



**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

**INCIDENCIA DE CARIES DENTAL EN PACIENTES DE 3 A 6 AÑOS  
COMO HALLAZGO PRESUNTIVO DE NEGLIGENCIA EN EL  
PREESCOLAR EL MORRO**

**Autores**

**Miguel Montilla CI: 21.061.214**

**Andrés Salas CI: 26.749.982**

**San Diego, Agosto del 2018**



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

**INCIDENCIA DE CARIES DENTAL EN PACIENTES DE 3 A 6 AÑOS  
COMO HALLAZGO PRESUNTIVO DE NEGLIGENCIA EN EL  
PREESCOLAR EL MORRO**

Autores:

Miguel Montilla CI 21.061.214  
Andrés Salas CI 26.74.9982

Tutor metodológico:  
Profesor José Gesime

Tutor de contenido:  
Profesor Luis Moyetones

**San Diego, Agosto del 2018**



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

San Diego, Julio 2018

### **ACTA DE REVISIÓN DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO**

Quienes suscriben esta Acta, dejan constancia que el Proyecto de Trabajo de Grado: **INCIDENCIA DE CARIES DENTAL EN PACIENTES DE 3 A 6 AÑOS COMO HALLAZGO PRESUNTIVO DE NEGLIGENCIA EN EL PREESCOLAR EL MORRO,** Ha sido revisado y, cumpliendo con los requisitos exigidos para su aprobación, recomiendan su tramitación ante el organismo académico correspondiente.

Nombre del Tutor Académico.	Firma	Fecha
Luis Moyetones		



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**PLANILLA SOLICITUD: ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO**

<b>DATOS PERSONALES</b>		
Apellidos: Montilla Pérez	Nombres: Miguel Alejandro	C.I 21.061.214
Dirección: San Diego-Carabobo. Residencias Terrazas De San Diego, Torre 19, Apartamento 19-28		Teléfono 0414-7338509
Datos académicos		
Escuela: Odontología		Índice Académico: 10,53
Autores: Nombre: Montilla Miguel      Teléfono: 0414-7338509 Nombre: Salas Andrés      Teléfono: 0424-7680989		
<b>Título del trabajo: INCIDENCIA DE CARIES DENTAL EN PACIENTES DE 3 A 6 AÑOS COMO HALLAZGO PRESUNTIVO DE NEGLIGENCIA EN EL PREESCOLAR EL MORRO</b>		
Breve explicación: La investigación que se va a desarrollar tiene como objetivo: Determinar la incidencia de caries dental en pacientes de 3 a 6 años como hallazgo presuntivo de negligencia odontológica en el preescolar El Morro. Para tal fin, se planteó una investigación analítica, con diseño de campo, donde se estudiará a los alumnos del preescolar cuya edad está comprendida entre 3 y 6 años. En el proceso se aplicarán las técnicas de observación a los pacientes y la entrevista y encuesta a los padres y representantes. Se utilizarán instrumentos estandarizados y muy utilizados en odontología, así como también, se diseñará un cuestionario para la encuesta.		
Lugar donde se Desarrolla el Proyecto: Centro de Educación Inicial El Morro, ubicado en el municipio San Diego, Estado Carabobo.		
Tiempo de Desarrollo: Seis meses		
Tutor Académico Propuesto: OD Luis Moyetones		

**APROBADO** \_\_\_\_\_ **NO APROBADO** \_\_\_\_\_

**COMITÉ DE EVALUACIÓN**  
**Coordinación de Pasantía y Trabajo de Grado**

Nombre	Firma	Fecha
Dirección de Escuela		
Nombre	Firma	Fecha



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**PLANILLA SOLICITUD: ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE  
TRABAJO DE GRADO**

<b>DATOS PERSONALES</b>		
Apellidos: Salas Pírela	Nombres: Andrés Eduardo	C.I: 26.749.982
Dirección: San diego-Carabobo residencias terrazas de sandiego, torre 19, apartamento 19-28		Teléfono: 0424-7680989
Datos académicos		
Escuela: <b>Odontología</b>		Índice Académico
Autores: Nombre: Montilla Miguel      Teléfono: 0414-7338509 Nombre: Salas Andrés Teléfono: 0424-7680989		
Título del trabajo: <b>INCIDENCIA DE CARIES DENTAL EN PACIENTES DE 3 A 6 AÑOS COMO HALLAZGO PRESUNTIVO DE NEGLIGENCIA EN EL PREESCOLAR EL MORRO</b>		
Breve explicación: La investigación que se va a desarrollar tiene como objetivo Determinar la incidencia de caries dental en pacientes de 3 a 6 años como hallazgo presuntivo de negligencia odontológica en el preescolar El Morro. Para tal fin, se planteó una investigación analítica con diseño de campo donde se estudiara a los alumnos del preescolar cuya edad está comprendida entre 3 y 6 años. En el proceso se aplicaran las técnicas de observación a los pacientes y la entrevista y encuesta a los padres y representantes. Se utilizaran instrumentos estandarizados y muy utilizados en odontología, así como también, se diseñara un cuestionario para la encuesta.		
Lugar donde se Desarrolla el Proyecto: Centro de Educación Inicial El Morro, ubicado en el municipio San Diego, Estado Carabobo.		
Tiempo de Desarrollo: Seis meses		

**COORDINADOR DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO**

Materias o áreas del conocimiento del pensum que intervienen en la realización del  
proyecto (Enumérelas)

**Línea de investigación: Odontología Clínica.**

# ÍNDICE GENERAL

## CONTENIDO

### CAPÍTULO

I.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:.....	9
1.1	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:.....	15
1.2	OBJETIVOS:.....	15
1.2.1	OBJETIVO GENERAL.....	15
1.2.2	OBJETIVO ESPECIFICO. ....	15
1.3	JUSTIFICACIÓN:.....	16
1.4	SISTEMA DE VARIABLES Y OPERALIZACION.....	18
II.	MARCO TEÓRICO	
2.1	ANTECEDENTES.....	20
2.2	BASES TEÓRICAS .....	22
2.3	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	23
2.4	BASES LEGALES:.....	29
III.	MARCO METODOLÓGICO	
3.1	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:.....	34
3.2	TIPO DE INVESTIGACIÓN:.....	34
3.3	POBLACIÓN Y MUESTRA:.....	35
3.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTÓ DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	36
IV.	RECURSOS.....	40
	REFERENCIAS.....	41

## **DEDICATORIA**

A mis amados padres Homero Salas y Xiomara Pirela que han sido los pilares de mi vida que me han motivado a lograr esta meta

Mis hermanos Homero Salas y Kelly Urdaneta Pirela que han sido mi apoyo durante este camino

Mi abuela Carmen Simancas que siempre ha creído en mi para ser capaz de cualquier logro

## **AGRADECIMIENTOS**

Le agradezco a Dios que me ha brindado la fuerza la voluntad y sabiduría para este camino que he recorrido, por brindarme la oportunidad de estudiar y brindarme todo lo necesario para finalizar esta meta colocándome retos y soluciones los cuales me han hecho crecer como persona y humano.

Mi padre que fue el sustento de este logro que me dio la confianza y oportunidad de perseguir un sueño el cual apenas comienza.

Mi madre que siempre preocupada por todo lo que acontecía en mi vida a pesar de los kilómetros

Mi hermano diligente y solvente ante cualquier preámbulo siempre cómplice de mi vida.

Mi hermana consentidora pero con carácter, ella que siempre me ha incentivado a conocer y soñar el mundo.

Mi abuela que ha sido la doña que siempre ha estado para mí creyendo en todo cuando nadie más lo hizo con sus sabios consejos que le han brindado sus hermosos años.

Mis demás familiares que fueron un apoyo cuando se necesitó una mano.

Mis amigos que fueron la familia que yo elegí durante el trascurso de mi carrera que siempre presente ante cualquier adversidad y en los buenos momentos de alegrías.



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

**INCIDENCIA DE CARIES DENTAL EN PACIENTES DE 3 A 6 AÑOS  
COMO HALLAZGO PRESUNTIVO DE MALTRATO POR NEGLIGENCIA  
EN EL PREESCOLAR EL MORRO**

Autores: Montilla Miguel Pérez Alejandro

Tutor: OD. Luis Moyetones

**RESUMEN INFORMATIVO**

La investigación que se va a desarrollar tiene como objetivo: Determinar la incidencia de caries dental en pacientes de 3 a 6 años como hallazgo presuntivo de negligencia odontológica en el preescolar El Morro. Para tal fin, se planteó una investigación analítica con diseño de campo donde se estudiará a los alumnos del preescolar cuya edad está comprendida entre 3 y 6 años. En el proceso se aplicarán las técnicas de observación a los pacientes y la entrevista y encuesta a los padres y representantes. Se utilizarán instrumentos estandarizados y muy utilizados en odontología, así como también, se diseñara un cuestionario para la encuesta.

**Palabras clave:** Incidencia de caries, caries de infancia temprana, negligencia.

## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **1.1. Planteamiento del problema.**

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 (Palomer, 2006). Es una enfermedad de alta prevalencia en todo el mundo y actualmente se define como una patología transmisible, en cuyo contagio juega un rol fundamental el *Streptococcus mutans*.

Por tanto, los niños de madres con niveles altos del Estreptococo oral, como resultado de la caries no tratada, tienen mayor riesgo de adquirir el microorganismo en forma más temprana que los niños con madres de niveles más bajos. La transmisión horizontal también se lleva a cabo entre los miembros de la familia y los encargados de cuidar al niño, al realizar actividades que involucran el intercambio de saliva y la adquisición de microorganismos cariogénicos. De hecho, es la enfermedad infecciosa más prevalente en los Estados Unidos, de acuerdo a los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades.

Es importante resaltar que, aunque la incidencia de la caries dental está disminuyendo en los países más industrializados; contrariamente, en los países en vías de desarrollo ha aumentado y eso es preocupante por tratarse de una enfermedad de la niñez y el 80% de los niños del mundo viven en estos países (Morales, 2009). Esto se puede explicar por la utilización del flúor y por la convicción de que si no se atiende oportunamente, afecta la salud general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades.

La caries en infancia temprana (CIT) se presenta entre los dos años y medio y los siete años de edad y es un problema serio de salud pública, que afecta a la población en general (Doria, y Navarro, 2016). Está asociado al nivel socioeconómico, al nivel educativo de la madre y los alimentos ricos en azúcares refinados y carbohidratos fermentables debido al contacto prolongado entre los azúcares de los alimentos o

bebidas consumidas y las bacterias cariogénicas en los dientes susceptibles. La sacarosa (disacárido compuesto de glucosa y fructosa) es el mayor contribuyente de la caries dental, donde muchos de los estreptococos orales, incluyendo el *Streptococcus mutans*, pueden producir glucanos y fructanos por medio de las enzimas glucosiltransferasas y fructosiltransferasas, permitiendo que se acumulen en las superficies dentales y ocasionen la destrucción del esmalte.

La CIT puede ser una forma de caries virulenta ya que comienza poco después de la erupción dental, se desarrolla en las superficies lisas de los órganos dentales, progresa rápidamente y tiene un impacto perjudicial en la dentición (Maldonado, et al., 2016). A diferencia de la caries en dientes permanentes, afecta, por lo general, a los dientes superiores primarios y tiene implicaciones en el estado general de la salud de los niños, ya que crecen a un menor ritmo que los niños libres de caries (Alonso y Karakowsky, 2009).

Algunos niños pueden estar por debajo de su peso debido a problemas asociados a la ingesta de alimentos, entre ellos, al dolor que no les permite masticar. Existe en estos pacientes un desarrollo físico insuficiente, pérdida de días escolares y aumento de días con actividad restringida, dificultad en el aprendizaje y disminución de calidad de vida relacionada con la salud bucal. A medida que la caries dental avanza, se presentan enfermedades periodontales y otras condiciones orales no tratadas que producen dolor espontáneo, inflamación, movilidad anormal, fístulas, patología pulpar, reabsorción patológica externa de la raíz, fracturas de las coronas y abscesos.

La caries, en número abundante e infecciones recurrentes que pueden llevar a la pérdida de dientes, se han señalado como un indicador del maltrato infantil, tan importante como las manifestaciones clínicas que habitualmente expresan la existencia de alguna de sus formas básicas (Doria y Navarro, 2016). Tradicionalmente se han señalado, y hecho énfasis en, los indicadores oro faciales como petequias en el paladar, desgarro en el frenillo labial y lingual, abscesos repetidos, granulomas, ausencia de dientes y enfermedades periodontales porque, aunque no son las más frecuentes, son las que pueden ser vistas y despertar la sospecha en el odontopediatra.

El maltrato infantil, es uno de los problemas que afectan a nuestra sociedad en la actualidad y que cobra importancia cada día más en la consulta odontopediátrica (Fierro, et al., 2012). Este se define como toda agresión u omisión intencional dentro o fuera del hogar contra un menor, antes o después de nacer y que afecte su integridad biopsicosocial, realizada habitual u ocasionalmente por una persona, institución o sociedad, en función de su superioridad física y/o intelectual (Morales, 2009).

De hecho, el maltrato infantil es un problema mundial en materia de salud pública, con graves consecuencias que pueden durar toda la vida; cuya magnitud se desconoce porque, a pesar de las encuestas nacionales, faltan datos acerca de la situación actual en muchos países (OMS, 2016). En diversos países, muchos casos no son reportados e investigados o simplemente no son reconocidos. Las inconsistencias en la clasificación de las muertes infantiles y variables de definición de abuso infantil, hacen que los sistemas de información sean incompletos o limitados (Loredo et al., 2013).

A pesar de esto, se estima que aproximadamente 10% de la población pediátrica puede ser víctima de alguna forma de maltrato y que sólo uno de cada cien niños maltratados recibe atención médica (Rubí, et al., 2015). También se trata de uno de los mayores problemas sociales que afecta a todos los grupos culturales, étnicos y socioeconómicos. Efectivamente, la violencia física es el tipo de maltrato más común y en el 90 % de los casos suelen aparecer lesiones cutáneas como equimosis, excoriaciones, hematomas, heridas, cicatrices, quemaduras y alopecias (Doria y Navarro, 2016). El síndrome del niño maltratado (SNM) es un fenómeno mundial cuyo alcance y frecuencia determinan que sea obligatorio considerarlo como un problema de salud pública (Loredo et al., 2013).

Igualmente en Venezuela, el maltrato infantil constituye un problema de salud pública y existen instrumentos legales como el Código Penal, cuyos artículos 441 al 443 lo califican como un delito. En otros países vecinos de América latina y El Caribe, por el aumento de problemas socioeconómicos, se incrementaron los índices de violencia, colocándose en Colombia y Guatemala, como una de las principales causas

de muerte en el grupo de 5 a 14 años de edad. Los municipios Libertador, Puerto Cabello y Guacara registran las cifras más altas de maltrato infantil (Morales, 2009).

El maltrato infantil es complejo y su estudio resulta difícil porque las estimaciones actuales son muy variables, dependiendo del país y del método de investigación utilizado. Dichas estimaciones dependen de las definiciones utilizadas, el tipo de maltrato infantil estudiado, la cobertura y la calidad de las estadísticas oficiales, así como de las encuestas basadas en los informes de las propias víctimas, los padres o los cuidadores (OMS, 2016). Por lo tanto, es difícil establecer la verdadera incidencia y prevalencia del maltrato infantil.

Ahora bien, el maltrato infantil no solo considera los abusos físicos y psicológicos sino también la desatención de la que son objeto los menores de 18 años (Rubí, et al., 2015). Incluye, por lo tanto, la negligencia que cause o pueda causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder (Morales, 2009).

Esta es la forma más común de maltrato, la negligencia odontológica, definida como la falta deliberada, por parte de padres o tutores, de la búsqueda o seguimiento del tratamiento necesario para asegurar un nivel de salud oral esencial (Requena et al., 2014). Una salud bucal que sirva para desarrollar una función adecuada y garantizar la ausencia de dolor e infección orales, así como otras condiciones de la cavidad oral y estructuras de soporte que causen una mala alimentación, retardo de crecimiento y desarrollo, dificultando la vida diaria del menor (Fierro, et al., 2012).

La negligencia y el descuido dental son los tipos menos conocidos y detectados de maltrato, a pesar de ser los más frecuentes no se ha podido incrementar la capacidad de los dentistas para reconocer y denunciar el maltrato infantil (Doria y Navarro, 2016). Se ha encontrado en diversas investigaciones que los odontólogos no identifican ni reconocen el Maltrato infantil; el cual es subestimado como patología, a pesar de ser conscientes de las responsabilidades médico legales de su trabajo. En la actitud hacia el tema en el área odontológica se observa que no se cumple suficientemente con su rol de protector infantil (Fierro, et al., 2012).

De la misma manera, puede ocurrir que el maltrato sea identificado o reconocido pero de forma tardía. Es decir que se toma la decisión de notificar una situación de desprotección cuando ésta es muy evidente, reincidente y grave, lo que obstaculiza poner en marcha, desde los organismos con competencia en protección infantil, estrategias tanto de prevención como de intervención en ellas.

Esta problemática de negligencia odontológica puede explicarse porque los dentistas generales no demuestran estar preparados para identificar el maltrato infantil, ya que la información con la que cuentan no refuerza su detección clínica (Doria y Navarro, 2016). Más grave aún es el hecho que muchos odontólogos no son conscientes de la responsabilidad penal y legal que tienen de reportar los casos de abuso o maltrato infantil (Fierro, et al., 2012). Hay varias razones para ello, como: falta de conocimiento del tema, poco énfasis en este tema en las universidades, miedo a acusar erróneamente a alguien, falta de una adecuada historia para confirmar las sospechas, falta de apoyo de otros odontólogos y miedo a represalias por parte de la familia del niño (Requena et al., 2014).

La omisión, en la atención odontológica, puede tener consecuencias en el desarrollo del paciente. Se trata de maltrato infantil pasivo porque el adulto permite, conscientemente o no, que no se satisfagan las necesidades esenciales del niño; como la salud oral, que al afectarse tiene consecuencias para su desarrollo integral con repercusiones físicas y psicológicas en el menor (Morales, 2009). Este problema se puede derivar de la falta de remisión a un dentista entrenado en el manejo de niños, por parte de los pediatras que son los primeros profesionales en revisar su cavidad bucal y reconocer lesiones dentales sospechosas (Alonso y Karakowsky, 2009). Si no se realiza la referencia temprana de los niños para evaluación dental alrededor del tiempo de la erupción dental, no se cumple una de las medidas más efectivas para reducir las caries.

Los médicos pediatras, los padres o guardianes del menor, no entienden su papel en la educación de la salud bucal y no están conscientes de la naturaleza infecciosa y transmisible de la bacteria que causa la caries de la infancia temprana, los factores de riesgo asociados a ella, los métodos de valoración de riesgo de la salud oral,

la guía anticipatoria y las decisiones apropiadas respecto a intervenciones efectivas y a tiempo, así como la remisión apropiada.

Los niños que sufren negligencia, generalmente, reciben también otros tipos de maltrato, reciben mensajes que les indica que no son dignos de amor y de respeto, y son posibles sujetos de castigos físicos (Rubí, et al., 2015). Se ha observado que los niños que sufren del maltrato psicológico por negligencia, son muy temerosos y ansiosos; y toda experiencia nueva, aunque sean positivas, les provocan excitación y ansiedad desmedida (Requena et al., 2014). Lo más preocupante es que los niños maltratados hoy, se convertirán en adultos problemáticos y agresivos en un futuro.

Por lo anterior, se plantea hacer una investigación analítica que responda las siguientes interrogantes:

¿Cuál es el grado de afectación y las causas de caries dental en niños que asisten al preescolar El Morro?

¿Cuáles son los factores relacionados con los niños, sus grupos familiares y comunidad que los hacen más propensos a la negligencia odontológica?

¿Qué relación tienen los factores que incrementan el riesgo de negligencia dental con la incidencia de caries dental?

Es importante resaltar que se trata de una investigación analítica porque intentara separar por partes o elementos el problema para observar los elementos que están relacionados y que ocasionan las caries dentales, así como también, efectos que este problema puede generar en el desarrollo integral de los niños.

En este sentido, se pretende identificar la enfermedad, la cantidad de niños afectados, la magnitud o gravedad de los casos, así también, será necesario revisar los hábitos de limpieza, el uso de dentífrico, la frecuencia y calidad del cepillado, los antecedentes familiares, entre otros factores. Seguidamente, se examinarán las condiciones socioeconómicas de los hogares y la comunidad donde viven los niños como factores que pueden incidir en el riesgo de sufrir negligencia odontológica de manera que, al final, se pueda evaluar la relación causal que puede existir entre estos factores y la prevalencia de caries dental.

En principio, de manera tentativa, se pueden mencionar algunas actividades que se pretenden realizar para lograr estos objetivos: se realizarán exámenes clínicos intraorales a los niños del preescolar El Morro, se encuestará a los padres y representantes sobre la información o conocimientos que ellos tienen sobre cuidados de higiene oral y preventivos de caries dental, esta información y la actitud de los padres hacia los niños, se confrontará con preguntas que se le harán a los pacientes, se estimará el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) por medio de odontogramas e historias clínicas de los niños para conocer el grado de afectación de caries, se harán visitas a la comunidad y los hogares para observar las condiciones físicas y sanitarias de las viviendas, se harán análisis comparativos de la frecuencia de la enfermedad y los factores de riesgo, se elaborarán gráficos y tablas con sus respectivos análisis para mostrar la correspondencia entre éstos y la prevalencia de la enfermedad, entre otras actividades que se estimen sean útiles para la investigación.

#### **1.1.1. Formulación del problema.**

¿Cuáles son las causas de la caries dental, en niños del preescolar El Morro, que pueden ser indicadores de negligencia odontológica?

### **1.2 Objetivos:**

#### **1.2.1 Objetivo general.**

Determinar la incidencia de caries dental en pacientes de 3 a 6 años como hallazgo presuntivo de negligencia odontológica en el preescolar El Morro.

#### **1.2.2. Objetivos específicos:**

- Detectar la incidencia de la caries dental en pacientes de 3 a 6 años en el preescolar El Morro.
- Examinar las condiciones socioeconómicas del hogar como factores que incrementan el riesgo de negligencia dental en niños que asisten al preescolar El Morro.
- Evaluar la etiología de caries dental en pacientes de 3 a 6 años como hallazgo presuntivo de negligencia en el preescolar El Morro.

### **1.3 Justificación.**

Este trabajo de investigación es significativo porque es necesario conocer las consecuencias de la caries dental, debido a que esta enfermedad puede conducir a otras patologías como: pérdida y mal posición dentaria. Esto es sumamente importante en la salud y el desarrollo integral de los niños, entendiéndose este como el comprendido por el desarrollo psicológico, social y sistémico. En este sentido, se pueden prevenir las consecuencias que se pueden desencadenar como el trauma que puede causar el dolor, los problemas de estética o la apariencia de sus dientes y por la ocurrencia de alguna infección que sea pueda difuminar y afectar su salud en forma general.

La información nueva que puede aportar esta investigación es el estudio de los factores que pueden aumentar la ocurrencia de la caries en infantes pero vista como una patología que puede, o tiende a, ser causada por el descuido, la falta de atención y negligencia de los padres o representantes hacia los niños y esto es grave. Los padres o personas que son responsables de los menores de edad deberían estar informados sobre los problemas de salud que pueden ocasionar las caries dentales y por ello, en este trabajo se plantea la necesidad de investigar los factores que causan esta enfermedad y que están estrechamente relacionados con la falta de información y sensibilización de las personas que tienen la obligación de velar por la salud e integridad de los niños.

Este proyecto se enfoca en los niños porque forman parte de los grupos más vulnerables de la población, son seres dependientes e indefensos y no pueden cuidar de su salud bucal, por lo tanto, no son conscientes de las graves consecuencias que pueden sufrir durante toda su vida. Por lo anterior, necesitan que se detecte el problema y llamar la atención a los tutores y responsables del cuidado para evitar todos estos trastornos, poseer una buena higiene bucal y prevenir más daños a su salud en un futuro.

A manera de precisar mejor el alcance de esta investigación se señalan sus aportes:

- Teórico: Es un trabajo que permitirá determinar cuáles son los factores que existen en el contexto donde se desenvuelve el niño y que están relacionados con la omisión o el descuido de los padres y representantes de los niños hacia el cuidado de la salud bucal y la prevención de caries.
- Metodológico: Este trabajo permite aplicar los conocimientos teóricos, adquirir destrezas y perfeccionar las técnicas y procedimientos aprendidos a través de una investigación de campo.
- Institucional (UJAP): Esta experiencia puede despertar el interés de otros estudiantes de odontología de la UJAP para investigar sobre la realidad, obtener nuevos conocimientos en el campo de la realidad social y ahondar más en las relaciones del rol del odontólogo como orientador y protector de la salud bucal de la población. Esta investigación dentro de un plantel escolar permitirá conocer la realidad sobre la salud odontológica del entorno de la universidad y enriquecer su preparación y formación profesional.
- Social: Es una oportunidad para que la población de la Comunidad educativa del preescolar, sea atendida y sus problemas de salud sean resueltos por estudiantes y profesores formados en carreras de gran relevancia y pertinencia. Especialmente, en la actualidad, porque la crisis socioeconómica del país afecta en gran medida a la población; es cuando más se necesita aunar esfuerzos desde todos los sectores para dar respuesta a las necesidades más apremiantes.

#### 1.4. Sistema de Variables y Operacionalización.

**Cuadro N° 1.**  
**Identificación y Definición de las Variables**

<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>
Detectar la prevalencia y etiología de la caries dental en pacientes de 5 a 7 años en el preescolar El Morro.	• Prevalencia y etiología de la caries dental	Es la proporción de individuos de una población que presentan caries dental en un momento, o periodo de tiempo, determinado. Esta enfermedad es de etiología multifactorial: condiciones presentes en la boca, nutrición, herencia, microorganismos y tiempo.
Examinar las condiciones socioeconómicas del hogar y comunidad como factores que incrementan el riesgo de negligencia dental en niños que asisten al preescolar El Morro.	Condiciones socioeconómicas como factores de riesgo de caries dental	Característica que clasifica a la población en grupos sociales que se obtienen de la combinación de las variables económicas del Censo: profesión, situación profesional, rama de actividad y relación con la actividad, entre otros, que pueden actuar de manera individual o combinada para aumentar la propensión de los niños a la negligencia odontológica.
Evaluar la prevalencia de caries dental en pacientes de 5 a 7 años como hallazgo presuntivo de maltrato por negligencia en el preescolar El Morro.	Prevalencia de caries como hallazgo de negligencia odontológica	El número total de personas que presentan síntomas o padecen la caries 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. como consecuencia de la falta de cuidado, aplicación y diligencia de una persona en lo que hace, en especial en el cumplimiento de una obligación

**Fuente:** Montilla. M, Salas. A (2018)

**Cuadro No. 2**  
**Operacionalización de Variables**

<b>VARIABLES</b>	<b>DIMENSIÓN.</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ITEMS</b>
Incidencia de caries dental	CLÍNICA: Signos y síntomas Condiciones de la boca Nutrición Herencia Placa	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Dientes primarios cariados</li> <li>· Dientes primarios con indicación de extracción</li> <li>· Dientes primarios obturados</li> <li>· Presencia de placa bacteriana</li> <li>· Caries rampante</li> <li>· Infección</li> <li>· Dolor</li> <li>· Sangrado</li> </ul>	Ficha odontológica (Extraída de la historia clínica)
Condiciones socioeconómicas como factores de riesgo de negligencia dental	CONDICIONES  Laboral Educativa Hogar	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Jornada laboral</li> <li>· Ingresos</li> <li>· Nivel Educativo</li> <li>· Viviendas con servicios básicos</li> <li>· Presencia de instituciones de asistencia odontológica</li> <li>· Programas de salud bucal</li> </ul>	Encuestas II.1 a II.4  III.1 a III.7  IV.1 a IV.3
Etiología de caries como hallazgo de negligencia odontológica	ESTADÍSTICAS  Presencia de signos y síntomas no tratados  Nivel de información de los padres  Interés que prestan los padres	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Técnicas del cepillado</li> <li>· Uso de enjuague bucal</li> <li>· Uso de hilo dental</li> <li>· Presencia de placa bacteriana</li> <li>· Higiene bucal</li> <li>· Merienda</li> <li>· Lactancia materna exclusiva</li> <li>· Antecedentes familiares de caries</li> <li>· Ingesta de carbohidratos</li> <li>· Frecuencia de visita al odontólogo</li> </ul>	Ficha odontológica (Extraída historia clínica)

**Fuente:** Montilla. M, Salas. A (2018)

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

El marco teórico, es el pilar fundamental de una investigación pues constituye la base donde se sustentarán los análisis, permitirá la interpretación de resultados y, finalmente, la formulación de las conclusiones. Generalmente, trata los antecedentes o marco referencial, las consideraciones teóricas del tema de investigación y los aspectos legales que permitirán comprender el tema de estudio.

#### **2.1. Antecedentes de la Investigación.**

Los antecedentes de la investigación han sido desarrollados a través de la revisión de trabajos que presentan correspondencia con el tema, los cuales servirán de soporte a lo que se pretende estudiar. Para desarrollar el presente proyecto, se hace necesario revisar el nivel de estudio que poseen las variables, por lo cual se hace un análisis de los trabajos previos sobre caries de infancia temprana, maltrato infantil, negligencia dental y factores de riesgo.

Requena A., Robles N. y E. Lara (2014) en su trabajo titulado “Afectación de la Salud Oral en Niños que padecen Maltrato Infantil: Reporte de Caso” Universidad Autónoma del Estado de México”. Se plantearon como objetivo general conocer las repercusiones que el abandono deja en el aparato estomatognático de un niño, provocadas por la falta de atención física, médica, educativa y emocional, que tendrán consecuencias en su desarrollo.

Se presenta un estudio de caso a quien se le practica inspección clínica, estudio radiográfico, valoración del estado general de salud de la paciente; un plan preventivo: control de placa dentobacteriana, técnica de cepillado, detartraje, profilaxis dental; posteriormente extracción de los dientes. Se evidencio negligencia odontológica como la omisión en la atención odontológica con las consecuencias en su desarrollo: mal posición dental, perdida dental prematura con la erupción precoz de los dientes permanentes; apiñamiento dental e hipoplasia de un diente, anomalías que contribuyen

a que el desarrollo general se vea disminuido. Las repercusiones del maltrato, en forma de abandono, que sufrió la paciente dejó secuelas físicas y emocionales, como dificultad para comer y bajo rendimiento escolar referido por los profesores de la menor y manifestado por el padre.

Este trabajo constituye un antecedente teórico para la investigación porque trata sobre el abandono y negligencia odontológica como maltrato infantil y sus secuelas en la salud oral y desarrollo integral de los niños. Especialmente, se describen los procedimientos clínicos y los hallazgos en los exámenes orales que demuestran la falta de atención odontológica y el descuido de los padres.

Arrieta K., Díaz S. y F. González (2014) desarrollaron un trabajo titulado “Maltrato infantil: conocimientos, actitudes y prácticas de estudiantes de Odontología de Cartagena, Colombia”. Se plantearon como objetivo general describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre maltrato infantil en estudiantes de odontología en una universidad pública de Cartagena, Colombia. Universidad de Cartagena. Cartagena de Indias (Colombia).

Se diseñó y utilizó un cuestionario estructurado para evaluar las variables: sociodemográficas, conocimientos, actitudes, prácticas y prevalencia de posibles sospechas de casos de maltrato infantil detectados en la práctica odontológica. Se seleccionó este trabajo, como antecedente teórico, para sustentar la negligencia odontológica como maltrato infantil y apoyar la importancia de la formación del odontólogo, sus conocimientos y actitudes, especialmente en las prácticas como estudiantes, para fortalecer su papel como protector del niño al identificar, argumentar y denunciar casos de negligencia odontológica por parte de sus padres o representantes.

Chavarría N., Durán L., Díaz M., Pinzón J., y D. Torres (2013) elaboraron un trabajo de investigación bajo el título “Prevalencia de caries de la primera infancia y exploración de factores de riesgo” en la Universidad Cooperativa de Colombia. El objetivo general del estudio fue Determinar la prevalencia de Caries de la Infancia Temprana (a través de los índices ceo-d. y ceo-s. y el sistema ICDAS y explorar los posibles factores de riesgo que más se asocian a la aparición de CIT en niños de 32 a

52 meses en Villavicencio, Colombia. Como resultado se encontró asociación importante entre CIT y el nivel educativo de la madre, proporción de madres solas y presencia de infecciones o déficit nutricionales en el embarazo.

El aporte que brinda este estudio a la investigación a realizar son los hallazgos teóricos sobre la etiología y factores asociados a la prevalencia de caries de infancia temprana. Así también, son importantes los aportes metodológicos porque se trata de un estudio transversal con muestreo, encuestas, exámenes clínicos, estudios de frecuencias para determinar la prevalencia y aplicación de índices reconocidos en la odontología.

## **2.2. Bases Teóricas.**

Las bases teóricas constituyen el cuerpo de ideas explicativas coherentes, armadas lógicamente y sistemáticamente, para proporcionar una explicación acerca del problema a investigar y las variables que están relacionadas a este. Son conceptos y hallazgos muy importantes, para el trabajo a desarrollar, porque constituyen la plataforma sobre la cual se apoyara el análisis de los resultados, una vez obtenidos en la investigación.

### **2.2.1. Caries: Definición y etiología**

La caries dental, es un problema muy importante de salud pública a nivel mundial por su importancia clínica y el coste social que acarrea, de manera que se ha convertido en la enfermedad crónica más común en la niñez (Herrera, et al., 2004). De hecho, cualquier signo de la enfermedad en niños menores de 3 años es indicativo de su severidad. Esta condición se determina por su avance infeccioso rápido y progresivo, que aparece primero en las superficies lisas pero puede llegar a afectar toda la dentición del niño. Esta gravedad se mide a través del índice c.e.o.d. que es la cantidad de piezas temporales cariadas, extraídas u obturadas. Cuando el índice es 1-2 se considera leve, de 3-4 moderada y mayor a 5, severa. (Díaz 2005).

Como enfermedad infecciosa, ha sido definida de acuerdo a varios criterios: a. según los signos y síntomas que esta origina, lesiones, cavitaciones y dolor; b. de acuerdo a factores etiológicos y la interacción entre ellos, como la desmineralización

de los tejidos duros del diente, a consecuencia del metabolismo de los carbohidratos por las bacterias acidogénicas; y c. como el desbalance de los procesos de desmineralización y remineralización (Cuadrado y Gómez, 2016).

También se ha mencionado que, por las características del proceso de caries dental, una persona puede poseer uno o más unidades dentarias cariadas y, a la vez, puede tener unidades dentales sanas que podrían estar en menor o mayor riesgo de resultar cariadas en un tiempo determinado. Al igual que en una familia o grupo poblacional con alta incidencia de caries pueden haber personas con o sin riesgo por caries dental en cierto tiempo (Morales, 2008). Otra de las consecuencias que trae la caries en la infancia es que los pacientes se hacen más vulnerables a sufrir nuevamente caries dental (Chavarría, et al., 2013).

Para Hurlbutt es una enfermedad multifactorial porque, a pesar que las bacterias acidogénicas han sido aceptadas como el principal agente etiológico, también participan factores dietéticos y del huésped (Cuadrado et al., 2013). Por esta razón, se afirma que el proceso de caries se fundamenta en las características de los llamados factores básicos: dieta, huésped y microorganismos; pero también existen factores moduladores, los cuales contribuyen e influyen decisivamente en el surgimiento y evolución de las lesiones cariosas.

Entre estos factores se encuentran: el tiempo, la edad, la salud general, fluoruros, experiencia pasada de caries, grupo epidemiológico y variables de comportamiento. Estas variables se tratan de acciones individualizadas de carácter voluntario, relacionadas con las costumbres culturales inherentes a cada individuo, que también intervienen en la aparición y desarrollo de la enfermedad. Especialmente, se refiere al cuidado de la salud bucal como: cepillado, uso de hilo dental, consumo de azúcares y frecuencia de visitas al dentista, las mismas que pueden influir en el desarrollo y progresión de la enfermedad (Gomes, 2010).

En efecto, son cuidados que pueden influir en la proliferación de una microbiota residente característica cuyo crecimiento lo facilita la boca. Esta microbiota bucal está influenciada por la temperatura, pH, y el medio ambiente, así como por las defensas

del huésped y la genética del mismo. Anderson clasifica las bacterias presentes en la boca en tres especies, principalmente, relacionadas con la caries: *Streptococcus*, con las subespecies *S. mutans*, *S. sobrinus* y *S. sanguinis*, *Lactobacillus*, con las subespecies *L. casei*, *L. fermentum*, *L. plantarum* y *L. oris* y los *Actinomyces*, con las subespecies *A. israelis* y *A. naslundii*. (Alonso y Karakowsky, 2009)

El *Streptococcus mutans* produce grandes cantidades de polisacáridos extracelulares que permiten una gran formación de placa y se relaciona con el inicio y progresión de la caries (Maldonado et al., 2016). El *Lactobacillus*, está presente cuando existe una frecuente ingesta de carbohidratos, producen gran cantidad de ácidos y cumplen un papel importante en las lesiones dentarias, porque desmineralizan los tejidos duros y esto conduce a una caída del pH en el medio oral. Finalmente, los *Actinomyces* se relacionan con lesiones cariosas radiculares y producen lesiones de progresión más lenta que los otros microorganismos. Por lo anterior, la caries dental se puede considerar como una enfermedad relacionada con la ingesta frecuente de carbohidratos, ya que ha sido demostrado que la incidencia de caries puede disminuir conforme disminuye la ingesta de carbohidratos refinados (Cuadrado y Gómez, 2016).

Específicamente, los carbohidratos fermentables son considerados como los principales responsables de la aparición y desarrollo de la caries dental, al ser nutrientes indispensables para el metabolismo de los microorganismos. Específicamente la sacarosa, es el carbohidrato que ha sido considerado con mayor potencial cariogénico y fundamental en la etiología de la caries dental (Gomes, 2010). La sacarosa sirve de sustrato a los microorganismos acidogénicos para la producción de polisacáridos extracelulares solubles e insolubles, favoreciendo la colonización de *Streptococcus mutans* y aumentando la adherencia de la placa dental. Además, según Axelsson, se difunde con facilidad a través de la placa y es fermentada velozmente al ácido láctico y otros ácidos por los microorganismos acidogénicos (Atmetlla y Viquez, 2010).

### **2.2.2 Condiciones socioeconómicas o factores de riesgo de la caries**

Entre los factores de riesgo de la caries se menciona: nivel educativo, ocupación, estado de pobreza y raza o etnia, los cambios relacionados con los patrones

socioeconómicos y la edad. Estas son variables que identifican los factores sociales de la enfermedad (Gomes, 2010; Maldonado, et al., 2016). La edad, particularmente, es una de las variables sociodemográficas más importantes a considerar cuando se estima el riesgo de la enfermedad, porque la incidencia y gravedad de la caries en los niños es bastante elevada (Herrera, et al., 2004). La incidencia está relacionada con el nivel de desarrollo dado que reportes epidemiológicos, señalan su valor en aproximadamente 70% en países en vías de desarrollo y del 1% al 12% en desarrollados (Chavarría, et al., 2013).

Es una situación que se manifiesta como un círculo vicioso porque esta enfermedad desencadena una serie de problemas, tanto sociales como funcionales, que afectan el desarrollo económico potencial del individuo. El paciente puede presentar problemas fonéticos, estéticos, funcionales, bajo peso y de aprendizaje, sufriendo una notable disminución en cuanto a su capacidad para trabajar y en consecuencia, de su calidad de vida.

Es muy importante la consideración de las condiciones socioeconómicas de los pacientes por su papel en la prevención y mitigación de este problema de salud pública. Se ha señalado, por ejemplo, que el uso generalizado de fluoruros, la instauración de programas de salud bucal, la mayor disponibilidad de recursos dentales, la provisión de tratamientos preventivos y una cultura dental más favorable, derivada de la educación en salud, han mejorado la salud bucal de niños de Latinoamérica y del Caribe (Herrera, et al., 2004).

### **2.2.3 La negligencia odontológica, como forma de maltrato infantil, y la incidencia de caries infantil**

La caries dental se trata de un proceso considerado prevenible y reversible que, cuando se deja evolucionar y sin tratar, puede dar como resultado dolor, pérdida prematura de dientes primarios con secuelas en la oclusión, masticación, alteraciones en el lenguaje, daño a la dentición permanente, bacteremias, reducción en el crecimiento y desarrollo somáticos, además de los altos costos inherentes al tratamiento (Duran, et al., 2011).

Ahora bien, la apariencia clínica de la caries de infancia temprana es característica y evidente porque se identifica por la presencia de "manchas blancas" opacas sobre la superficie del esmalte, sin cavitación. El proceso de desmineralización se inicia en los incisivos maxilares, poco tiempo después de su erupción, seguido por la extensión rápida hacia los primeros molares y, posteriormente, al resto de los dientes primarios. Por esta razón, es posible el control y la reversión de la caries de infancia temprana cuando el diagnóstico se ha establecido en su etapa inicial (Duran, et al., 2011).

En materia de caries dental todavía hay considerables necesidades preventivas y de tratamiento rehabilitador que no han sido satisfechas (Herrera, et al., 2004). Esto indica que es una realidad que persiste porque se han atendido los factores etiológicos primarios, pero hay que considerar otras causas. También se debe estudiar el papel que juega en esta problemática, la negligencia o ignorancia de los padres en el campo de la prevención y cuidado oral, porque no son conscientes de su importancia y del deber de instruir a su hijo para que adquiriera hábitos adecuados (Atmetlla y Víquez, 2010). Al respecto, se ha asociado como un factor de riesgo adicional para la aparición y preservación de la caries de infancia temprana, que actúa como una forma frecuente de maltrato infantil (Jordan, 2007).

El maltrato infantil incluye no solo lo que se hace sino lo que se deja de hacer y lo que se realiza de forma inadecuada, llamado negligencia (Morante y Kanashiro, 2009). Esta ocurre cuando las necesidades físicas y psicológicas básicas del menor no son atendidas, temporal o permanentemente, por ningún miembro del grupo que convive con él (Rubí, et al., 2015). Suele estar relacionada con problemas sociales como pobreza e aislamiento, sin embargo, muchos autores coinciden en que no es un hecho o acontecimiento aislado sino que es producto de la interacción de varios factores sociales, familiares y del propio niño.

Ahora bien, se considera que existe negligencia odontológica cuando los padres o tutores cometen una falta, al no proporcionar un adecuado tratamiento apropiado y disponible para las caries, infecciones orales y cualquier otra condición de la cavidad

oral y estructuras de soporte que causen una mala alimentación, dolor, retarde el crecimiento y el desarrollo (Duran, et al., 2011).

A pesar de su importancia, porque puede poner en peligro la salud física y/o emocional del menor, identificar la negligencia dental no es una tarea muy fácil. Para ello, es necesario conocer el contexto familiar y cultural, ya que la privación de necesidades puede no ser responsabilidad de los padres sino de la sociedad (Jordan, 2007). Así mismo, la identificación de casos de negligencia dental, excepto en las situaciones más severas, es en ocasiones una tarea muy espinosa, ya sea por la escasez de información, o la incapacidad o indiferencia por parte del odontólogo.

Sin embargo, se pueden mencionar como indicadores de posible negligencia dental: la caries rampante no tratada, fácilmente detectada por cualquier persona, dolor, infección, sangrado o trauma no tratados, que afectan la región orofacial, historia de falta de continuidad de atención odontológica, en presencia de morbilidad dental identificada. A estos indicadores, se les debe sumar los problemas de origen económico, de escolaridad y sociales para establecer un diagnóstico final más preciso. Es imperativo distinguir entre la ignorancia paterna acerca de la severidad del problema dental de su niño y una verdadera omisión deliberada de atención odontológica por parte del padre o responsable del paciente (Duran, et al., 2011)

Ya para terminar, es significativo aclarar que los factores que llevan al trato negligente de los niños son los mismos factores de riesgo de cualquier tipo de maltrato. Estos casos se ven, preferentemente, en familias con graves situaciones socioeconómicas, adictos a drogas, deficiencia mental o incompetencia de uno o ambos progenitores. La familia está en situación de desventaja, no solo porque poseen mayor riesgo de enfermedad, sino porque poseen menores recursos personales y materiales para enfrentarse a las mismas, así como una insuficiente atención médica y sanitaria. Por esta razón es importante considerar valores culturales, estándares de cuidado en la comunidad, pobreza, falta de información o asistencia a la familia de riesgo (Morante y Kanashiro, 2009).

### 2.3. Definición de términos

La definición de términos básicos es una especie de glosario que se hace del planteamiento del problema y el mismo sirve para clarificar mejor el problema, para evitar ambigüedades en los términos usados para plantearlo. Su importancia reside en que le otorga mayor claridad a la investigación.

**Caries de infancia temprana:** “La Caries Temprana de la Infancia (CTI) o “Caries Precoz de la Infancia” antes conocida como Caries de Lactancia o Síndrome de Biberón o Caries Rampante es un término relativamente nuevo que no es exclusivo del uso prolongado del biberón, sino que engloba todo los tipos de caries que ocurren en la dentición primaria de los niños hasta los 71 meses de edad.

**Dentición temporal:** Dentición temporal, primaria o decidua, es cuando comienzan a erupcionar los dientes hacia los 6-8 meses y esta finaliza hasta los 30-36 meses. Esta dentición temporal consta de 20 dientes, 10 en cada arcada o lo que es lo mismo 5 en cada cuadrante; dos incisivos centrales superiores e inferiores, dos incisivos laterales superiores e inferiores, dos caninos superiores e inferiores, dos primeros molares temporales superiores e inferiores, dos segundos molares temporales superiores e inferiores.

**ICDAS:** Sistema internacional de detección y diagnóstico de caries, su objetivo es diagnosticar visualmente para establecer su severidad.

**IHOS:** Índice de higiene oral simplificado.

**Índice CEOD:** Sumatoria de dientes primarios cariados, con indicación de extracción y obturados.

**Índice CPOD:** Sumatoria de dientes permanente cariados, perdidos y obturados.

**Maltrato infantil:** Se define según la OMS como “los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años de edad, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño”

**Negligencia dental:** Se define como la falta que los padres o tutores cometen al no proporcionar un adecuado tratamiento a las caries, infecciones orales y otras

condiciones de la cavidad oral y estructuras de soporte que causen una mala alimentación, dolor, retarde el crecimiento y el desarrollo.

**Placa bacteriana:** Película adquirida incolora, pegajosa, compuesta por bacterias y azúcares que se forman y adhieren constantemente sobre las superficies dentales.

**Incidencia de caries:** El número total de personas que presentan síntomas o padecen la enfermedad 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

## **2.4 Bases legales**

Las bases o marco legal, es el resultado de la selección de aquellos aspectos jurídicos más relacionados al tema específico elegido para el estudio y que sustentan, desde una perspectiva jurídica, la validez de la investigación. Está constituido por todas las leyes o reglamentos relacionados directamente con la delimitación y el tratamiento del problema. En consecuencia, indagar, leer y relacionar las leyes, reglamentos y ordenanzas permite la definición y ubicación del contexto legal y orienta el sentido de la investigación, de allí su importancia.

### **La salud y protección integral de niños y adolescentes en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999).**

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) establece, específicamente en el Artículo 83, que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. Este derecho incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria, por lo que el Estado está en la obligación de crear las condiciones que permitan que todas las personas puedan vivir lo más saludablemente posible. Lamentablemente, los problemas de salud suelen afectar en una proporción más alta a los grupos vulnerables y marginados de la sociedad, especialmente a los niños y adolescentes.

Las políticas dirigidas a la población, a través del Ministerio del Poder Popular para la Salud, se enmarcan dentro de los principios de gratuidad, universalidad,

integralidad, equidad, integración social y solidaridad (art. 84), por lo que le confiere a todos los venezolanos, sin ningún distingo, el derecho a gozar de salud. Del mismo modo, les estipula a todos por igual, la obligación de velar por que el Estado cumpla con las normas y procedimientos que garanticen la prestación de los servicios de salud.

De acuerdo con estas disposiciones, el derecho a la salud en Venezuela goza de un reconocimiento amplio y en el caso de los niños y adolescentes, como grupo vulnerable, se ratifica a través de su protección integral, porque los reconoce como sujetos de derechos, y garantiza su cumplimiento. La protección integral comprende la prevención y la seguridad de su restablecimiento inmediato. La Constitución señala al Estado venezolano, al grupo familiar y a la sociedad, en general, como garante de este derecho en el Artículo 78.

### **El derecho a la salud de niños y adolescentes en la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente (LOPNA).**

La consideración de niños y adolescentes como sujetos plenos de derechos con deberes y obligaciones, bajo el principio de Igualdad y no discriminación, queda establecida en la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente que entró en vigencia el 1 de abril de 2000, pero ha sido objeto de varias reformas, la última en 2015. La LOPNA considera a los niños y adolescentes como personas, con derechos y responsabilidades correspondientes a su edad y capacidad, bien sea con sus padres, en el hogar, en la escuela y con la sociedad en general.

La Ley establece, en el Artículo 5, la responsabilidad de la familia “de forma prioritaria, inmediata e indeclinable, de asegurar a los niños, niñas y adolescentes el ejercicio y disfrute pleno y efectivo de sus derechos y garantías”. Ambos padres poseen deberes y derechos compartidos, los cuales son irrenunciables. Por lo tanto, el Estado está obligado a garantizar que estos asuman sus responsabilidades y su protección. Este derecho se ratifica seguidamente, en el artículo 25, donde se destaca que el niño tiene derecho a conocer a su padre y madre, así como a ser cuidado por ellos, salvo cuando sea contrario a su interés superior. El padre, la madre, representantes o responsables tienen la obligación principal de garantizar, dentro de sus posibilidades y medios

económicos, el disfrute pleno y efectivo del derecho a un nivel de vida adecuado, entre los que se destaca la protección a la salud (Artículo 30).

Uno de los derechos que recalca la ley, en su artículo 41, es el derecho a la salud y a servicios de salud, bajo los principios de igualdad, universalidad y gratuidad, “especialmente para la prevención, tratamiento y rehabilitación”. Se señala la obligación de implementar programas y asegurar la posibilidad de acceso a servicios médicos y odontológicos periódicos, gratuitos y de la más alta calidad. Del mismo modo, la garantía del suministro de los recursos para el tratamiento o rehabilitación.

Esta ley, según el artículo 42, enfatiza la obligación del Estado en la protección de la salud y desarrollo integral del niño y el adolescente, de igual forma comparte esta responsabilidad con padres, representantes o responsables en esta materia, bajo el principio de corresponsabilidad (artículo 4 A), garantizando el cumplimiento de instrucciones y controles médicos establecidos para la prevención y control de medidas sanitarias para la salud del niño y el adolescente.

Así mismo, en el artículo 43, la ley prevé el derecho a la información oportuna y veraz sobre los principios básicos de prevención en materia de salud y sobre su estado de salud de acuerdo a su desarrollo. Señala expresamente que el Estado, con la participación activa de la sociedad, debe garantizar programas de información y educación sobre estas materias, dirigidos a los niños, adolescentes y sus familias.

### **El derecho a la información y el consentimiento en la Ley Orgánica de Salud**

Este derecho está en coordinación con el Artículo 25 de la Ley Orgánica de la Salud del año 1998, que resalta el objeto de la promoción y conservación de la salud es crear una cultura sanitaria para lograr la salud de las personas, la familia y de la comunidad y el papel del Estado para garantizar la elevación del nivel socioeconómico y el bienestar de la población; a través del logro de un estilo de vida tendente a la prevención de riesgos contra la salud, la superación de la pobreza y la ignorancia, la creación y conservación de un ambiente y condiciones de vida saludables, entre otros.

Así mismo, en el artículo 69 de la Ley, se subraya el derecho que tiene el paciente, o su representante, de recibir explicación, en términos comprensibles, en lo que

concierno a salud y al tratamiento de su enfermedad, a fin de que pueda dar su consentimiento informado. Esta prerrogativa está contemplada en el Artículo 46, ordinal 3, de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

En este artículo se hace referencia al principio de autodeterminación y autonomía de voluntad del paciente porque resalta el respeto a la integridad física del paciente, a sus decisiones, o las del representante y a su necesidad de información. Aspectos que están contemplados en el Código de Deontología Odontológica, en el Capítulo Tercero, de la Investigación en Seres Humanos, al establecer claros principios bioéticos que todo profesional de la odontología debe cumplir para salvaguardar la moral y ética profesional. Por su parte, el proyecto de Ley Orgánica de Salud, extiende el criterio del consentimiento expreso, informado y extendido en proyectos de investigación experimental en seres humanos o rehusar su participación en ellos.

El odontólogo, tiene la obligación de preservar la integridad física del paciente durante el tratamiento, tener el conocimiento suficiente para la investigación clínica, examinar cuidadosamente el paciente para no obviar ningún detalle, entre otros; todo ello con la intención de generar la más eficiente atención a los pacientes a quienes se les debe informar claramente todo lo concerniente a su estado de salud bucal, y según el caso que lo amerite pedirle el consentimiento necesario para realizar investigaciones de carácter epidemiológico.

Hay que tener en cuenta que la Declaración de Helsinki, en su artículo 31, establece que el médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que tal investigación acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación. Así como también se menciona, en su artículo 34, que el médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe perturbar la relación Médico paciente.

Finalmente, la Ley en el artículo 70 estipula entre los deberes del paciente: preservar y conservar su propia salud y la de sus familiares, y cumplir las instrucciones e indicaciones que conduzcan a ello y cumplir las disposiciones legales, reglamentos, resoluciones y órdenes que adopten las autoridades públicas competentes, en beneficio de su salud y la salud de los demás.

### **El derecho a la integridad personal en la LOPNA**

La Lopna establece claramente diferentes disposiciones para la protección, atención y o tratamiento de los adolescentes que son víctimas de maltrato. Así como también, las normas, procedimientos y estrategias para la protección integral de los niños y adolescentes que son víctimas. Específicamente, dispone en el artículo 32, que “todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la integridad personal. Este derecho comprende la integridad física, síquica y moral”. En consecuencia, no pueden ser sometidos a torturas, ni a otras penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes y es obligación del Estado, las familias y la sociedad protegerlos.

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLOGICO**

El Marco Metodológico de la investigación es el conjunto de procesos que incluyen desde el establecimiento de las estrategias a seguir para abordar los hechos, es decir, la formulación del modelo operativo; hasta las formas y procedimientos para la recolección y organización de los datos e informaciones proporcionadas por el contexto intervenido y sus sujetos (Puerta, 2011). Es una fase de la investigación que se corresponde con la definición y planificación del método, la elección del diseño, el tipo, el nivel, la definición de los sujetos de estudio, su unidad de análisis, la selección de la población, el diseño de la muestra, las técnicas y los instrumentos a aplicar en la recolección de los datos, su método de validación y el tratamiento a dar a los datos que se van a recopilar.

#### **3.1. Diseño y Tipo de la Investigación**

##### **3.1.1. Diseño de la Investigación**

La presente investigación se desarrolló bajo un diseño de campo, el cual “consiste en la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar variable alguna” (Arias, 2012: 31). Con este diseño se obtuvo información primaria directamente de los sujetos de investigación, en el lugar donde ocurren los hechos, previa revisión documental que le de soporte teórico al trabajo, para hacer un análisis sistemático. Son los datos primarios, los que se obtuvieron directamente de los alumnos del preescolar El Morro y de sus padres o representantes, los esenciales para el logro de los objetivos y la solución del problema planteado.

##### **3.1.2. Tipo de Investigación:**

Para este trabajo se desarrolló una Investigación no Experimental, porque se realizó sin que los investigadores controlen ni regulen las condiciones del contexto a estudiar, no se manipularon deliberadamente las variables y sólo se observaron los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos (Hernández et al., 2010). En este tipo de investigaciones se observaron situaciones ya existentes, que ya

sucedieron, así como sus efectos, son condiciones no provocadas intencionalmente por las personas que realizaron la investigación.

### **3.2. Nivel de la Investigación**

Cuando se estudia el alcance o profundidad que puede tener una investigación y el propósito general que persigue el investigador se hace referencia al nivel de investigación. Este nivel depende de la complejidad del objetivo general que se ha propuesto el trabajo. Puede ser Exploratorio, Descriptivo, Comparativo, Analítico, Explicativo, Predictivo, Proyectivo, Interactivo (Investigación-Acción), Confirmatorio y Evaluativo (Hurtado, 2007).

En relación a lo anterior y por plantearse como objetivo general “Determinar la incidencia de caries dental en pacientes de 3 a 6 años como hallazgo presuntivo de negligencia odontológica en el preescolar El Morro”, se realizó una investigación de Nivel Analítico. Este tipo de investigación exige mayor concentración y capacidad de análisis y síntesis para extraer las relaciones internas de la situación que se estudió, a partir de su conocimiento y comprensión.

### **3.3 Población y muestra**

#### **3.3.1 Población.**

Al conjunto numeroso de objetos, individuos, e incluso documentos, con características comunes y homogéneas cuyo estudio es el propósito de una investigación, se le denomina Población. “Es un conjunto, finito o infinito, de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación” (Arias, 2012: 81).

La población objetivo de esta investigación se delimitó, con claridad y precisión en el problema de investigación y en el objetivo general del estudio. La característica definitoria de la población para la presente investigación es la edad, por lo tanto, la población estará constituida por 48 niños de edad preescolar, cuyas edades están comprendidas entre 3 y 6 años, del Centro de Educación Inicial El Morro, ubicado en el municipio San Diego, Estado Carabobo.

### **3.3.2. Muestra:**

La Muestra representa una parte de la población objeto de estudio y se selecciona con el fin de obtener una información más precisa. De allí que es importante asegurarse que los elementos de la muestra sean lo suficientemente representativos de la población, para que sus aportes permitan hacer generalizaciones, por lo cual “las características deben producirse en ella, lo más exactamente posible” (Balestrini, 2006: 141).

El muestreo es necesario cuando la población es tan grande o inaccesible que no se puede estudiar toda, “eso depende de los propósitos del investigador, el contexto, y las características de sus unidades de estudio” (De Barrera, 2008: 150). Por lo anterior, si la población puede ser abarcada en el tiempo y con los recursos del investigador, no será necesario aplicar ningún criterio muestral. Habida cuenta que la matrícula máxima de los niveles “Creciendo juntos 1, 2 y 3” del preescolar El Morro, es de 16 alumnos por nivel, se asume que toda la población es accesible y no será necesario extraer una muestra. Un criterio más preciso establece un límite cuando afirma que “si la población es menor a cincuenta (50) individuos, no será necesario seleccionar una muestra. Por lo tanto la población es igual a la muestra” (Hernández et al., 2003:.69).

### **3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información.**

#### **3.4.1. Técnicas:**

Las técnicas son los procedimientos o forma particular de recolectar la información que responde a la interrogante: ¿cómo se accedió a los datos u opiniones sobre el tema que se está investigando? Para Arias (2012) las técnicas se seleccionaron, con sus instrumentos, una vez efectuada la operacionalización de las variables y definidos los indicadores, en correspondencia con el problema, los objetivos y el diseño de investigación.

Las técnicas que se utilizaron en la presente investigación son muy utilizadas en investigaciones de campo:

· La observación: consiste en visualizar o captar mediante la vista, en forma sistemática, cualquier hecho, fenómeno o situación que se produzca en la naturaleza o en la sociedad, en función de unos objetivos de investigación preestablecidos. Específicamente, se tratara de observación simple o no participante, dado que los investigadores no se involucraron en el medio o realidad en la que se realizó el estudio.

Una vez obtenido el consentimiento firmado por los padres y representantes de los alumnos se realizaron exámenes exploratorios para seleccionar a los niños que tengan caries. El procedimiento es bastante sencillo porque se observó la cavidad bucal utilizando la luz natural, baja lenguas, guantes y espejo bucal. De esta manera se identificaron y registraron los individuos con caries, independientemente de la gravedad de las lesiones. Esta información se le entrego a los docentes para que esta sea del conocimiento de los padres y representantes.

Posteriormente, a los niños con piezas cariadas se les realizo el examen clínico intraoral para diagnosticar el estado de la salud bucal y determinar el nivel de incidencia de caries. Esta información será de gran ayuda para calcular el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) que mide el grado de higiene bucal pues consiste en identificar la presencia de placa bacteriana. En este examen se revisó cuidadosamente toda la cavidad bucal, incluyendo dientes y tejidos blandos. Es importante mencionar que la exploración bucodental se hizo en las instalaciones del preescolar para evitar el desplazamiento de los niños.

Para cada paciente se anotara el número de dientes cariados y obturados y esta información será utilizada para calcular el índice CEOD, para dientes primarios. Este índice es la sumatoria de dientes temporales cariados con indicaciones de extracción y obturados. El índice se obtiene al dividir la sumatoria del total dientes cariados y obturados entre el total de niños examinados.

· La entrevista: es una técnica basada en un diálogo o conversación acerca de un tema previamente determinado, de tal manera que el entrevistador pueda obtener la información requerida. Se diferencia de la encuesta por su profundidad, pues indaga

de forma amplia en gran cantidad de aspectos y detalles, abarca menos personas y ocupa más tiempo. Puede ser estructurada o formal si se cuenta con una guía prediseñada que contiene las preguntas que serán formuladas al entrevistado.

Esta técnica se complementó con la información obtenida en el examen clínico. La entrevista se hizo mediante preguntas específicas formuladas con la finalidad de obtener datos pertinentes a un paciente y al estado de salud actual. Por tratarse de niños de muy corta edad esta conversación se realizó entre los investigadores y los padres o representantes, pues las preguntas se refieren a la historia clínica, los hábitos de vida y los antecedentes familiares del paciente con el objetivo de establecer un diagnóstico.

· La Encuesta: es considerada una técnica propia del diseño de investigación de campo cuyo propósito es obtener información acerca de un grupo o muestra de individuos o en relación con la opinión de éstos sobre un tema específico. La información obtenida es válida sólo para el período en que fue recolectada ya que, tanto las características como las opiniones, pueden variar con el tiempo (Arias, 2012).

Para conocer los factores que incrementan el riesgo de negligencia odontológica se aplicó una encuesta escrita a los padres y representantes para indagar características socioeconómicas como la profesión, ocupación, situación laboral, horas de trabajo, ingresos, nivel educativo, percepción sobre la importancia del cuidado de la salud bucal (frecuencia de visitas al odontólogo, reemplazo del cepillo dental, entre otros).

### **3.4.2. Instrumentos:**

La aplicación de una técnica conduce a la obtención de información, la cual debe ser guardada en un medio material de manera que los datos puedan ser recuperados, procesados, analizados e interpretados posteriormente. A dicho soporte se le denomina instrumento y puede ser cualquier recurso, dispositivo o formato, que se utiliza para obtener, registrar o almacenar información (Arias, 2012).

La investigación de campo, tanto con enfoque cuantitativo como cualitativo u holístico se apoya en guías: de experimento, de observación, de entrevistas, cuestionarios, encuestas. En el presente trabajo de investigación los recursos donde se

registraron las características del evento a investigar, se seleccionaron, adaptaron y construyeron, en caso necesario, de acuerdo a los objetivos, las variables, las dimensiones y los indicadores señalados en el cuadro de variables.

En razón a lo anterior se seleccionaron para registrar los resultados de la observación un formato estructurado para el caso, que contiene los datos personales del preescolar y el odontodiagrama. Se utilizó la historia clínica para colocar los resultados y se diseñó un cuestionario auto administrado para que sea respondido de forma escrita por el encuestado, de manera que se pueda abordar una gran cantidad de personas en poco tiempo.

## **CAPITULO IV**

### **DESCRIPCION Y ANALISIS DE RESULTADOS**

Para la presente investigación se consideró como población 48 individuos con edades comprendidas entre 3 y 6 años, matriculados en los niveles “Creciendo juntos 1, 2 y 3” del Centro de Educación Inicial El Morro, ubicado en el municipio San Diego, Estado Carabobo. Por tratarse de un grupo menor de 50 personas no se hizo necesario extraer una muestra porque esta población es menor a 50 y, por lo tanto, accesible.

Los resultados que se describen y analizan a continuación fueron obtenidos a través de diferentes técnicas e instrumentos, una vez obtenido el consentimiento firmado por los padres y representantes de los alumnos. En primer lugar se realizaron exámenes exploratorios a los 48 alumnos para seleccionar a los niños que tienen caries, independientemente de la gravedad de las lesiones. Se comunicó esta información a los docentes de la institución para que la hicieran conocer a los padres y representantes de los menores, y lograr su colaboración para continuar con la indagación.

Posteriormente, a los 30 niños con piezas cariadas se les realizó el examen clínico intraoral para diagnosticar el estado de la salud bucal y medir la presencia de placa bacteriana como indicador del grado de higiene bucal a través del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS).

Para cada paciente se anotó el número de dientes cariados y obturados y esta información se utilizó para calcular el índice CEOD, para dientes primarios. Este índice es la sumatoria de dientes temporales cariados con indicaciones de extracción y obturados. El índice se obtiene al dividir la sumatoria del total dientes cariados y obturados entre el total de niños examinados.

A los padres y representantes se les entrevistó para completar la información obtenida en el examen clínico. Se hicieron preguntas específicas formuladas con la finalidad de obtener datos pertinentes a un paciente y al estado de salud actual como

la historia clínica, los hábitos de vida y los antecedentes familiares del paciente con el objetivo de establecer un diagnóstico.

Del mismo modo, se encuestaron los padres y representantes para indagar sobre los factores que incrementan el riesgo de negligencia odontológica. En este sentido, se recolectó información acerca de las características socioeconómicas del hogar, como nivel educativo, profesión, ocupación, situación laboral, horas de trabajo, ingresos, características de las viviendas y servicios básicos y la presencia de instituciones de asistencia odontológica en la comunidad.

La información recolectada, en el mes de octubre del año 2018, se registró en un formato estructurado para el caso, que contiene los datos personales del preescolar y el odontodiagrama. Así también se utilizó la historia clínica y un cuestionario que fue auto administrado para que fuera respondido de forma escrita por el encuestado.

#### **IV. 1 La incidencia y severidad de la caries dental en el preescolar El Morro:**

La incidencia de la caries dental en pacientes de 3 a 6 años es la proporción de individuos de una población que presenta síntomas o padece la enfermedad 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. Los resultados obtenidos en esta investigación, 62,5 % de la matrícula afectada por la enfermedad, confirman que la caries dental, es un problema grave de salud pública muy común en la niñez. Este resultado es bastante alarmante, considerando que su progreso es rápido y continuo, por lo que puede llegar a destruir toda la dentición de estos niños y, en consecuencia, hacerlos más vulnerables a sufrir recurrentemente la enfermedad.

La severidad de esta enfermedad se midió a través de los índices C.E.O.D. y C.P.O.D. por edad y sus resultados se muestran en la Tabla 1. El primero es la sumatoria de dientes primarios cariados, con indicación de extracción y obturados, el

segundo, considera los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados. Para interpretar los valores del C.E.O.D se utilizaron los rangos: cuando el índice es 1-2 se considera leve, de 3-4 moderada y mayor a 5, severa. (Díaz 2005). Así también, la OMS establece una clasificación para el índice C.P.O.D.: 0,0 a 1,1 muy bajo; 1,2 a 2,6 bajo; 2,7 a 4,4 moderado y 4,5 a 6,5 altos.

**Tabla 1. Severidad de lesiones cariosas en alumnos del Preescolar El Morro.**

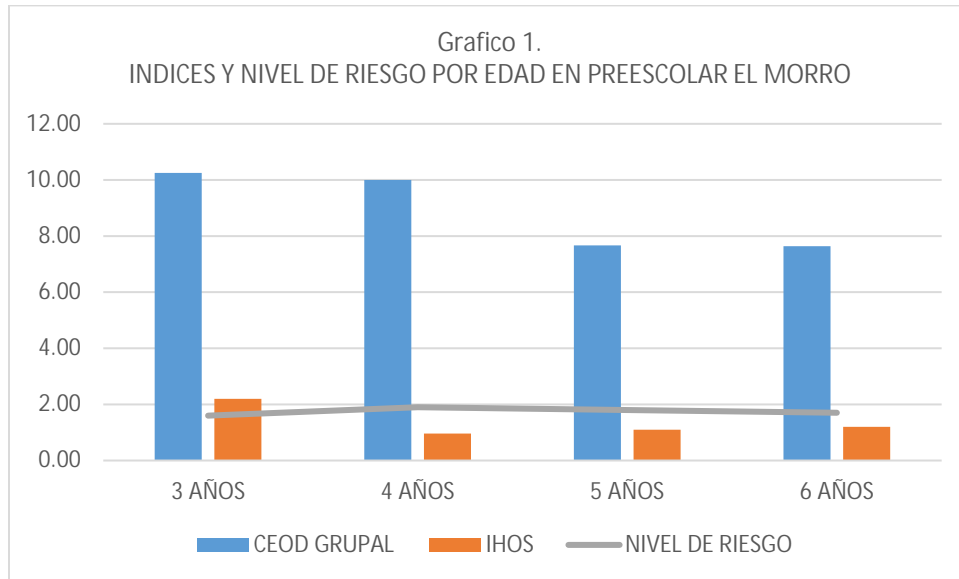
EDAD	C.E.O.D. POR SEXO		TOTAL PACIENTES	CEOD GRUPAL	CPOD GRUPAL
	M	F			
3	15,00	8,66	4	10,25	-
4	9,00	11,50	5	10,00	-
5	7,00	8,20	9	7,67	-
6	7,50	7,71	12	7,64	1,17

Los valores del índice C.E.O.D. se ubican en el nivel severo, porque todos están por encima de 5. En cuanto al valor de este índice a nivel grupal por edad, se observa una relación inversa de la severidad de la caries con respecto a los años. Esto se puede explicar por varias razones:

- Los padres y representantes ignoran la importancia que tienen los hábitos alimenticios y de higiene en los niños muy pequeños porque desconocen, quizás, que las caries pueden aparecer con los primeros dientes.
- La falta de supervisión de los padres y tutores de los niños, al momento de realizar el cepillado ya que un niño de muy temprana edad no tiene las habilidades motoras para realizar efectivamente la técnica.
- No se fomentado la asistencia y participación en jornadas de sensibilización e información sobre la salud bucal de niños.

La distribución de los valores del índice C.E.O.D. por edad y sexo muestra la misma tendencia para todas las edades, predominio leve de la caries en niñas, a excepción de los 3 años. Sin embargo, este valor no es estadísticamente significativo porque se trata de un solo niño.

El estado de la salud bucal se diagnosticó a través de la identificación de la presencia de placa bacteriana, cuyos resultados gráficos ayudaron a calcular el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS). Así mismo, se interrogó a padres y representantes de los pacientes sobre factores básicos y moduladores, que contribuyen e influyen decisivamente en el surgimiento y evolución de las lesiones cariosas, como: consumo de carbohidratos, higiene bucal, utilización de agentes fluorados y otras variables, para las cuales se estimó un nivel de 0, 1, 2 y 3, dependiendo de su importancia. Especialmente, se les preguntó sobre las prácticas o hábitos referidos al cuidado de la salud bucal como: cepillado, uso de hilo dental, consumo de azúcares y frecuencia de visitas al odontólogo, a manera de conocer mejor el contexto donde se desarrolla el problema. Los resultados sobre nivel de riesgo se promediaron y analizaron.

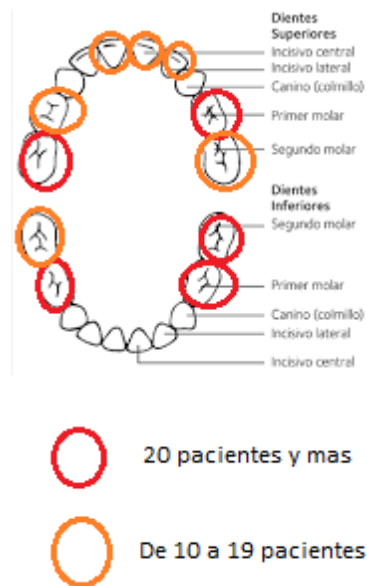


El grafico 1 muestra los valores promedios de los índices CEOD e IHOS, así como, del Nivel de riesgo por edad. La proporción de las barras y línea muestra que el IHOS y el nivel de riesgo no tienen relación directa con la edad ni con la severidad de las caries. Esto se puede explicar porque el IHOS depende de la higiene o preparación del paciente para el examen clínico. Puede ocurrir que una persona, que normalmente tiene malos hábitos de higiene, se cepille efectivamente antes de acudir al odontólogo y, en consecuencia, al realizarle la inspección oral no tiene nada de materia alba. Al contrario, también puede ocurrir que un niño que esté totalmente sano vaya a la consulta sin cepillarse o haya aplicado mal la técnica, entonces va a tener mucha materia alba.

Es importante resaltar la importancia que tiene la aplicación del cepillado con un buen cepillo y pasta de dientes con flúor, porque se observa que pacientes, cuyos representantes manifiestan una frecuencia de tres cepillados por día, poseen un nivel severo de caries. De lo anterior se puede pensar que se están utilizando productos de

mala calidad, cepillos deteriorados, no se supervisa al menor al momento del cepillado, no se enseña la técnica, o los padres y representantes mienten por vergüenza.

Para completar la descripción y análisis de las lesiones cariosas presentes en los niños del preescolar El Morro, se cuantificó la frecuencia de aparición en cada una de las piezas dentarias con cuyos resultados se elaboró la siguiente ilustración:

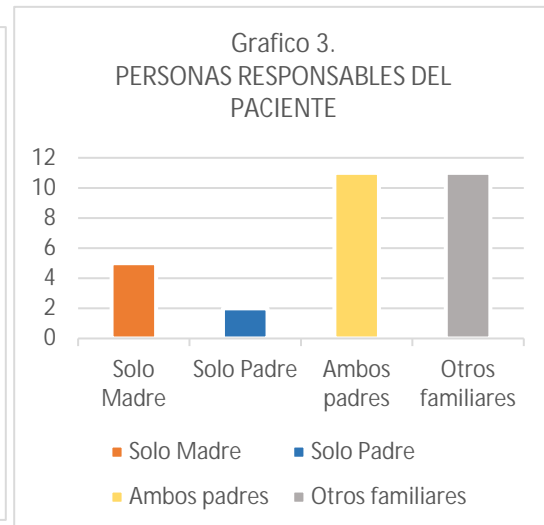
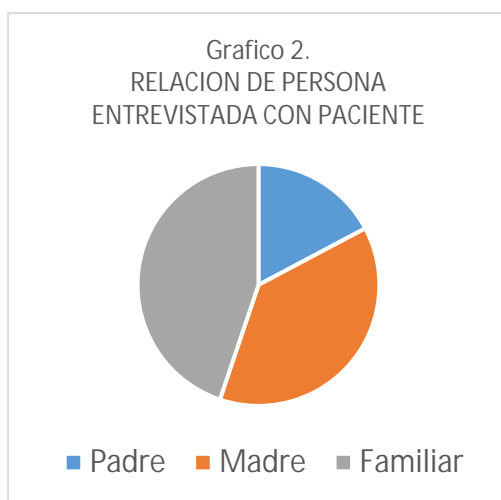


En este grupo de niños se muestra idéntico comportamiento de las caries, porque normalmente ocurre que son las unidades dentarias posteriores, los molares, las piezas cuya anatomía favorece la retención de alimentos por sus fosas y fisuras. No ocurre así, con los incisivos y caninos, los cuales tienden a desarrollar menos caries, porque sus superficies son lisas y auto limpiantes, a excepción de las piezas 51, 61 y 62 en las cuales se quedan restos de alimentos que no se liberan por falta de hilo dental.

## IV. 2 Condiciones socioeconómicas del hogar como factores que incrementan el riesgo de negligencia dental en niños que asisten al preescolar el morro.

Son características que permiten clasificar a la población en grupos sociales que se obtienen de la combinación de variables sociales y económicas, que pueden actuar de manera individual o combinada para aumentar la predisposición de los niños a la negligencia odontológica. Esta última se considera como el resultado de la falta de cuidado, esmero y celeridad de una persona en lo que hace, especialmente si se trata de cumplir una responsabilidad.

Para estudiar las condiciones socioeconómicas del hogar se realizó una encuesta a los padres y representantes de los pacientes seleccionados como población afectada por la enfermedad. Del total de entrevistados, casi la mitad se corresponde con familiares: abuelos o tíos del paciente, que son los tutores o responsables de su cuidado.

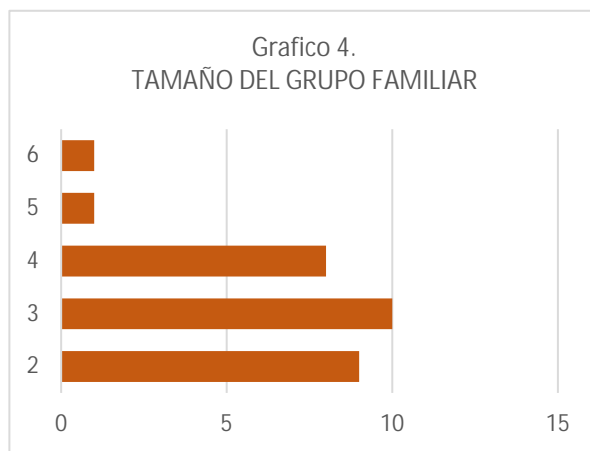


Es de resaltar la cantidad de hogares donde los padres están ausentes. En estos casos el cuidado y formación del menor está a cargo de tías o abuelas cuyas edades, en algunos casos, sobrepasan los 60 años.

Para recolectar la información socioeconómica se diseñó y aplicó un cuestionario el cual se fraccionó en tres secciones:

## I. Datos sobre el hogar del paciente:

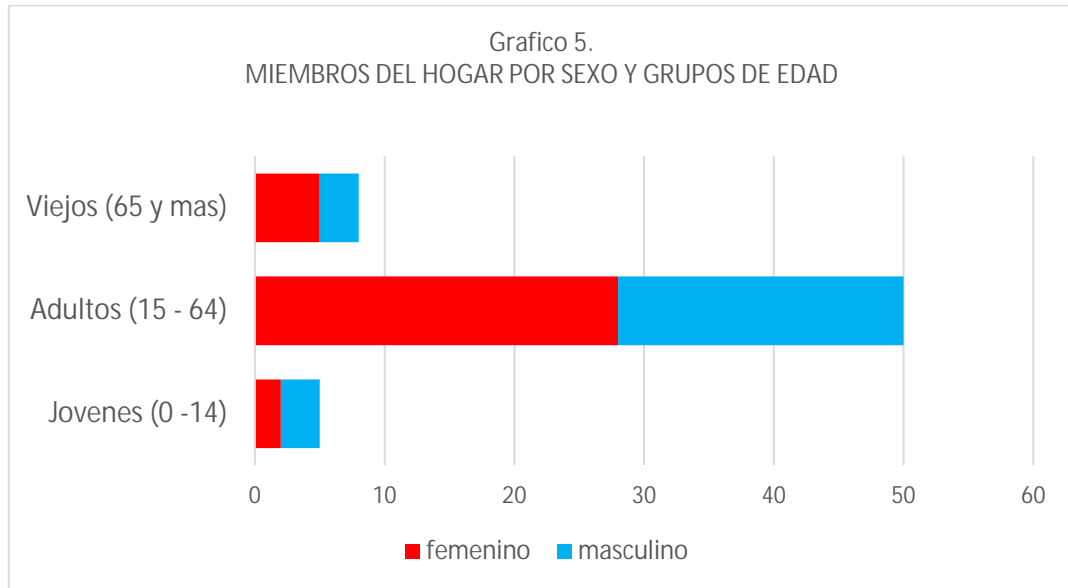
### I.1 Grupo familiar y parentesco de los miembros del hogar:



Parentesco de los miembros del hogar	%
Madre	25,4
Padre	20,6
Abuela	23,8
Abuelo	19
Tías	7,9
Tíos	3,2
Hermanos	3,2
Primos	3,2
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>

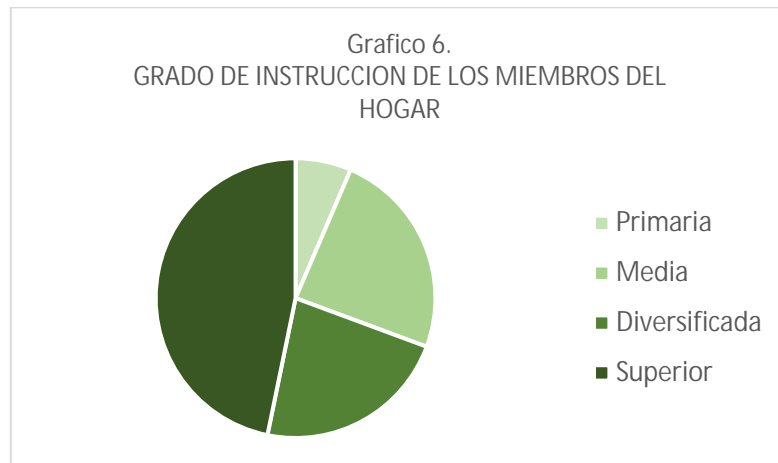
El promedio de personas que viven en el hogar es 3,17 y predominan los grupos pequeños de 2, 3 y 4 personas. Los miembros del grupo familiar que tienen mayor presencia en los hogares son los padres y abuelos.

### I.2 Edad y sexo de los miembros del hogar:



La estructura por edad y sexo de la población investigada muestra un predominio de las mujeres, especialmente en el grupo de los adultos y viejos.

### I.3 Nivel Educativo e información laboral

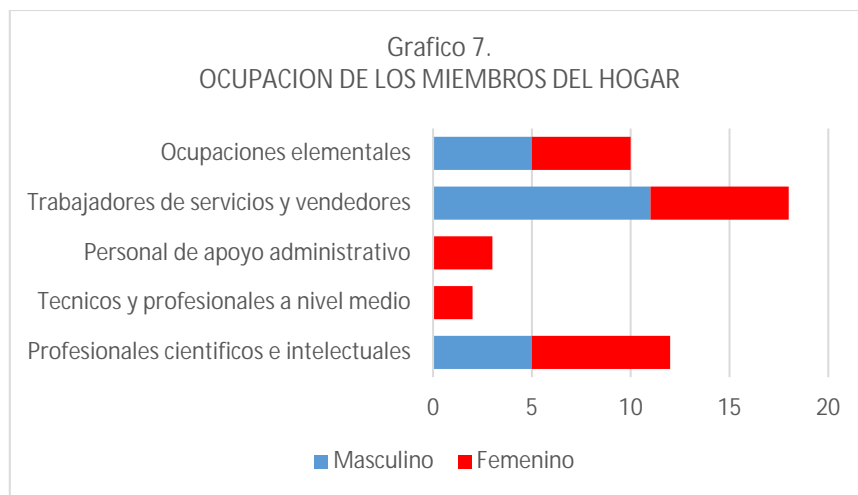


En el Nivel educativo del grupo familiar se destaca el predominio de egresados de universidades y otros institutos de educación superior. Las profesiones más frecuentes se relacionan con actividades educativas, salud, administración de empresas,

contaduría, derecho e ingeniería. De estos profesionales, solo la mitad ejerce su profesión.

Del total de adultos un 77,5 % se encuentran ocupados, de los cuales casi la mitad se dedican a actividades de servicios y comercio y pertenecen al sexo masculino: vendedores, choferes, comerciantes, carniceros y vigilantes. En segundo lugar, se ubican las profesiones o egresados universitarios, donde predomina el sexo femenino y en menor proporción, las ocupaciones elementales: albañiles, jardineros, carpinteros, costureras, domésticas y policía, donde los sexos se equilibran.

El resto de los familiares son desocupados, es decir, personas que no trabajan porque se dedican a los oficios del hogar, a estudiar o ya se han jubilado. De estos, el grupo más numeroso lo constituyen las amas de casa.



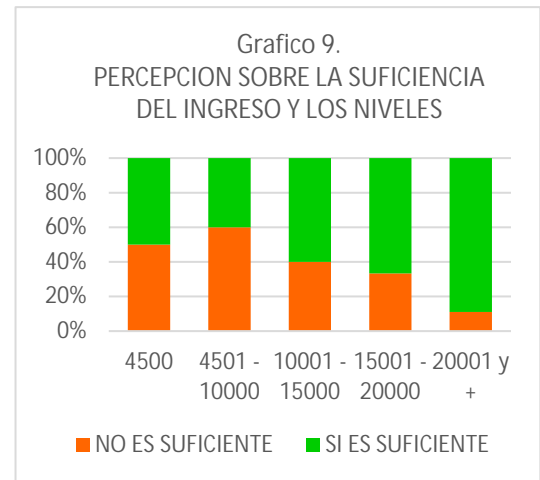
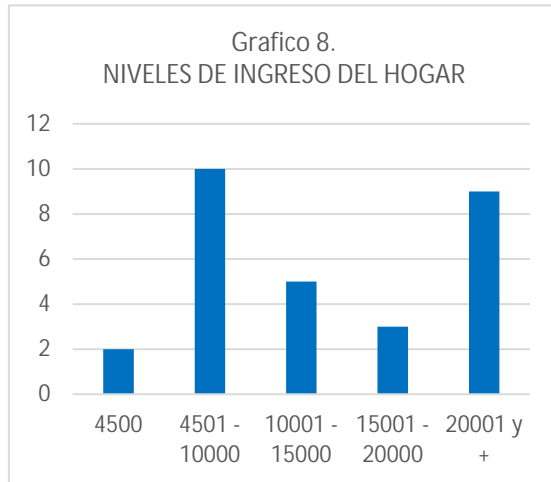
El 60% de las personas que trabajan cumplen el horario reglamentario de 8 horas, sin embargo, existen personas que laboran 10 y hasta 12 horas al día. En estos grupos se encuentran los trabajadores por cuenta propia como taxistas, comerciantes,

contadores, ingenieros y comerciantes. Así también, los trabajadores con horarios nocturnos o guardias, como los médicos, enfermeras, policías y vigilantes.

#### I.4 Ingresos

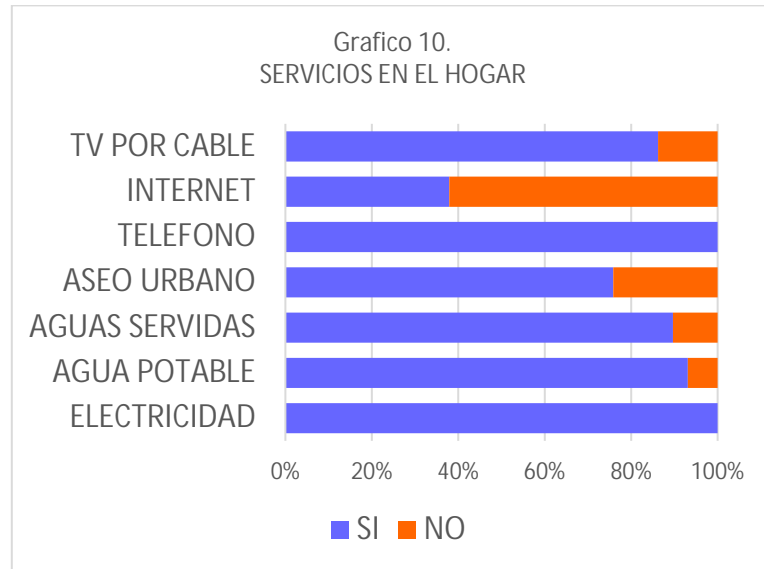
De los datos aportados sobre ingresos se pueden hacer varias observaciones:

- El 44,4 % de los hogares posee la mitad de los familiares con trabajo remunerado.
- Casi la tercera parte de los hogares poseen más de la mitad de sus miembros percibiendo ingresos.
- Existe una importante proporción de hogares con algún miembro del grupo familiar que posee un sueldo mayor de 20000 Bs.
- El grupo menos numeroso se corresponde con los hogares con ingreso mínimo.
- En cuanto a la percepción sobre la suficiencia o no del ingreso para cubrir los gastos del hogar, se encontró que, a excepción de las personas que devengan el salario mínimo, donde se equilibran las opiniones, la apreciación sobre la competencia del ingreso es mayor a medida que aumenta su tamaño.
- El ingreso promedio de los hogares es 9.906,25 Bs.
- El ingreso más común es 5.000,00 Bs percibido por profesionales, cajeras y prestadores de servicio domésticos, de ambos sexos.



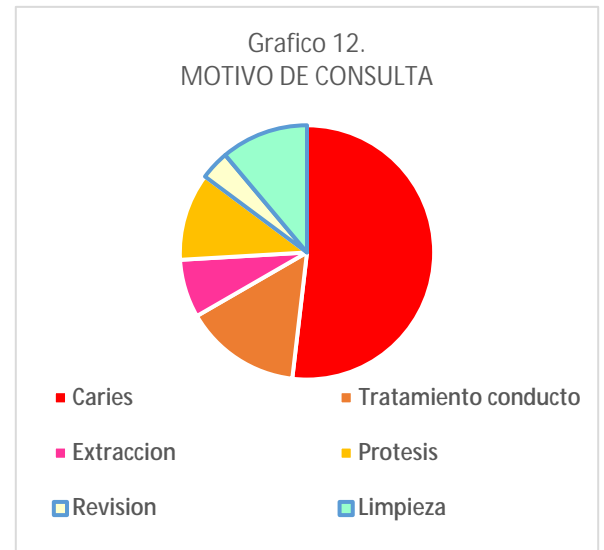
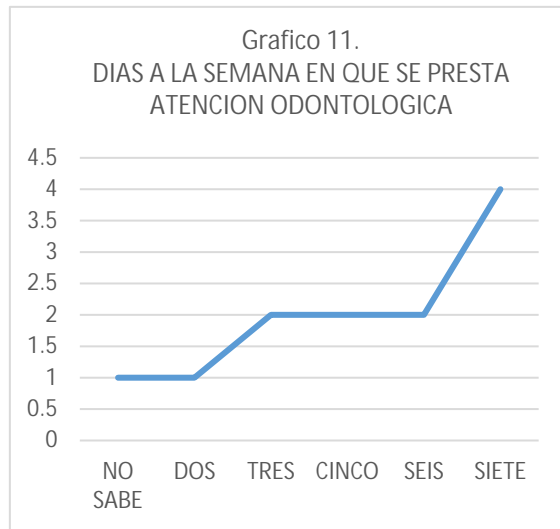
## II. Información sobre la vivienda

- Sobre la tenencia y tipo de vivienda se encontró que el 72,4 % de las viviendas son propias, el resto alquiladas. Se trata, en esta misma proporción de viviendas unifamiliares, y en menor cuantía, de apartamentos.
- El material predominante del techo, piso y paredes: Láminas de zinc o asbesto y concreto o platabanda; cerámica o cemento y bloques, respectivamente.
- En cuanto a los servicios básicos todos los hogares poseen buena cobertura a excepción del internet.
- El servicio de agua potable se presta de dos a tres días a la semana.
- El 55,17 % de los hogares tiene medidor de electricidad.



### III. Información sobre asistencia odontológica y programas a la comunidad

- Al indagar sobre la existencia de instituciones que presten asistencia odontológica el 58,6% afirmó que no hay.
- El resto señaló que existen clínicas privadas, hospitalito, la UJAP, el CDI e INSALUD.
- El 75,9 % ha acudido a consulta odontológica.
- El 51,85 % señala la caries dental como motivo de consulta.
- El 82,75 % No conoce de alguna actividad o programas de salud bucal
- El resto, que si conoce, no ha participado por falta de tiempo.



### IV.3 La etiología de caries dental en pacientes de 3 a 6 años como hallazgo presuntivo de negligencia en el preescolar El Morro.

La caries dental es un proceso que puede ser detectado, prevenible y reversible, siempre y cuando se identifique en sus etapas iniciales. Esto supondría que se debe atender con mayor interés las necesidades preventivas, especialmente, en los niños de edad preescolar, pero la realidad muestra que todavía no se ha cumplido con los requerimientos de protección, mucho menos con la recuperación de la salud bucal.

En el Preescolar El Morro la severidad de las lesiones cariosas en los niños permiten decir que existe negligencia odontológica porque los padres o tutores no se han percatado de la magnitud del problema y no son conscientes de las secuelas de la enfermedad. Los representantes no se han preocupado por revisar el estado de salud bucal de sus niños, no han proporcionado un tratamiento apropiado y disponible para las caries y si lo han hecho, también han faltado porque no han procurado continuar con la atención odontológica.

Esto se afirma porque, muchas veces, se asocia a la negligencia odontológica las carencias o problemas económicos, también los factores sociales como bajo nivel educativo o escolaridad y en ocasiones, la privación de necesidades que no son

responsabilidad de los padres sino de la sociedad, como la inexistente o insuficiente atención médica y sanitaria o la falta de información, educación o sensibilización sobre el cuidado de la salud.

Para el presente caso de investigación se pueden considerar como problemas socioeconómicos asociados a la negligencia los siguientes indicadores:

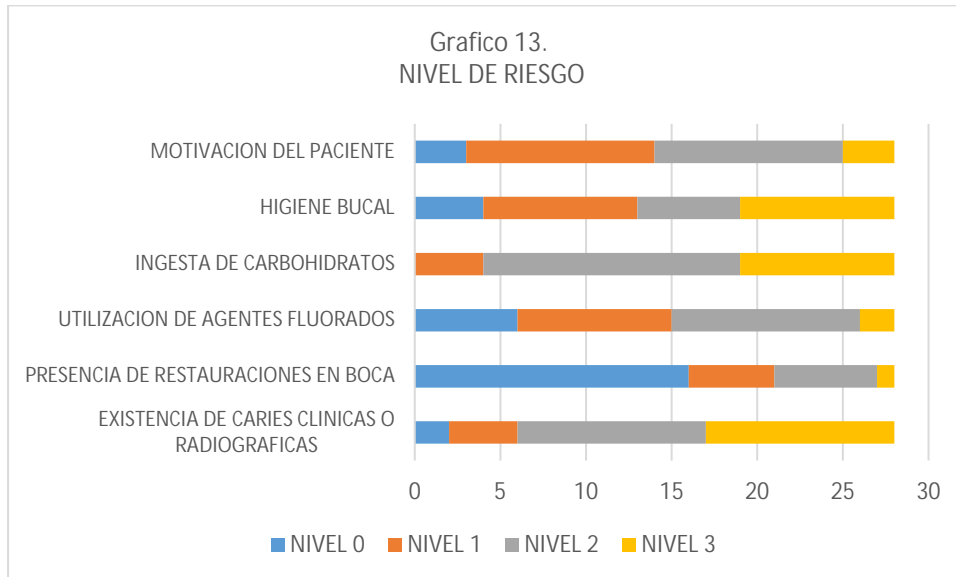
- En el 37,9 % de los hogares están ausentes ambos padres.
- En 3 de 30 hogares el representante es mayor de 60 años.
- La figura materna está presente solo en la cuarta parte de los hogares y el padre en la quinta.
- 6 de cada 10 personas desconocen si hay instituciones que presten atención odontológica en su comunidad.
- 8 de cada 10 personas acuden a consulta odontológica de las cuales 6 solicitan atención por problemas de caries.
- La mayoría de los motivos de consulta se relacionan con rehabilitación y no prevención.
- 8 de cada 10 personas no conoce si existe algún programa de salud bucal pero tampoco se ha preocupado por informarse.

Del mismo modo, se pueden mostrar otros indicadores para poder deducir que los problemas de salud bucal de los niños no son causados solo por carencias económicas, ni por problemas de educación, ni por sobrecarga de trabajo o por deficientes condiciones de habitabilidad o salubridad, porque en esta investigación se encontró que:

- La mayoría de los hogares poseen un grupo familiar pequeño.
- Alta proporción de adultos, especialmente mujeres: instinto protector.
- Nivel educativo alto, predominan universitarios e incluye profesionales de la salud.

- Más de 2/3 de los adultos están trabajando y más de la mitad de estos, laboran sin sobretiempo.
- La mayoría de los adultos desocupados son mujeres y se encargan del hogar.
- 8 de cada 10 hogares poseen, por lo menos, la mitad de personas trabajando con ingreso.
- 6 de cada 10 hogares perciben ingresos mayores a 2 sueldos mínimos y lo consideran suficiente para cubrir los gastos.
- ¾ partes de los hogares poseen vivienda propia, unifamiliar y todos tienen servicios básicos.

Aunque identificar la negligencia dental no es una tarea muy fácil, por la dificultad de distinguir entre la ignorancia paterna sobre la severidad del problema dental del niño y una omisión intencional de atención odontológica por su parte, se intentara indicar que si hay indicios, en el caso de estudio, a través de la interpretación de las variables que constituyen el nivel de riesgo y sus contradicciones, que pueden explicarse por la falta de sinceridad u omisión en la información que aportaron los representantes.



#### EXISTENCIA DE CARIES CLINICAS O RADIOGRAFICAS:

La severidad de las caries identificadas se mostró en las secciones anteriores de este capítulo, sin embargo, es necesario agregar que los casos observados se calificaron, en su mayoría, en los niveles 2 y 3 porque se observaron muchas lesiones, extensas y profundas que llegan a la dentina.

#### UTILIZACION DE AGENTES FLUORADOS

Se interrogaron a los representantes si usa enjuagues bucales, hilo dental, pastas fluoradas y si recibe topificaciones de flúor al menos 2 veces al año. Los valores altos para los niveles 1 y 2 significan que si se están utilizando con frecuencia y reciben topificaciones de flúor al menos una vez al año. Es evidente, que los hallazgos observados clínicamente contradicen totalmente estas respuestas.

#### HIGIENE BUCAL

Los niveles que poseen mayor proporción son los valores 1 y 3 lo que indica que estos niños presentan muy mala higiene oral. Estos resultados contradicen las respuestas de los representantes sobre la frecuencia del cepillado y permiten suponer que si cumplen con hacer la técnica no la están haciendo de manera eficaz.

Las inconsistencias entre la información aportada por los representantes de los niños y la severidad de la enfermedad, hace suponer que existe omisión o falsedad deliberada de las respuestas por varias razones: por vergüenza, deshonestidad, ignorancia, miedo a ser señalado o acusado, por desprenderse rápidamente de la situación, evasión de responsabilidad, especialmente en el caso de familiares, y para no evidenciar las carencias como consecuencia de la grave crisis socioeconómica del país.

## **CONCLUSIONES**

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la incidencia de caries dental en pacientes de 3 a 6 años como hallazgo presuntivo de negligencia odontológica en el preescolar El Morro. Para describir, y posteriormente analizar la situación, se aplicaron exámenes clínicos que fueron complementados con una encuesta socioeconómica para determinar cuáles factores pueden estar propiciando el riesgo de caries por negligencia odontológica.

Entre los resultados que se hallaron resalta una incidencia de 62,5 % de los alumnos matriculados en los niveles 1, 2 y 3 del preescolar. Los valores del índice C.E.O.D. se ubican en el nivel severo, porque todos están por encima de 5 y los valores más altos se encuentran en niños de 3 años. Estos resultados y otras variables socioeconómicas como: la proporción de hogares con ausencia de padres, la falta de información sobre instituciones de asistencia odontológica, el predominio de tratamientos curativos y no preventivos en las consultas, la ausencia de programas de educación e higiene bucal,

entre otros, y las inconsistencias entre la información aportada por el familiar del paciente con relación a los hallazgos observados en el examen intraoral, pueden hacer suponer que existe negligencia por escasez de información, o por incapacidad o indiferencia por parte de las personas

## **RECOMENDACIONES**

En cuanto a las recomendaciones que se obtuvieron al culminar el desarrollo del estudio se tienen las siguientes:

- Hacemos un llamado a las universidades nacionales para que profundicen sobre la incidencia de caries dental como negligencia en niños para ampliar este estudio y así fomentar en el área de pregrado charlas educativas hacia los estudiantes de igual manera en el ámbito de la materia de odonpediatria, de forma que nuestros futuros profesionales, fomenten la prevención de las caries de infancia temprana (CIT)
- Se considera importante que los profesionales de la salud en el área de odontología junto con los posgrados de odontopediatria a realizar más trabajos de investigación científica relacionado a la incidencia de caries dental como negligencia para que haya más credibilidad y peso científico de forma que sea publicado
- Se recomienda a las instituciones de salud pública que se realicen jornadas o charlas en las comunidades y centros de manera que los profesionales

conjunto a la población que asista a estos centros sobre la caries dental como negligencia y las consecuencias que estas pueden llevar para así sensibilizar la población y tomar prevención de forma que se tome como cultura la asistencia a las citas odontológicas

### **REFERENCIAS**

- Alonso M. y Karakowsky L. (2009). Caries de la infancia temprana. Revista Perinatología y Reproducción Humana. 23 (2): 90-97 p. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2009/ip092g.pdf>. Consultado el: 28/05/2018.
- Arias, F. (2012). El Proyecto de Investigación, introducción a la metodología científica. Editorial Episteme, C.A. 6ta edición. Caracas, Venezuela.
- Arrieta, Díaz y González (2014). Maltrato infantil: conocimientos, actitudes y prácticas de estudiantes de odontología de Cartagena, Colombia. Revista clínica médica familiar 7 (2): p. 103-111
- Atmetlla, G. y Víquez J. (2010). Caries de infancia temprana severa: Reporte de un caso. Odontología Vital. Universidad Latina de Costa Rica 1 (12):5-11.
- Balestrini M. (2006). Como se elabora el proyecto de investigación. Consultores Asociados. Caracas.
- Chavarría, Durán, Pinzón y Torres (2013) Prevalencia de caries de la primera infancia y exploración de factores de riesgo. Revista colombiana de investigación en odontología. Vol. 4, Número 10.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, No. 36.860. Diciembre 30, 1999.

- Cuadrado, Peña y Gómez (2013). El concepto de caries: hacia un tratamiento no invasivo. *Revista ADM* 2013; 70 (2): 54-60
- Cuadrado D. y Gómez J. (2016) *Cariología: el manejo contemporáneo de la caries dental Parte 1. Los fundamentos para el diagnóstico de caries*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Doria A. y Navarro M. (2016) La odontología en el diagnóstico del maltrato infantil. *Revista Universitas Odontológica*. Ene - Jun 35 (74). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.uo35-74.odmi>. Consultado el 12/06/2018.
- Duran, Rosales, Ruiz, Pozos y Martínez (2011). Caries de la infancia temprana: ¿negligencia o ignorancia? Reporte de Un caso. *Revista Odontología Pediátrica* Vol. 10, N° 2, Julio- Diciembre.
- Fierro, Salazar, Ruiz, Luengo y Pérez (2012). Maltrato Infantil: Actitud y Conocimiento de Odontólogos en Concepción, Chile. *Revista International journal of odontostomatology*. ISSN 0718-381X. 6(1):105-110 p. Temuco. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2012000100015>. Consultado el: 04/06/2018.
- Gomes D. (2010) Etiología de la caries: la construcción de un estilo de pensamiento. *Revista CES Odontología*, Vol. 23, - No. 1.
- Hernández, Fernández y Baptista (2010). *Metodología de la investigación*. (5ª ed.). Chile: McGraw-Hill.
- Herrera, Medina y Maupome (2004) Prevalencia de caries dental en escolares de 6-12 años de edad de León, Nicaragua. Facultad de Odontología Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León, Nicaragua. *Revista Gaceta Sanitaria* 19 (4): 302-6.
- Jordan N. (2007) Síndrome de niño maltratado: variedad negligencia. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, Vol. 50, No.3, Mayo-Junio, 2007.
- Ley Orgánica de Salud (1998). *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 36579, noviembre 11.

- Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (2007). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 5.859 (Extraordinario). Diciembre, 10, 2007.
- Loredo, Monroy y Casas (2013). El maltrato infantil: Conceptos básicos de una patología médico social legal. Revista de la Facultad de Medicina (México) versión On-line ISSN 2448-4865. Vol.56 no.6 Ciudad de México.
- Maldonado, González, Huitzil, Isassi y Reyes. (2016). Lactancia materna y caries de la infancia temprana. Revista de Odontopediatría Latinoamericana. Volumen 6, No. 2, Año 2016. Disponible en <https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2016/2/art-3/>. Consultado el: 25/06/2018.
- Medrano G. y Perona M. (2010) Maltrato infantil: una realidad muy cercana, ¿Cómo debemos actuar los odontólogos?. Revista Odontología Pediatría. Vol 9. Numero 1 Enero – Junio.
- Morales M. (2009). Rol del odontopediatra en el diagnóstico de maltrato infantil. Revista Acta Odontológica Venezolana 47 (2). En: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/2/art-29/>. Consultado el: 14/06/2018.
- Morante C. y Kanashiro I. (2009), El odontólogo frente al maltrato infantil Revista Estomatológica Herediana, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. Vol. 19, núm. 1, enero-junio. P. 50-54.
- Organización Mundial de la Salud (2016). Maltrato infantil. Boletín del 30 de septiembre de 2016. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>. Consultado el 01/06/2018.
- Palomer L. (2006). Caries dental en el niño: Una enfermedad contagiosa. Revista chilena de pediatría, 77(1), 56-60. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062006000100009>
- Puerta H. (2011) El diseño de investigación y los conceptos involucrados. Disponible en: <http://tecnologiasenlaead.blogspot.com/2011/04/el-diseno-de-investigacion-y-los.html>

Requena A., Robles N., Lara E. (2014) Afectación de la Salud Oral en Niños que Padenen Maltrato Infantil: Reporte de Caso Revista International journal of odontostomatology. Versión On-line ISSN 0718-381X. .8 (1):167-173p. Temuco. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2014000100023>

Rubí, Monter y Pedraza (2015) Indicadores de negligencia en odontopediatría: una forma de maltrato infantil. Reporte de caso. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y odontopediatría. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones /2015/art-32/>

## ANEXOS

### Sistema de Variables y Operacionalización.

#### Cuadro N° 1. Identificación y Definición de las Variables

<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>
Detectar la prevalencia y etiología de la caries dental en pacientes de 5 a 7 años en el preescolar El Morro.	· Prevalencia y etiología de la caries dental	Es la proporción de individuos de una población que presentan caries dental en un momento, o periodo de tiempo, determinado. Esta enfermedad es de etiología multifactorial: condiciones presentes en la boca, nutrición, herencia, microorganismos y tiempo.

<p>Examinar las condiciones socioeconómicas del hogar y comunidad como factores que incrementan el riesgo de negligencia dental en niños que asisten al preescolar El Morro.</p>	<p>Condiciones socioeconómicas como factores de riesgo de caries dental</p>	<p>Característica que clasifica a la población en grupos sociales que se obtienen de la combinación de las variables económicas del Censo: profesión, situación profesional, rama de actividad y relación con la actividad, entre otros, que pueden actuar de manera individual o combinada para aumentar la propensión de los niños a la negligencia odontológica.</p>
<p>Evaluar la prevalencia de caries dental en pacientes de 5 a 7 años como hallazgo presuntivo de maltrato por negligencia en el preescolar El Morro.</p>	<p>Prevalencia de caries como hallazgo de negligencia odontológica</p>	<p>El número total de personas que presentan síntomas o padecen la caries 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. como consecuencia de la falta de cuidado, aplicación y diligencia de una persona en lo que hace, en especial en el cumplimiento de una obligación</p>

**Fuente:** Montilla. M, Salas. A (2018)

**Cuadro No. 2**  
**Operacionalización de Variables**

<b>VARIABLES</b>	<b>DIMENSIÓN.</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ITEMS</b>
Incidencia de caries dental	CLÍNICA: Signos y síntomas Condiciones de la boca Nutrición Herencia Placa	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Dientes primarios cariados</li> <li>· Dientes primarios con indicación de extracción</li> <li>· Dientes primarios obturados</li> <li>· Presencia de placa bacteriana</li> <li>· Caries rampante</li> <li>· Infección</li> <li>· Dolor</li> <li>· Sangrado</li> </ul>	Ficha odontológica (Extraída de la historia clínica)
Condiciones socioeconómicas como factores de riesgo de negligencia dental	CONDICIONES  Laboral Educativa Hogar	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Jornada laboral</li> <li>· Ingresos</li> <li>· Nivel Educativo</li> <li>· Viviendas con servicios básicos</li> <li>· Presencia de instituciones de asistencia odontológica</li> <li>· Programas de salud bucal</li> </ul>	Encuestas II.1 a II.4  III.1 a III.7  IV.1 a IV.3
Etiología de caries como hallazgo de negligencia odontológica	ESTADÍSTICAS Presencia de signos y síntomas no tratados  Nivel de información de los padres  Interés que prestan los padres	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Técnicas del cepillado</li> <li>· Uso de enjuague bucal</li> <li>· Uso de hilo dental</li> <li>· Presencia de placa bacteriana</li> <li>· Higiene bucal</li> <li>· Merienda</li> <li>· Lactancia materna exclusiva</li> <li>· Antecedentes familiares de caries</li> <li>· Ingesta de carbohidratos</li> <li>· Frecuencia de visita al odontólogo</li> </ul>	Ficha odontológica (Extraída historia clínica)

**Fuente:** Montilla. M, Salas. A (2018)



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

A continuación se presenta un cuestionario que servirá para recolectar información para el trabajo de grado titulado: **“INCIDENCIA DE CARIES DENTAL EN PACIENTES DE 3 A 6 AÑOS COMO HALLAZGO PRESUNTIVO DE NEGLIGENCIA EN EL PREESCOLAR EL MORRO”**, de los bachilleres: Miguel Montilla CI: 21.061.214y Andrés Salas CI: 26.749.982.

La información recabada solo se utilizara para los objetivos de esta investigación y por lo tanto, sus resultados estarán resguardados por la confidencialidad y el anonimato.

Encuestador (a) responsable:

\_\_\_\_\_

Fecha de Entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Entrevista No: -

Dirección:

\_\_\_\_\_

I. RELACION DE LA PERSONA ENTREVISTADA CON EL PACIENTE:

Padre: \_\_\_\_ Madre: \_\_\_\_ Familiar: \_\_\_\_ Representante: \_\_\_\_ Otro (señale): \_\_\_\_

II. DATOS SOBRE EL HOGAR DEL PACIENTE

II.1 ¿Cuántas personas habitan en la vivienda? \_\_\_\_\_

II.2 Para cada miembro del hogar señale las características que se indican a continuación:

PARENTESCO CON EL PACIENTE	EDAD	SEXO (M /F)	GRADO DE INSTRUCCIÓN (P/M/D/S)	PROFESION	OCUPACION	TRABAJA (SI/NO)	¿CUANTAS HORAS TRABAJA?	INGRESO APROXIMADO AL MES

II.3 ¿Considera, el entrevistado, que la totalidad de ingresos que reciben en el hogar, cubre los gastos mensuales del hogar? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

II.4 ¿Podría hacer una estimación de la cantidad de ingresos totales del hogar que se destinan al pago de los siguientes conceptos?:

GASTOS MENSUALES EN EL HOGAR	Proporción aproximada
Alimentos y bebidas	
Servicios Básicos de la vivienda	
Vestido y calzado	
Educación	
Transporte	
Limpieza del hogar	
Aseo personal	

Higiene bucal	
Otros (Señale)	

### III. INFORMACION SOBRE LA VIVIENDA:

#### III.1 Tenencia:

Propia \_\_\_\_\_ Alquilada \_\_\_ Alquiler para compra\_\_\_\_\_ Otro

(Señale):\_\_\_\_\_

#### III.2 Tipo de vivienda

Casa unifamiliar: \_\_\_ Casa Bifamiliar: \_\_\_ Apartamento:\_\_\_\_\_ Otro

Señale):\_\_\_\_\_

#### III.3 Material de construcción predominante:

Techo: Zinc\_\_\_ Machimbrado \_\_\_ Acerolit \_\_\_ Desecho: \_\_\_ Otro

(Señale):\_\_\_\_\_

#### III.4 Piso:

Cemento \_\_\_ Cerámica: \_\_\_ Madera: \_\_\_ Ladrillo: \_\_\_ Tierra: \_\_\_ Otro (Señale):

\_\_\_\_\_

#### III.5 Paredes:

Bloques: \_\_\_\_\_ Adobes: \_\_\_\_\_ Bahareque: \_\_\_\_\_ Otro (Señale):

\_\_\_\_\_

#### III.6 Servicios Básicos:

III.6 .1 Electricidad: SI\_\_\_ NO\_\_\_\_\_ ¿Tiene medidor? SI\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

III.6 .2 Agua Potable: SI\_\_\_ NO\_\_\_ ¿Cuántos días a la semana dispone del servicio?

\_\_\_\_\_

III.6 .3 Cloacas SI\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

III.6 .4 Aseo urbano: SI\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

III.6 .5 Teléfono: Cantv: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

III.6 .6 Internet: SI\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

III.6 .7 TV por cable: SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

IV. INFORMACION SOBRE ASISTENCIA ODONTOLOGICA Y PROGRAMAS A LA COMUNIDAD

IV.1 ¿En la comunidad hay instituciones que presten atención odontológica? SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_

IV.1.1 Si es afirmativo, señale cuales:

\_\_\_\_\_

IV.1.2 ¿Cuántos días a la semana se realizan consultas odontológicas?\_\_\_\_\_

IV.2 ¿Usted o su familia han acudido a consulta odontológica? SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

IV.2.1 Si es afirmativo, ¿Cuál ha sido el motivo de la consulta?\_\_\_\_\_

IV.3 ¿En la comunidad se realizan actividades educativas sobre salud? SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

IV.3.1 Si es afirmativo, ¿Cuáles actividades se han realizado y cuales han sido las instituciones responsables?:\_\_\_\_\_

IV.4 ¿En la comunidad se ha implementado algún programa de salud bucal? SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_

IV.4.1 Si la respuesta es afirmativa, señale cuales:

\_\_\_\_\_

IV.4.2 Ha participado usted y su familia en estas actividades? SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_

IV. 4 .3 Si la repuesta es negativa, ¿Cuál es la razón?\_\_\_\_\_







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 **"INCIDENCIA DE CARIES DENTAL EN PACIENTES DE 3 A 6 COMO HALLAZGO PRESUNTIVO DE NEGLIGENCIA EN EL PREEESCOLAR EN EL MORRO."** realizado por **Salas Andres C.I 26.749.982** 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: Seinte (20) PUNTOS.

Andrés Salas  
Tutor Académico (Coordinador)

Nombre: Andrés Salas  
C.I.: 19.600.144

Blasius y Guayas  
Jurado  
Nombre: 11121571  
C.I.:

Jurado  
Nombre: Glaciery Portocarrero  
C.I.: 20.031.658

Fecha: 12/01/2019





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 **"INCIDENCIA DE CARIES DENTAL EN PACIENTES DE 3 A 6 COMO HALLAZGO PRESUNTIVO DE NEGLIGENCIA EN EL PREEESCOLAR EN EL MORRO."** realizado por **Montilla Miguel C.I 21.061.214** 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: veinte (20) PUNTOS.

José Luis Pérez Torres  
Tutor Académico (Coordinador)

Nombre: José Luis Pérez Torres  
C.I.: 19.600.144

Blasius y Guayas  
Jurado  
Nombre: Blasius y Guayas  
C.I.: 11.101.11

Jurado  
Nombre: Gloriana Portocarrero  
C.I.: 20.031.658

Fecha: 12/01/2019



