuya situación de dificultad se está investigando. Grupo de individuos que se toma de una población para estudiar un fenómeno estadístico” (p. 320). Siendo la muestra el subconjunto de la población estudiada y a partir de la cual se llegan a conclusiones sobre las características de la población que se selecciona, para obtener la información que permita desarrollar el estudio, medir y obtener resultados acorde a los objetivos planteados. En la presente investigación se seleccionara a través de un muestreo probabilístico, para poblaciones finitas estipulada de la siguiente manera:

$$n = \frac{N \cdot K^2 \cdot p \cdot q}{e^2 \cdot (N - 1) + k^2 \cdot p \cdot q}$$

n= tamaño de la muestra

N = Población= 128

K² =1,90 Constante que representa el nivel de confianza 90%

e² = 0,10 error máximo admisible

p = 0,50 probabilidad a

favor q = 0,50 población en

contra

Al desarrollar la formula se obtiene que:

$$n = \frac{128 \cdot (1,64)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,15)^2 \cdot (128-1) + (1,64)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = \frac{86,06}{3,5299} = 24 \text{ niños /padres o representantes.}$$

Dada la situación país, las investigadoras consideran necesario aplicar criterio intencional, por lo que se consideraran diez (10) niños, en razón que asisten niños en edades comprendidas entre 5 a 10 años de edad, que poseen distintas características socioeconómicas, los cuales todos tienen idéntica proporción de ser seleccionados y brindar una data representativa, acorde a los objetivos planteados.

Para la selección se tomará en cuenta la disposición de los padres representantes de suministrar la información necesaria, en clínica del niño y adolescente en el periodo 2017II, así como el consentimiento informado para realizar evaluación clínica mediante triaje a los 10 niños seleccionados así como los respectivos padres/representantes, que sirvieron como muestra.

3.3.1 Criterios de Inclusión

A tal efecto serán considerados como criterio de inclusión para seleccionar a los niños, los que acuden a la consulta pediátrica, pertenecientes a los estratos sociales D y E, con edades comprendidas entre 5 y 10 años.

Adicionalmente, para la muestra de los padres, representantes se considerara los que pertenezcan al estrato social D y E. acorde al triaje e historia clínica aplicada al niño seleccionado como muestra.

3.3.2 Criterios de Exclusión

Como criterio de exclusión, no se consideran a los niños y padres, representantes que no pertenezcan a los estratos sociales D y E.

3.4 Técnicas para la recolección de datos

3.4.1 Encuesta

Según Palella y Martins (2010), la encuesta “es una técnica destinada a obtener datos de varias personas cuyas opiniones, interesan al investigador”(p. 111). Se utilizara como una técnica destinada a obtener datos de varias personas cuyas opiniones, interesan al investigador. La misma, será aplicada a los niños seleccionados, a los padres, representantes de los niños de 5 a 10 años que acuden a clínica III durante el período 2017-II de la Universidad José Antonio Páez, para obtener información acerca del tema de estudio.

3.5 Instrumento para la recolección de datos

Toda investigación requiere el uso de instrumentos de recolección de datos para poder recabar toda la data necesaria que permita dar respuesta a la situación planteada. Para la presente investigación se aplicara:

3.5.1 Guía de Observación

Para Hernández, Fernández y Baptista (2010) la observación puede utilizarse como “instrumento de medición en diversas circunstancias, la cual consiste en el registro sistemático, valido y confiable de la conducta manifiesta” (p.309), es decir, actúa como un sustento de las teorías consultadas, del proceso evidenciado sobre los objetivos planteados, garantizando el aprendizaje ya que permite a los entrevistadores anotar todas las anécdotas del entrevistado, toda la información que suministre se considera y se toma nota para luego ser estudiadas e interpretadas. La información contemplara los datos del paciente: edad, sexo, Índice de caries, Índice de Higiene Bucal, Régimen dietético. Ver anexo “B”

3.5.2 Triage

Clasificación de riesgo y gravedad del paciente, para un mejor manejo de la evaluación. Este método será aplicado a los niños seleccionados en la muestra para clasificar a los pacientes acorde a su estado bucal.

3.5.3 Cuestionario

Es la modalidad de encuesta que se realiza de forma escrita mediante un instrumento o formato en papel contentivo de una serie de preguntas, para la presente investigación se elaborará cuestionario de veinticuatro (24) preguntas cerradas, Si, NO que se le aplicará a los padres representantes de los niños, para recabar información sobre las condiciones de vida que poseen los niños y su incidencia en la salud bucodental que reflejan, información que se obtendrá de la muestra de infantes con edades entre 5 y seleccionada que asisten a la clínica III durante el período 2017- II de la Universidad José Antonio Páez. Ver anexo “C”

3.6 Validez y Confiabilidad

3.6.1 Validez

Santa Palella y Martins (2012), señala que la validez se define como la ausencia de sesgos. Representa la relación de lo que se mide y aquello lo que realmente se quiere medir. Existen varios métodos de garantizar la evidencia (p172). En esta oportunidad, la validez se llevara a cabo, mediante juicio de expertos, que se comprende como una opinión informada de personas con experiencia en el tema, que son reconocidas por otros, como expertos calificados y especialistas en un área específica, y que pueden dar conocimiento, evidencia, juicios y valoraciones (Escobar y Cuervo, 2008).

De allí que, para el mencionado procedimiento se contará con especialistas en el área de Odontopediatria. Estos profesionales tienen la oportunidad de hacer las correcciones que consideren oportunas en cuanto al contenido, ambigüedad, pertinencia, redacción y otros aspectos. Al alcanzarse este proceso, las recomendaciones de los expertos, logrará el rediseño del instrumento de medición.

3.6.2 Confiabilidad

La confiabilidad de un instrumento de medición según Hernández, Fernández y Baptista, (2010), “se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados”. (p.235). Una pregunta es confiable si significa lo mismo para todos los que van a responder. Se puede confiar en una escala cuando produce constantemente los mismos resultados al aplicarla a sujetos similares.

La herramienta de estadística que se utilizó para la confianza del instrumento será el KR20, según Méndez, C. (2007) “es un indicador de la fidelidad de consistencia interna. El modelo de Kuder-Richardson es aplicable en las pruebas de ítems dicotómicos en los cuales existen respuestas correctas e incorrectas” (p.350), Esta técnica sólo es aplicable en aquellos casos en que las respuestas a cada ítem puede calificarse como 1 ó 0 cada una bien sea correcto - incorrecto, presente – ausente, a favor – en contra, la fórmula para calcular la confiabilidad de un instrumento con los ítems será:

Dónde:

K= número de ítems del instrumento.

P= Porcentaje de personas que responde correctamente cada ítem

Q= Porcentaje de personas que responde incorrectamente
cada ítem. St²= Varianza total del instrumento

A continuación se indica el cuadro de referencia, que indica en cuanto a coherencia, pertinencia y correspondencia de las preguntas del instrumento, mediante el sustento de la confiabilidad, previamente calculado garantizando la aplicabilidad del instrumento.

Cuadro N°1 Confiabilidad del resultado

Coeficiente	Grado
1	Perfecta
0.80 a 0.99	Altamente Confiable
0.70 a 0.79	Alta
0.40 a 0.69	Moderada
0.20 a 0.39	Baja
0.10 a 0.19	Muy Baja
0	Nula

Fuente: Ramírez (2010)

3.7 Técnicas de análisis de datos

Para realizar el siguiente proyecto se recopilará los datos de los pacientes pediátricos, mediante la aplicación de la historia clínica, la cual permitirá obtener la descripción de las características que presentan en cuanto a la inspección bucal, que será realizada mediante un diagnóstico visual, observacional, donde a través del triaje odontológico se lograra dar respuesta a los objetivos planteados. Este instrumento permitirá recopilar los datos, los cuales serán ordenados mediante distribución de frecuencia, así como las gráficas que permitirán realizar la interpretación de los resultados en forma porcentual y absoluta. El análisis de tipo cualitativo se centra en la observación que se le aplicara a los niños, permitiendo alcanzar la inspección bucal.

En este ámbito se completara el alcance del diagnóstico, conjuntamente se aplicara un cuestionario a las padres representantes, a fin de complementar la data obtenida con la inspección bucal realizada a los niños, el cual constara de preguntas cerradas, las cuales serán tabuladas, mediante distribución de frecuencias,

cuyos porcentajes y valores absolutos, permitirán ejecutar las gráficas para ser interpretados los resultados y poder obtener el alcance de los objetivos planteados.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

A continuación se presenta el capítulo IV, donde se procura cerrar la problemática y las dudas planteadas en el capítulo I, enfocándose en los conceptos teóricos expuestos en el capítulo II y de esta manera expresar la metodología manejada para Explicar la influencia de los estratos sociales D y E sobre la salud bucodental en los pacientes infantiles que acuden a la Clínica del Niño y el Adolescente III durante el período 2017-II en la Universidad José Antonio Páez. Es importante señalar que los datos encontrados son el producto de la aplicación de instrumentos y técnicas recolección de datos, especificadas en el cuadro de operacionalización de variables que permitieron dar respuesta a los objetivos planteados.

Presentación de los Resultados:

Para el desarrollo de este capítulo se consideró los objetivos planteados, los cuales se desglosaron en el orden que fueron formulados; codificados, tabulados y posteriormente graficados para poder realizar la interpretación respectiva, los cuales son contrastados con las teorías relacionadas. A continuación se detalla el desarrollo de los objetivos:

Objetivo N°1: Describir los estratos sociales a los que pertenecen los niños que acuden a la Clínica del Niño y el Adolescente III.

En relación al propósito de este trabajo de investigación se pretende explicar la influencia de los estratos sociales D y E sobre la salud bucodental de los niños: para ello es necesario conocer las características que los identifican. Para alcanzar este fin se elaboró un cuestionario que se utilizó en el área de Clínica del niño y del adolescente en el periodo 2017 II, en San Diego en la Universidad José Antonio Páez.

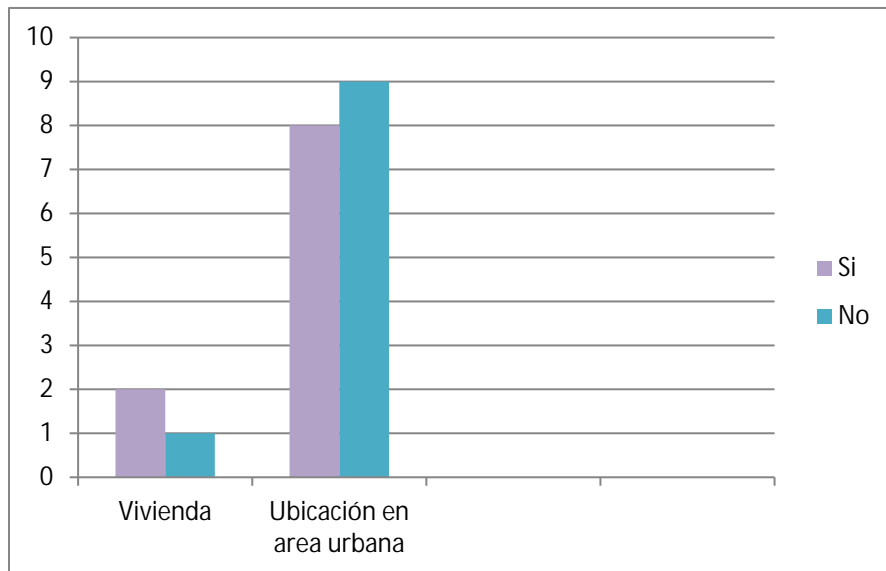
Variable: Estratos Sociales
 Dimensión: Factores socioeconómicos D y E
 Indicador: Vivienda

Tabla N° 1 Vivienda

Items	Pregunta	Si	%	No	%	Total
1	Posee vivienda?	4	40%	6	60%	100%
2	¿Su vivienda está ubicada en área urbana?	2	20%	8	80%	100%

Fuente: López, Pérez (2017)

Grafico N° 1 Vivienda



Fuente: López, Pérez (2017)

Análisis de los resultados

Con respecto a los resultados obtenidos por vivienda un 40% afirmo tenerla, mientras que un 60% indico que no. Al considerar la ubicación en área urbana un 20% indicó que si viven, ante un 80% que expreso que no, que ni siquiera poseen vivienda, los que la poseen viven en zonas invadidas, mientras los que carecen de techo viven con otras familias, amigos o parientes. Tener vivienda es un derecho que todo ciudadano debe poseer. Sin embargo, es necesario tener claro que está sujeto a un ingreso y que debe ser adquirida, lo que para estos niños pertenecientes a estos estratos D y E es bastante difícil obtenerla.

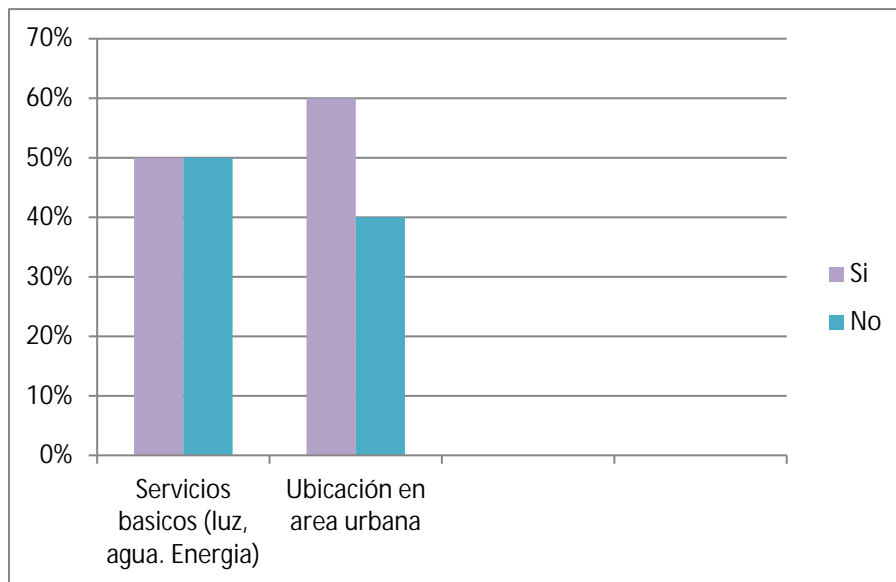
Variable: Estratos Sociales
 Dimensión: Factores socioeconómicos D y E
 Indicador: Servicios básicos

Tabla N° 2 Servicios básicos

Items	Pregunta	Si	%	No	%	Total
3	¿Su vivienda posee los servicios básicos: de agua, energía eléctrica?	5	50%	5	50%	100%
4	¿Su vivienda posee baño o pozo séptico?	6	60%	4	40%	100%

Fuente: López, Pérez (2017)

Grafico N° 2 Servicios básicos



Fuente: López, Pérez (2017)

Análisis de los resultados

Los resultados arrojados con respecto a servicios básicas, un 50% expreso que si poseen, mientras que un 50% indico que no poseen luz, energía y agua, o en su defecto a veces tienen uno, o dos o ninguno es eventual. Sin embargo al considerar si poseen baño o pozo séptico un 60% opino que si, mientras un 40% expreso que no. En una vivienda es necesario contar con los Servicios Básicos que más que una comodidad consisten en el cumplimiento de Necesidades Vitales que están relacionadas a la provisión de alimentos.

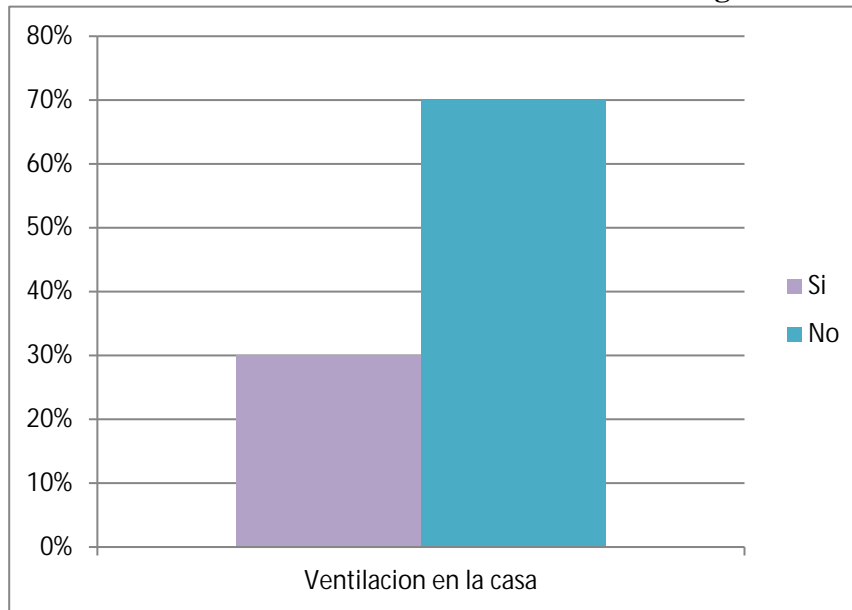
Variable: Estratos Sociales
 Dimensión: Factores socioeconómicos D y E
 Indicador: Condiciones ambientales del hogar

Tabla N°3 Condiciones ambientales del hogar

Items	Pregunta	Si	%	No	%
5	¿Posee ventilación las áreas de la casa?	3	30%	7	70%

Fuente: López, Pérez (2017)

Grafico N° 3 Condiciones ambientales del hogar



Fuente: López, Pérez (2017)

Análisis de los resultados

En relación a los encuestados con respecto a si la vivienda posee ventilación, un 30% expreso que sí, mientras que un 70% opino que no. Este punto es importante si se considera que el no posee ventilación en las vivienda, acarrea problemas de temperatura, pérdida de energía, corrientes de aire incontroladas, humedades e, incluso, sobrecalentamiento. En los hogares hay que propiciar ambientes saludables, higiénicos, limpios para conservar la salud de quienes lo habitan.

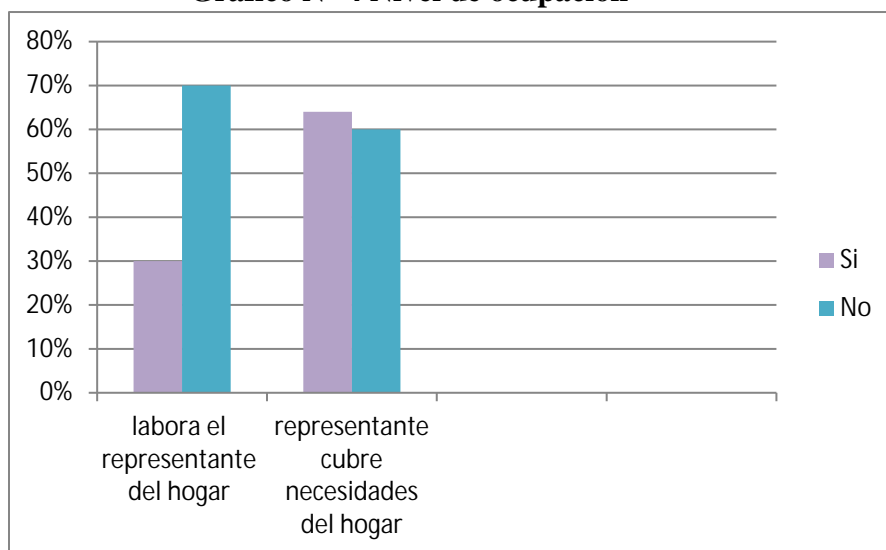
Variable: Estratos Sociales
 Dimensión: Factores socioeconómicos D y E
 Indicador: Nivel de ocupación del representante del hogar

Tabla N° 4 Nivel de ocupación

Items	Pregunta	Si	%	No	%	Total
6	¿El representante del hogar labora?	3	30%	7	70%	100%
7	¿El representante del hogar cubre las necesidades básicas del hogar?	4	40%	6	60%	100%

Fuente: López, Pérez (2017)

Grafico N° 4 Nivel de ocupación



Fuente: López, Pérez (2017)

Análisis de los resultados

Los resultados arrojados sobre el nivel de ocupación del representante del hogar, indico en cuanto al representante del hogar que labora en un 30%, mientras el 70% expreso que no. De igual manera en relación si el representante del hogar cubre las necesidades básicas, un 40% indico que sí, mientras que un 60% opino que no. Estos resultados arrojados marcan pautas en la sustentabilidad de los hogares, el cubrir las necesidades básicas, es un apoyo necesario para el desarrollo social, psicológico y de salud que requiere el niño en su crecimiento.

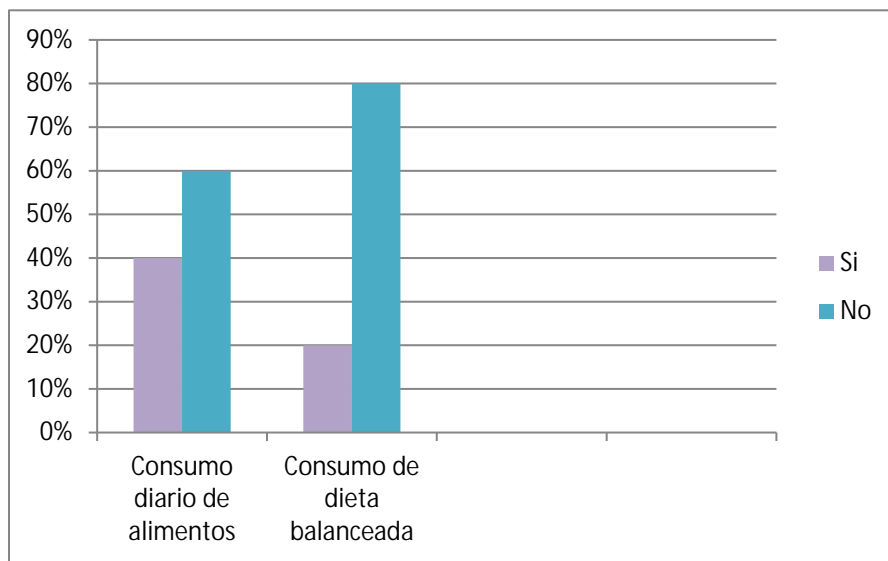
Variable: Estratos Sociales
 Dimensión: Factores socioeconómicos D y E
 Indicador: Consumo de alimentos

Tabla N° 5 consumo de alimentos

Items	Pregunta	Si	%	No	%	Total
8	¿Consumen alimentos diariamente?	4	40%	6	60%	100%
9	¿Consumen una dieta balanceada?	2	20%	8	80%	100%

Fuente: López, Pérez (2017)

Grafico N° 5 Consumo de alimentos



Fuente: López, Pérez (2017)

Análisis de los resultados

Tomando en consideración el indicador Consumo de alimentos, los resultados arrojados con respecto al consumo diario de alimentos, un 40% indico que si, mientras que un 60% expreso que no. Adicionalmente, si consumen dieta balanceada, un 20% expreso que sí, mientras un 80% opino que no .En este ámbito, al consumir los niños alimentos nutritivos y balanceados, genera un rendimiento y desarrollo en su crecimiento biológico, mental y de bienestar. No es nada fácil para los niños que pertenecen a los estratos D y E, cuyas características están sujetas a escasez, limitación tanto económicas como sociales, de salud, educación y de alimentación.

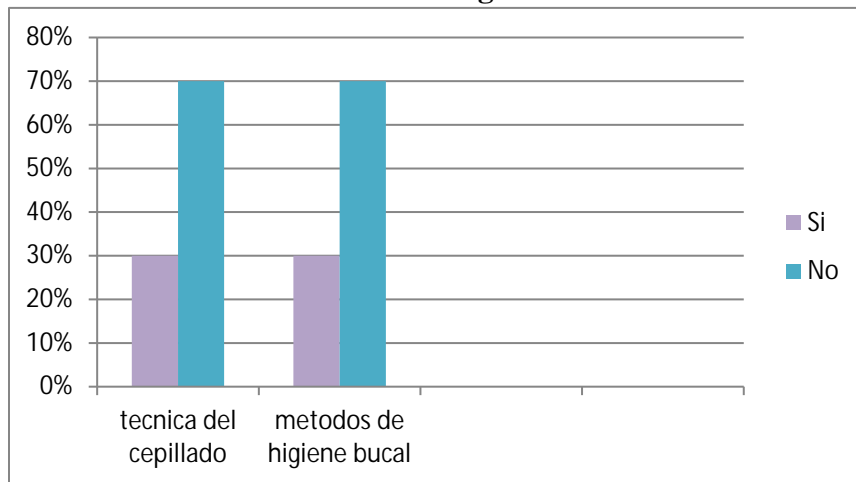
Variable: Estratos Sociales
 Dimensión: Factores socioeconómicos D y E
 Indicador: Higiene bucal

Tabla N° 6 Higiene bucal

Items	Pregunta	Si	%	No	%	Total
10	¿Aplican la técnica del cepillado después de cada comida?	3	30%	7	70%	100%
11	¿Tiene conocimiento de los métodos de higiene bucal?	3	30%	7	70%	100%

Fuente: López, Pérez (2017)

Grafico N° 6 Higiene bucal



Fuente: López, Pérez (2017)

Análisis de los resultados

Los resultados arrojados con respecto a la higiene bucal indicaron que en un 30% aplican la técnica del cepillado después de cada comida, mientras que un 70% opino que no. Así mismo, un 30% opino que tiene conocimiento de los métodos de higiene bucal, ante 70% que expresó que no. Una buena , como siempre lo hemos mencionado contribuye al bienestar general y evita molestias y enfermedades, es por ello que es importante que el cepillado de dientes se convierta en una rutina cotidiana al levantarse, acostarse y después de cada comida, sin embargo es importante resaltar que estos niños viven en un estrato donde existen muchas limitantes para cubrir sus necesidades básicas.

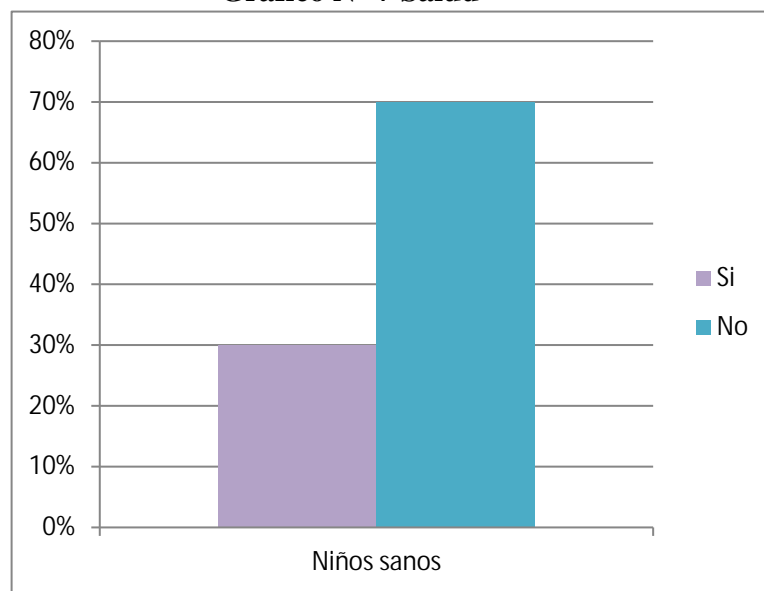
Variable: Estratos Sociales
Dimensión: Factores socioeconómicos D y E
Indicador: Salud

Tabla N° 7 Salud

Iems	Pregunta	Si	%	No	%
12	¿Los integrantes de la familia son sanos?	3	30%	7	70%

Fuente: López, Pérez (2017)

Grafico N° 7 Salud



Fuente: López, Pérez (2017)

Análisis de los resultados

Con respecto a los resultados obtenidos con respecto a la salud, un 30% expresó que si son sanos, mientras que un 70% indicó que no. Bajo esta perspectiva, las enfermedades bucodentales figuran entre las afecciones crónicas más comunes. El 90% de la población mundial corre el riesgo de sufrir algún tipo de trastorno oral, desde la caries o la periodontitis hasta la pérdida de dientes o el cáncer oral, esta situación se presenta marcadamente en los estratos sociales más pobres, como lo es los estratos sociales D y E, donde los niños por su composición socioeconómica corren el riesgo de sufrir de estas enfermedades.

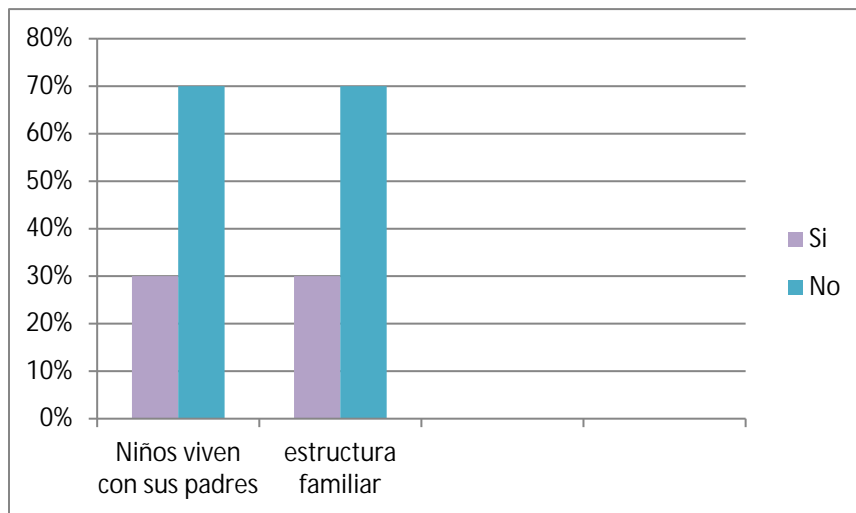
Variable: Estratos Sociales
 Dimensión: Factores socioeconómicos D y E
 Indicador: Estructura familiar

Tabla N° 8 Estructura familiar

Items	Pregunta	Si	%	No	%	Total
13	¿Los niños viven con los padres?	3	30%	7	70%	100%
14	¿Quiénes habitan, conforman una familia: padre, madre, hermanos?	3	30%	7	70%	100%

Fuente: López, Pérez (2017)

Grafico N° 8 Estructura Familiar



Fuente: López, Pérez (2017)

Análisis de los resultados

Con respecto a los resultados arrojados se evidencio que en un 0% los niños viven con los padres, mientras que in 70% opino que no. También expresaron en un 30% tener una familia bien estructurada: padre, madre, hermanos, mientras que un 70% expreso que no. Es importante resaltar este vínculo de familia para el crecimiento y evolución d los niños, no solo desde el punto d vita económico, sino la parte emocional, moral, ese modelo de conducta que requiere el niño. No obstante, en la presente investigación se observa que existe niños que en un porcentaje representativo (70%), no poseen familias estructuradas, esto lo refleja el estrato social a que pertenecen, donde los factores socioeconómicos lo determinan.

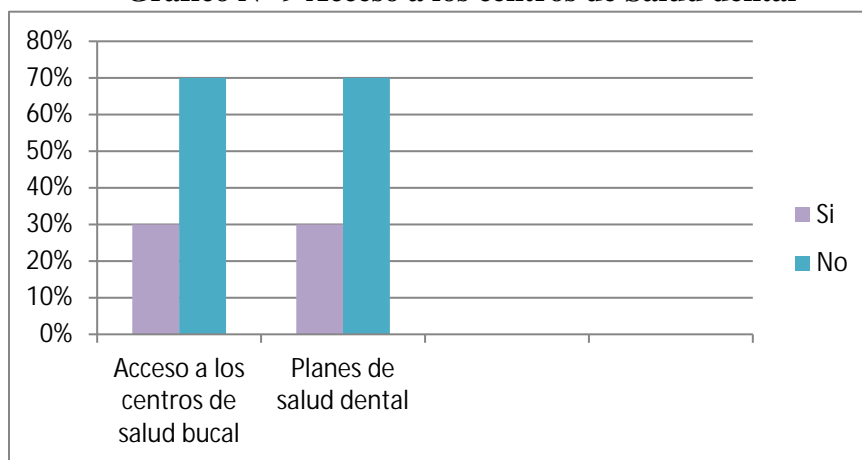
Variable: Estratos Sociales
 Dimensión: Factores socioeconómicos D y E
 Indicador: Acceso a los centros de salud dental

Tabla N°9 Accesos a los centros de Salud dental

Items	Pregunta	Si	%	No	%	Total
15	¿Tiene acceso a los centros de salud bucal?	3	30%	7	70%	100%
16	¿Recibe información periódica sobre los planes de salud de los centros de salud pública?	3	30%	7	70%	100%

Fuente: López, Pérez (2017)

Grafico N° 9 Acceso a los centros de Salud dental



Fuente: López, Pérez (2017)

Análisis de los resultados

Los resultados obtenidos con respecto al acceso a los centros de salud, en un 30% opinaron que si tienen acceso, mientras que un 70% expreso que no. De igual manera expresaron que reciben información periódica sobre los planes de salud, mientras que un 70% opino que no. Al respecto es importante acotar el termino de salud bucodental "Es el cuidado adecuado de los dientes, encías y boca para promover la salud y prevenir las enfermedades bucales. Incluye cepillarse, usar hilo dental y tener cuidado dental profesional regularmente." (Rodríguez 2014). De igual manera es necesario que las instituciones públicas, promuevan informaciones, planes de salud, sobre todo para las familias más necesitadas y pobres.

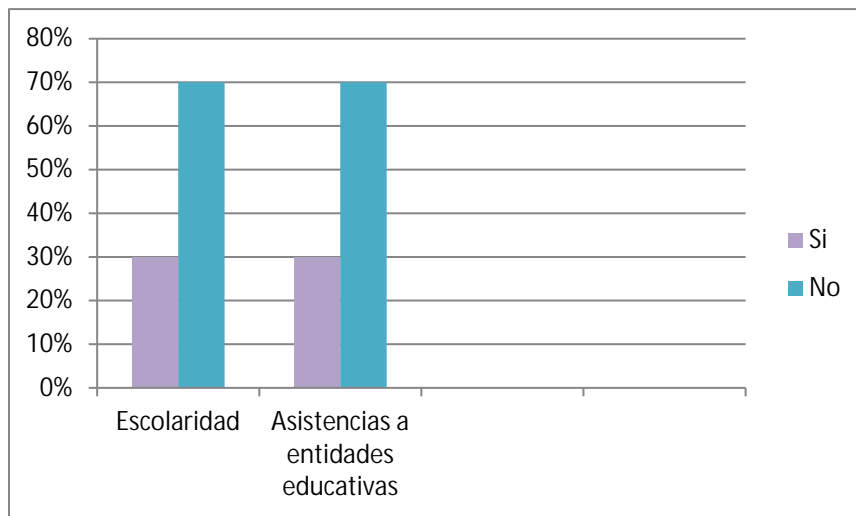
Variable: Estratos Sociales
 Dimensión: Factores socioeconómicos D y E
 Indicador: Escolaridad

Tabla N° 10 Escolaridad

Items	Pregunta	Si	%	No	%	Total
17	¿Los integrantes de la familia poseen escolaridad?	3	30%	7	70%	100%
18	¿Los niños asisten a entidades educativas?	3	30%	7	70%	100%

Fuente: López, Pérez (2017)

Grafico N° 10 Escolaridad



Fuente: López, Pérez (2017)

Análisis de los resultados

Los resultados arrojados sobre la escolaridad, opinaron en un 30% que poseen escolaridad y un 70% no la poseen: de igual manera en cuanto a las asistencia a entidades educativas un 30% opinaron que si asisten, mientras que un 70% expreso que no. Este elemento es importante en cuanto a la participación de los integrantes de una familia, el recibir formación sobre valores, formación académica, lo que genera una conducta, actitud y compromiso en los niños como ciudadanos, personas que pertenecen a una sociedad. Para la presente investigación es relevante considerar la aplicación de la escolaridad, permitiendo a los niños formarse, para evolucionar personas y mejorar su bienestar económico-social y de salud.

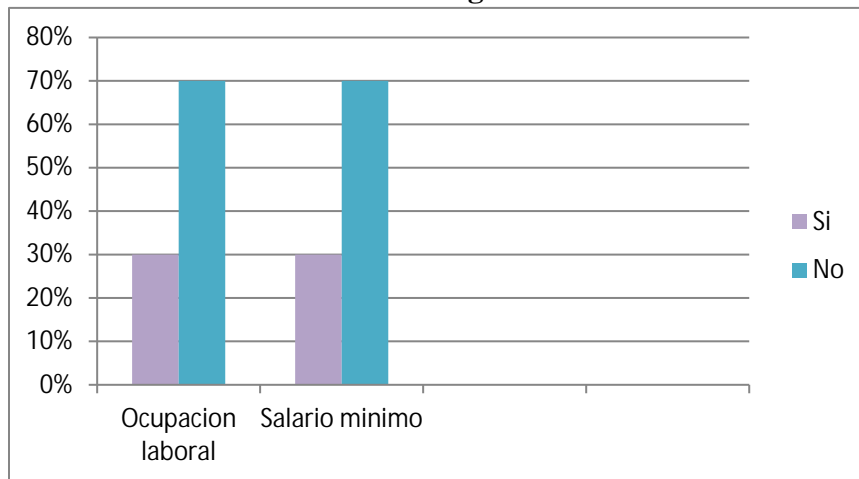
Variable: Estratos Sociales
 Dimensión: Factores socioeconómicos D y E
 Indicador: Nivel de ingresos

Tabla N° 11 Nivel de ingresos

Items	Pregunta	Si	%	No	%	Total
19	¿Los representantes del hogar poseen alguna ocupación laboral?	3	30%	7	70%	100%
20	¿El ingreso del hogar corresponde al salario mínimo?	3	30%	7	70%	100%

Fuente: López, Pérez (2017)

Grafico N° 11 Nivel de ingresos



Fuente: López, Pérez (2017)

Análisis de los resultados

Con respecto al nivel de ingresos, los resultados arrojados un 30% expreso que el representante del hogar posee ocupación laboral, ante un 70% que opino que no. Y tomando en cuenta si perciben un salario mínimo indicaron que un 30% lo obtiene, mientras que un 70% opino que no. Para mantenimiento de una familia se debe contar con la parte económica (los ingresos) que permita solventar las necesidades sobre todo básicas que requiérelos integrantes de la familia. Este elemento es esencial, en las familias que poseen hijos, niños menores de edad que necesidad cubrir necesidades de alimento, vivienda, educación, de allí que los representantes o padres deben cubrir este compromiso.

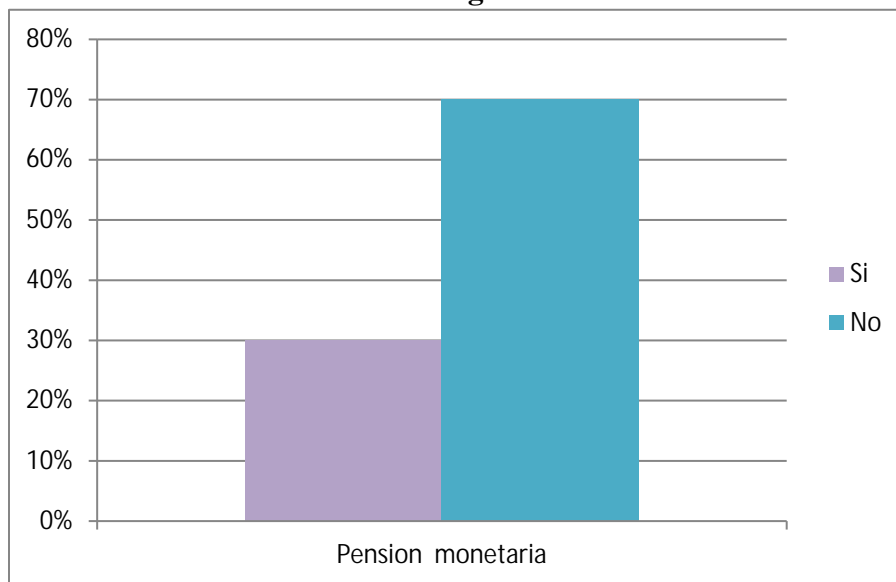
Variable: Estratos Sociales
 Dimensión: Factores socioeconómicos D y E
 Indicador: Nivel de ingresos

Tabla N° 12 Nivel de ingresos

Items	Pregunta	Si	%	No	%	Total
21	¿Recibe alguna pensión monetaria por parte del estado?	3	30%	7	70%	100%

Fuente: López, Pérez (2017)

Grafico N° 12 Nivel de ingresos



Fuente: López, Pérez (2017)

Análisis de los resultados

El resultado obtenido en un 30% indico que si reciben pensión por parte del estado, mientras que un 70% opino que no. Lo antes indicado permite contar con el apoyo del estado en cuanto a la dotación de pensión a las familias más necesitadas, como lo es las pertenecientes a los estratos D y E, que poseen características de pobreza extrema, por lo que el estado debe establecer lineamientos estratégicos en cuanto al suministro de pensión que permita a estas familias cubrir sus necesidades básicas de alimento, vivienda, educación, salud, entre otros.

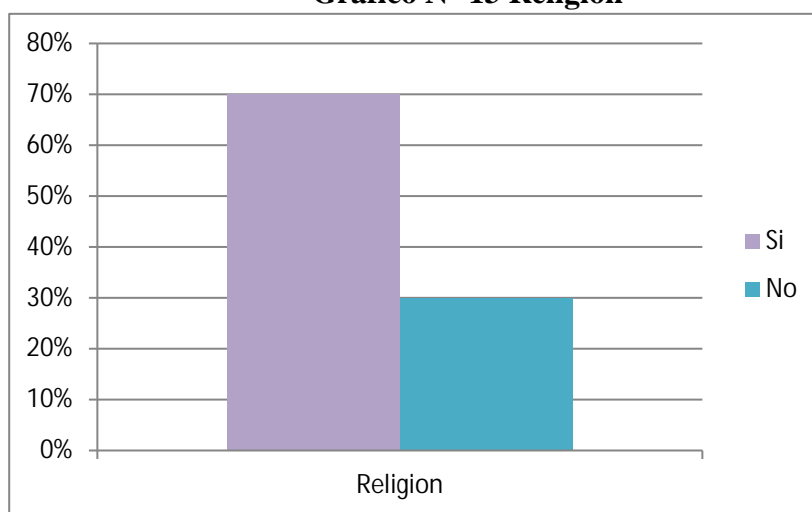
Variable: Estratos Sociales
 Dimensión: Factores socioeconómicos D y E
 Indicador: Religión

Tabla N° 13 Religión

Iems	Pregunta	Si	%	No	%
22	¿Los integrantes de la familia practican alguna creencia religiosa?	7	70%	3	30%

Fuente: López, Pérez (2017)

Grafico N° 13 Religión



Fuente: López, Pérez (2017)

Análisis de los resultados

Con respecto al resultado obtenido, se observó que un 70% practican alguna creencia religiosa, mientras que un 30% expreso que no. Este factor religioso enmarca la estructura de los grupos familiares,; no obstante, es necesario considerar que estas creencias ayudan en gran parte a solidificar el vínculo familiar, sin embargo hoy en día, existe proliferación de creencias que en vez de ayudar a crecer a las personas, afectan su evolución y crecimiento personal, abarcando todos los niveles socioeconómicos. Como consecuencia, para los estratos sociales D y E, debido a su estructura familiar, en muchos de los casos se distorsiona la creencia, afectando especialmente a los niños menores de edad, que requieren de una orientación religiosa sana.

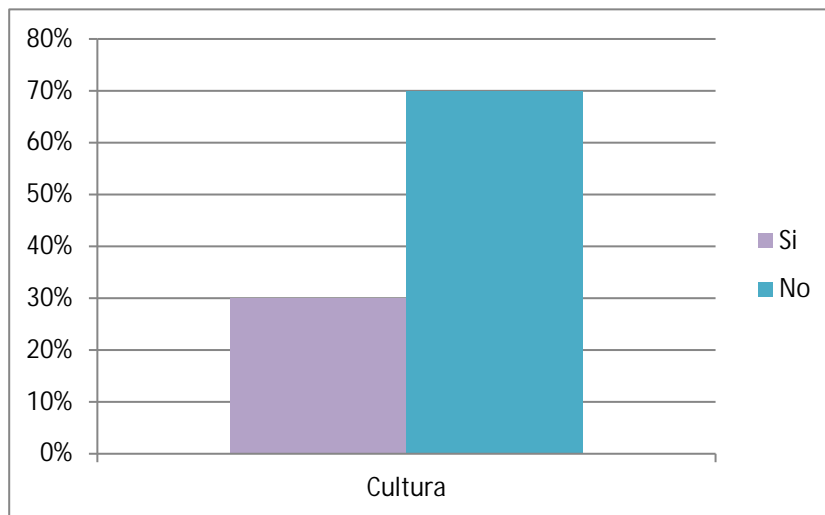
Variable: Estratos Sociales
 Dimensión: Factores socioeconómicos D y E
 Indicador: Cultura

Tabla N° 14 Cultura

Iems	Pregunta	Si	%	No	%
23	Los niños practican alguna actividad cultural?	3	30%	7	70%

Fuente: López, Pérez (2017)

Grafico N° 14 Cultura



Fuente: López, Pérez (2017)

Análisis de los resultados

El resultado obtenido de un 30%, indica que los niños practican alguna actividad cultural, antes un 70% que opino que no. En una sociedad se requiere contar con instituciones que fomenten la cultura, como un elemento de apoyo y desarrollo en los niños, manteniéndolo ocupados en actividades que generen conocimiento y les permita el desarrollo de habilidades y destrezas en todos los ámbitos económico, social, religioso, cultural. Es un elemento social que ayuda a los niños más pobres a crecer y a confiar en ser personas de bien, para prepararse a crecer alcanzando un bienestar económico, social y de salud en general.

Objetivo 2. Determinar los índices de caries e higiene oral en los pacientes que acuden al área clínica.

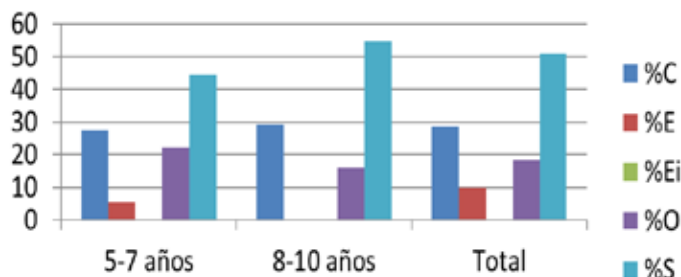
Para alcanzar el desarrollo de este objetivo se contó con el apoyo de la guía de observación (anexo B), utilizado como instrumento metodológico para la verificación de los pacientes que reportaron algún tipo de caries dentales a ser tratadas, encontradas en dientes primarios o permanentes. Es oportuno aclarar que para dicho análisis se estarán considerando todas las CPOD, permanentes y ceod, temporales registrados. El propósito de este objetivo es determinar la proporcionalidad en el nivel de caries en niños de 5 a 10 años de edad que están influenciados por los estratos D y E, cuyos factores socioeconómicos acondicionan la salud bucodental en los infantes. A continuación se detalla los resultados obtenidos:

Tabla N°14. Índice de caries, mediante el porcentaje de dientes permanentes cariados, obturados y sanos según distribución por edades, pertenecientes a los estratos D y E.

CPOD \ Edad	UDP	C	%C	E	%E	EI	%Ei	O	%O	S	%S
5-7 años	18	5	27.7	1	5.55	0	0	4	22.2	8	44.4
8-10 años	31	9	29,03	0	0	0	0	5	16.12	17	54.83
TOTAL	49	14	28,57	1	10	0	0	9	18.36	25	51.02

Fuente: Guía de observación. López, Pérez (2017).

Grafico N° 16 Índice de caries, mediante el porcentaje de dientes permanentes, cariados, obturados y sanos según distribución por edades, pertenecientes a los estratos D y E.



Análisis de los resultados:

En función a como se reflejan los resultados expuestos en la tabla N°15, el mayor número de pacientes se concentran en el rango en edades comprendidas entre 8-10 años de edad, equivalentes a 27,7%, en tanto que la segunda categoría con edades entre 5-7 años reúne a un 29,03% de caries por paciente.

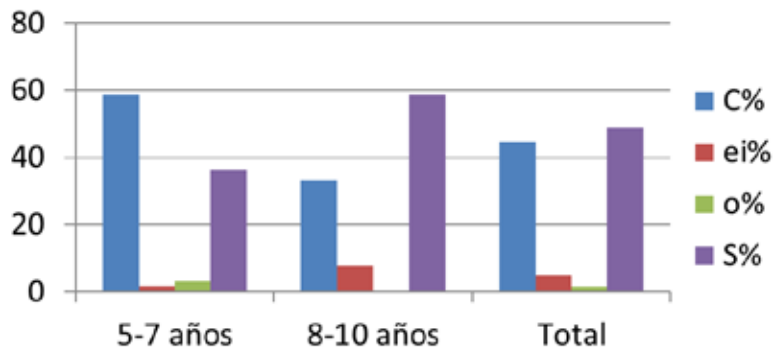
Tal como se puede constatar en esta distribución (CPOD) se obtuvo que existe una proporción de 5,55% de E, 0% en EI, 22,2% en Obturación, así como un 44,4% en dientes sano para el grupo de pacientes con edades comprendidas entre 5-7 años. Adicionalmente para el grupo de niños evaluados con edades comprendidas entre 8-10 años se obtuvo, un 0% en E y Ei , un16,12% en O y 54,83% con respecto a dientes sanos, esta situación llama la atención al tratarse de niños en edad escolar que en su mayoría tienen independencia en cuanto al manejo de algunos hábitos de higiene bucal, lo cual implica la necesidad de orientarlos y motivarlos al manejo correcto de procedimientos cuidados bucales, y a su vez la adopción de medidas preventivas al momento de consumir alimentos o medicamentos con altos contenidos de azúcares, resaltando la incidencia del estrato socioeconómico a que pertenecen, que de acuerdo a información recabada afecta notablemente la salud bucodental en este grupo de niños.

Tabla N° 16. Porcentaje de dientes permanentes cariados, obturados y sanos según distribución por edades.

ceos Edad	udt	c	c%	ei	ei%	o	o%	s	s%
5-7 años	63	37	58,73	1	1.58	2	3.17	23	36.50
8-10 años	78	26	33.33	6	7.69	0	0	46	58.90
TOTAL	141	63	44.68	7	4.96	2	1.41	69	48.93

Fuente; López, Pérez (2017)

Grafico N° 16 Índice de caries, mediante el porcentaje de dientes permanentes cariados, obturados y sanos según distribución por edades



Fuente: López, Pérez (2017)

Análisis de los resultados:

Con respecto a los resultados reflejados en la tabla N°16, el índice más alto de caries en dientes primarios, se concentra en el rango de 5-7 años de edad, con un total de 63 udt, presentando un porcentaje de caries de 58,73%, un ei% de 1,58%, así como un 3,17% de ei ante un 36,5% de dientes sanos. A este le sigue el rango de edades comprendidas entre 8-10 años de edad con un udt de 78, reflejando , con porcentajes de 7,69% de ei, 0 de o y un 58,9% de dientes sanos. Estos resultados no mantienen una proporcionalidad lógica al número de pacientes que se ubican en cada clase o rango de la tabla de distribución. En tal sentido, es el rango entre 5-7 años de edad que reúne a 4 de los 10 pacientes observados; lo cual equivale al 40% de las observaciones, donde se observó un 92.5% de caries, representando el mayor número de caries, con respecto al otro grupo que fue del 81,2%,

Es importante recalcar que aun cuando se trata específicamente de unidades dentarias temporales, que en algún momento serán remplazados en su mayoría, se hace necesario sin embargo que los niños y sobre todo sus representantes adopten medidas preventivas que garanticen una buena salud bucal, aun cuando

eventualmente estén expuestos al consumo de dulces, golosinas y medicamentos con altas concentraciones de sacarosa.

Objetivo 3 Relacionar los estratos sociales D y E con el estado de salud bucal

Para el desarrollo de este objetivo se planteó un análisis comparativo considerando el índice oral (IHOS) como también el registro dietético que reflejaron los niños como valor criogénico, correspondiente a los niños pertenecientes a los estratos sociales D y E a que pertenecen los niños seleccionados que asistieron a la clínica III durante el período 2017-II de la Universidad José Antonio Páez. Con la finalidad de establecer si las causas de principales de las caries encontradas y el valor criogénico se deben a la influencia de los estratos socioeconómicos que afectan la salud bucodental, y a partir de este estudio comparar la relación causa/efecto entre estas dos variables analizadas, para ello se calculó el IHOS a la muestra de los pacientes, así como el valor criogénico, que se indican en las tablas N° 4 y 5 respectivamente.

Tabla N°17 Índice de Higiene oral simplificado en los pacientes pediátricos que pertenecen a los estratos D y E, que refleja incidencia en la higiene bucodental

Edad	IMA	IC	IHOS	Niveles
5	0,5	0	0,5	Buena
5	1	0	1	Buena
5	0,6	0,3	0,9	Buena
6	1,16	0	1,16	Buena
9	1,3	0	1,3	Discreta
8	1,6	0	1,6	Discreta
8	0,66	0	0,66	Buena
9	0,5	0	0.5	Buena

Fuente:	10	1	0	1	Buena	Guía
de	9	1	0	1	Buena	
	Total	9,32	0.3	9,62		

observación López, Pérez (2017)

Tabla N° 4 Registro dietético

Edad	Valor cariogénico
5	69
5	102
5	62
6	152
9	79
8	90
8	83
9	68
10	110
9	86

Fuente: Guía de observación López, Pérez (2017)

El resultado obtenido de un 80% permite considerar que la muestra seleccionada cuenta con una buena higiene oral en los niños seleccionados con edades comprendidas entre 5 y 10 años, apenas el 20% se reflejó discreta, representado un resultado bastante adecuado, a pesar de ser niños que pertenecen al estrato social D y E, que está representado por niveles de escasez crítica y pobreza.

CAPITULO V

Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

Tomando en consideración todos los resultados obtenidos en la presente investigación, se indica a continuación las siguientes conclusiones:

Con respecto al primer objetivo planteado que fue describir los estratos sociales que pertenecen los niños que acuden a clínica del niño y del adolescente III, se obtuvo que los niños pertenecientes a los estratos D y E población. Es estrato social “D” se identifica como un estrato social de pobreza relativa porque no alcanza los niveles de vida satisfactorios de los niveles anteriores, son grupos sociales vulnerables a los cambios económicos, privados de beneficios culturales; poseen niveles de escolaridad básica, pueden hasta técnica los padres de familia, quienes dependen para su subsistencia del salario semanal, diario o a destajo, con viviendas con algunas deficiencias en las condiciones sanitarias.

En cuanto al estrato social “E” se identifica como una población en pobreza crítica, no están en condiciones de satisfacer las necesidades básicas: la escolaridad se presenta incompleta, los niveles de educación básica, media y técnica de educación, en un gran porcentaje existe el analfabetismo en los padres de familias, dependen de donaciones para la subsistencia, viven en ranchos o viviendas con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.

Siguiendo con el segundo objetivo específico Conocer las condiciones bucodentales presentes en los pacientes que asistieron al área de la clínica. Es necesario acotar que las enfermedades bucodentales como proceso dinámico y crónico, pueden ser controladas en la medida que se identifiquen sus causas, con el fin de diseñar programas correctivos, tomando en consideración los niños seleccionados en la muestra pertenecientes a los estratos D y E, presentan mayor vulnerabilidad y propensión a la formación de caries, porque además de estar en la etapa de formación de hábitos, tienen incidencia socioeconómica que generan altos

porcentajes en cuanto la disminución de la salud bucodental. De igual manera se evidencio que los factores socioeconómicos influyen en el comportamiento, características, entre otras, que reflejan los pacientes tales como: Educación, Vivienda, Religión, Nivel de ingreso, Estructura Familiar y cultura que determinan la salud bucodental reflejadas en estos pacientes. Sin embargo, es innegable las consecuencias que pueden ocurrir prolongando el pertenecer a este estrato social, cuando no se toman las medidas necesarias.

Y por último el tercer objetivo específico Relacionar los estratos sociales D y E con el estado de salud bucal. Como consecuencia de los objetivos anteriores se concluyó que el estado de salud bucal que reflejaron los niños seleccionados como muestra en el presente estudio, tienen relación directa con el estrato social a que pertenecen, sus formas de vida cotidiana, en sus dimensiones: general (el modo de vida), particular (condiciones de vida) y singular (el estilo de vida), todo el contexto incide marcadamente en el estado bucal observado, donde los riesgos sociales como el ingreso per cápita en la familia, dinámica familiar, igualdad de género y respeto a la diversidad, empleo y condiciones de trabajo, redes de apoyo social, seguridad alimentaria, educación, vivienda y dieta adecuada, son factores socioeconómicos determinantes para alcanzar un nivel de salud bucal adecuado para el crecimiento y desarrollo de los niños.

Recomendaciones

- La lucha contra las enfermedades sobre todo en la población infantil deben ocupar espacios prioritarios dentro de las organizaciones gubernamentales y entes privados, desarrollando planes preventivos que involucren todos los factores de la sociedad
- Promocionar ciclo de charlas y asistencias sobre higiene oral en las comunidades donde existan poblaciones pertenecientes a los estratos D y E, con la finalidad de orientarlos y apoyarlos en cuanto a la información adecuada para la obtención de una buena salud bucal

- Recomendar a La UJAP, como protagonista en la formación de profesionales en el área de odontología, considerar este tipo de sociedad que le permita al estudiante conocer los diferentes estratos sociales, a los cuales debe comprometerse con su labor de asistencia odontológica, promoviendo e incentivando estudios e investigaciones que generen beneficios a la comunidad universitaria ya toda la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albarrán Yribeth, Berbesí Yosely, Hernández Iriana, Marín Ernesto, Rodríguez Marily, Uzcátegui Marielis y Velasco Evany (2017) investigación titulada Salud bucal en indígenas latinoamericanos. Una revisión sistemática Revista Venezolana de Investigación Odontológica de la IADR de la Facultad de Odontología de la Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela; 5(2): 238-262.
- Ander, E (2004). Métodos y Técnicas de Investigación Social II. La ciencia: su Método y la Expresión del Conocimiento Científico. México. Editorial Lumen.
- Arias, Fidias (2012) El Proyecto de Investigación, Introducción a la Metodología científica, 6ta Edición, Editorial Episteme. C.A, Caracas Venezuela.
- Balestrini, M. (2006) Como se elabora un Proyecto de Investigación . BL Consultores. Caracas, Venezuela
- Borges Mary (2015) en su tesis doctoral titulada “La escuela como espacio socializador en salud bucal” para optar al título de Doctor en Ciencias Sociales mención Estudios de salud y sociedad de la Facultad de Ciencias de la Salud. Dirección de posgrado de la Universidad de Carabobo
- Cabellos Alfaro, Doris Agripina (2006) Relación del nivel del conocimiento sobre Higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el Centro Ann Sullivan del Perú. Tesis para obtener el Título de Cirujano Dentista. Facultad de Odontología de la UNMSM, Lima-Perú.

Carrasco, Milagros (2010) en su trabajo titulado Características socioeconómicas y Salud Bucal de escolares de Instituciones Educativas Públicas. Revista Kiru. 2010; 6(2): 78-83

Cook A. Leopoldo Alberto (2014) Cuáles son las clases sociales de la V República y cuál es su visión de mundo. Disponible en:

Déniz Roberto (2014) Diario El Universal. Economía. Cuerpo A, 1 de julio del 2014. Pag 1. Caracas Venezuela. Disponible en : <http://www.eluniversal.com/economia/140601/434-de-los-consumidores-venezolanos-son-pobres> Consulta: 18 de Septiembre de 2017

Díaz, S. Arrieta, K. y González, F. (2013) en su trabajo titulado Relación de la Pobreza y salud bucal en las comunidades de tierra baja, Manzanillo y Boquilla para optar al grado de Odontólogo en la facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena, Cartagena de Indias, Colombia

Escobar, P y Cuervo, A.(2008). Validez de contenido y juicio de expertos:una aproximación a su utilización. En Avances en Medición.

Escobar Romero Albana (2017) Odontóloga con especialidad en Estética Dental. Cuidado dental de los niños (Universidad de Sao Paulo- Brasil).

Fernández Jesús (2013) Alimentos que ayudan a prevenir el deterioro dental. Licenciado en Odontología por la Universidad Complutense de Madrid y Máster en Prótesis Bucofacial con Mención de Excelencia por la misma Universidad

- García C, Solano A.(1999) Salud y desigualdad social. Medicina Clínica Barcelona España, pp. 296-298
- Hernández, Fernández y Baptista (2010). Metodología de la Investigación. Editorial Mc Graw Hill, 6ta Edición.
- Hernández Félix, Pérez José A. Cid, Martínez María, Martínez Isabel y Moure Judith (2014) Trabajo de grado. La caries dental y su interrelación con algunos factores sociales realizado en Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Matanzas, Cuba y en el Policlínico Universitario Samuel Fernández. Matanzas, Cuba. Rev. Med. Electrón. Vol .36 No. 3 Matanzas mayo-jun. 2014
- Hidalgo Jennifer (2013) Cambios sociales en Perú y América latina en el siglo XXI
- Hurtado de Barrera Jacqueline (2010) El proyecto de investigación. 5ª edición Ediciones Quiron Sypal, Bogotá. Colombia.
- Instituto Nacional de Nutrición (INN). (2012). Venezuela. Encuesta de Nutrición mayo- junio. Tomo I y Tomo II. Mimeografiado. Caracas, Venezuela.
- Kuhn, T. (1995). Estructura de las Revoluciones Científicas, Fondo de Cultura Económica, México 1995.
- Marbylane (2013). Clasificación de las caries dentales);p.6 Recuperado de: <http://es.slideshare.net/marbylane/clasificacion-de-caries-dental>. Consulta:12 de junio de 2017

Martínez Abreu, Judith, Capote José Luis, Gismersy Bermúdez, Martínez Yudith en investigación Determinantes sociales del estado de salud oral en el contexto actual Universidad de Ciencias Médicas, Matanzas, Matanzas, Cuba, CP: 40100. Revista Medisur vol.12 no.4 Cienfuegos ago. 2014

Méndez, C. (2007). Metodología. Colombia: Limusa, Noriega Editores

Mistry, Rashmita S. Vandewater, Elizabeth A. y McLoyd Vonnie C. (2002) Bienestar económico y ajuste social de los niños: el papel de Proceso familiar en una muestra de bajos ingresos étnicamente diversa. Child Development, Mayo / Junio 2002, Volumen 73, Número 3, Páginas 935-951

Morales Purizaca, Oscar David. Eficacia de dos técnicas educativas: informativa y demostrativa dirigidas a padres de personas con discapacidad mental en el centro ann Sullivan del Perú – tesis para obtener el Título de Cirujano Dentista. Facultad de Odontología de la UNMSM, Lima – Perú. 2006.

Olimon KM: (1990) Fundamentos de Epidemiología Ediciones Díaz de Santos, S.A. España.

Organización Mundial de la Salud (2012). La salud de los niños: Un desafío para la sociedad. Informe salud para todos en el año 2012. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_731_spa.pdf Consulta el 15 de junio de 2017

Organización Mundial de la Salud [en línea]. Ginebra: OMS; c2012 [citado en septiembre de 2011]. La OMS publica un nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/e>

Organización Mundial de la salud (OMS). El informe mundial de la Salud Oral 2013 (OMS). Mejora continua de la salud oral en el siglo 21 del enfoque del programa de salud oral mundial. Ginebra: OMS; 2013.

Organización de la salud. (OMS) Asociación de caries dental, hábitos de alimentación y obesidad en escolares. Rev. Medica electrónica .(1987).pág. 2 recuperado en:

<http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/caries-dental-habitos-alimentacion-obesidad-infantil/2/> Consulta 15 de junio de 2017

Parella Stracuzzi, Martins Filiperto Metodología de la Investigación Cuantitativa. FEDUPEL(2010). 3ª Edición, Caracas Venezuela.

Pacají Paola (2015) Trabajo de grado. Relación de la situación socioeconómica familiar con la pérdida prematura de dientes temporales por caries dental en los niños de la escuela “General Pintag” de la comunidad Cumbijín durante el año 2015, para optar al título de Trabajo de Titulación presentado como requisito para la obtención del título de Especialista en Atención Primaria de la Salud, Colegios de Posgrados de la Universidad San Francisco de Quito, Ecuador

Portes Alejandro y Hoffman, Kelly (2001) Las estructuras de clase en América Latina composición y cambios durante la época neoliberal, Oxford University Press New York: United Nations. USA.

Quinceno, J.y Vinaccia, S.(2008). Calidad de Vida Relacionada con la Salud Infantil: Una aproximación conceptual. Rev Psicología y Salud; 18 (1),37-44. S

Rick, Alan. (2011) Caries dental, cavidades y deterioro dental. p.2-4 Recuperado de:
<http://www.med.nyu.edu/content?ChunkIID=103446#symptoms> Consulta: 10 de junio de 2017

Rodríguez Melián, Annette Álvarez González, Luis Miguel García Melián, C. Maricel Alonso María de los Ángeles (2012) Evaluación del estado nutricional en niños de la comunidad "Los Naranjos", Carabobo, Venezuela (2012 Rev Cubana Hig Epidemiol vol.50 no.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2012

Rojas B. Guillermo (2011) Las clases sociales en Karl Marx y Max Weber: elementos para una comparación Centro de Estudios y Educación Popular germinal Documentos de trabajo N° 11. Asunción Paraguay

Sánchez de Medina (2009) Determinación de riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados. Revista científica de América Latina, el caribe, España y Portugal. Vol. 12, No. 22, (jun. 2009); p. 126. Recuperado en:
<http://www.redalyc.org/pdf/877/87722109.pdf> Consulta 10 de Junio de 2017

Sánchez Fernández Bernal C. (2007) Educación para la salud. An Pediatra Contin Madrid España

Tamayo y Tamayo M (2010) El proceso de la Investigación Científica. Editorial Limusa, México.

Torres Gilmer, Blanco Victorio, Vargas Virginia, Chávez Manuel y Apaza Sonia (2015) en la investigación Impacto de la caries de la infancia temprana en la calidad de vida relacionada a la salud bucal en niños peruanos menores de 71 meses de edad, realizada en la Facultad de Odontología, Universidad Mayor de San Marcos, Lima Perú.

ANEXOS

Anexo "A" Cuadro de Operacionalización de variables

Objetivo general: Explicar la influencia de los estratos sociales D y E sobre la salud bucodental en los pacientes infantiles que acuden a la clínica III durante el periodo 2017II en la Universidad José Antonio Páez.

Variables	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Items	Instrumentos
Estratos sociales	Grupo de individuos que comparten una característica común que los vincula social o económicamente, sea por su función productiva o social, poder adquisitivo o económico	Factores Socioeconómicos D y E	Vivienda Servicios básicos de la vivienda Condiciones ambientales del hogar Nivel de ocupación del representante del hogar Consumo de Alimentos Higiene Bucal Salud Estructura familiar Acceso a los Centros de salud dental Escolaridad Ingresos del hogar Religión Cultura	1,2 3,4 5 6,7 8,9 10,11 12 13,14 15,16 17,18 19,20 21 22	Cuestionario
Salud bucodental	Estado de normalidad y funcionalidad eficiente de los dientes, estructuras de soporte y de los huesos, articulares, mucosas, músculos, todas las partes de la boca y cavidad bucal, relacionadas con la masticación, comunicación oral y músculo facial.	Epidemiología	Edad Sexo	1,2	Guía de Observación
		Índice de Caries	CPOD ceo	3	
		Índice de Higiene Bucal	Buena higiene bucal: 0.0-1.2 Discreta higiene bucal: 1.3-3.0 Pobre higiene bucal: 3.1-6.0	4	
		Régimen Dietético	Bajo riesgo cariogénico: 10-33 Moderado riesgo cariogénico: 34-79 Alto riesgo cariogénico: 80-144	5	

Fuente: López, Pérez (2017)



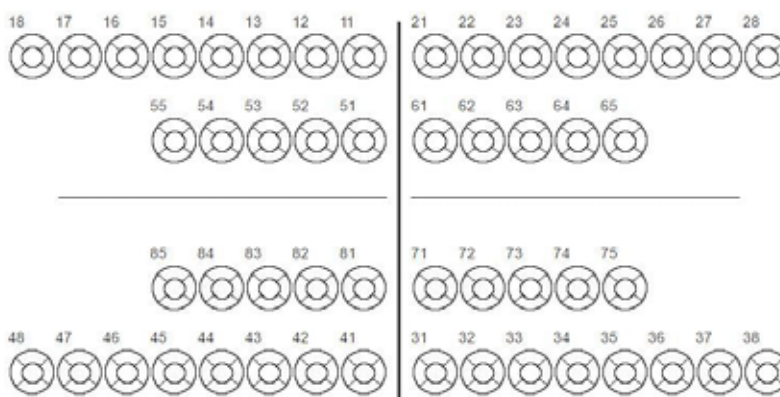
REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

INSTRUMENTO
Guía de Observación

1. **Sexo:** F___ M___

2. **Edad** ____

3. **Índice de Caries**



CPOD_____

C___ **E**___ **EI**___ **O**___ **S**___

ceo _____

c___ **ei**___ **o**___

4. Índice de higiene oral simplificado (IHOS)

16/55	11/51	26/65		16/55	11/51	26/65
46/85	31/71	36/75		46/85	31/71	36/75

IMA _____ IC _____ IHOS _____

5. Registro dietético (IHOS)

Grado de Cariogenicidad	Frecuencia			Ocasión		
	Nunca	2 o más veces a la semana	1 vez al día	2 o más veces al día	Con las comidas	Entre las comidas
Bebidas azucaradas						
Masas No Azucaradas						
Caramelos						
Masas Azucaradas						
Azúcar						

Grado cariogénico _____



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
 UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

INSTRUMENTO

CUESTIONARIO

N°	Ítems	SI	NO
1	¿Posee vivienda?		
2	¿Su vivienda está ubicada en área urbana?		
3	¿Su vivienda posee los servicios básicos: de agua, energía eléctrica?		
4	¿Su vivienda posee baño o pozo séptico?		
5	¿Posee ventilación las áreas de la casa?		
6	¿El representante del hogar labora?		
7	¿El representante del hogar cubre las necesidades básicas del hogar?		
8	¿Consumen alimentos diariamente?		
9	¿Consumen una dieta balanceada?		
10	¿Aplican la técnica del cepillado después de cada comida?		
11	¿Tiene conocimiento de los métodos de higiene bucal?		
12	¿Los integrantes de la familia son sanos?		
13	¿Los niños viven con los padres?		
14	¿Quiénes habitan, conforman una familia: padre, madre, hermanos?		
15	¿Tiene acceso a los centros de salud bucal?		
16	¿Recibe información periódica sobre los planes de salud de los centros de salud pública?		
17	¿Los integrantes de la familia poseen escolaridad?		
18	¿Los niños asisten a entidades educativas?		
19	¿El ingreso del hogar corresponde al salario mínimo?		
20	¿Recibe alguna pensión monetaria por parte del estado?		
21	¿Los integrantes de la familia practican alguna creencia religiosa?		
22	¿Los niños practican alguna actividad cultural?		

Fuente: López, Pérez (2017)



FORMATO PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTOS SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

A continuación se le presenta una serie de categorías para validar los ítemes que conforman este instrumento, en cuanto a cuatro aspectos específicos, para ello sírvase marcar con una X en la alternativa que Ud. considere correcta

TÍTULO DEL TRABAJO: INFLUENCIA DE LOS ESTRATOS SOCIALES D Y E SOBRE LA SALUD BUCODENTAL EN LOS PACIENTES INFANTILES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE III

AUTORES: López Oldenburg Vanessa De Los Ángeles, Pérez Sánchez Yordana Vanessa

CRITERIOS	PERTINENCIA		CLARIDAD (redacción)		COHERENCIA (correspondencia)		DECISION		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Si	No	otro
1	✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		
6	✓		✓		✓		✓		
7	✓		✓		✓		✓		
8	✓		✓		✓		✓		
9	✓		✓		✓		✓		
10	✓		✓		✓		✓		
11	✓		✓		✓		✓		
12	✓		✓		✓		✓		
13	✓		✓		✓		✓		
14	✓		✓		✓		✓		
15	✓		✓		✓		✓		
16	✓		✓		✓		✓		
17	✓		✓		✓		✓		
18	✓		✓		✓		✓		
19	✓		✓		✓		✓		
20	✓		✓		✓		✓		
21	✓		✓		✓		✓		
22	✓		✓		✓		✓		

OBSERVACIONES:

VALIDEZ DE INSTRUMENTO:

APLICABLE: NO APLICABLE:

APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES:

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	C.I.	Firma
Kennia Alcalá	12615369	
Profesión	Nivel Académico	Fecha
Odontólogo	Magister	29/9/2014



FORMATO PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTOS SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

A continuación se le presenta una serie de categorías para validar los ítemes que conforman este instrumento, en cuanto a cuatro aspectos específicos, para ello sirvase marcar con una X en la alternativa que Ud. considere correcta

TÍTULO DEL TRABAJO: _____

AUTORES: _____

CRITERIOS	PERTINENCIA (Oportunidad Conveniencia)		CLARIDAD (redacción)		COHERENCIA (Correspondencia)		DECISION		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	dejar	modificar	quitar
1	✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		
6	✓		✓		✓		✓		
7	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9	/	/	/	/	/	/	/	/	/
10	/	/	/	/	/	/	/	/	/

OBSERVACIONES: _____

VALIDEZ DE INSTRUMENTO:

APLICABLE: X NO APLICABLE: _____

APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	C.I	Firma
<i>Kenneth Alcalá</i>	<i>12 618 369</i>	<i>[Firma]</i>
Profesión	Nivel Académico	Fecha
<i>Odontólogo</i>	<i>Magister</i>	<i>29/9/2017</i>



FORMATO PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTOS SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

A continuación se le presenta una serie de categorías para validar los ítems que conforman este instrumento, en cuanto a cuatro aspectos específicos, para ello sírvase marcar con una X en la alternativa que Ud. considere correcta

TÍTULO DEL TRABAJO: INFLUENCIA DE LOS ESTRATOS SOCIALES D Y E SOBRE LA SALUD BUCODENTAL EN LOS PACIENTES INFANTILES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE III

AUTORES: López Oldenburg Vanessa De Los Ángeles, Pérez Sánchez Yordana Vanessa

CRITERIOS Ítems	PERTINENCIA (Oportunidad Conveniencia)		CLARIDAD (redacción)		COHERENCIA (Correspondencia)		DECISION		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	dejar	modificar	quitar
1	X		X		X		X		
2	X		X		X		X		
3	X		X		X		X		
4	X		X		X		X		
5	X		X		X		X		
6	X		X		X		X		
7	X		X		X		X		
8	X		X		X		X		
9	X		X		X		X		
10	X		X		X		X		
11	X		X		X		X		
12	X		X		X		X		
13	X		X		X		X		
14	X		X		X		X		
15	X		X		X		X		
16	X		X		X		X		
17	X		X		X		X		
18	X		X		X		X		
19	X		X		X		X		
20	X		X		X		X		
21	X		X		X		X		
22	X		X		X		X		

OBSERVACIONES: _____

VALIDEZ DE INSTRUMENTO:

APLICABLE: NO APLICABLE:

APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	C.I	Firma
Heylin Ollagares	13900825	
Profesión	Nivel Académico	Fecha
odontólogo	especialista	29/9/17



FORMATO PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTOS SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

A continuación se le presenta una serie de categorías para validar los ítemes que conforman este instrumento, en cuanto a cuatro aspectos específicos, para ello sírvase marcar con una X en la alternativa que Ud. considere correcta.

TÍTULO DEL TRABAJO: INFLUENCIA DE LOS ESTRATOS SOCIALES D Y E SOBRE LA SALUD BUCODENTAL EN LOS PACIENTES INFANTILES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE III

AUTORES: López Oldenburg Vanessa De Los Angeles, Pérez Sánchez Yordana Vanessa

CRITERIOS Ítem	PERTINENCIA (Oportunidad Conveniencia)		CLARIDAD (redacción)		CÓHERENCIA (Correspondencia)		DECISIÓN		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	dejar	modificar	eliminar
1	✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		
6	✓		✓		✓		✓		
7	✓		✓		✓		✓		
8									
9									
10									

OBSERVACIONES: _____

VALIDEZ DE INSTRUMENTO:

APLICABLE: _____ NO APLICABLE: _____

APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	C.I	Firma
Keylin Villarides	13900875	
Profesión	Nivel Académico	Fecha
odontólogo	especialista	29/9/17



FORMATO PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTOS SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

A continuación se le presenta una serie de categorías para validar los ítemes que conforman este instrumento, en cuanto a cuatro aspectos específicos, para ello sírvase marcar con una X en la alternativa que Ud. considere correcta

TITULO DEL TRABAJO: INFLUENCIA DE LOS ESTRATOS SOCIALES D Y E SOBRE LA SALUD BUCODENTAL EN LOS PACIENTES INFANTILES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE III

AUTORES: López Oldenburg Vanessa De Los Angeles, Pérez Sánchez Yordana Vanessa

CRITERIOS Ítem	PERTINENCIA (Oportunidad Conveniente)		CLARIDAD (Redacción)		COHERENCIA (Correspondencia)		DECISION		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	dejar	mejorar	quitar
1	✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		
6	✓		✓		✓		✓		
7	✓		✓		✓		✓		
8	✓		✓		✓		✓		
9	✓		✓		✓		✓		
10	✓		✓		✓		✓		
11	✓		✓		✓		✓		
12	✓		✓		✓		✓		
13	✓		✓		✓		✓		
14	✓		✓		✓		✓		
15	✓		✓		✓		✓		
16	✓		✓		✓		✓		
17	✓		✓		✓		✓		
18	✓		✓		✓		✓		
19	✓		✓		✓		✓		
20	✓		✓		✓		✓		
21	✓		✓		✓		✓		
22	✓		✓		✓		✓		

OBSERVACIONES _____

VALIDEZ DE INSTRUMENTO

APLICABLE: NO APLICABLE: _____

APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	C.I	Firma
<i>Eglis Acos Barreto</i>	<i>4.131.694</i>	<i>Eglis</i>
Profesión	Nivel Académico	Fecha
<i>Odontólogo</i>	<i>Especialista Odontol.</i>	<i>29. 09. 17</i>



FORMATO PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTOS SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

A continuación se le presenta una serie de categorías para validar los ítems que conforman este instrumento, en cuanto a cuatro aspectos específicos, para ello sírvase marcar con una X en la alternativa que Ud. considere correcta

TITULO DEL TRABAJO: INFLUENCIA DE LOS ESTRATOS SOCIALES D Y E SOBRE LA SALUD BUCODENTAL EN LOS PACIENTES INFANTILES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE III

AUTORES: López Oldenburg Vanessa De Los Angeles, Pérez Sánchez Yordana Vanessa

CRITERIOS Ítems	PERTINENCIA (Oportunidad Conveniencia)		CLARIDAD (redacción)		COHERENCIA (Correspondencia)		DECISION		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	dejar	modificar	quitar
1	✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		
6	✓		✓		✓		✓		
7									
8									
9									
10									

OBSERVACIONES: _____

VALIDEZ DE INSTRUMENTO:

APLICABLE: NO APLICABLE: _____

APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	C.I	Firma
<i>Egdes Diaz Barreto</i>	<i>4 131694</i>	<i>Egdes</i>
Profesión	Nivel Académico	Fecha <i>29-09-17</i>
<i>odontólogo</i>	<i>Especialista odontol.</i>	

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	x	x-Md	(x-Md) ²		
1	0	1	1	1	1	1	0	1	1															30	25,43	646,93		
2	1	0	1	1	1	1	1	1	1															31	26,43	698,80		
3	0	1	1	1	0	0	0	1	0															27	22,43	503,32		
4	1	0	0	1	0	0	1	1	0															5	0,43	0,19		
5	1	0	1	1	0	0	0	0	0															4	-0,57	0,32		
6	1	0	1	1	0	0	1	0	0															5	0,43	0,19		
7	0	0	0	0	1	1	0	0	0															3	-1,57	2,45		
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0															0	-4,57	20,84		
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0														0	-4,57	20,84		
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0														0	-4,57	20,84		
	4	2	5	6	3	3	3	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	7	3	105	59,35	1914,72
SI	1																											
NO	0																											
p	0,17	0,09	0,22	0,26	0,13	0,13	0,13	0,17	0,09	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,30	0,13			
q	0,83	0,91	0,78	0,74	0,87	0,87	0,87	0,83	0,91	0,87	0,87	0,87	0,87	0,87	0,87	0,87	0,87	0,87	0,87	0,87	0,87	0,87	0,87	0,70	0,87			
p*q	0,14	0,08	0,17	0,19	0,11	0,11	0,11	0,14	0,08	0,11	0,11	0,11	0,11	0,11	0,11	0,11	0,11	0,11	0,11	0,11	0,11	0,11	0,11	0,21	0,11			
	2,61						0,4							Kr2	0,83													
$t^2 =$	87			k/k-1	1																							
El instrumento aplicado arrojo una confiabilidad de 0,83, siendo elevado la confiabilidad, se aplico el Coeficiente de Kuder Richardson KR20 para preguntas dicotomicas cuya expresion matematicas es:																												
Donde K= N° de Items														P= proporción de si														