



UNIVERSIDAD “SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO”

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESIS DE GRADO

PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

ODONTOLOGA

TEMA:

**“NIVEL SOCIO ECONÓMICO Y SU INCIDENCIA EN LA
FORMACIÓN DE PROCESOS INFECCIOSOS
PERIAPICALES”.**

PROPUESTA ALTERNATIVA

AUTORA:

DEANNY PATRICIA PINCAY MENÉNDEZ

DIRECTORA DE TESIS

DRA. PATRICIA BRAVO CEVALLOS Mg. Ge.

PORTOVIEJO-MANABÍ-ECUADOR

2012

CERTIFICACIÓN

Dra. Patricia Bravo Cevallos Mg. Ge, certifica que la tesis de investigación titulada:

“NIVEL SOCIO ECONÓMICO Y SU INCIDENCIA EN LA FORMACIÓN DE PROCESOS INFECCIOSOS PERIAPICALES”, es trabajo original de DEANNY PATRICIA PINCAY MENÉNDEZ, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

DRA. PATRICIA BRAVO CEVALLOS Mg. Ge.



UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

**“NIVEL SOCIO ECONÓMICO Y SU INCIDENCIA EN LA FORMACIÓN
DE PROCESOS INFECCIOSOS PERIAPICALES”.**

PROPUESTA ALTERNATIVA

Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador como
requisito previo a la obtención del título de odontóloga.

Dra. Ángela Murillo Almache Mg. Sp.
PRESIDENTA DEL TRIBUNAL

Dra. Patricia Bravo Cevallos Mg. Ge.
DIRECTORA DE TESIS

Dra. Lilian Bowen Mendoza Mg. Gs.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dra. Tatiana Moreira Solórzano Mg. Gs.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dra. Nelly San Andrés Plúa Mg. Gs.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Ab. Julia Morales Loor
SECRETARIA ACADÉMICA

DEDICATORIA

A **DIOS** por ser el creador de mi existencia y darme siempre valor y la fuerza en mi vida que es la base de todo.

A mis queridos padres, **RAFAEL PINCAY Y NARCISA MENÉNDEZ**, que me vieron nacer y con sus enseñanzas y sus buenas costumbres han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante buscando siempre el mejor camino.

A mis hermanas Liricis y Gabriela, por el apoyo que siempre me han brindado.

A los que nunca dudaron que lograría este triunfo: a mis familiares, a mi novio y amigos de toda la vida por darme cariño y apoyo para ser una persona de bien y caminar por el camino del éxito.

DEANNY

AGRADECIMIENTO

A Dios, quien me dio la fe, la salud y la esperanza para terminar este trabajo, por darme la fortaleza que necesité para no doblegar en los momentos difíciles que se me presentaron durante los estudios.

A mis amados padres, Rafael Pincay y Narcisa Menéndez, quienes con sus esfuerzos, amor y consejos han hecho posible el alcance de la meta deseada.

A cada uno de los docentes de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, por sus valiosas aportaciones y enseñanzas que nos ayudaron a crecer como personas y profesionales.

Al Dr. Marco Flores, catedrático de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, quien con su constancia y su dedicación me brindó su apoyo en ocasiones de dudas y desesperación.

Y a mis compañeros por compartir largas horas de estudio y momentos inolvidables durante la vida universitaria.

A todos mil gracias.....
Deanny

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCION	i
ANTECEDENTES	iv
CAPÍTULO I	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
CAPÍTULO II	4
2. JUSTIFICACIÓN	4
CAPÍTULO III	6
3. FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS	6
3.1 OBJETIVO GENERAL	6
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
CAPÍTULO IV	8
4. HIPOTESIS	8
CAPÍTULO V	9
5. ..MARCO TEÓRICO	9
5.1. MARCO INTITUCIONAL	9
5.2. NIVEL SOCIOECONÓMICO	10
5.2.1. Concepto	10
5.2.2. Economía	11
5.2.3. Objetivo del estudio de la economía	14
5.2.4. Importancia de la economía	15
5.2.5. Clases sociales	15
5.2.6. Clases altas	16
5.2.7. La clase alta-alta	16
5.2.8. La clase alta:	17

5.2.9. Las clases medias	17
5.2.9.1. La clase media-alta	17
5.2.10. La clase media	18
5.2.11. La clase media-baja:	18
5.2.12. La clase trabajadora	19
5.2.13. La subclase	19
5.2.14. Indicadores de clase social.....	19
5.2.15. Estratificación social	21
5.2.16. Clase social	21
5.2.17. Dimensiones del nivel socioeconómico	23
5.2.18. Exclusión social y mercado de trabajo	23
5.2.19. Pobreza	25
5.2.20. Tipos de pobreza	26
5.2.21. Pobreza absoluta	26
5.2.22. Pobreza relativa	27
5.2.23. Pobreza educativa	28
5.2.24. Pobreza de servicio	28
5.2.25. Pobreza de salud	29
5.2.26. Pobreza cíclica	29
5.2.27. Pobreza colectiva	30
5.2.28. Pobreza individual	31
5.2.29. Factores de pobreza	31
5.2.30. Ignorancia	32
5.2.31. Enfermedad	33
5.2.32. Apatía	34
5.2.33. Dependencia	34
5.2.34. Corrupción	35
5.2.35. Indicadores de pobreza	35
5.2.36. Perfiles de pobreza	36

5.2.37. Economía del hogar	37
5.2.38. Acción social para combatir la pobreza	37
5.2.39. La familia	38
5.2.40. Clases de familias	39
5.2.40.1. Familia extensa	39
5.2.41. Familia monoparental	40
5.2.42. Modos de ser familia	40
5.2.42.1. Familia rígida.	40
5.2.42.2. Familia sobreprotectora	41
5.2.42.3. Familia centrada en los hijos	41
5.2.42.4. Familia permisiva	42
5.2.42.5. Familia inestable	42
5.2.42.6. Familia estable	43
5.2.43. Empresa	43
5.2.44. Economía de una empresa	44
5.2.45. Enfoque positivo	44
5.2.46. Enfoque normativo	45
5.3. PROCESOS INFECCIOSOS PERIAPICALES	46
5.3.1. Endodoncia	46
5.3.2. Pulpa dental	46
5.3.2.1. Conceptos	46
5.3.2.2. Prueba de vitalidad pulpar.....	47
5.3.3. Factores que alteran la respuesta inflamatoria pulpar	48
5.3.4. Dolor de origen pulpar.....	48
5.3.5. Etiología de la patología pulpar	49
5.3. Caries dental	50
5.3.6.1. Clasificación de las lesiones de caries.....	51
5.3.7. Tipos de caries según su profundidad.....	51

5.3.7.1. Caries de esmalte	52
5.3.7.2. Caries de dentina	52
5.3.7.3. Caries penetrante	53
5.3.8. Etiología	53
5.3.9. Sintomatología	54
5.3.10. Exploración	55
5.3.11. Radiografía	55
5.4. Implementos para una mejor higiene de la cavidad oral y prevención de la caries	56
5.4.1. Higiene oral	56
5.4.2. El cepillado dental	58
5.4.3. Implementos para la higiene oral	59
5.4.3.1. Cepillo dental	60
5.4.3.2. Crema dental	61
5.4.3.3. Enjuague	61
5.5. Abrasión	62
5.6. Factores que influyen en la abrasión	62
5.7. Diagnostico	63
5.7.1. Abrasión por cepillado	63
5.7.2. Abrasión por hábitos adquiridos	63
5.8. Tratamiento	63
5.9. Traumatismos dentales	64
5.9.1. Fractura	64
5.9.2. Bruxismo	64
5.10. Anomalías morfológicas dentarias	65
5.10.1 Diente invaginado (dens in diente)	65
5.11. Yatrogenas	66
5.11.1. Microfiltración	66
5.11.2. Movimientos ortodónticos	66

5.11.3. Raspado periodontal	67
5.1.1. Modalidad básica de la investigación	67
5.12. Procesos infecciosos periapicales	67
5.13. Factores etiológicos	68
5.13.1. Factores físicos	69
5.13.2. Factores químicos	69
5.13.3. Factores bacterianos	70
5.14. Clasificación de la enfermedades pulpares	70
5.14.1. Pulpitis	71
5.14.2. Pulpitis reversible.....	71
5.14.3. Hiperemia pulpar.....	71
5.14.4. Pulpitis irreversible	72
5.14.5. Pulpitis crónica	73
5.14.6. Necrosis pulpar	74
5.14.7. Características de la necrosis pulpar	74
5.15. Clasificación clínica de las enfermedades pulpares y periapicales	75
5.15.1. Enfermedades pulpares	75
5.15.2. Enfermedades periapicales	76
5.15.3. Pulpa normal	76
5.15.4. Periodontitis apical aguda	77
5.15.5. Absceso periapical	78
5.15.6. Absceso apical agudo	78
5.15.7. Periodontitis apical crónico	79
5.15.8. Absceso apical crónico	80
5.15.9. Quiste apical	80
5.15.10. Granuloma periapical	80
5.16. Tipos de respuestas inflamatorias	81

5.17. Parámetros clínicos y radiográficos para determinar los resultados de los tratamientos	81
5.18. Diagnostico	82
5.19. Planificación del tratamiento	83
CAPÍTULO VII	84
6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	84
6.1. Métodos	84
6.1.1. Modalidad básica de la investigación	84
6.1.2. niveles o tipos de la investigación	84
6.2. Técnicas	86
6.3. Ficha de observación	86
6.4. Recursos	87
6.4.1. Talento humano	87
6.4.2. Tecnológicos	88
6.5. Población y muestra	88
6.5.1. Población	88
6.5.2. Tamaño de la muestra	89
6.5.3. Tipo de muestra	89
CAPÍTULO VII	90
7. RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN	90
7.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS	90
7.1.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS HISTORIAS CLINICAS	116
7.1.3. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA FICHA DE OBSEVACIÓN	126
7.2. CONCLUSIONES	128
BIBLIOGRAFIA	
PROPUESTA	
ANEXOS	

INDICE DE LOS GRAFICUADROS

GRAFICUADRO N° 1	
¿Cepilla usted sus dientes?	90
Análisis e Interpretación.....	91
GRAFICUADRO N° 2	
¿Siente Ud. alguna molestia en sus dientes	93
Análisis e interpretación	94
GRAFICUADRO N° 3	
¿Ha notado en su boca la presencia de?	94
Análisis e interpretación	95
GRAFICUADRO N° 4	
¿Sus piezas dentales han presentado cambios de coloración?	96
Análisis e interpretación	97
GRAFICUADRO N° 5	
¿El dolor que usted presenta es?	98
Análisis e interpretación	99
GRAFICUADRO N° 6	
¿Siente usted alguna molestia en sus dientes?	100
Análisis e interpretación	101
GRAFICUADRO N° 7	
¿Sus piezas dentales a presentado cambio de coloración?	102

Análisis e interpretación	103
GRAFICUADRO N° 8.	
¿El dolor que usted presenta es?	104
Análisis e interpretación	105
GRAFICUADRO N° 9	
¿Dónde realiza usted el control odontológico?	106
Análisis e interpretación	107
GRAFICADRO N ° 10	
¿Cuánto de su dinero invierte en el cuidado de sus dientes?	108
Análisis e interpretación	109
GRAFICUADRO N ° 11	
¿Su ingreso económico le permite realizarse un tratamiento Odontológico permanente?	110
Análisis e interpretación	111
GRAFICUADRO N° 12	
¿Cuánto es el ingreso económico para este hogar?	112
Análisis e interpretación	113
GRAFICUADRO N° 13	
¿El pago de su ingreso económico es?	114
Análisis e interpretación	115

INDICE DE LOS RESULTADOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS.

GRAFICUADRO N° 1

Pacientes con dientes cariados 116

Análisis e interpretación 117

GRAFICUADRO N°2

Pacientes con dientes perdidos 118

Análisis e interpretación 119

GRAFICUADRO N° 3

Pacientes con dientes obturados..... 120

Análisis e interpretación 121

GRAFICUADRO N° 4

Ha notado en su boca la presencia de..... 122

Análisis e interpretación 123

GRAFICUADRO N° 5

Caries según su profundidad 124

Análisis e interpretación 125

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA FICHA DE OBSERVACIÓN

GRAFICUADRO N° 1

Valoración de las restauraciones 126

Análisis e interpretación..... 127

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades de la cavidad bucal pueden ser controladas y tratadas, pero en la actualidad la aplicación de medidas preventivas odontológicas por parte de los pacientes es escasa y en ocasiones inexistentes debido a las limitaciones económicas que se dan en nuestro medio.

Los procesos infecciosos comienzan antes de que la pulpa esté totalmente necrótica ya que las bacterias, los mediadores de la inflamación y el tejido pulpar en deterioro se filtran a través del ápice provocando respuestas inflamatorias crónicas de los vasos del ligamento periodontal, considerando que el desarrollo de la inflamación en la región periapical constituye una respuesta biológica natural dados por agentes microbiológicos, químicos, físicos y otros.

La investigación se desarrolló mediante la aplicación de encuestas, historias clínicas y fichas de observación a los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, y tuvo como Objetivo General: Determinar la incidencia del nivel socioeconómico en la formación de procesos infecciosos periapicales, en los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo y como objetivos específicos:

- Determinar el acceso a la atención odontológica de los pacientes para relacionarlos con el índice C.P.O.
- Establecer el nivel de recursos económicos que tienen los pacientes para considerar los posibles tratamientos odontológicos.
- Valorar las restauraciones que presentan los pacientes para determinar la filtración de las bacterias hacia la pulpa.
- Establecer el porcentaje de piezas con infecciones periapicales.
- Diseñar una propuesta de solución al problema encontrado.

La investigación consta de VII CAPITULOS:

CAPÍTULO I, Planteamiento del problema y formulación del problema. CAPÍTULO II, Justificación.

CAPÍTULO III, Formulación de objetivos: Objetivo General y Objetivos Específicos.

CAPÍTULO IV, Hipótesis.

CAPÍTULO V, Marco teórico.

CAPÍTULO VI, Metodología de la Investigación, Métodos, Técnicas, Recursos, Población y Muestra

CAPÍTULO VII, Análisis e interpretación de los Resultados. Conclusiones, Bibliografía.

En base al proyecto realizado se establece una Propuesta alternativa
“CAPACITACIÓN PARA MEJORAR LA CULTURA PREVENTIVA

ODONTOLOGICA, dirigida a los pacientes atendidos en las clínicas de la U.S.G. P. con sus respectivos Anexos.

Al concluir la tesis quedó estructurada en dos partes; la primera que es marco teórico que es producto de la investigación bibliográfico y la segunda parte que es práctica, con los resultados de la investigación de campo que permite verificar las variables de la hipótesis, que incluyen los resultados obtenidos mediante la aplicación de la encuesta y historias clínicas, las cuales han sido analizadas para obtener conclusiones y dar solución de alguna manera a la problemática encontrada.

ANTECEDENTES

Las clínicas odontológicas de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, iniciaron sus funciones en la antigua escuela Arco Iris ubicada en la calle Chile. En la actualidad se encuentran en la avenida Metropolitana vía a Manta edificio # 1 del nuevo campus de la Universidad San Gregorio, esta área consta de 3 clínicas: la clínica "A" "B" y "C" donde se realizan diferentes tratamientos odontológicos.

Una de las causas principales de que los pacientes no se realicen los tratamientos odontológicos necesarios, son los bajos recursos económicos que tienen, es así que esto sólo les permite accesibilidad a las necesidades de consumo básico y no a todos los consumos importantes como los tratamientos odontológicos dejándolos como última instancia.

Los procesos infecciosos periapicales son una realidad tangible, formando así un grave problema en la salud oral de las personas que se atienden en estas clínicas, agravándose cuando en los procedimientos de los tratamientos endodónticos, se cometen iatrogenias, como un limado sin irrigación, fractura de limas, perforación del ápice radicular.

No existen antecedentes de la realización de un estudio de los bajos recursos económicos y su relación con los procesos infecciosos periapicales en los pacientes que acuden a las clínicas odontológicas de la U.S.G.P. pudiendo ahora contar con una referencia histórica sobre el estado de gravedad de los pacientes que acuden a la consulta odontológica en las clínicas de esta institución.

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La infección e inflamación de los tejidos pulpares y periapicales, con la consiguiente reacción tisular, han sido consideradas como extensión del proceso carioso, ésta es probablemente la ocurrencia biológica más antigua de la caries dental.

El fin biológico del tratamiento es prevenir o curar los procesos periapicales y disminuir la frecuencia de exodoncias que generalmente son el resultado final, debido a que estas piezas dentarias no reciben tratamiento adecuado y oportuno.

En la práctica estomatológica, uno de los procesos más comúnmente observados es el absceso alveolar agudo, el cual se presenta como una colección purulenta localizada en el hueso alveolar, a nivel del ápice radicular de un diente, como resultado de la muerte pulpar.

Los tejidos periapicales, alcanzados por la infección a través del foramen apical, experimentan una reacción local intensa, que a veces se generaliza. Esta entidad aparece como consecuencia a una causa física, química o bacteriana, con predominio de esta última, y es atribuida a la invasión del tejido periapicales por gérmenes patógenos, secundariamente a la presencia de caries.

Según la Organización Mundial de la Salud, 5 billones de personas padecen de caries, lo que equivale a un 80% de la población mundial, y que un 20% de esta misma población que tiene caries padece de procesos infecciosos periapicales

Según datos obtenidos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, se reveló que el 88,2% de los pacientes tienen caries profundas y tales casos conllevan a los procesos infecciosos periapicales y hasta una extracción de la pieza dentaria; el 84% tiene presencia de placa bacteriana, cálculo y el 53% está afectado con gingivitis.

1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿A qué se debe el elevado índice de procesos infecciosos periapicales en pacientes de bajos recursos económicos atendidos en la Universidad San Gregorio?

CAPÍTULO II

2. JUSTIFICACIÓN.

Es muy común escuchar a los pacientes referirse del dolor de los dientes: que les duelen al tomar cosas fría o calientes, que les salen “postemillas” en las encías y muchas veces no saben exactamente cuál es la pieza dentaria en la que sienten el dolor.

Ante esta necesidad de los pacientes de saber por qué son producidos los procesos infecciosos a nivel del ápice; surge la obligación de investigar el por qué se producen estas infecciones y la importancia del mismo si no se les da un tratamiento adecuado y a tiempo a las piezas dentarias en los pacientes que acuden a las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, debido a este problema se les presenta alternativas de solución a los pacientes, con sustentación científica sobre las consecuencias que originan los procesos infecciosos periapicales.

La investigación brinda importantes conocimientos a varias ciencias, en especial a las Ciencias de la Salud, ya que aporta con datos relacionados con la problemática planteada, siendo los jóvenes y adultos los principales beneficiados, ya que, con los resultados obtenidos, se propone una solución al problema encontrado. Así mismo, la autora de éste trabajo investigativo fue beneficiada, ya que reforzó los conocimientos adquiridos durante la etapa de formación profesional.

CAPÍTULO III

3. FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS.

3.1. OBJETIVO GENERAL.

- Determinar la incidencia del nivel socioeconómico en la formación de procesos infecciosos periapicales, en los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el acceso a la atención odontológica de los pacientes para relacionarlos con el índice C.P.O.
- Relacionar el nivel de recursos económicos de los pacientes con la atención odontológica recibida
- Valorar las restauraciones que presentan los pacientes para determinar la filtración de las bacterias hacia la pulpa.

- Establecer el porcentaje de piezas con infecciones periapicales.
- Diseñar una propuesta de solución al problema encontrado.

CAPÍTULO IV

4. HIPÓTESIS

- El nivel socioeconómico influye significativamente en la formación de procesos infecciosos periapicales de los pacientes atendidos en la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

CAPÍTULO V

5. MARCO TEÓRICO.

5.1. MARCO INSTITUCIONAL.

El escenario de la investigación toma lugar en las clínicas odontológicas de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, las mismas que iniciaron sus funciones en la antigua escuela Arco Iris ubicada en la calle Chile, inaugurándose el día 23 de septiembre del 2002 con la presencia de la autoridades y estudiantes de la universidad San Gregorio de Portoviejo

El 15 de septiembre del 2006 se inauguraron las áreas para la práctica odontológica ubicadas en el edificio # 1 del nuevo campus de la Universidad San Gregorio de Portoviejo ubicada en la avenida metropolitana vía Manta, estas áreas constan de tres clínicas, en la clínica “A” y “ B” con 15 sillones cada una y en la clínica “C” con 14 sillones, en

las clínicas “A” y “ B” existen dos esterilizadores uno en cada una, un área de revelado, una área administrativa, una sala de espera para comodidad de los pacientes.

El 14 de mayo del 2010 se inauguró el moderno quirófano totalmente equipado y la nueva área de radiología con 3 equipos de rayos X y zona de revelado. En estas clínicas odontológicas se realizan muchos tratamientos para mejorar la salud oral de los pacientes atendidos en las clínicas de esta Institución.

5.2. NIVEL SOCIOECONÓMICO

5.2.1. CONCEPTO

Según la página web www.queeseconomia.com manifiesta que:

El nivel socioeconómico es el estilo de vida basado en la cantidad de riqueza que tienes, y con el cual (muy capitalistamente) eres colocado en un nivel de la sociedad, sea este bajo, medio, alto.

El índice de Nivel Socio Económico se basa en los siguientes indicadores:

- Nivel Educativo del Principal Sostén del Hogar
- Nivel Ocupacional del Principal Sostén del Hogar.
- Patrimonio del Hogar.¹

5.2.2. ECONOMÍA

Según Mankiw N, G. manifiesta que la Economía es una:

Ciencia social que estudia el comportamiento económico de agentes individuales: producción, intercambio, distribución, consumo de bienes y servicios como medio de para satisfacer las necesidades humanas y resultado individual o colectivo de la sociedad. El estudio de la economía tiene múltiples facetas, pero se encuentra unificado por varias ideas fundamentales.

La economía también estudia a varios niveles, se puede estudiar las decisiones de las familias y de las empresas, o bien estudiar cómo interactúan las familias y las empresas en mercados específicos cuando se trata de productos determinados, o bien estudiar cómo opera la economía como un todo, es decir, estudiar la suma de las actividades de los tomadores de decisiones en los diferentes mercados².

¹ www.queeseconomia.com

² Mankiw N, G. (2009). *Principios de la economía*. 5ta edición. Editorial Editec. S.A. D.E.C.U. México. Pág 4, 28, 29.

Según García De La Cruz, J. Duran Romero, G. Sánchez Diez, Á.³ manifiesta que:

La literatura económica se divide en dos grupos:

Microeconomía y macroeconomía.

- Microeconomía: estudia el comportamiento individual de los agentes económicos, como las empresas y los consumidores.
- Macroeconomía: determina las variables como los precios de bienes y servicios, nivel de salario, margen de beneficios y las variaciones de las rentas.

Microeconomía (micro, que viene del griego, significa pequeño) centra su atención en la conducta de las unidades, empresas, familias y los individuos que integran la economía. Se ocupa del modo en que las unidades individuales toman decisiones y de los elementos que influyen en esa decisión.

Según Stiglitz, J. Walsh, C manifiesta que:

La macroeconomía se ocupa del comportamiento de la economía en conjunto de las expansiones y recesiones, de la producción

³ García De La Cruz, J. Duran Romero, G. Sánchez Diez, Á. (2011). *Economía mundial en transformación*. España. Editorial paraninfo S.A. Pág 42, 43.

total de bienes y servicios, del crecimiento de la producción, de la tasa de inflación y desempleo, de la balanza de pagos y los tipos de cambio. La macroeconomía trata del crecimiento económico de largo plazo y de las fluctuaciones de corto plazo que constituyen el ciclo económico⁴.

Según la pág. Web www.queeseconomia.com⁵ menciona que:

La macroeconomía se enfoca en el comportamiento económico y políticas que influyen en el consumo y la inversión, el dinero y la balanza comercial, los determinantes del cambio en salarios y precios, las políticas monetaria y fiscal, la cantidad de dinero, el presupuesto federal, las tasas de interés y la deuda nacional.

La macroeconomía y la microeconomía están íntimamente relacionadas, debido a que los cambios de la economía en su conjunto son el resultado de las decisiones de millones de personas.

El *microeconomista* estudia los efectos del control en el precio de la rentas en el mercado de vivienda o bien enfocar sus estudios al impacto de la competencia extranjera dentro de la industria automotriz.

El *macroeconomista* analiza cual ha sido la tasa de desempleo de la economía a través del tiempo, también busca política económicas

⁴ Stiglitz, J. Walsh, C. (2009). *Microeconomía*. 4ta. edición. España. Editorial Ariel S.A. Pág 39.

⁵ www.queeseconomia.com

alternativas que promuevan el mejoramiento nacional de los estándares de vida de la población.

5.2.3. OBJETIVO DEL ESTUDIO DE LA ECONOMÍA.

Según Gonzales de Durana, A manifiesta que:

Tiene como objetivo estudiar la correcta distribución de los recursos escasos para satisfacer las necesidades del ser humano. El objetivo de la economía es muy amplio ya que abarca el estudio y análisis de los siguientes hechos:

- La forma en que se fijan los precios de los bienes y de los factores productivos, como el trabajo, capital, la tierra y como se utilizan para asignar los recursos.
- El crecimiento de los países en vías de desarrollo.
- El funcionamiento del comercio internacional y las consecuencias del establecimiento de barreras al libre comercio.
- La distribución de la renta y propuestas de mejores métodos para la pobreza sin alterar los resultados económicos.
- Las consecuencias de la intervención del estado en la sociedad y su influencia en la eficiencia del mercado⁶.

⁶ Gonzales de Durana, A. (2009). *Política y Bienes Sociales*. España. Fundación foessa. pág., 35, 36.

5.2.4. IMPORTANCIA DE LA ECONOMÍA

Según Paz Otero, P.⁷ Manifiesta que:

Es importante porque ésta es la base de la sociedad sin ella las personas no sabrían como administras sus ingresos y egresos, ya que la economía nos permite tomar decisiones acerca de cómo administrar los recursos escasos para los fines posibles, y así satisfacer las necesidades sin que haya un desequilibrio (sobreproducción o escasez).

5.2.5. CLASES SOCIALES

Según la pág. Web www.buenastareas.com/clasessociales.⁸ Manifiesta que:

El fenómeno de la desigualdad en la infancia y la pobreza ocupa en los últimos años el foco de atención pública.

El hogar según la clases social nos muestra que los hogares de clase social más baja son más extensos y conflictivos, pegan, insultan los

⁷ Paz Otero, P. (2008). *Estadísticas económicas sociales y ambientales*. España. Editorial netbiblo S.A. Pág 42.

⁸ www.buenastareas.com/clasessociales.

padres a los niños y más discuten entre ellos. La clase baja y media baja son los que muestran mayor confianza con los abuelos que los de clase alta que lo hacen solo cuando coinciden con ellos. Existen cuatro tipos de clases sociales:

5.2.6. LAS CLASES ALTAS: clase alta-alta y clase alta

En los países industrializados constituyen entre el cinco y diez por ciento de la población. Podemos distinguir entre dos grupos:

5.2.7. LA CLASE ALTA-ALTA:

Estas familias poseen grandes patrimonios que, por lo general, han sido heredados más que adquiridos, es lo que se conoce como *dinero viejo*. Se pertenece a esta clase por origen o nacimiento. Sus hijos estudian en colegios de élite con chicos de su mismo origen social y completan sus estudios en las universidades más prestigiosas.

5.2.8. LA CLASE ALTA:

Nuevos ricos y pertenecen a ella debido a su esfuerzo. En este grupo incluimos a los que coloquialmente llamamos “peces gordos”. Sus hijos estudian en colegios y universidades privadas.

5.2.9. LAS CLASES MEDIAS:

La clase media- alta, la clase media y la clase media- baja.

Históricamente, las clases medias estuvieron constituidas por los grupos intermedios entre los ricos y los pobres. En la actualidad las clases medias se han ido convirtiendo en un grupo cada vez más amplio. Las profesiones que ocupan generan mayores ventajas materiales y económicas que las ocupaciones de la clase trabajadora. Podemos identificar tres grupos principales entre las clases medias:

5.2.9.1. LA CLASE MEDIA-ALTA: los ingresos medios de los hogares de esta categoría son superiores a los ingresos medios del conjunto de la población. Normalmente trabaja solo uno, si tanto el hombre como la mujer trabajan pueden acumular un gran patrimonio. Suelen tener

seguridad y satisfacción en el trabajo. Suelen tener más de una vivienda en propiedad y más de un coche. La mayor parte de los hijos suelen tener educación universitaria y se incorporan al mercado laboral en puestos de responsabilidad.

5.2.10. LA CLASE MEDIA: profesionales del sector servicio muy valorados y bien pagados. También se incluyen a los que trabajan en los medios de comunicación, en la industria del ocio, etc. Los miembros tienen autonomía en el trabajo. Poseen generalmente la propiedad de su vivienda habitual y un coche. Sus miembros tienen un nivel educativo relativamente alto, aunque muy probablemente han estudiado en escuelas o universidades públicas.

5.2.11. LA CLASE MEDIA-BAJA: Tienen menos prestigio y pueden ser trabajadores de “cuello blanco” (oficinistas, contables,...) o trabajadores cualificados de “cuello azul”. Su renta está entorno a la media nacional, proporcionan una calidad de vida modesta pero segura. Acumulan algún patrimonio a lo largo de la vida, generalmente su vivienda. Las personas de esta clase suelen realizar algún tipo de formación profesional tras la educación obligatoria.

5.2.12. LA CLASE TRABAJADORA:

Según la pág. Web. www.clasesocialesysocializacion.com manifiesta que:

Sus rentas familiares generalmente son inferiores a la media nacional. Son por lo tanto más vulnerables a los ciclos económicos y a otras muchas contingencias como las enfermedades. Tienen menos ingresos en trabajos menos estables y satisfactorios. La mitad suele poseer su vivienda en el extrarradio o barrios modestos.

5.2.13 LA SUBCLASE:

Abarca a todas aquellas personas que están al margen (o debajo) de la estructura de clases: son las personas marginadas y excluidas económica, política y socialmente. Sobreviven entre el desempleo y empleos precarios. Normalmente tienen ayudas sociales. Se incluyen las personas con pensiones bajas, familias desestructuradas, los desempleados de larga duración o los que están fuera del mercado laboral⁹.

5.2.14. INDICADORES DE CLASE SOCIAL.

Para el estudio de las clases sociales se necesita operativizar el concepto mediante indicadores. Un indicador social es un conjunto de hechos

⁹ www.clasesocialesysocialización.com

empíricamente observables cuya presencia o ausencia permite la presencia o ausencia de un fenómeno relevante.

- **PRESTIGIO**

Es la consideración social que tiene una profesión u ocupación existen muchos profesionales que tienen mucho prestigio e ingresos altos como la medicina, pero el prestigio de esta profesión no se debe a los ingresos que reportan, si no al grado de preparación y a los esfuerzos educativos que son necesarios para ejercer esta profesión, generalmente las profesiones con prestigios son las que requieren cierta actividad mental y en las que se deja al criterio del profesional decir cómo va a realizar su trabajo.

- **RENTA**

Incluye los ingresos salariales más los beneficios que se derivan de las inversiones.

- **PATRIMONIO**

Es el valor total de los bienes muebles e inmuebles deduciendo las deudas pendientes.

5.2.15. ESTRATIFICACIÓN SOCIAL

La estratificación se la puede definir como desigualdades estructuradas entre diferentes agrupamientos de individuos, hablamos de desigualdades estructuradas para indicar que la desigualdad no es aleatoria, sino que sigue una pauta, tiene una base institucional, muestra cierta constancia y estabilidad a lo largo del tiempo.

El estudio de estratificación social consiste en el análisis de los sistemas que gobiernan los procesos distributivos y determina quien obtiene que, por que, como y con qué consecuencias.

Principios básicos de la estratificación:

- Es una característica de la sociedad en su conjunto y no de alguno de sus miembros considerados individualmente.

- El sistema de estratificación social se perpetúa de generación en generación.
- Es universal pero varía de unas sociedades a otras.
- No es una cuestión de desigualdad sino también de cultura social y está relacionado con el sistema de creencias de los individuos.

5.2.16. CLASE SOCIAL

Agrupamiento de persona a gran escala que comparten recursos económicos comunes. Los cuales influyen fuertemente sobre el estilo de vida que son capaces de llevar.

Se diferencia de las otras estratificaciones por qué:

Se produce en un régimen jurídico de igualdad de derechos para todos los ciudadanos. En teoría se trata de un régimen abierto, puesto que jurídicamente no está prohibido pasar de un estrato a otro, pero en la práctica es bastante cerrado, ya que los orígenes familiares pesan sobremanera para determinar la posición social que va a ocupar un individuo cuando llegue a adulto. No es adscrita, se adquiere a lo largo de la vida. (www.clasesocialysocializacion.com)

5.2.17. DIMENSIONES DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO

Según Merino, R. De La Fuente, G. manifiesta que:

- **Dimensión Social:** Se expresa en la variable de la Educación del principal sostén del hogar (el miembro del hogar que más aporta al presupuesto y la economía familiar a través de su Ocupación principal, aunque no es necesariamente quien percibe el mayor ingreso).
- **Dimensión Económica:** Se expresa en la ocupación del principal sostén del hogar y en el patrimonio del hogar: bienes (T.V. color con control remoto, teléfono, heladera con freezer, Videograbador/reproductor, secarropas, lavarropas programable automático, tarjeta de crédito del principal sostén del hogar, computadora personal, acondicionador de aire) y automóvil¹⁰.

5.2.18. EXCLUSIÓN SOCIAL Y MERCADO DE TRABAJO.

Según Sanchis, M¹¹ .menciona que:

Existe un estudio de la relación entre la exclusión social y el mercado de trabajo ya que existe un consenso que considera que la exclusión social es una categoría más amplia que la de la pobreza monetaria o los que

¹⁰ Merino, R. De La Fuente, G. (2007). *Sociología para la intervención social y educativa*. España. Editorial complutense S. A. Pág 246.

¹¹ Sanchis, M. (2011). *Falacia dilemas y paradojas "la economía de España"*. España. 2da edición. Editorial P. U. V. Pág 268, 270, 273.

carecen de ingresos económicos; ellos no tienen accesos a los bienes, servicios ni a los derechos sociales y políticos de modo que se encuentran aislados del modo de vida predominante en la sociedad.

Según Merino, R. De La Fuente, G manifiesta que:

El termino exclusión surge con la intención de recoger las múltiples acepciones empleadas en la descripción de procesos de pobreza marginación o desigualdad, que afectan cada vez a un número mayor y diverso de personas y grupos en el contexto mundial actual. Se puede explicar el significado de exclusión social como un “proceso social de separación de un individuo o grupos respecto a las posibilidades laborales, económicas, políticas y culturales a las que otros si tienen acceso y disfrutan¹².

Según Sanchis, M¹³ .menciona que:

La pobreza es la clave, para describir este proceso por el cual las personas pueden tener menos posibilidades y oportunidades de realización y de integración en su entorno. La exclusión social abarca las situaciones de carencias económicas o insatisfacción de necesidades como la privación de los derechos de ciudadanía.

¹² Merino, R. De La Fuente, G. *Sociología para la intervención social y educativa*. 2007. Editorial complutense, S.A. España. Pág 246

¹³ Sanchis, M. (2011). *Falacia dilemas y paradojas “la economía de España”*. España. 2da edición. Editorial P. U. V. Pág 268, 270, 273.

Las formas básicas en las que un individuo puede acceder a bienes que necesita son tres: ejerciendo un derecho, comprándolos en un mercado o recibiendo de otros.

Las Líneas de actuación de la política social comunitaria pretende:

- Modernizar y mejorar la protección social.
- Promover la inclusión social por medio de la prevención y erradicación de la pobreza, así como el fomento de la integración y la participación de todos en la vida económica y social.
- Promover la igualdad entre hombres y mujeres.
- Reforzar los derechos fundamentales.
- Luchar contra la discriminación.

5.2.19. POBREZA

Según Adroher Biosca, S. Vidal Fernández F. Menciona que:

La pobreza es un fenómeno complejo y multidimensional, se la ha definido a partir de lo que se denomina umbral de la pobreza que se determina en función del ingreso o renta necesaria para poder sobrevivir una persona, es una situación o forma de vida que

surge como producto de la imposibilidad de acceso o carencia de los recursos para satisfacer las necesidades físicas y psíquicas básicas humanas que inciden en un desgaste del nivel y calidad de vida de las personas como alimentación, vivienda, educación, asistencia sanitaria, y acceso al agua potable.

El concepto de pobreza es fundamentalmente económico aunque también tiene impactos políticos y sociológicos, en algunos contextos se la considera como algo negativo pero en los ámbitos espirituales se considera una virtud por implicar la renuncia a los bienes materiales, históricamente la pobreza ha sido objeto de distintas valoraciones ideológicas que implican distintas respuestas sociales.

5.2.20. TIPOS DE POBREZA

Según varios autores y estudios que se han realizados por el Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, expresan que hay varios tipos de pobreza.

5.2.21. POBREZA ABSOLUTA

La pobreza absoluta se refiere a una familia que no tiene las necesidades básicas cubiertas. El dinero que perciben, si es que perciben alguno, no les alcanza para la comida, la vestimenta, la educación. Para don Oscar Arias (1979) “la pobreza absoluta significa analfabetismo, desnutrición, enfermedades, carencia de vivienda, altas tasas de mortalidad y reducida esperanza de vida, que impiden a quienes las sufren realizar el potencial genético que nace con ellos”.

Existe pobreza absoluta primaria si las necesidades humanas físicas, expresadas en términos de nutrición, vestido y vivienda, no están garantizadas. Por otro lado, se denomina *pobreza absoluta secundaria* cuando existe algún tipo de “exclusión de la participación en la vida social”. Estas clasificaciones de pobreza están asociadas al concepto de “necesidades básicas”, de modo que las personas que no satisfagan un mínimo de sus necesidades básicas, materiales o inmateriales, son considerados pobres¹⁴.

5.2.22. POBREZA RELATIVA

La pobreza relativa se refiere al hecho de que cada pobre es diferente dependiendo el lugar en el que se encuentre. No es lo mismo, un pobre de Suiza que uno de África, o uno de Latinoamérica que uno de Norteamérica. La pobreza relativa se la considera como una línea de pobreza que se incrementa a medida que aumenta el ingreso nacional promedio.

Según Mideros Mora, A. manifiesta que:

Se puede reducir la pobreza absoluta sin alterar la desigualdad, lo que permitirá reducir la pobreza relativa, la reducción de la pobreza puede ir de la mano con la reducción de la desigualdad, ya que los ingresos, consumo o satisfacción de necesidades básicas (medidas cuantitativas, comunes, de pobreza), así como las oportunidades de las personas pueden incrementarse en toda la población, pero si su aumento es desproporcional la pobreza relativa y la subjetiva se podrían mantener o incrementar¹⁵.

¹⁴ Adroher Biosca, S. Vidal Fernández. (2008). Infancia en España, nuevos desafíos sociales nuevas respuestas jurídicas. Madrid. Editorial ORMAG. Pág 490.

¹⁵ Mideros Mora, A. *Crédito y desigualdad: efecto del acceso a créditos en la brecha de ingreso de los hogares*. 2008. Editorial Flacso. Ecuador. Pág 21.

5.2.23. POBREZA EDUCATIVA

Según Arroyo Picard, A. Barba Solano, C. García, B. Calva, J¹⁶. mencionan que:

La pobreza educativa se refiere la falta de oportunidades y de posibilidades que un individuo tiene para acceder a la educación básica y superior y a la imposibilidad por esto de acceder a una buena oferta laboral. El gobierno contribuyo al aumento de oportunidades a través de un mayor gasto público, estas oportunidades se tradujeron en la disminución de la pobreza de ingresos como la de la pobreza educativa, de espacio de vivienda, de servicios de la vivienda, de salud y de seguridad social.

5.2.24. POBREZA DE SERVICIO

Se refiere a aquellas personas que carecen de servicios básicos, ya sea por vivir en una zona periférica ,donde se encuentran asentados la mayoría de los pobres en cualquier lugar del mundo, donde no lleguen los

¹⁶ Arroyo Picard, A. Barba Solano, C. García, B. Calva, J. (2007). *Empleo ingreso y bienestar*. México. Volumen 11. Pág 355.

servicios como luz, agua potable, servicios de cloacas entre otros o por no contar con el dinero suficiente para pagar estos

5.2.25. POBREZA DE SALUD

Según Rubio Gil, M. manifestó que:

Las personas pobres por salud son aquellos que no cuentan con recursos para pagar servicios de salud eficientes, por lo que siempre tienen que terminar en hospitales públicos o centros de salud barriales con una atención insuficiente. Aún si la atención fuera excelente, los pobres en salud no tienen dinero ni medios lícitos de conseguir los medicamentos prescritos¹⁷.

5.2.26. POBREZA CÍCLICA

Según Arroyo Picard, A. Barba Solano, C. García, B. Calva, J¹⁸. manifiesta que:

Hace referencia a la pobreza generalizada, pero temporal que afecta a una población concreta. Produce la escasez de abastecimientos

¹⁷ Rubio Gil, M. *Claves para una correcta gestión de las personas y gestiones familiares*. (2007). Editorial Amat. Barcelona. Pág 8, 15.

¹⁸ Arroyo Picard, A. Barba Solano, C. García, B. Calva, J (2007). Empleo ingreso y bienestar. México. Volumen 11. Pág 335.

provocados por una deficiente planificación agrícola o por causas naturales, dando lugar a las épocas de hambruna que periódicamente asolaron y asolan a la comunidad.

5.2.27. POBREZA COLECTIVA

Construye la insuficiencia de los recursos para satisfacer las necesidades básicas de la vida, que puede afectar a toda una población o a grandes sectores de población inmersos en una sociedad próspera. Este tipo de pobreza es el resultado de un subdesarrollo económico, agravado por la imposibilidad de satisfacer adecuadamente las necesidades de una población cuyos recursos son insuficientes. Las consecuencias de estas condiciones son una expectativa de vida muy baja, enfermedades provocadas por una nutrición deficiente y altas tasas de mortalidad.

Las soluciones propuestas para paliar los terribles efectos de este tipo de pobreza han producido resultados pocos alentadores y han dado lugar a la teoría conocida como "círculo vicioso de la pobreza" que pretende explicar el subdesarrollo de los países más desfavorecidos.

5.2.28. POBREZA INDIVIDUAL

Posee un carácter permanente, su área de distribución se limita tan solo a un individuo o a una familia, incapacitados para proveerse de las más básicas necesidades. Dicha enfermedad se da por impedimentos físicos o mentales que de no existir permitirían al individuo atender sus necesidades de forma satisfactoria. (Arroyo Picard, A. Barba Solano, C. García, B. Calva, J. *Empleo ingreso y bienestar*. Pág 355).

5.2.29. FACTORES DE POBREZA

Según Merino, R. De La Fuente, G¹⁹. mencionan que:

Los factores de pobreza como un enfoque de problema social puede medirse por: Ignorancia, enfermedad, apatía, corrupción, dependencia.

Estos factores contribuyen a la generación de otros elementos secundarios como escases de mercados, infraestructura pobre, carencia de liderazgo, mal gobierno, bajo nivel de empleo, conocimientos

¹⁹ Merino, R. De La Fuente, G. (2007). Sociología para la intervención social y educativa. España. Editorial complutense S. A. Pág 246.

insuficientes, absentismo, escasas de capital, cuando uno de estos problemas sociales están causado por uno de estos factores, cada uno de ellos contribuye a la perpetuación de la pobreza y su erradicación es necesaria para la eliminación de la pobreza.

5.2.30. IGNORANCIA

Es falta de información o de conocimientos. La relegación en la toma de decisiones; la marginación de los pobres no es más que la muestra que no poseen el conocimiento, y no se habla del conocimiento en general, sino del que se requiere para cada sector, de ahí que si bien es cierto se hace ineluctable la educación básica, la instrucción o educación aplicada es necesaria para competir adecuadamente, por ejemplo en el área urbana el perfil de profesional laboral requerido, difiere al de la persona que vive en el sector rural, en donde muchos son agricultores.

Existen muchos caminos para erradicar la pobreza, pero éstos deben conllevar un programa integral para intentar ver resultados, entre ellos fortalecer la educación general y aplicada, la instrucción y la transparencia

de información, todo con un solo objetivo: reforzar las capacidades, para un mundo competitivo.

5.2.31. ENFERMEDAD

Cuando una comunidad tiene una alta tasa de enfermedad, el absentismo es considerable, la productividad baja y se genera menos riqueza. Aparte de la miseria, aflicción y muerte que derivan de la enfermedad, es también un factor importante de pobreza en una comunidad. Estar bien (bienestar) no sólo ayuda a los individuos que están sanos, sino que contribuye a la erradicación de la pobreza en la comunidad.

En este caso, como en cualquier otro, prevenir es mejor que curar. Este es uno de los principios de la atención sanitaria primaria. La economía es mucho más próspera si la población está siempre sana; mucho más que si la gente enferma y debe ser tratada. La salud contribuye a la erradicación de la pobreza, sobre todo en cuanto al acceso a agua limpia, segura y potable, separación de las aguas potables y fecales, conocimientos de higiene y prevención de enfermedades mucho más que los médicos, hospitales y medicinas, que son soluciones curativas costosas, más que medidas para evitar la enfermedad.

5.2.32. APATÍA

La apatía aparece cuando la gente pierde interés, o cuando se siente tan impotente que no intenta cambiar las cosas, encauzar lo que va mal, corregir los errores o mejorar las condiciones, a veces, la gente se siente tan incapaz de conseguir algo que envidian a sus familiares o vecinos de comunidad que lo intentan, entonces procuran forzar a los que lo intentan a su propio nivel de pobreza. En la lucha contra la pobreza, el activista utiliza el estímulo y los elogios, para que la gente “quiera” y “aprenda” cómo tomar las riendas de su propia vida.

5.2.33. DEPENDENCIA

Cuando los recursos destinados a servicios y prestaciones comunitarias se desvían al bolsillo privado de alguien que está en una situación de poder, se pone en juego algo más que la moral. En estas series de adiestramiento, no hacemos juicios de valor sobre lo que está bien o mal. Lo que pretendemos es insistir en que éste es uno de los factores más importantes de la pobreza. La cantidad robada al público, recibida y disfrutada por un particular, es mucho menor que la disminución de la riqueza pública que este hecho genera.

Los economistas nos hablan del «efecto multiplicador». Cuando se invierte nueva riqueza, el efecto positivo sobre la economía es mayor que la cantidad creada. Cuando se pone fuera de la circulación dinero para inversiones, la parte de riqueza de la que se priva a la comunidad es mayor que la cantidad de dinero que gana el malversador.

5.2.34. CORRUPCIÓN

Según la pág. Web www.buenastareas.com manifiesta que:

Es el resultado de ser el extremo receptor de la caridad. A corto plazo, como tras un desastre, la caridad puede ser esencial para la supervivencia. A largo plazo, esta caridad puede contribuir a la posible desaparición del receptor, y ciertamente a la continuación de su miseria. Existe la actitud, la creencia de que una persona o un grupo es tan pobre, tan desvalido, que no puede ayudarse a sí mismo, y que necesita depender de la asistencia exterior, de los cinco factores más importantes de pobreza, el síndrome de dependencia es el que más preocupa al activista comunitario²⁰.

5.2.35. INDICADORES DE POBREZA

Según Rubio Gil, M²¹. Manifiesta que:

²⁰ www.buenastareas.com

²¹ Rubio Gil, M. *Claves para una correcta gestión de las personas y gestiones familiares*. (2007). Editorial Amat. Barcelona. Pág 8, 15.

Consisten en listas de indicadores, los cuales podrían tener o no pesos relativos, como indicadores parciales concernientes al ingreso se emplean corrientemente el ingreso per cápita, ingreso en el límite de pobreza, nivel de salarios para ocupaciones no calificadas, índice de precios de la canasta de bienes básicos, entre otros. Indicadores relacionados con el criterio de subsistencia pueden ser la proporción del producto nacional bruto gastada por el gobierno de un país en seguridad social, las tasas netas de matrícula de niños y adolescentes en el sistema educativo, tasa de mortalidad de niños menores de cinco años, la tasa de inmunización de niños de un año, esperanza de vida al nacer de hombres y mujeres, tasa de alfabetización, entre muchos otros.

5.2.36. PERFILES DE POBREZA

Un perfil de pobreza para un país o un grupo de individuos consiste en un bosquejo comprensivo de los aspectos cualitativos y cuantitativos que caracteriza a la población pobre, con respecto a sus condiciones económicas, institucionales y sociales. Dependiendo de la calidad y disponibilidad de los datos, la calidad estadística de los perfiles de pobreza variará fuertemente a lo largo del tiempo y en distintos países.

5.2.37. ECONOMÍA DEL HOGAR

Según Arenas Dolz, F. Cebolla Sanahúja, L. Tienda Palop, L. Giancristoforo, L. manifiesta que:

La economía del hogar constituye la fuente nacional principal de fondos para financiar la inversión del capital, el cual es un impulso fundamental para lograr el crecimiento a largo plazo.

Los grupos nacionales incluyen a las familias como a las instituciones sin ánimo de lucro, que ofrecen servicios a las familias. La tasa de ahorro de los hogares se calcula como la proporción de los ahorros nacionales a los ingresos nacionales disponibles²².

5.2.38. ACCIÓN SOCIAL PARA COMBATIR LA POBREZA

Según Mankiw N, G²³. Menciona que:

Es preciso establecer una planificación económica y social, basada en una re- distribución más justa de los recursos que permita elevar el nivel de vida de toda una población o grupo, así como en una política social

²² Arenas Dolz, F. Cebolla Sanahúja, L. Tienda Palop, L. Giancristoforo, L. *Ética del desarrollo humano y justicia global*. 2007. Valencia. Editorial artes digitales Nau 1 libros. Pág 54.

²³ Mankiw N, G. (2009). *Principios de la economía*. 5ta edición. México. Editorial EDITEC. S. A. DE .C. U. Pág 4,28,29.

encaminada a la modificación de las actitudes y normas de conducta, mediante una adecuada educación y preparación laboral, que favorezca la incorporación, plenamente satisfactoria, a un entorno social nuevo a los grupos o sectores más desfavorecidos de la comunidad. Otros surgieron de la pobreza puede reducirse eliminando la intervención del estado en la economía, a fin de que aumente la actividad productiva.

5.2.39. LA FAMILIA

Una familia es un conjunto de familia unidas por lazos de parentesco, estos lazos principales son de dos tipos, vínculos de afinidad derivados de un establecimiento reconocido socialmente como el matrimonio, y vínculos de consanguinidad como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre. La familia puede diferenciarse según el tipo de parentesco entre sus miembros.

Familia nuclear: padres e hijos también se la conoce como círculo social.

Familia extensa, además de la familia nuclear incluye los abuelos, tíos, primos, y otros parientes sean consanguíneos o afines.

Familia Compuesta: es solo o madre o los hijos o lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre, principalmente si son adoptados o tienen vínculo consanguíneo con alguno de los dos padres.

Según Rubio Gil, M. manifiesta que:

Es una organización que merece ser vivida, atendida y considerada en toda su realidad, durante muchos siglos la familia ha sido una unidad de producción económica, y es la principal fuente de ahorro de un país a la hora de hacer frente a sus necesidades futuras pero también es el sostén de un país y una fuente de riqueza²⁴.

5.2.40 CLASES DE FAMILIAS.

Según la pág. Web www.buenastareas.com/clasesdefamilias²⁵ manifiesta que:

5.2.40.1. FAMILIA EXTENSA.- es aquella que define a la familia como aquella estructura de parentesco que habita en una misma unidad

²⁴ Rubio Gil, M. *Claves para una correcta gestión de las personas y gestiones familiares*. 2007. Editorial Amat. Barcelona. Pág 8,15.

²⁵www.buenastareas.com/clasesdefamilias

doméstica y está conformada por parientes pertenecientes a distintas generaciones.

5.2.41.2. FAMILIA MONOPARENTAL.- está compuesto por un solo miembro de la pareja progenitora y en la que los hijos de forma prolongada pierden el contacto con uno de los padres.

5.2.42. MODOS DE SER FAMILIA

Existen diversos tipos de familias y son múltiples las formas en que cada uno de sus miembros se relacionan y viven cotidianamente.

5.2.42.1. FAMILIA RÍGIDA.

Dificultad de asumir los cambios de los hijos, donde los padres brindan un trato a los niños como a los adultos, no admiten el crecimiento de sus hijos, y son sometidos por la rigidez de sus padres siendo permanentemente autoritarios.

5.2.42.2. FAMILIA SOBREPOTECTORA.

Preocupación por sobreproteger a los hijos, no permiten el desarrollo y autonomía de los hijos, no saben ganarse la vida ni defenderse tienen excusa para todo se convierten en “infantoides”, los padres retardan la madurez de sus hijos y hacen que dependan extremadamente de sus decisiones.

5.2.42.3. FAMILIA CENTRADA EN LOS HIJOS.

Los padres no saben enfrentar sus propios conflictos y centran su atención en los hijos, así en vez de tratar temas de parejas, traen siempre a la conversación temas acerca de los hijos como si fuera el único tema de conversación, este tipo de padres busca la compañía de los hijos y depende de estos para su satisfacción en pocas palabras viven para y por sus hijos.

5.2.42.4. FAMILIA PERMISIVA.

En este tipo de familias los padres son incapaces de disciplinar a los hijos, y con la excusa de no ser autoritarios les permiten a los hijos hacer todo lo que quieran, en este tipo de hogares los padre no funcionan como padres no los hijos como hijos, con frecuencia observamos que los hijos mandan más que los padres, en estos casos lo padres no controlan a sus hijos por temor a que estos se enojen.

5.2.42.5. FAMILIA INESTABLE.

Esta familia no alcanza a ser unidas los padres están confusos acerca del mundo que quieren mostrar a sus hijos por falta de metas comunes, les es difícil mantenerse unidos resultando que por su inestabilidad los hijos crecen inseguros, desconfiados, y temerosos, con gran dificultad para dar y recibir afecto, se vuelven adultos pasivos dependientes, incapaces de expresar sus necesidades, son frustrados y llenos de culpas y rencor por las hostilidades que no expresan y que interiorizan.

5.2.42.6. FAMILIA ESTABLE.- esta familia se muestra unida, los padres tienen claridad en su rol sabiendo el mundo que quieren dar y mostrar a su hijos llenos de metas y sueños, les resulta fácil mantenerse unidos los hijos crecen estables, seguros, confiados, les resulta fácil dar y recibir afecto, en su etapa de adulto son activos y autónomos capaces de expresar sus necesidades se sienten felices y con alto grado de madures e independencia.

5.2.43. EMPRESA

Según Serrano Bermejo, A. R. Alonso, S y Arenas Dolz, F. Cebolla Sanahúja, L. Tienda Palop, L. Giancristoforo, L.²⁶. manifiestan que:

Es una organización social que utiliza variedad de recursos, financieros, tecnológicos, materiales y humanos para alcanzar determinados objetivos, como la satisfacción de una necesidad o deseo de su mercado meta con la finalidad de lucrar o no.

²⁶ Serrano Bermejo, A. R. Alonso, S y Arenas Dolz, F. Cebolla Sanahúja, L. Tienda Palop, L. Giancristoforo, L. (2008). Economía de la empresa agroalimentaria. España.3ra edición. Artes gráficas S. A. Pág 16,18, 20.

5.2.44. ECONOMÍA DE UNA EMPRESA

La economía de una empresa se la define como una ciencia que se encarga del estudio de los hechos de naturaleza económica que se vive en el mundo empresarial, y busca dar una explicación científica de los mismos y proporcionar al empresario criterios que le permitan la toma de decisiones racionales como la interpretación de la realidad en que se desenvuelve la empresa, análisis del comportamiento empresarial, recogida de información para la toma de decisiones.

Existen dos enfoques de estudio en la economía de la empresa: enfoque positivo y enfoque normativo.

5.2.45. ENFOQUE POSITIVO

Con la busca dar una explicación de la realidad en que se mueve la empresa. Existe una doble interpretación:

- **Descriptiva:** cuando se describe la realidad en que la empresa se desenvuelve. Se analiza el funcionamiento de la empresa o sector empresarial tanto desde el punto de vista estático como desde el

punto de vista dinámico. Por lo tanto es un enfoque empírico realista.

- **Teórica.-** Con este enfoque, el estudio se centra en la elaboración de teorías que expliquen los hechos analizados desde el punto de vista descriptivo. Es un enfoque teórico.

5.2.46. ENFOQUE NORMATIVO

Según Serrano Bermejo, A. R. Alonso, S manifiesta que:

Trata de lo que la empresa debe ser para cumplir son sus objetivos. Da origen a una economía de la empresa práctica que busca dar respuesta una doble interrogante:

- ¿qué hacer? conduce a un análisis de los objetivos que puede perseguir la empresa. Es un enfoque normativo.
- ¿Cómo hacerlo? Corresponde a los métodos o políticas que el empresario debe llevar a cabo para conseguir los objetivos previamente fijados. Es un enfoque decisionista.

Los elementos básicos en el que se centra el estudio de la economía de la empresa son:

- El empresario como elemento decisor y ejecutor de las políticas que se llevan a cabo en la empresa.

- La empresa como objeto de la actividad empresarial.²⁷

5.3. PROCESOS INFECCIOSOS PERIAPICALES

5.3.1. ENDODONCIA:

Según Carrillo Sánchez, C manifiesta que: “Se la define como parte de la odontología que se encarga estudiar la etiología, diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades de la pulpa dental y tejidos perirradiculares asociados, con el fin de conservar el órgano dental²⁸.”

5.3.2. PULPA DENTAL

5.3.2.1. CONCEPTO:

Según Lindhe, J. Lang, n. manifiestan que:

Es un tejido blando que ocupa la parte central del diente, es ricamente vascularizado e innervado cumple con una función

²⁷ Serrano Bermejo, A. R. Alonso, S. economía de la empresa agroalimentaria. 2008. 3ra edición. España. Artes gráficas S. A. pág 16.

²⁸ Carrillo Sánchez, C. Endodoncia. 2007. Medigraphic. Vol. 1.editorial A.D.M. Pág 264

primaria que es la formativa ya que de ella se derivan los odontoblastos que forman la dentina e interactúan con el epitelio dental en las fases iniciales del desarrollo dental para poner en marcha la formación del esmalte, también cumple con la función de nutrición (aporta con los nutrientes necesarios para la formación de la dentina y mantiene la integridad de la propia pulpa) y defensa (cumple esta función en respuesta a las lesiones producidas por la caries, atrición, traumatismos y tratamientos restauradores).

5.3.2.2. PRUEBA DE VITALIDAD PULPAR

La prueba de dientes no restaurados o con restauraciones mínimas en denticiones afectadas por periodontitis puede realizarse con éxito mediante estimulación mecánica, térmica y eléctrica. Las técnicas a realizarse son la aplicación de un chorro de aire comprimido contra una superficie radicular expuesta, el uso de una rueda de goma para generar calor por fricción y varias pruebas con frío, todas con el objetivo de desencadenar el movimiento del líquido dentinario²⁹.

²⁹ Lindhe, J. Lang, n. Periodontología clínica e implantología odontológica. 2009. 5ta edición. Editorial medica panamericana S.A. España. Pág 854

5.3.3. FACTORES QUE ALTERAN LA RESPUESTA INFLAMATORIA PULPAR.

Según la pág. Web www.slideshare.es³⁰ manifiesta que:

Cuando la pulpa coronal se lesiona se produce una inflamación, y como parte de esta reacción habrá un aumento de la permeabilidad vascular y una filtración de líquidos a los tejidos circundantes.

5.3.4. DOLOR DE ORIGEN PULPAR

Según Hernández, J. Benavides, C. manifiestan que:

Una condición del dolor dental agudo, es la hipersensibilidad dentinal, un dolor agudo se desarrolla por el movimiento de fluidos que activan las fibras en los túbulos dentinales. La etiología del dolor asociado a la hipersensibilidad se asocia al dolor por exposición dentinal, presente en los recesos gingivales, cuando ha tenido cirugía periodontal, o en presencia de atrición, abrasión, erosión, africción, o como respuesta a cambios químicos , térmicos o a estímulos táctiles³¹.

³⁰ www.slideshare.es

³¹ Hernández, J. Benavides, C. (2007). Colección Textos ciencia de la Salud. 2da edición. Editorial Servigraphic Ltda. Bogotá. Pág 180.

5.3.5. ETIOLOGÍA DE LA PATOLOGÍA PULPAR.

Según la pág. Web www.pactoral/lesiones_periapicales.doc manifiesta que:

Las causas de la patología pulpar puede clasificarse en: naturales y yatrógenas.

Naturales:

- Caries
- Traumatismos (fractura, luxación, bruxismo...)
- Atrición
- Abrasión
- Anomalías morfológicas dentales (diente invaginado, dens in dente...)
- Envejecimiento
- Idiopáticas (reabsorción interna...)
- Enfermedades generales (hipofosfatemia hereditaria...).

Yatrógenas (provocadas por el dentista)

- Preparación de cavidades (calor, secado, exposición pulpar...)
- Colocación de materiales irritantes
- Colocación de sustancias medicamentosas
- Microfiltración
- Movimientos ortodóncicos
- Raspado periodontal

La reacción inflamatoria que se desencadena puede ser provocada de una forma directa, por un contacto directo de irritantes con la dentina expuesta (productos bacterianos, elementos de la dentina careada, productos químicos de alimentos...). También puede darse una reacción inmunitaria

humoral o celular. En ambos casos se produce una liberación de mediadores químicos que inician la inflamación pulpar³².

5.3.6. CARIES DENTAL

Según Moncada, C. Urzúa A, I. manifiesta que:

La caries dental es una enfermedad microbiana infecciosa de los dientes que trae como consecuencia la destrucción de los tejidos calcificados afectados como el esmalte cemento y dentina. Las lesiones cariosas se pueden aparecer debajo de la placa dental. Por ello es necesario mantener una buena higiene oral usando los implementos necesarios

Existen múltiples causas y factores que pueden originar y/o producir la pérdida de tus dientes. Las dos principales enfermedades que causan la pérdida dental son la caries y la enfermedad periodontal (enfermedades que afectan a las encías, tejidos y estructuras que protegen y sujetan al diente en la boca). Además existen otras afecciones que pueden ser motivo de la pérdida de un diente, como son: Desgastes de los dientes, traumatismos, piezas dentarias con tratamientos inconclusos, fracturas dentales etc³³.

³²www.pactoral/lesiones_periapicales.doc

³³Moncada, C G. Urzúa A, I. *Cariología clínica de Moncada*. (2008). 1era edición. Santiago/Chile. Pág 15.

5.3.6.1. CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES DE CARIES:

Según la pág. Web www.slideshare.es³⁴ manifiesta que:

En esmalte se clasifican en lesiones de caries incipiente en R1, R2, R3 y en dentina se clasifican en lesiones de caries superficiales, de mediana profundidad, profundas, inmediatas a cámara, sobreproyectadas en cámara pulpar y lesiones de caries penetrantes.

5.3.7. TIPOS DE CARIES SEGÚN SU PROFUNDIDAD

Según Negroni, M. manifiesta que:

El comienzo la configuración y la progresión de las lesiones cariosas en cada una de las localizaciones dependen de diferentes factores entre ellos podemos mencionar, los distintos microorganismos que conforman la biopelícula y la anatomía y la histología dentaria que determina las características de avance de la lesión.

Los dientes que están afectados por el deterioro (caries o cavidades) necesitan una obturación. Los avances en materiales y técnicas dentales proporcionan métodos nuevos y eficaces para

³⁴ www.slideshare.es

restaurar los dientes. Existen varios tipos diferentes de restauraciones (directas, indirectas).

5.3.7.1. CARIES DE ESMALTE

La lesión cariosa es el resultado de la desmineralización, la primera manifestación clínica de la lesión de un proceso de caries de esmalte es la mancha blanca que es la traducción de los cambios bioquímicos que ocurren en la interface biopelícula – esmalte, luego en la periferia del cuerpo de la lesión se presenta una zona oscura de remineralización con pérdida de minerales, el grosor de la zona oscura presenta la eficacia del proceso de remineralización, presentándose la zona de avance de la lesión que se encuentra por fuera de la zona oscura.

5.3.7.2. CARIES DE DENTINA

La biopelícula, la anatomía y la histología dentaria determinan las características de avance de la lesión, la caries de dentina varía de acuerdo a su ubicación en la lesión.

Cuando la caries alcanza el límite amelodentinario, avanza a un ritmo mayor que el del esmalte, la presencia de los túbulos dentinarios ayuda a que los microorganismos invadan la pulpa, con la continuación de la evolución natural de la enfermedad³⁵.

³⁵ Negroni, M. Microbiología estomatológica: fundamentos y guía de práctica. 2009. 2da edición. editorial medica panamericana. Argentina. Pág 257, 258,259.

5.3.7.3. CARIES PENETRANTE

Según la página web [www. Portal. Unmayor.cl/caries_rx.html](http://www.Portal.Unmayor.cl/caries_rx.html)³⁶. manifiesta que:

Es en caries penetrante donde hay gran destrucción coronaria (por ej, caries disto oclusal muy profunda), hay que reconocer la anatomía radicular y observar la porción apical con el objetivo de ver si la caries es penetrante o no, se caracteriza por ser una caries con un compromiso pulpar irreversible, puede ser un absceso pulpar, lo importante de reconocer esto es que el tratamiento será endodoncia o extracción.

5.3.8. ETIOLOGÍA

Según Redondo Figueroa, C. Galdó Muñoz, G, García Fuentes M manifiesta que:

Placa bacteriana cariogénica que contiene microorganismos como los streptococcus mutans que originan ácidos produciendo sobre el esmalte y dentina descalcificación y escasa tendencia a la desmineralización.

La invasión microbiana que afecta a las estructuras dentarias puede alcanzar la pulpa del diente presentando una respuesta inflamatoria que lleva a un tratamiento de conducto.

³⁶ [www. Portal. Unmayor.cl/caries_rx.html](http://www.Portal.Unmayor.cl/caries_rx.html)

El tratamiento de las lesiones cariosas comprende la eliminación del tejido dentario infectado y su remplazo por materiales artificiales como amalgamas resinas compuestas y cementos de ionomeros vítreos.

5.3.9. SINTOMATOLOGÍA

a) Si la afectación de la caries es de esmalte produciría sensibilidad al frío o dulce.

b) Si la afectación es de dentina puede producir dolor y sensibilidad al frío.

c) Si la afectación es pulpar el dolor es más intenso, puede despertarle, le molesta al frío, calor y dulce, dolor al masticar, inflamación de la mucosa próxima al diente afectado (no siempre coinciden todos los síntomas)³⁷

³⁷Redondo Figueroa, C. Galdó Muñoz, G, García Fuentes M. *Atención al adolescente*. 2008. Editorial publicam. España. Pág 169- 170

5.3.10. EXPLORACIÓN

Según Moncada, C. G. Urzúa A, I³⁸. manifiesta que:

Con una buena iluminación y el diente bien seco, se observa una mancha blanca de descalcificación que se tiñe dando una apariencia oscura a las fisuras, esta mancha va desde una pequeña fosa en el surco del diente hasta producir una visible cavidad dejando expuesta la pulpa dental y a veces fistuliza la mucosa en el fondo del vestíbulo.

5.3.11. RADIOGRAFÍA.

La radiografía Periapical o de aleta de mordida nos ayuda con el diagnóstico, dándonos imágenes radiolucidas a nivel apical o pérdida de material dental.

³⁸ Moncada, C. G. Urzúa A, I. (2008). *Cariología clínica de Moncada*. Santiago/Chile. 1era edición. Pág 15

5.4. IMPLEMENTOS PARA UNA MEJOR HIGIENE DE LA CAVIDAD ORAL Y PREVENCIÓN DE LA CARIES.

5.4.1. HIGIENE ORAL

Según Bardoni, N. Escobar r, A. Mercado Castillo, R. Manifiestan que:

La higiene oral es el procedimiento de limpieza contra enfermedades de la boca buscando la prevención y promoción de una buena salud oral, es importante la higiene oral ya que todos debemos de tener en cuenta la manera de cómo estamos cuidando nuestros dientes y nuestra boca, puesto que si utilizamos todos los implementos de uso bucal y siguiendo las recomendaciones de un odontólogo, no habrá ninguna preocupación de que te salga caries.

La buena higiene bucal proporciona una boca que luce y huele saludablemente. Esto significa que:

- Sus dientes están limpios y no hay restos de alimentos
- Las encías presentan un color rosado y no duelen o sangran durante el cepillado o la limpieza con hilo dental
- El mal aliento no es un problema constante

Si las encías duelen o sangran durante el cepillado o la limpieza con hilo dental, o usted sufre de mal aliento persistente, visite a su dentista. Cualquiera de estas infecciones indican un problema.

Una de las cosas más importantes que usted puede hacer por sus dientes y encías es mantener una buena higiene bucal cepillando

sus dientes después de cada comida que es lo recomendable, aunque un mínimo de dos veces por día sigue siendo razonable en los adultos. En los niños, se deben cepillar sus dientes después de desayunar, y antes de irse a dormir por la noche³⁹.

Según la página web www.salud.doctissimo.es manifiesta que:

Los dientes sanos no sólo le dan un buen aspecto a su persona y lo hacen sentirse bien, sino que le permiten hablar y comer apropiadamente. La buena salud bucal es importante para su bienestar general.

Los cuidados preventivos diarios, como el cepillado, uso de hilo dental y enjuague bucal, evitan problemas posteriores, y son menos dolorosos y menos costosos que los tratamientos por una infección que se ha dejado progresar.

En los intervalos entre las visitas regulares al dentista, hay pautas simples que cada uno de nosotros puede seguir para reducir significativamente el desarrollo de caries, las enfermedades de las encías y otros problemas dentales:

- Cepílese en profundidad, use hilo dental y enjuague bucal por lo menos dos veces al día.
- Ingiera una dieta equilibrada y reduzca las ingestas entre comidas
- Utilice productos dentales con flúor, inclusive la pasta de dientes
- Use enjuagues bucales fluorados si su dentista lo indica⁴⁰

Según Enrile de Rojas, F. Fuenmayor Fernández V. manifiesta que:

³⁹ Bardoni, N. Escobar r, A. Mercado Castillo, R. *Salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. 2010 Editorial medica panamericana. Buenos Aires. Pág 450, 469.

⁴⁰ www.salud.doctissimo.es

Ir al odontólogo (dentista) es algo que generalmente no nos provoca hacer. Por ello, siempre encontramos una buena excusa para aplazar o cancelar nuestra visita al consultorio dental y no estamos acostumbrados a acudir a una cita con el profesional de la salud bucal, salvo que tengamos molestias o dolor en la boca, dientes o encías.

Muchas personas en el mundo presentan enfermedades bucales, como la caries dental y la inflamación de encías (gingivitis) y se han acostumbrado a convivir con ellas, a pesar de que cada vez existen más evidencias de que la enfermedad bucal afecta considerablemente nuestra salud general y bienestar. Una boca enferma funciona inadecuadamente y esto genera muchos problemas en nuestro cuerpo, por ello es importante acudir al odontólogo por lo menos cada 6 meses⁴¹.

5.4.2. EL CEPILLADO DENTAL

Según Gutiérrez, E. Iglesias⁴², P. manifiestan que:

Es importante la minuciosidad en el cepillado que la técnica empleada, cualquier método es bueno si consigue eliminar la placa bacteriana y no causar lesiones. En los niños suele ser frecuente la técnica del restregado que convierte un movimiento horizontal del cepillo dental a lo largo de las caras externas e internas de las arcadas dentarias, si este es el método practicado por los padres no se debe modificar, siempre que se consigan

⁴¹ Enrile de Rojas, F. Fuenmayor Fernández V. Manual de higiene bucal.(2009). Editorial medica panamericana. Buenos Aires, Madrid. Pág 30, 83.

⁴² Gutiérrez, E. Iglesias, P. Técnica de ayuda odontológica/ estomatológica. (2009).Editorial Editex S.A. España. Pág

los resultados adecuados. Hay que incidir en la pulcritud de la higiene dental.

5.4.3. IMPLEMENTOS PARA LA HIGIENE ORAL

Según la página web www.odontochile.cl/archivos/tercero manifiesta que:

- *Cepillo y crema dental*
- *Seda dental*
- *Enjuague bucal*⁴³

5.4.3.1. CEPILLO DENTAL

La página de internet www.odontochile.cl/archivos/tercero manifiesta que:

El cepillo dientes es un instrumento de higiene oral utilizado para limpiar los dientes y las encías que consiste en un cuerpo o mango aproximadamente recto en cuyo uno de sus extremos (o cabeza del cepillo) se encuentra un denso conjunto de cerdas perpendiculares al cuerpo que facilita la limpieza de áreas de la boca difíciles de alcanzar. Los cepillos de dientes se encuentran disponibles en el mercado en diferentes tamaños, formas y texturas de cerdas. La mayoría de los dentistas recomiendan

⁴³ www.odontocat.com

utilizar cepillos de cerdas suaves para evitar el daño a la capa de esmalte dental o la irritación de las encías que unas cerdas más duras podrían provocar. Los cepillos de dientes se suelen comercializar con la mención suave, medio o duro en función de su dureza. Actualmente la mayoría de los cepillos dentales son fabricados con cuerpos de plástico y cerdas de fibras sintéticas.

¿Con qué frecuencia debo reemplazar mi cepillo dental?

Debe reemplazar su cepillo dental cuando muestre señales de desgaste o cada tres meses. También es importante cambiar los cepillos dentales después de un resfriado, puesto que las cerdas acumulan gérmenes que pueden provocar una nueva infección⁴⁴.

5.4.3.2. CREMA DENTAL

Según la página web www.odontochile.cl/archivos/tercero manifiesta que:

Es una pasta que viene en un tubo la cual nos sirve para refrescar y enjabonar los dientes.

La pasta de dientes está compuesta por los siguientes ingredientes de limpieza:

- Agua y humectantes
- Abrasivos
- Espuma y agentes de sabor
- Amortiguadores del pH
- Colorantes y agentes que opacan y aglutinan
- Fluoruro

⁴⁴ www.odontocat.com

5.4.3.3. SEDA DENTAL

El hilo dental (También se le conoce como seda dental) es un conjunto de finos filamentos de nylon o plástico (comúnmente teflón o polietileno) usado para retirar pequeños trozos de comida y placa dental de los dientes. El hilo se introduce entre los dientes y se hace recorrer el borde de los dientes, en especial por la zona cercana a la encía, algo que combinado con el cepillado de dientes previene infecciones de las encías, halitosis y caries dentales. En ocasiones, el hilo dental puede encontrarse protegido con una capa de cera.

5.4.3.4. ENJUAGUE

El enjuague bucal es una solución que suele usarse para mantener la higiene bucal, después del cepillado de dientes, para eliminar las bacterias y microorganismos causantes de caries y eliminar el aliento desagradable.

Existen enjuagues con funciones específicas; según su composición, se pueden encontrar enjuagues que se especializan en la prevención de halitosis, es decir, el mal aliento; otros con flúor que previenen la caries y optimizan la calcificación de los dientes. Asimismo, se están diseñando enjuagues bucales con el objetivo de reducir o curar las neoplasias en la cavidad bucal. Es recomendable evitar diluir los enjuagues debido a que puede disminuir su eficacia⁴⁵.

⁴⁵ www.odontochile.cl/archivos/tercero

5.5. ABRASIÓN

Según la página web www.drjaviersaldivar.com manifiesta que:

Se la define como el desgaste de una sustancia como el esmalte o la dentina que es causado por un proceso mecánico anormal.

Clínicamente se lo observa:

- Suele tener forma de cuña en la zona proximal.
- Aspecto pulido y brillante.
- Cambio de color de amarillento a marrón en función de la dentina expuesta.
- Es un proceso lento (por el cepillado), pasa desapercibido y es asintomático.

5.6. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ABRASIÓN

- El cepillado horizontal contribuye más al desgaste.
- Hay dientes más mineralizados que otros y soportan más al desgaste.
- Los dentífricos muy abrasivos producen más abrasión.

- Los cepillos más duros producen abrasión.
- La fuerza del cepillado.

5.7. DIAGNÓSTICO

5.7.1. ABRASIÓN POR CEPILLADO

Es la causa más frecuente y se localiza en los cuellos de los dientes, hay recesión gingival previa al desgaste por lo que queda cemento expuesto y se produce el desgaste.

5.7.2. ABRASIÓN POR HABITOS ADQUIRIDOS

- Fumar en pipa.
- Hábitos de trabajo (coger clavos o agujas con los dientes)

5.8. TRATAMIENTO

Hacer una historia clínica y ver la causa, si se trata de una lesión inicial se repara con composite para el tratamiento definitivo se realiza una corona, si se trata de una lesión cervical y hay sensibilidad se coloca barniz, resinas colutorios, o geles y si no desaparece la sensibilidad se hace una restauración con resina compuesta y si no se realiza endodoncia⁴⁶.

⁴⁶ www.drjaviersaldivar.com

5.9. TRAUMATISMOS DENTALES

Según la página web www.salud.doctissimo.es menciona que:

Las causas de los traumatismos dentales son variados (accidentes, deportes, violencia) su frecuencia es mayor en el segundo año de vida cuando los niños aun no coordinan bien sus movimientos e incrementan en los niños escolares y en la adolescencia, jóvenes y adultos menores las principales causa son por deportes riñas, accidentes de tránsito, factores que provocan la perdida dental⁴⁷.

5.9.1. FRACTURA

Según la página web www.odontochile.cl/archivos/tercero manifiesta que:

1. Fractura coronaria.
2. Fractura de corona y raíz.
3. Traumatismos a los tejidos de soportes.

5.9.2. BRUXISMO

Es definido como una actividad parafuncional que consiste en el apretamiento y frotamiento excesivo de los dientes, que conduce

⁴⁷ www.salud.doctissimo.es

al desgaste de una o más piezas dentarias. Al bruxismo se lo puede relacionar con el dolor de cabeza, tanto del cuello, hombros, espalda, como con la disfunción temporomandibular y las interferencias oclusales.

5.10. ANOMALÍAS MORFOLÓGICAS DENTARIAS

5.10.1. DIENTE INVAGINADO (DENS IN DIENTE)

Se caracteriza por la invaginación de tejidos dentarios como el esmalte, dentina y pulpa, desde la superficie externa hacia el exterior del diente. Se las puede clasificar en coronarias y radiculares.

Las anomalías coronarias se dividen en tres tipos:

- a) **Tipo 1.** Invaginación limitada a la corona del diente. Puede o no existir comunicación con la pulpa.
- b) **Tipo 2.** Se extiende apicalmente al límite amelocementario, pero no alcanza al ligamento periodontal.
- c) **Tipo 3.** Se extiende como el tipo 2 más allá del límite amelocementario, pero comunica con el periodonto lateral o apical. Ello da lugar a una vía de paso de bacterias que compromete el futuro del diente.

Esta anomalía es más frecuente en los incisivos laterales superiores seguidos de los centrales, premolares, caninos y molares, radiográficamente se observa una imagen que parece un diente dentro de otro diente⁴⁸.

⁴⁸www.odontochile.cl/archivos/tercero

5.11. IATROGENIAS

5.11.1. MICROFILTRACIÓN

Según la página web www.rode.es manifiesta que:

Es definida como un pasaje indetectable de bacterias, fluidos, moléculas, iones entre las paredes cavitarias y el material restaurador aplicado, y trae como consecuencia la hipersensibilidad dentinaria, irritación pulpar, permite el paso de bacterias a través del margen de la restauración que pueden producir caries recurrentes⁴⁹.

5.11.2. MOVIMIENTOS ORTODÓNCICOS

Según la página web www.slideshare.net⁵⁰ manifiesta que:

Es la fuerza mecánica que se aplica sobre las raíces dentarias y transmitidas a los tejidos periodontales que rodean al diente, inicia una actividad remodeladora que facilita el movimiento de los dientes a través del hueso que se lo define como un mecanismo de presión- tensión.

⁴⁹ www.rode.es

⁵⁰ www.slideshare.net

5.11.3. RASPADO PERIODONTAL

Es la técnica utilizada para la eliminación de la placa y cálculos supragingivales de las superficies dentales sin eliminar sustancia dental junto con el cálculo.

El objetivo del raspado periodontal es mantener la salud gingival mediante la remoción completa de factores locales de la superficie dental que producen inflamación gingival.

5.12. PROCESOS INFECCIOSOS PERIAPICALES.

Según Albi Ibáñez, E. Gonzales, J Páramo Zubiri, I⁵¹ y la pág. Web www.pactoral/lesionesperiapicales.doc⁵² manifiestan que:

Los procesos infecciosos comienzan antes de que la pulpa esté totalmente necrótica ya que las bacterias, los mediadores de la inflamación y el tejido pulpar en deterioro se filtran a través del ápice provocando respuestas inflamatorias crónicas de los vasos del ligamento periodontal, considerando que el desarrollo de la inflamación en la región periapical

⁵¹ Albi Ibáñez, E. Gonzales, J Páramo Zubiri, I. (2009). Principios de la endodoncia. España. 3era edición. Editorial publicam. Pág 169, 170.

⁵² www.pactoral/lesionesperiapicales.doc

constituye una respuesta biológica natural dados por agentes microbiológicos, químicos, físicos y otros.

Una vez involucrado el tejido pulpar y la pieza dentaria no tratada, el trauma avanzará sobre la región apical, esto se debe a que la pulpa es atacada por el proceso patológico y aislada por una barrera linfocitaria que protege los tejidos vivos remanentes. Una vez que se produce la necrosis los agentes infecciosos pasan a agredir directamente la región apical y a instalar allí alteraciones de orden patológico como las patologías agudas y las crónicas.

Según Tarabinejad, Mahmoud, E. Walton, R. manifiesta que: “Las patologías crónicas periapicales son asintomáticas y las agudas son altamente sintomáticas. El carácter inflamatorio o infeccioso que la lesión periapical conlleva a ayudar a determinar el diagnóstico y las alternativas de tratamientos”⁵³.

5.13. FACTORES ETIOLÓGICOS

Según Carrillo Sánchez, C. manifiesta que:

Entre los factores etiológicos más comunes tenemos:

⁵³ Tarabinejad, Mahmoud, E. Walton, R. *Endodoncia*. (2010). España. Elseiver. Cap. 1, pág, 1, 7, 31.

- Factores físicos
- Factores químicos
- Factores bacterianos⁵⁴

5.13.1. FACTORES FÍSICOS

Según la pág. Web ⁵⁵ www.drjaversaldivar.com manifiesta que:

Los factores físicos están dados por contusiones, obturaciones altas, movimientos ortodónticos, retenedores de prótesis sobreaajatadas que provoca una sobrepresión en el tejido periapical durante la oclusión.

5.13.2. FACTORES QUÍMICOS

Los factores químicos como la desinfección de conducto, y remoción de materiales de obturación ya sea de operatoria o endodoncia.

⁵⁴ Carrillo Sánchez, C. *Endodoncia*. 2007. Medigraphic. Vol. 1.editorial A.D.M. Pág 264

⁵⁵ www.drjaversaldivar.com

5.13.3. FACTORES BACTERIANOS:

Los factores bacterianos presentan las células que participan en la reacción inflamatoria como son los linfocitos TCD4 y CD8, células dendríticas y macrófagos, mastocitos, linfocitos b, células natural de killers.

5.14. CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES PULPARES

Según www.salud.doctissimo.es manifiesta que:

Las enfermedades pulpares las clasificamos de la siguiente forma:

Inflamatorias:

- Pulpitis reversibles :
- Hiperemia pulpar
- Herida pulpar
- Pulpitis irreversibles:
- Pulpitis agudas (Pulpitis aguda serosa y Pulpitis aguda purulenta)
- Pulpitis crónicas (Pulpitis crónica ulcerada y Pulpitis hiperplásica o pólipo pulpar)
- Necrosis pulpar
- Degenerativas:
- Atrofia pulpar, calcificación pulpar, reabsorción interna, degeneración adiposa, fibrosa, hialina, etc⁵⁶.

⁵⁶www.salud.doctissimo.es

5.14.1. PULPITIS

Según S, Robert. L, J manifiesta que:

Es la Inflamación de la pulpa dentaria que se debe a una caries dental en estado avanzado, la acumulación de daños leves en el tejido pulpar, producido por preparaciones previas, por un mal arreglo dental o por traumatismo dentario, puede producir una inflamación que puede ser de carácter reversible o irreversible, así mismo la pulpitis puede causar una necrosis pulpar por presión ya que la pulpa se encuentra encajada en un espacio rígido. El dolor puede ser espontaneo o bien aparecer como respuesta a un estímulo⁵⁷.

5.14.2. PULPITIS REVERSIBLE.

Según Cohen, S. Burns. Richard, C manifiesta que:

La pulpa se encuentra inflamada hasta el punto que los estímulos térmicos causan respuesta de hipersensibilidad rápida, aguda que cede cuando desaparece el estímulo, la pulpa permanece asintomática.

5.14.3. HIPEREMIA PULPAR

Es un incremento del volumen sanguíneo por dilatación de los vasos en un órgano o tejido. La hiperemia puede darse por

⁵⁷S, Robert. L, J. *manual Merck de signos y síntomas del paciente*. 2010. Editorial medica panamericana. España. Pág 168, 169.

causas traumáticas, térmicas, mala operatoria o por causas químicas.

✓ CAUSAS TRAUMATICAS. se dan por tener hábitos de masticar hielo, por efecto de un golpe, provocando la eliminación de las láminas del esmalte o también por una caries incipiente que deja al descubierto la dentina.

✓ CAUSAS TERMICAS. Por beber sustancias demasiado calientes o frías.

✓ MALA OPERATORIA. La produce el profesional al realizar una mala práctica que puede ser por la falta de refrigeración de la pieza de mano, resto de dentina afectada, utilización de fresas viejas.

✓ CAUSAS QUIMICAS. Se produce cuando colocamos cementos restauradores con PH alcalinos, o por una resina puesta en la cavidad sin protección puede causar necrosis pulpar⁵⁸.

5.14.4. PULPITIS IRREVERSIBLE.

Según S, Robert. L, Justin⁵⁹. menciona que:

Se caracteriza por una respuesta dolorosa y prolongada a la estimulación térmica o por la aparición de dolor dental espontaneo sin un estímulo aparente. A diferencia de la pulpitis reversible las reacciones dolorosas a la temperatura pueden durar desde varios minutos hasta algunas horas.

⁵⁸ Cohen, S. Burns. Richard, C. *Vías de la pulpa*. 2012. 8va edición Elseiver Mosby. Pág 26.

⁵⁹ S, Robert. L, Justin.(2010). *Manual Merck de signos y síntomas del paciente*. España. Editorial medica panamericana. Pág 168, 169.

5.14.5. PULPITIS CRÓNICA.

Según Bardoni, N. Escobar Rojas, A. Mercado Castillo, R manifiesta que:

Se produce por la evolución de una pulpitis aguda produciéndose una inflamación crónica, se da más en pacientes jóvenes y el dolor que se presenta es leve.

✓ PULPITIS CRÓNICA PARCIAL.- Presenta señales de irradiación e inflamación se localizan en la pulpa en la base de los túbulos afectados, si las bacterias llegan a la pulpa por los túbulos serán eliminadas por acción de las células fagocíticas inflamatorias, al eliminarse el agente irritante la señal de inflamación desaparece o disminuye de manera que este proceso se torna irreversible, cuando la gravedad de la inflamación y del daño tisular es alto no es posible la reparación de la pulpa aun retirando el agente irritante. Histológicamente la pulpitis parcial crónica muestra que la inflamación crónica está restringida al área adyacente al sitio de la exposición el tratamiento de elección es realizar una pulpotomía⁶⁰.

Según la página Web www.salud.doctissimo.es⁶¹ manifiesta que:

✓ PULPITIS CRÓNICA TOTAL.- no es fácil diferenciar la pulpitis crónica parcial de la pulpitis crónica total, aunque se puede explicar en términos de tiempo, evolución de la lesión y estado inicial de la reacción pulpar, su sintomatología es duradera sin crisis muy

⁶⁰ Bardoni, N. Escobar Rojas, A. Mercado Castillo, R. *Salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. 2010 Editorial medica panamericana. Buenos Aires. Pág 450,469.

⁶¹ www.salud.doctissimo.es

severas, las células degeneran completamente y hay depósito de tejido fibroso, que puede llevar a la muerte pulpar.

5.14.6. NECROSIS PULPAR.

Según James, J, Gutmann. Manifiesta que:

La necrosis pulpar, es la muerte de la pulpa que puede ser parcial o total dependiendo si toda o una parte de la pulpa es la involucrada, aunque la necrosis es una secuela de la inflamación, puede ocurrir por traumatismos donde la pulpa es destruida antes que se dé una respuesta inflamatoria produciendo un infarto isquémico causando una pulpa necrótica gangrenosa seca.

Histológicamente se verifica la ausencia del tejido y la presencia de restos tisulares y microorganismos, funcionando el diente como un depósito de microorganismos que son los causantes de las alteraciones periapicales, que se da en función a las condiciones locales, la presencia restringida del oxígeno y la luminosidad y la presencia de nutrientes abundantes por la presencia de tejido en descomposición⁶².

Según la pág. Web www.salud.doctissimo.es⁶³ manifiesta que:

Clínicamente se puede observar determinar el momento de la infiltración cariogena del tejido pulpar. La causa de la destrucción pulpar intensa y

⁶² James, J, Gutmann. *Solución de problemas en endodoncia*. 2012. 5ta edición. Elseiver España S.A. cap. 1, pág. 6, 8,19.

⁶³ www.salud.doctissimo.es

precoz son las toxinas bacterianas. Altos niveles de endotoxinas son tóxicos y producen necrosis tisular, por lo contrario valores bajos provocan una elevada reproducción celular y síntesis de colágeno con fines de reacción de defensa.

El tratamiento de conducto radicular indicado para este caso es la necropulpectomía, que es la técnica utilizada para dientes despulpados, sin lesión periapical visible radiográficamente.

5.14.7. CARACTERÍSTICAS DE LA NECROSIS PULPAR

Según Nocchi, C. manifiesta que: “La pieza dentaria presenta oscurecimiento por degradación de la hemoglobina en hierro y combinación con sulfuro de hidrogeno después de un sangrado intrapulpar el tratamiento de elección para este traumatismo es el blanqueamiento dental”⁶⁴.

5.15. Clasificación Clínica de las Enfermedades Pulpaes y Periapicales

5.15.1. Enfermedades pulpaes

Según Lima Machado, M. Manifiesta que:

⁶⁴ Nocchi, C. Odontología restauradora: salud y estética. 2008. 2da edición. Editoria medica panamericana S.A. Argentina. Pág 210.

- Pulpa Normal o sana.
- Pulpitis reversible.
- Pulpitis irreversible: Sintomática o Asintomática.
- Necrosis.

5.15.2. Enfermedad Periapical:

- ✓ Periodontitis apical aguda.
- ✓ Absceso apical agudo.
- ✓ Periodontitis apical crónica:
 - 1.- Absceso apical crónico.
 - 2.-granuloma periapical.
 - 3.- Quiste periapical.
- ✓ Periodontitis Apical Refractaria⁶⁵.

5.15.3. PULPA NORMAL.

Según Jiménez Romera, M⁶⁶. Manifiesta que:

⁶⁵ Lima Machado, M. (2009). *Endodoncia de la biología a la técnica*. Editorial AMOLCA. Brasil. Pág 32,

⁶⁶ Jiménez Romera, M. (2012). *Odontopediatría en atención primaria*. España. Editorial vértice. Pág 154.

Una pulpa normal es asintomática y produce una respuesta transitoria de débil a moderada a los estímulos térmicos y eléctricos, el diente y el ligamento periodontal no generan una respuesta dolorosa cuando son percutidos o palpados.

5.15.4. PERIODONTITIS APICAL AGUDA

Según Redondo Figueroa, C. Galdó Muñoz, G. García Fuentes, M⁶⁷. manifiesta que:

En una lesión periapical solo existen la presencia de bacterias en el conducto radicular, se caracteriza histológicamente como un exudado de granulocitos polimorfonucleares y macrófagos limitando el espacio periodontal ensanchado. La periodontitis periapical aguda presenta respuestas dolorosas al morder y a la percusión, las respuestas a la pruebas de vitalidad pulpar son variables en la radiografía se observará un espacio en el ligamento periodontal ensanchado y puede existir o no una radiolucidez apical

⁶⁷ Redondo Figueroa, C. Galdó Muñoz, G. García Fuentes, M.(2008). *Atención al adolescente*. España. Editorial publicam. Pág169, 170.

5.15.5. ABSCESO PERIAPICAL

Según Bottino, Marco. Manifiesta que: “En el absceso periapical se puede desarrollar una fistula a partir de la periodontitis apical sintomática infecciosa, periodontitis apical asintomática, absceso periapical sin fistula que se originan en el proceso infeccioso del conducto radicular”⁶⁸.

5.15.6. ABSCESO APICAL AGUDO

Según la página web www.odontocat.com⁶⁹ manifiesta que:

El absceso periapical agudo es una reacción inflamatoria frente a la infección y a la necrosis de la pulpa, se caracteriza por la presencia de dolor espontaneo, hipersensibilidad del diente a la presión, formación de pus y tumefacción de los tejidos adyacentes. El absceso se puede formar a partir de una pulpa que ha experimentado una degeneración rápida desde la pulpitis hasta la necrosis con extensión hacia los tejidos periapicales.

Según Enrile De Rojas, F. Fuenmayor Fernández V manifiesta que:

“Un diente con absceso periradicular agudo es muy doloroso por la presión al morder, a la percusión y a la palpación, no responde a las pruebas de vitalidad pulpar y grados de movilidad variable

⁶⁸ Bottino, M. *Nuevas tendencias endodoncia 3*. Sau Paulo editorial, artes medicas Ltda .pág 23

⁶⁹ www.odontocat.com

radiográficamente se observa un ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal hasta una radiolucidez perirradicular.”⁷⁰

5.15.7. PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA

La periodontitis apical crónica es asintomática, existe una relación entre el tamaño de la lesión periapical y las dimensiones de la infiltración bacteriana y la necrosis tisular en el conducto radicular, el diente no responde a las pruebas de vitalidad pulpar y la radiografía muestra una radiolucidez perirradicular. Esta lesión periapical crónica consta de tres a cuatro componentes principales: infiltrado de linfocitos y células plasmáticas, tejido de granulación, restos epiteliales de Malassez, y una capsula de tejido conectivo con fibroblastos y fibras de colágeno.

El aumento de concentración de anticuerpos en las lesiones agudas y la disminución después del tratamiento endodóntico demuestran que la instrumentación del conducto radicular y la eliminación del tejido infectado por las bacterias es el tratamiento de elección para la periodontitis apical crónica. (Bottino, M. Nuevas tendencias endodoncia 3)

⁷⁰ Enrile De Rojas, F. Fuenmayor Fernández V. *Manual de higiene bucal*. 2009. Editorial medica panamericana. Buenos Aires, Madrid. Pág 30, 83.

5.15.8. ABSCESO APICAL CRÓNICO

Según Tarabinejad, Mahmoud, E. Walton, R. *Endodoncia*. Manifiesta que:

El absceso apical crónico no presenta síntomas clínicos no responde a la pruebas de vitalidad pulpar y en la radiografía se presenta como una radiolucidez perirradicular.

5.15.9. QUISTE PERIAPICAL.

Respuesta inflamatoria crónica del periápice que se desarrolla a partir de lesiones crónicas con tejido granulomatoso preexistente. Se caracteriza por la presencia de una cavidad central recubierta por epitelio y llena de líquido, rodeada por tejido granulomatoso y una cápsula fibrosa periférica⁷¹.

5.15.10. GRANULOMA PERIAPICAL.

Según Carrillo Sánchez, C⁷² manifiesta que:

Esta patología periapical se caracteriza por ser una de las lesiones eminentemente crónicas, empieza por una hiperemia y edema de la región periapical, con infiltrado inflamatorio crónico principalmente de linfocito y

⁷¹Tarabinejad, Mahmoud, E. Walton, R. *Endodoncia*. (2010). España. Elseiver. Cap. 1, pág, 1, 7, 31.

⁷² Carrillo Sánchez, C. (2007). *Endodoncia*. Medigraphic. Vol 1. Editorial A.D.M. Pág 264.

plasmocitos, esta inflamación y el aumento de la vascularización local inducen a la reabsorción radicular.

5.16. TIPOS DE RESPUESTAS INFLAMATORIAS

Según la pág. Web www.pactoral/lesionesperiapicales.doc manifiesta que:

Este tipo de respuestas dependerá de:

- Cantidad de irritantes que lleguen al ápice.
- Resistencia orgánica del huésped.
- Virulencia de los microorganismos.
- Cavidad abierta o cerrada.
- Grado de esclerosis de los túbulos.
- Calidad del hueso alveolar⁷³.

5.17. Parámetros clínicos y radiográficos que se utilizan para determinar los resultados del tratamiento.

Según Ross. Wojciech, P manifiesta que:

⁷³ www.pactoral/lesionesperiapicales.doc

Se pueden utilizar los siguientes criterios subjetivos y objetivos para evaluar los resultados del tratamiento a partir de criterios clínicos:

- Dolor la palpación.
- Movilidad de los dientes.
- Enfermedad periodontal.
- Fistula
- Sensibilidad a la percusión.
- Signos de infección o hinchazón⁷⁴.

5.18. DIAGNÓSTICO

Según Bardoni, N. Escobar Rojas, A. Mercado Castillo, R⁷⁵ manifiesta que:

El diagnóstico exige una interrogación completa de la información sobre las molestias principales y los hallazgos obtenidos mediante el examen clínico, radiográficos y pruebas pulpares, para poder diagnosticar y diseñar el tratamiento adecuado q necesita el paciente.

⁷⁴Wojciech, P. *histología*. 2008. 5ta edición. Editorial Panamericana. Pág 540.

⁷⁵ Bardoni, N. Escobar Rojas, A. Mercado Castillo, R. (2010). *Salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires. Editorial medica panamericana. Pág 450, 469.

5.19. PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

Según la página web www.odontocat.com manifiesta que:

El éxito del tratamiento en las lesiones periapicales requiere un perfecto conocimiento de las enfermedades para realizar un correcto diagnóstico clínico y plan de tratamiento.

Los factores a considerar a la hora de planificar el tratamiento son: estado de la pulpa y el grado de desarrollo radicular. Al planificar el tratamiento hay que determinar si hay posibilidades de restaurar el diente y valorar el riesgo de fractura dental por causa de la delgadez de las paredes radiculares⁷⁶.

⁷⁶ www.odontocat.com

CAPÍTULO VI

6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

6.1. MÉTODOS.

6.1.1. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN.

BIBLIOGRÁFICA.- Para el desarrollo de esta investigación se utilizó textos relacionados a la odontología e información del Internet.

CAMPO.- La investigación es de campo, porque toda la información bibliográfica se la realizó en la Universidad San Gregorio de Portoviejo con los pacientes atendidos en las clínicas de esta institución.

6.1.2. NIVELES O TIPOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Exploratoria.

Porque indagó el problema en los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Descriptiva

En este estudio se describió los procesos infecciosos periapicales, y su relación con el nivel socioeconómico en los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Analítica

Se realizó un análisis profundo sobre los procesos infecciosos periapicales relacionada con el nivel socioeconómico.

Sintética

Porque toda la información obtenida, la cual midió el alcance de los objetivos, se sintetizó, mediante conclusiones al final de la investigación.

Propositiva

Al final de la investigación se diseñó una propuesta de solución al problema.

6.2. TÉCNICAS

OBSERVACIÓN

Observación del estado de la cavidad oral de los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

ENCUESTA

Dirigida a los pacientes

6.3. FICHA DE OBSERVACIÓN

Ficha clínica

Formulario de encuesta.

Ficha de observación

6.4. RECURSOS:

6.4.1. TALENTO HUMANO

- Investigador
- Tutor de Tesis
- Pacientes atendidos en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

MATERIALES

- Fotocopias.
- Encuadernación
- Textos relacionados con el tema.
- Hojas de papel Bond.
- Lápices, esferos.
- Correctores

- Borradores
- Instrumento de diagnóstico odontología, Guantes para el examen intraoral
- Radiografías.

6.4.2. TECNOLÓGICOS

- Laptop
- Internet
- Impresora
- Cámara
- Scanner
- Flash memory.

6.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

6.5.1. POBLACIÓN

Para el análisis de la investigación se trabajó con el universo constituido por los pacientes atendidos en las Clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo que corresponde a 450 pacientes.

6.5.2. TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra la constituyen 150 pacientes adultos de las clínicas odontológicas del octavo y noveno semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

6.5.3. TIPO DE MUESTRA

Según el problema y los objetivos formados, el estudio es de tipo:
Muestreo aleatorio

PRESUPUESTO

El desarrollo de la investigación tuvo un valor aproximado de \$ 698 dólares los cuales fueron cubiertos por la investigadora en su totalidad.

CAPÍTULO VII

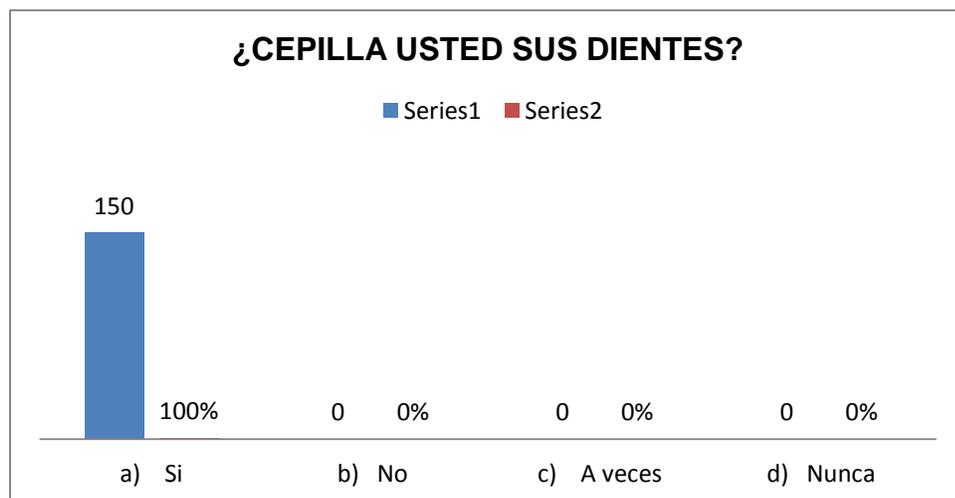
7. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

7.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS.

GRAFICUADRO # 1

¿CEPILLA USTED SUS DIENTES?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
a) Si	150	100%
b) No	0	0%
c) A veces	0	0%
d) Nunca	0	0%
Total	150	100%



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes atendidos en las Clínicas Odontológicas de la U.S.G.P.
Autor: Deanny Patricia Pincay Menéndez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En los resultados obtenidos a través de las encuestas realizadas a los pacientes atendidos por los estudiantes de la Facultad de Odontología de Octavo y Noveno semestres, demuestra que los 150 pacientes si se cepillan los dientes que corresponde a el 100%.

Según Gutiérrez, E. Iglesias, P. Técnicas de Ayuda Odontológica/ Estomatológica.2009. Editorial Editex. S.A. España. Pág. 206. manifiestan que:

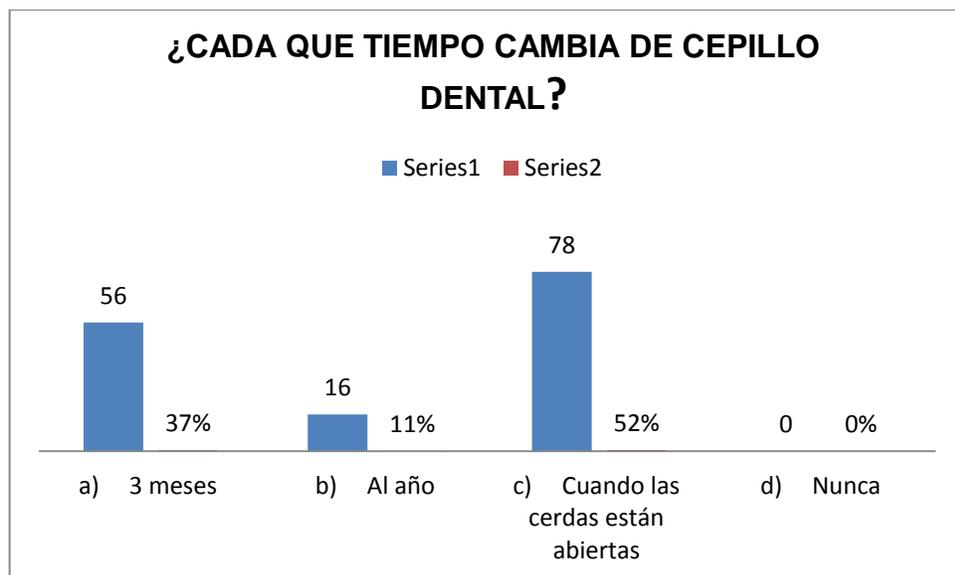
Es importante la minuciosidad en el cepillado que la técnica empleada, cualquier método es bueno si consigue eliminar la placa bacteriana y no causar lesiones. En los niños suele ser frecuente la técnica del restregado que convierte un movimiento horizontal del cepillo dental a lo largo de las caras externas e internas de las arcadas dentarias, si este es el método practicado por los padres no se debe modificar, siempre que se consigan los resultados adecuados. Hay que incidir en la pulcritud de la higiene dental⁴². (Pág 58)

Con estos resultados obtenidos a través de la encuesta realizada a los pacientes se puede interpretar que el 100% de los pacientes si realizan el cepillado de sus dientes para así prevenir enfermedades de la boca manteniendo una mejor higiene oral.

GRAFICUADRO # 2

¿CADA QUE TIEMPO CAMBIA DE CEPILLO DENTAL?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
a) 3 meses	56	37%
b) Al año	16	11%
c) Cuando las cerdas están abiertas	78	52%
d) Nunca	0	0%
Total	150	100%



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes atendidos en las Clínicas Odontológicas de la U.S.G.P.
Autor: Deanny Patricia Pincay Menéndez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el grafic cuadro # 2 a través de los datos recopilados de los 150 pacientes que corresponde a un 100%, 56 de ellos que corresponde a un 37% cambian su cepillo dental cada 3 meses, 16 paciente que corresponde al 11% cambian su cepillo al año, y 78 de los otros pacientes correspondiente al 52% realizan el cambio de cepillo cuando las cerdas están abiertas

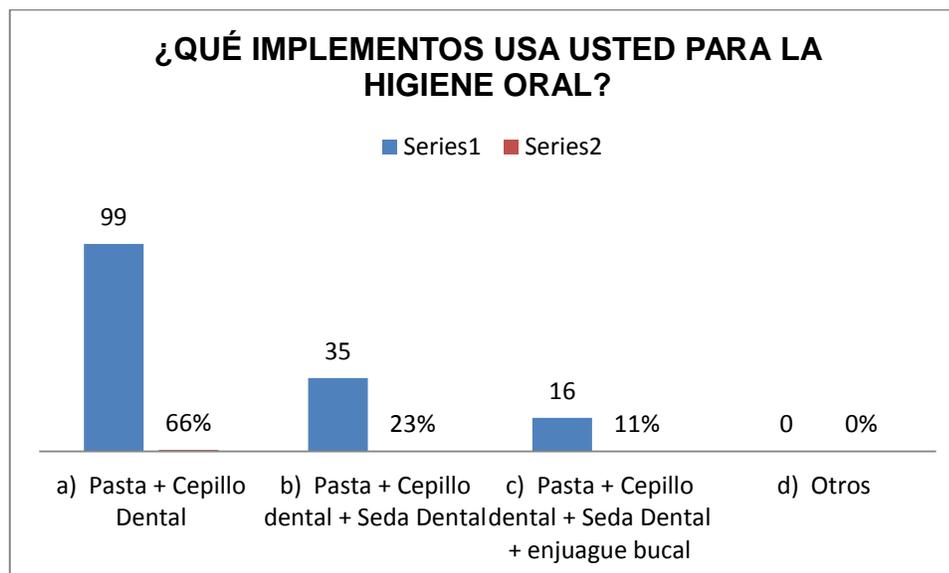
La página de internet www.odontochile.cl/archivos/tercero menciona que:
Debe reemplazar su cepillo dental cuando muestre señales de desgaste o cada tres meses. También es importante cambiar los cepillos dentales después de un resfriado, puesto que las cerdas acumulan gérmenes que pueden provocar una nueva infección⁴⁴. (pág 60)

Según los resultados obtenidos mediante las encuestas realizada, 78 de los pacientes que corresponde al 52%, remplazan su cepillo dental cuando las cerdas se encuentra abiertas.

GRAFICUADRO # 3

¿QUÉ IMPLEMENTOS USA USTED PARA LA HIGIENE ORAL?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
a) Pasta + Cepillo Dental	99	66%
b) Pasta + Cepillo dental + Seda Dental	35	23%
c) Pasta + Cepillo dental + Seda Dental + enjuague bucal	16	11%
d) Otros	0	0%
TOTAL	150	100%



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes atendidos en las Clínicas Odontológicas de la U.S.G.P.
Autor: Deanny Patricia Pincay Menéndez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

En el graficcuadro # 3 se observa que 99 de los pacientes correspondiente a un 66% cepillan sus dientes con pasta y cepillo dental, 35 de los otros pacientes que corresponde al 23% lo realizan con pasta + cepillo + seda dental y 16 pacientes correspondientes al 11% lo realizan con pasta + cepillo + sedad dental+ enjuague bucal siendo estos los implementos necesarios para mantener una buena higiene bucal.

La página de internet www.salud.doctissimo.es menciona que:

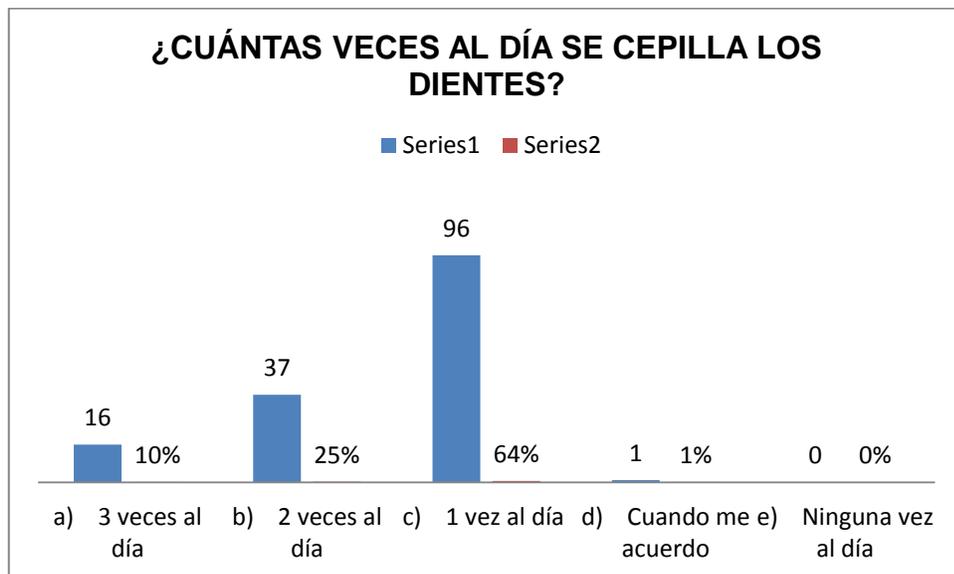
Los cuidados preventivos diarios, como el cepillado, uso de hilo dental y enjuague bucal, evitan problemas posteriores, y son menos dolorosos y menos costosos que los tratamientos por una infección que se ha dejado progresar⁴⁰. (pág 57)

Mediante las encuestas realizadas se determinó que 99 de los pacientes que corresponde a un 66% usan solo pasta y cepillo dental, habiendo un porcentaje menor entre los demás pacientes que realizan su higiene oral con todos los implementos como son pasta + cepillo + seda dental + enjuague bucal.

GRAFICUADRO # 4

¿CUÁNTAS VECES AL DÍA SE CEPILLA LOS DIENTES?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
a) 3 veces al día	16	10%
b) 2 veces al día	37	25%
c) 1 vez al día	96	64%
d) Cuando me acuerdo	1	1%
e) Ninguna vez al día	0	0%
TOTAL	150	100%



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes atendidos en las Clínicas Odontológicas de la U.S.G.P.
Autor: Deanny Patricia Pincay Menéndez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

En el graficoadro # 4 según los datos recopilados se observa que 37 de los pacientes correspondientes al 25 % cepillan sus dientes tres veces al día, un 64% que corresponde a 96 de los pacientes lo hacen dos veces al día, un 10% correspondiente al 16 paciente lo realizan una vez al día y un solo paciente que corresponde al 1 % que lo realiza cuando se acuerda.

Bardoni, N. Escobar Rojas, A. Mercado Castillo, R.. Salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Menciona que:

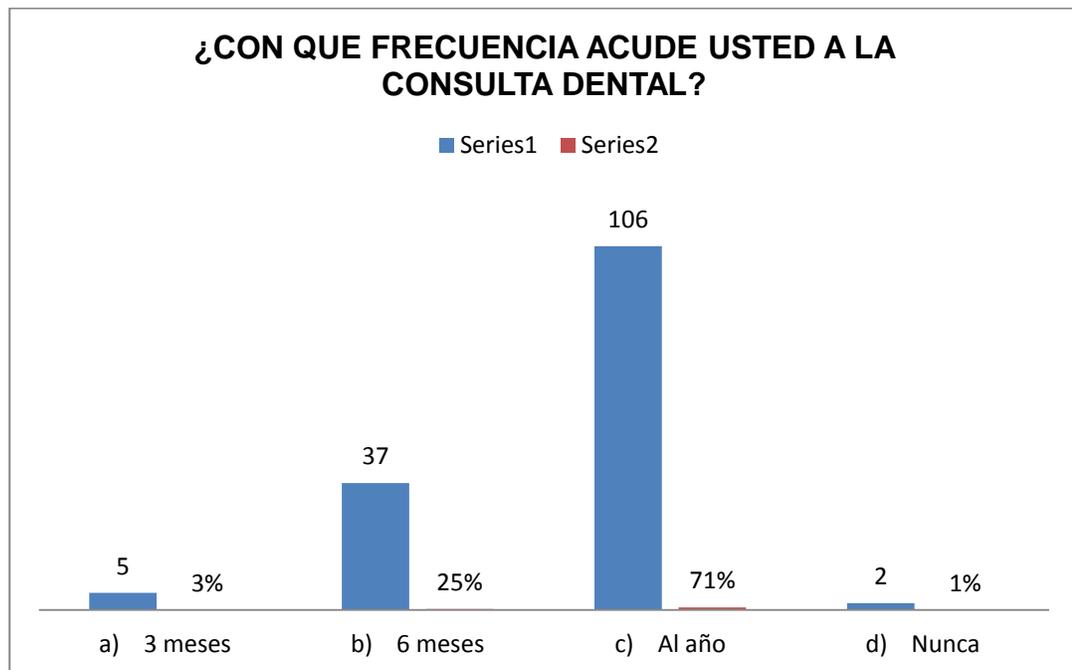
La higiene oral es una de las cosas más importantes que usted puede hacer por sus dientes y encías es mantener una buena higiene bucal cepillando sus dientes después de cada comida que es lo recomendable, aunque un mínimo de dos veces por día sigue siendo razonable en los adultos. En los niños, se deben cepillar sus dientes después de desayunar, y antes de irse a dormir por la noche³⁹. (pág 57)

Según los resultados obtenidos 96 de los pacientes correspondiente al 64 % cepillan sus dientes una vez al día aunque lo recomendable sea tres veces al día y en un menor porcentaje los pacientes que solo lo realizan dos veces al día o cuando se acuerdan.

GRAFICUADRO # 5

¿CON QUE FRECUENCIA ACUDE USTED A LA CONSULTA DENTAL?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
a) 3 meses	5	3%
b) 6 meses	37	25%
c) Al año	106	71%
d) Nunca	2	1%
TOTAL	150	100%



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes atendidos en las Clínicas Odontológicas de la U.S.G.P.
Autor: Deanny Patricia Pincay Menéndez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

En el graficadro # 5 mediante los datos investigados demuestran que 5 de los pacientes correspondiente al 3% asisten a la consulta dental cada 3 meses, un 25% correspondientes a 37 de los pacientes asisten cada 6 meses, y al año 106 pacientes correspondientes al 71%, mientras que dos de los pacientes no acuden a la consulta dental correspondiente al 1 %.

Enrile de Rojas, F. Fuenmayor Fernández V. Manual de higiene bucal. 2009. Editorial medica panamericana. Buenos Aires, Madrid. Pág 30, 83.

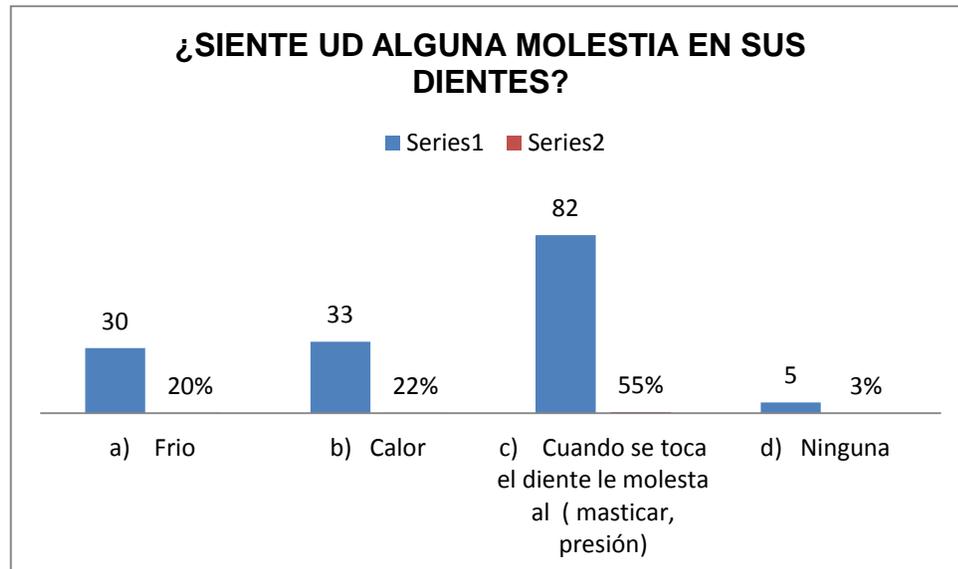
Muchas personas en el mundo presentan enfermedades bucales, como la caries dental y la inflamación de encías (gingivitis) y se han acostumbrado a convivir con ellas, a pesar de que cada vez existen más evidencias de que la enfermedad bucal afecta considerablemente nuestra salud general y bienestar. Una boca enferma funciona inadecuadamente y esto genera muchos problemas en nuestro cuerpo, por ello es importante acudir al odontólogo por lo menos cada 6 meses⁴¹. (pág 58)

Se determinó por medio de las encuestas realizadas a los pacientes que el 71 % que corresponde a 106 pacientes asisten a la consulta odontológica al año, o solo acuden cuando presentan alguna molestia en la cavidad oral.

GRAFICUADRO # 6

¿SIENTE UD ALGUNA MOLESTIA EN SUS DIENTES?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
f) Frio	30	20%
g) Calor	33	22%
h) Cuando se toca el diente le molesta al (masticar, presión)	82	55%
i) Ninguna	5	3%
TOTAL	150	100%



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes atendidos en las Clínicas Odontológicas de la U.S.G.P.
Autor: Deanny Patricia Pincay Menéndez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el graficuarro # 6 a través de los datos recopilados de los 150 pacientes que corresponde a un 100%, 50 de ellos que corresponde a un 33% presentan molestias en sus dientes al frio, 33 paciente que corresponde al 22% sienten molestia en los dientes al calor , 27 pacientes a la percusión con un porcentaje de 18%, 35 pacientes que presentan molestias al masticas q corresponde a un 23% y 5 pacientes que no presentan ninguna de las molestia mencionadas con un porcentaje de 3%.

Según Lindhe, J. Lang, n. manifiestan que:

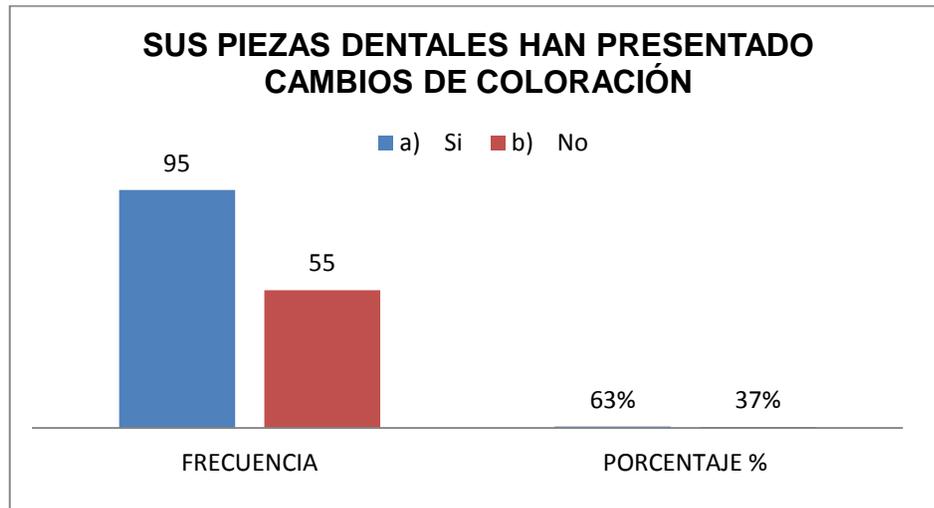
La prueba de dientes no restaurados o con restauraciones mínimas en denticiones afectadas por periodontitis puede realizarse con éxito mediante estimulación mecánica, térmica y eléctrica. Las técnicas a realizarse son la aplicación de un chorro de aire comprimido contra una superficie radicular expuesta, el uso de una rueda de goma para generar calor por fricción y varias pruebas con frio, todas con el objetivo de desencadenar el movimiento del líquido dentinario²⁹. (pág 47)

Según los resultados obtenidos mediante las encuestas realizada, que de los 150 pacientes el 96% de los pacientes que corresponden a 145 pacientes presentan molestias en los dientes demostrando la presencia de procesos infecciosos periapicales que nos llevan a los tratamientos endodonticos o a la extracción de la pieza dental.

GRAFICUADRO # 7

¿SUS PIEZAS DENTALES HAN PRESENTADO CAMBIOS DE COLORACIÓN?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
a) Si	95	63%
b) No	55	37%
TOTAL	150	100%



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes atendidos en las Clínicas Odontológicas de la U.S.G.P.
Autor: Deanny Patricia Pincay Menéndez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

En el graficadro # 7 según los datos recopilados se observa que 95 de los pacientes si han presentan cambios de coloración en sus dientes dándonos un porcentaje del 63%, y 55 pacientes dijeron que no presentaban cambios de coloración que corresponde a un 37%.

Según Nocchi, C. Odontología Restauradora: salud y estética.2008.2da edición. Editorial Médica Panamericana S.A. Argentina. Pág. 210. manifiesta que:

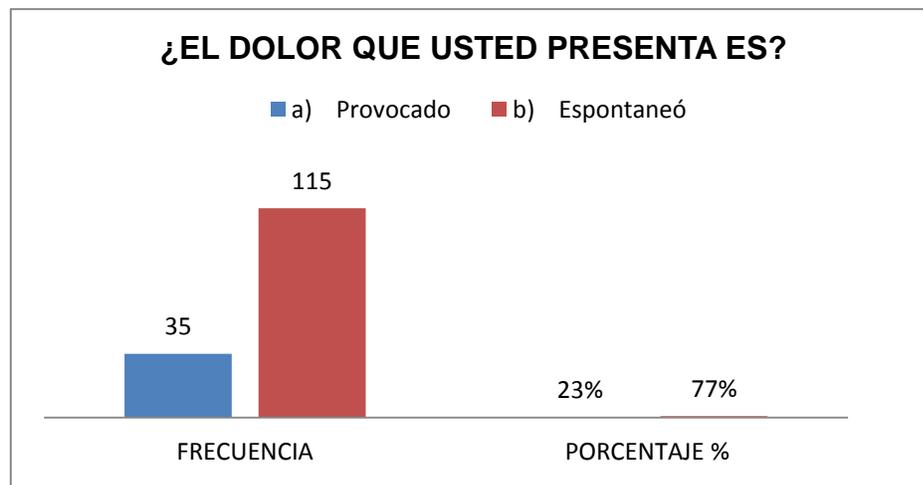
Una de las característica de la necrosis pulpar es que la pieza dentaria presenta oscurecimiento por degradación de la hemoglobina en hierro y combinación con sulfuro de hidrogeno después de un sangrado intrapulpar el tratamiento de elección para este traumatismo es el blanqueamiento dental⁶⁴. (pág 75)

Según los resultados obtenidos 95 de los pacientes correspondientes al 63 % si presentan han presentado cambios de coloración.

GRAFICUADRO # 8

¿EL DOLOR QUE USTED PRESENTA ES?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
a) Provocado	35	23%
b) Espontaneo	115	77%
TOTAL	150	100%



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes atendidos en las Clínicas Odontológicas de la U.S.G.P.
Autor: Deanny Patricia Pincay Menéndez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

En el graficoadro # 8 mediante los datos investigados demuestran que 35 de los pacientes correspondientes al 23%, el dolor que presentan es provocado, mientras que el 77% que corresponde a 115 pacientes el dolor que presenta es espontaneo

Según Hernández, J. Benavides, C. Colección Textos Ciencia de la Salud. 2007. 2da edición. Editorial Servigraphic Ltda. Bogotá. Pág 180. manifiestan que:

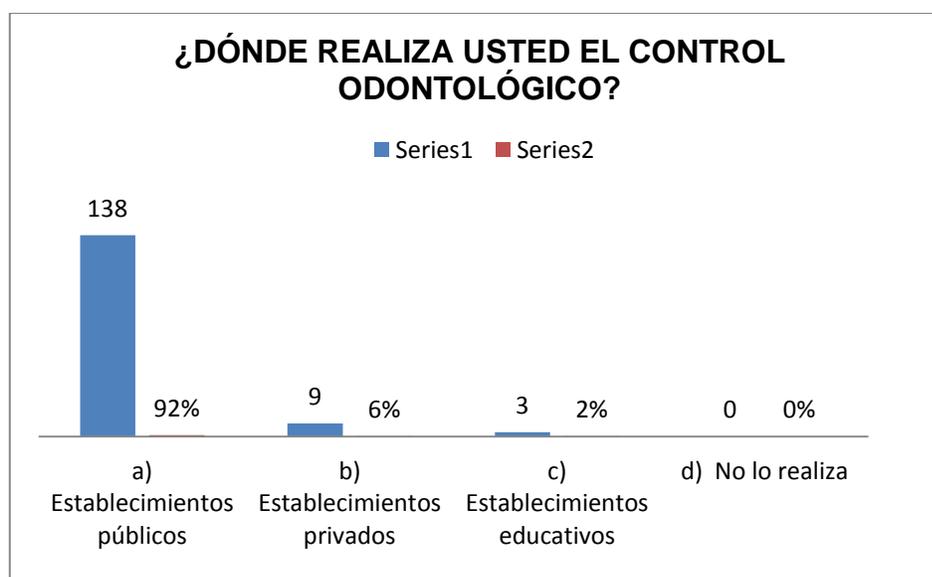
Una condición del dolor dental agudo, es la hipersensibilidad dentinal, un dolor agudo se desarrolla por el movimiento de fluidos que activan las fibras en los túbulos dentinales. La etiología del dolor asociado a la hipersensibilidad se asocia al dolor por exposición dentinal, presente en los recesos gingivales, cuando ha tenido cirugía periodontal, o en presencia de atrición, abrasión, erosión, africción, o como respuesta a cambios químicos , térmicos o a estímulos táctiles³¹. (pág 48)

Se determinó por medio de las encuestas realizadas que de los 150 pacientes 115 correspondiente al 77% de los pacientes el dolor que presentan es espontaneo.

GRAFICUADRO # 9

¿DÓNDE REALIZA USTED EL CONTROL ODONTOLÓGICO?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
a) Establecimientos públicos	138	92%
b) Establecimientos privados	9	6%
c) Establecimientos educativos	3	2%
d) No lo realiza	0	0%
TOTAL	150	100%



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes atendidos en las Clínicas Odontológicas de la U.S.G.P.
Autor: Deanny Patricia Pincay Menéndez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

En el graficuario # 9 se observa que 138 de los pacientes correspondientes a un 92 % se hacen atender en establecimientos públicos, un 6 % que corresponde a 9 de los pacientes lo realizan en establecimientos privados, y 3 en establecimientos educativos correspondientes a un 2 % de los pacientes encuestados.

Rubio Gil, M. *Claves para una correcta gestión de las personas y gestiones familiares*. 2007. Editorial Amat. Barcelona. Pág 8. Menciona que:

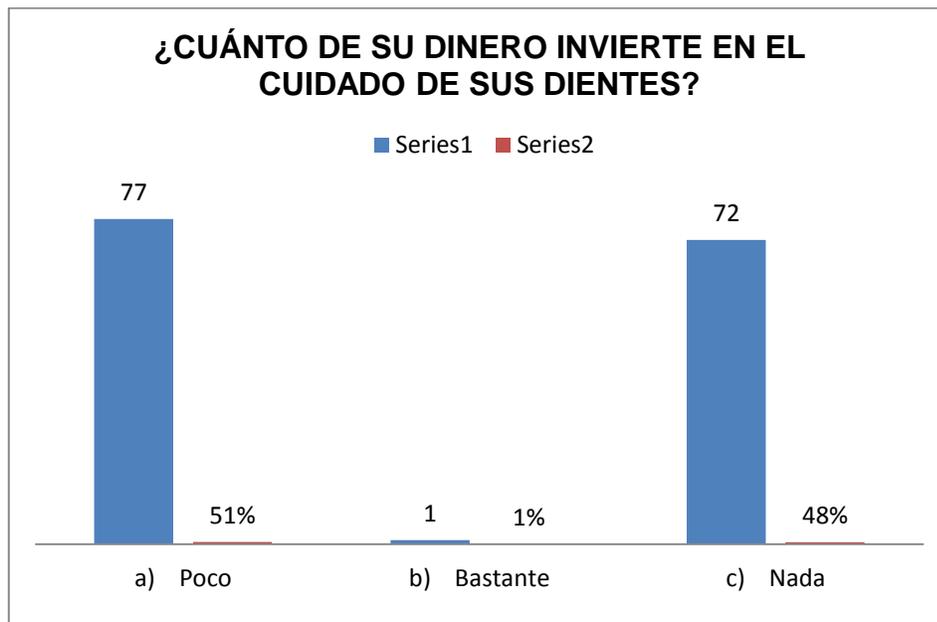
Pobreza de salud: las personas pobres por salud son aquellos que no cuentan con recursos para pagar servicios de salud eficientes, por lo que siempre tienen que terminar en hospitales públicos o centros de salud barriales con una atención insuficiente. Aún si la atención fuera excelente, los pobres en salud no tienen dinero ni medios lícitos de conseguir los medicamentos prescritos¹⁷. (pág 29)

Se determinó mediante las encuestas realizadas a los pacientes, que un 92% correspondiente a 138 pacientes se hacen atender en establecimientos públicos, dándonos como resultado un porcentaje alto a diferencia de los pacientes que se hacen atender en establecimientos privados y en establecimientos educativos que nos dio un menor porcentaje, debido a sus limitaciones económicas.

GRAFICUADRO # 10

¿CUÁNTO DE SU DINERO INVIERTE EN EL CUIDADO DE SUS DIENTES?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
a) Poco	77	51%
b) Bastante	1	1%
c) Nada	72	48%
TOTAL	150	100%



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes atendidos en las Clínicas Odontológicas de la U.S.G.P.
Autor: Deanny Patricia Pincay Menéndez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

En el graficadro # 10 según las encuetas realizadas se obtuvo como resultado que 77 de los pacientes correspondientes al 51 % invierten poco dinero para el cuidado de sus dientes, 1 paciente correspondiente al 1 % que invierte bastante de su dinero, y un 48 % que corresponde a 72 de los pacientes que no invierten nada para el cuidado de sus dientes ya que los tratamientos odontológicos los realizan en establecimientos públicos donde la atención es gratuita

Según Paz Otero, P. 2008. Estadísticas económicas Sociales y ambientales. España. Editorial netbiblo. S. A. Pág 42. Manifiesta que:

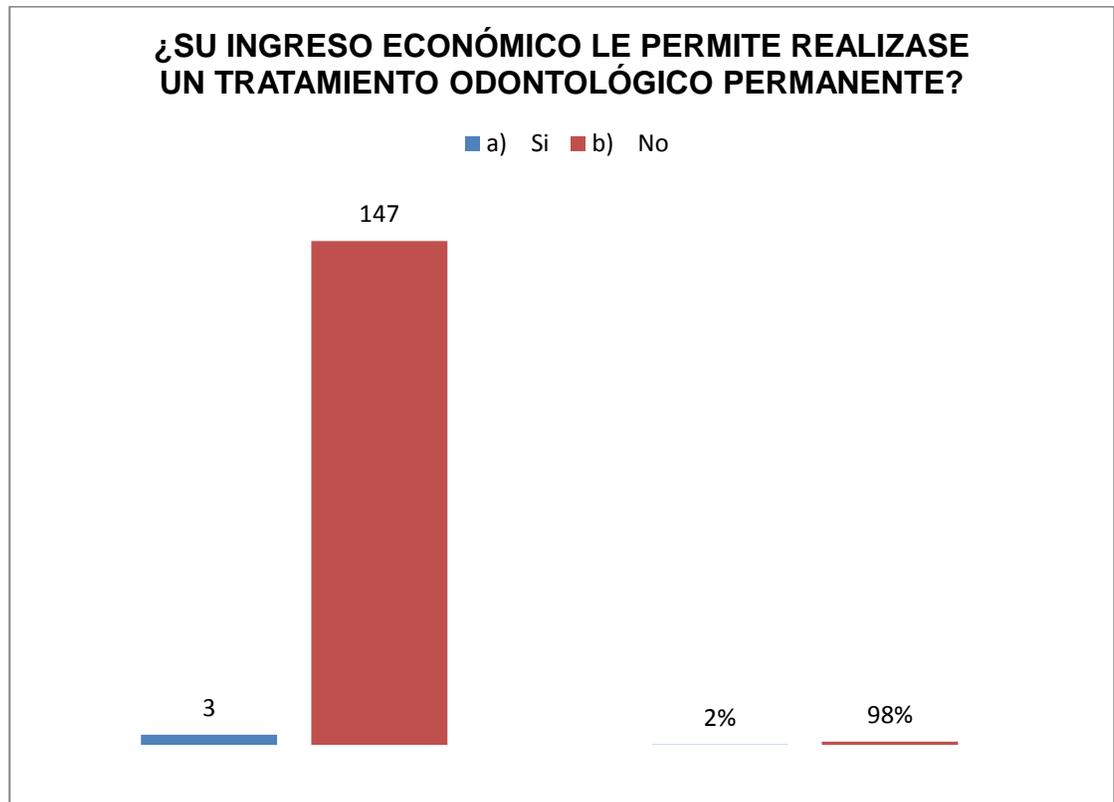
Importancia de la economía : es importante porque ésta es la base de la sociedad sin ella las personas no sabrían como administras sus ingresos y egresos, ya que la economía nos permite tomar decisiones acerca de cómo administrar los recursos escasos para los fines posibles, y así satisfacer las necesidades sin que haya un desequilibrio (sobreproducción o escasez)⁷. (Pág 15)

De acuerdo a los resultados obtenidos se determinó 77 de los pacientes encuestados correspondientes a un 51 %, dijeron que invierten poco de su dinero para el cuidado de sus dientes porque sus recursos económicos son muy bajos.

GRAFICUADRO # 11

¿SU INGRESO ECONÓMICO LE PERMITE REALIZARSE UN TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO PERMANENTE?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
a) Si	3	2%
b) No	147	98%
TOTAL	150	100%



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes atendidos en las Clínicas Odontológicas de la U.S.G.P.
Autor: Deanny Patricia Pincay Menéndez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

En el graficoadro # 11 se observa que un 2 % correspondiente a 3 de los pacientes encuestados respondieron que sus ingresos económicos si les permiten realizar tratamientos odontológicos permanentes, mientras que un 98 % correspondiente a 147 pacientes no cuentan con los recursos económicos suficientes para realizarse tratamientos odontológicos permanentes.

Sanchis, M. "Falacias dilemas y paradojas" la economía de España". (2011) España. 2da edición. Editorial P.U. V. Pág. 39.

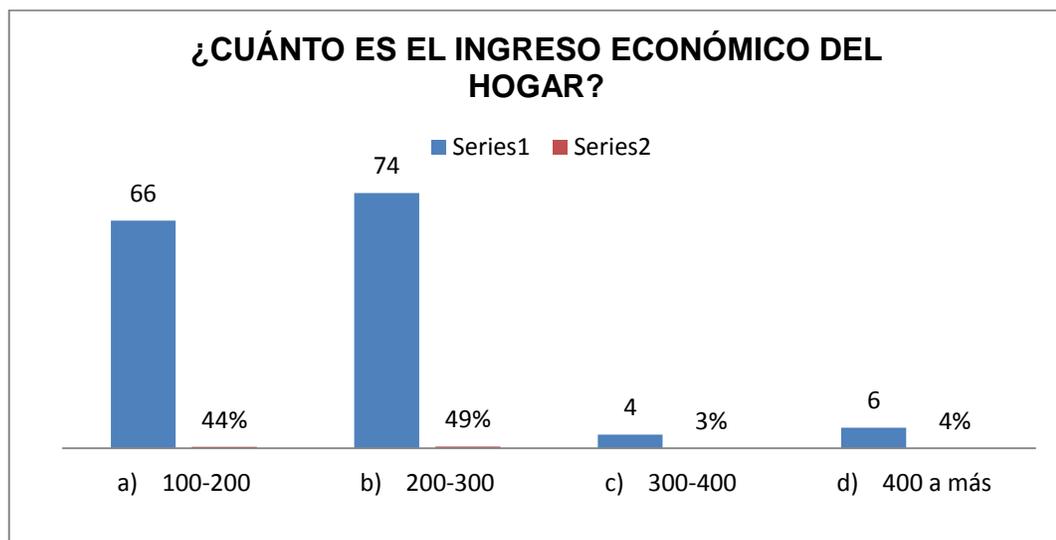
En la exclusión social y mercado de trabajo, la pobreza es la clave, para describir este proceso por el cual las personas pueden tener menos posibilidades y oportunidades de realización y de integración en su entorno. La exclusión social abarca las situaciones de carencias económicas o insatisfacción de necesidades como la privación de los derechos de ciudadanía¹³. (pág 24)

Se determinó que 147 de los pacientes encuestados correspondientes al 98 % dijeron que no cuentan con los recursos económicos necesarios para realizarse tratamientos odontológicos permanentes.

GRAFICUADRO # 12

¿CUÁNTO ES EL INGRESO ECONÓMICO DEL HOGAR?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
a) 100-200	66	44%
b) 200-300	74	49%
c) 300-400	4	3%
d) 400 a más	6	4%
TOTAL	150	100%



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes atendidos en las Clínicas Odontológicas de la U.S.G.P.

Autor: Deanny Patricia Pincay Menéndez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

En el graficadro # 12 mediante las encuestas realizadas se obtuvo como resultado que 66 de los pacientes correspondientes al 44 %, su ingreso económico es de 100 a 200 dólares, mientras que un 49 % correspondiente a 74 pacientes su ingreso económico es de 200 a 300 dólares, un 3 % correspondiente a cuatro pacientes su ingreso es de 300 a 400 y un 4 % que corresponde a 6 paciente el ingreso económico es de más de 400 dólares.

MANKIWI N, G. *Principios de la economía*. 2009. 5ta edición. Editorial EDITEC.S.A.DE .C.U. México. Pág 4, 28, 29. Menciona que:

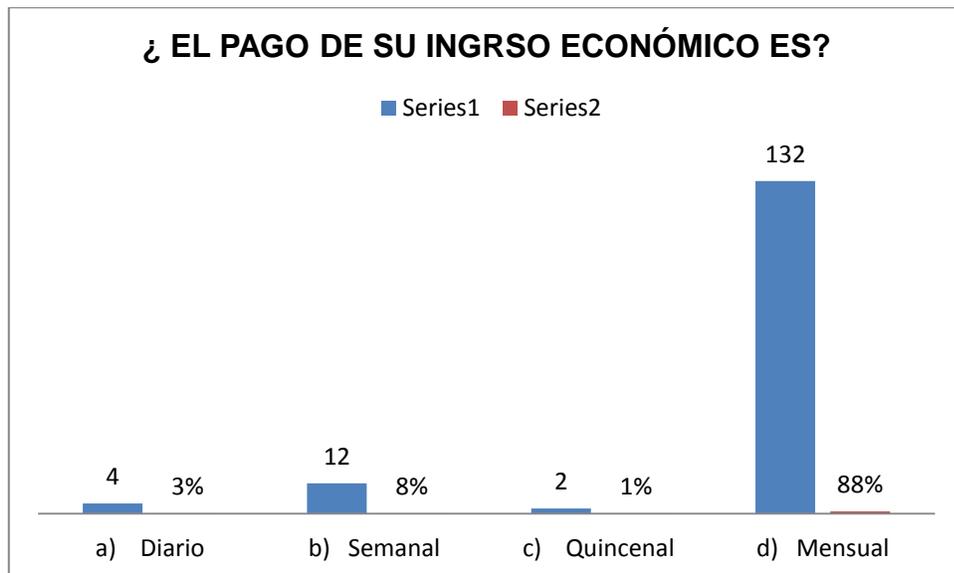
La economía también estudia a varios niveles, se puede estudiar las decisiones de las familias y de las empresas, o bien estudiar cómo interactúan las familias y las empresas en mercados específicos cuando se trata de productos determinados, o bien estudiar cómo opera la economía como un todo, es decir, estudiar la suma de las actividades de los tomadores de decisiones en los diferentes mercados². (pág 11)

Según los resultados obtenidos mediante las encuestas realizadas, se puede observar que la mayoría de los pacientes correspondientes al 49 % ganan el sueldo básico, y un menor porcentaje de los pacientes que sus ingresos económicos son muy bajos lo que le alcanza solo como para la canasta básica.

GRAFICUADRO # 13

¿EL PAGO DE SU INGRESO ECONÓMICO ES?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
a) Diario	4	3%
b) Semanal	12	8%
c) Quincenal	2	1%
d) Mensual	132	88%
TOTAL	150	100%



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes atendidos en las Clínicas Odontológicas de la U.S.G.P.
Autor: Deanny Patricia Pincay Menéndez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

En el graficuarro # 13 podemos observar que 4 de los pacientes encuestados correspondiente al 3 % el pago de su ingreso económico es diario, un 8 % correspondiente a 12 de los pacientes el pago de su ingreso económico es semanal, 2 pacientes correspondiente al 1 % el pago de su ingreso económico es quincenal, y un 88 % de los pacientes encuestados dijeron que el pago de su ingreso económico es mensual esto corresponde a 132 pacientes.

Arenas Dolz, F. Cebolla Sanahúja, L. Tienda Palop, L. Giancristoforo, L. *Ética del desarrollo humano y justicia global*. 2007. Valencia. Editorial artes digitales Nau 1 libres. Pág 54. Manifiestan que:

La economía del hogar constituye la fuente nacional principal de fondos para financiar la inversión del capital, el cual es un impulso fundamental para lograr el crecimiento a largo plazo.

Los grupos nacionales incluyen a las familias como a las instituciones sin ánimo de lucro, que ofrecen servicios a las familias. La tasa de ahorro de los hogares se calcula como la proporción de los ahorros nacionales a los ingresos nacionales disponibles²². (pág 37)

Según los resultados obtenidos mediante las encuestas que se le realizaron a los pacientes se puede demostrar que 132 de los pacientes correspondientes a un 88 % su ingreso económico lo reciben mensualmente, siendo este el mayor porcentaje a diferencia de los otros pacientes que reciben su sueldo diario semanal o quincenal.

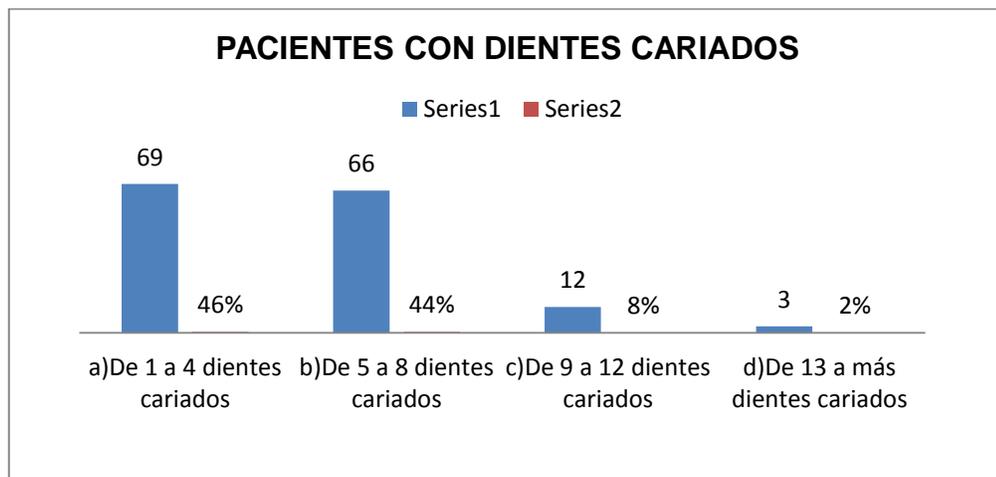
7.1.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS.

GRÁFICOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LOS PACIENTES INDICADORES CPO

GRÁFICO # 1

PACIENTES CON DIENTES CARIADOS

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
a)De 1 a 4 dientes cariados	69	46%
b)De 5 a 8 dientes cariados	66	44%
c)De 9 a 12 dientes cariados	12	8%
d)De 13 a más dientes cariados	3	2%
TOTAL	150	100%



Fuente: Historia Clínica realizada a los pacientes atendidos en las Clínicas Odontológicas de la U.S.G.P.
Autor: Deanny Patricia Pincay Menéndez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRÁFICO #1

Según las fichas odontológicas realizadas a los pacientes que asistieron a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio se obtuvieron los siguientes resultados, 69 pacientes presentaron de uno a cuatro dientes cariados, 66 pacientes presentaron de 5 a 8 dientes cariados, 12 pacientes presentaron de 9 a 12 dientes cariados y 3 pacientes presentaron de 13 a más dientes cariados.

Moncada, C G. Urzúa A, I. *Cariología clínica de Moncada*. (2008). 1era edición. Santiago/Chile. Pág 15.

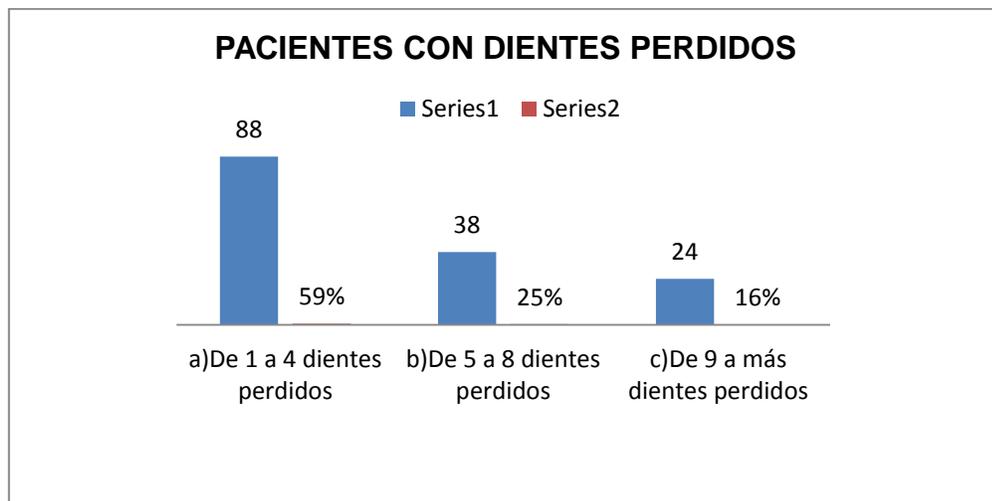
La caries es una enfermedad microbiana infecciosa de los dientes que trae como consecuencia la destrucción de los tejidos calcificados afectados como el esmalte cemento y dentina. Las lesiones cariosas se pueden aparecer debajo de la placa dental³³. (pág 50)

Se determinó que existe una gran cantidad de pacientes que presentan un alto índice de caries que son propensos a presentar procesos infecciosos periapicales.

GRÁFICO #2

PACIENTES CON DIENTES PERDIDOS

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
a)De 1 a 4 dientes perdidos	88	59%
b)De 5 a 8 dientes perdidos	38	25%
c)De 9 a más dientes perdidos	24	16%
TOTAL	150	100%



Fuente: Historia Clínica realizada a los pacientes atendidos en las Clínicas Odontológicas de la U.S.G.P.
Autor: Deanny Patricia Pincay Menéndez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRÁFICO #2

Según las fichas odontológicas realizadas a los pacientes de condición socioeconómica limitada que asistieron a las clínicas odontológicas de la universidad San Gregorio se obtuvieron los siguientes resultados: 88 pacientes tuvieron de 1 a 4 dientes perdidos, 38 pacientes tuvieron de 5 a 8 dientes perdidos, 24 pacientes tuvieron de 9 a más dientes perdidos.

Según Moncada, C G. Urzúa A, I. *Cariología clínica de Moncada*. (2008). 1era edición. Santiago/Chile. Pág 15. manifiesta que:

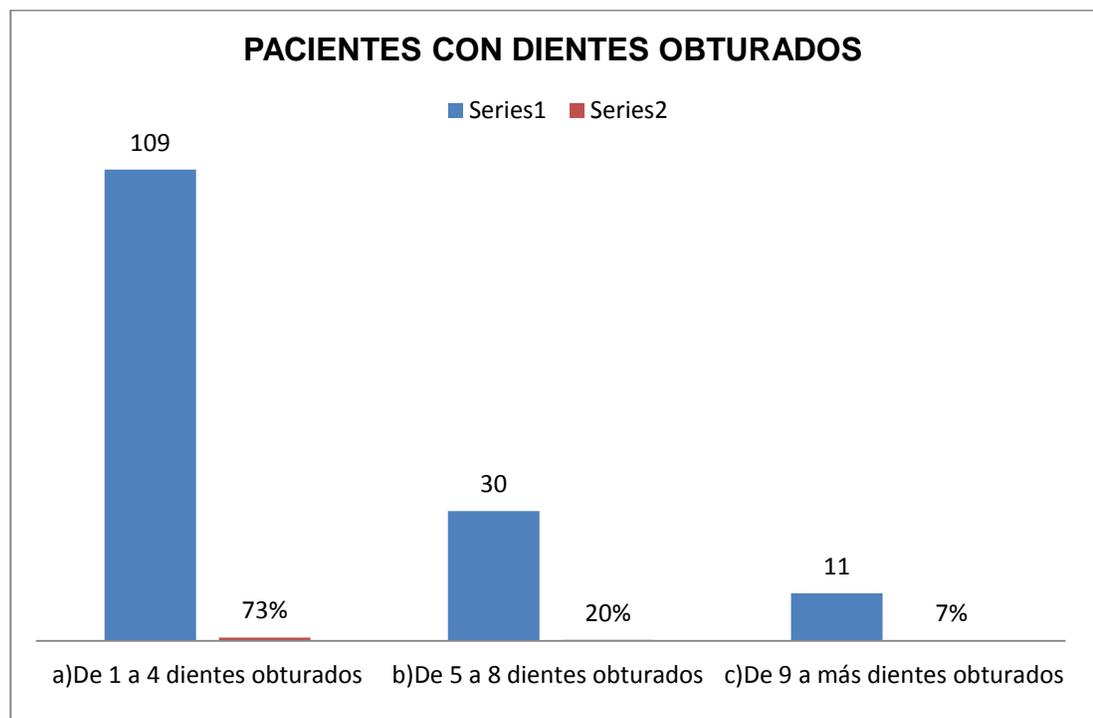
Existen múltiples causas y factores que pueden originar y/o producir la pérdida de tus dientes. Las dos principales enfermedades que causan la pérdida dental son la caries y la enfermedad periodontal (enfermedades que afectan a las encías, tejidos y estructuras que protegen y sujetan al diente en la boca). Además existen otras afecciones que pueden ser motivo de la pérdida de un diente, como son: Desgastes de los dientes, traumatismos, piezas dentarias con tratamientos inconclusos, fracturas dentales etc³³. (pág 50)

Se determinó que 59% de los pacientes han perdido de una a cuatro de sus piezas dentarias, por ser de condiciones socioeconómicas limitadas y no poder realizarse un tratamiento odontológico adecuado.

GRÁFICO #3

PACIENTES CON DIENTES OBTURADOS

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTEJE %
a)De 1 a 4 dientes obturados	109	73%
b)De 5 a 8 dientes obturados	30	20%
c)De 9 a más dientes obturados	11	7%
TOTAL	150	100%



Fuente: Historia Clínica realizada a los pacientes atendidos en las Clínicas Odontológicas de la U.S.G.P.

Autor: Deanny Patricia Pincay Menéndez.

ANÁLISIS E INTERPRETACION DEL GRÁFICO #3

Según las fichas odontológicas realizadas a los pacientes que asistieron a las clínicas de la universidad san Gregorio, se obtuvieron los siguientes resultados: 109 pacientes presentaron de 1 a 4 dientes obturados, 30 pacientes presentaron de 5 a 8 dientes obturados, 11 pacientes presentaron de 9 a más dientes obturados.

Según Negroni, M. Microbiología estomatológica: fundamentos y guía práctica.(2009). 2da edición. Editorial panamericana. Argentina. Pág 257, 258, 259. manifiesta que:

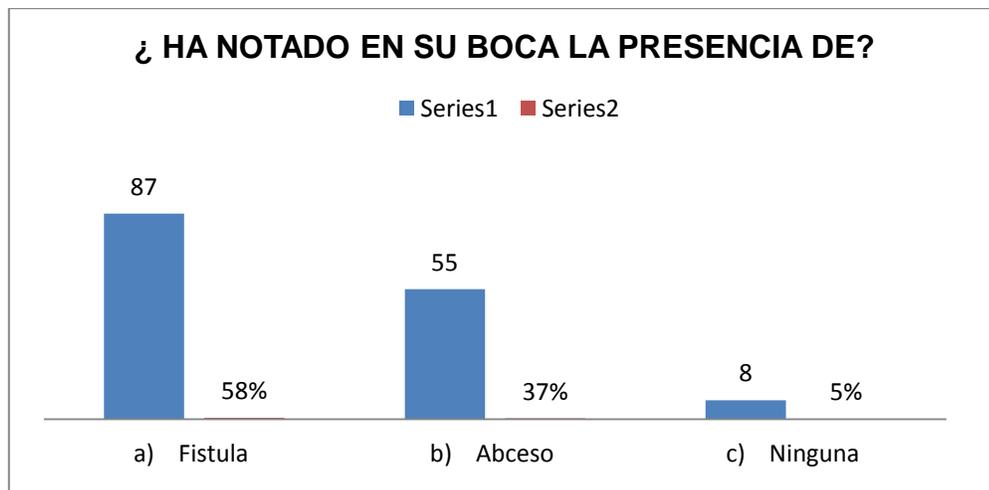
Los dientes que están afectados por el deterioro (caries o cavidades) necesitan una obturación. Los avances en materiales y técnicas dentales proporcionan métodos nuevos y eficaces para restaurar los dientes. Existen varios tipos diferentes de restauraciones (directas, indirectas)³⁵ (pág 51).

Se determinó que los pacientes presentaron una menor cantidad de obturaciones, ya que son de un nivel socioeconómico más bajo y no tienen conocimientos claros de los beneficios de los tratamientos restaurativos profesionales.

GRAFICUADRO # 4

¿HA NOTADO EN SU BOCA LA PRESENCIA DE?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
a) Fistula	87	58%
b) Abceso	55	37%
c) Ninguna	8	5%
TOTAL	150	100%



Fuente: Historia Clínica realizada a los pacientes atendidos en las Clínicas Odontológicas de la U.S.G.P.
Autor: Deanny Patricia Pincay Menéndez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

En el graficadro # 4 se observa que 87 de los pacientes han notado en boca la presencia de fistulas correspondiente a 58%, 55 pacientes que presentan absceso con un porcentaje de 37%, y 8 de los pacientes que corresponde al 5% que no presentan ni fistula ni absceso.

Según Bottino, Marco. Manifiesta que:

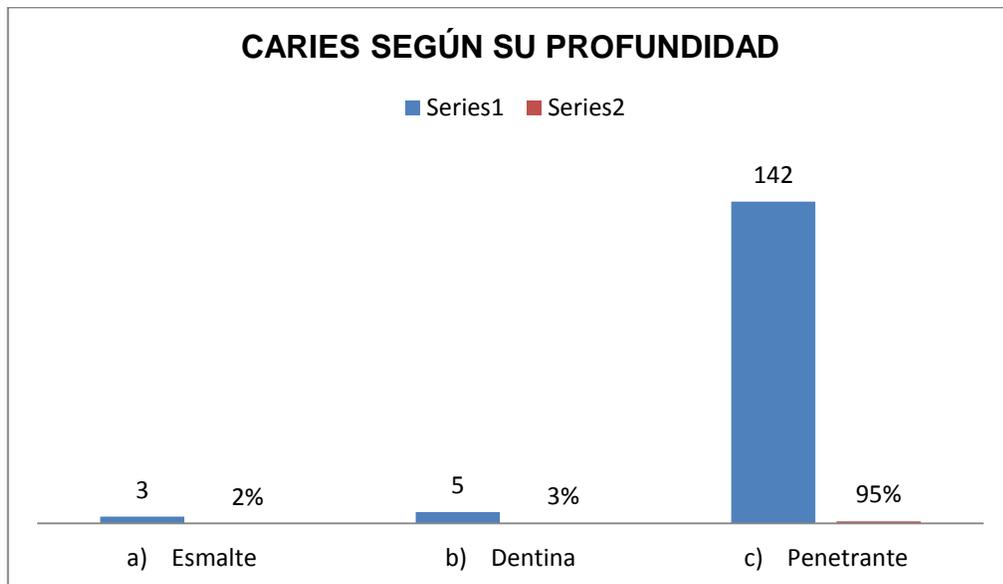
En el absceso periapical se puede desarrollar una fistula a partir de la periodontitis apical sintomática infecciosa, periodontitis apical asintomática, absceso periapical sin fistula que se originan en el proceso infeccioso del conducto radicular⁶⁸. (pág 78)

Mediante las encuestas realizadas se determinó que 142 de los pacientes que corresponde a un 95% presentan fistulas y absesos que son síntomas de los procesos infecciosos periapicales.

GRAFICUADRO # 5

CARIES SEGÚN SU PROFUNDIDAD

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
a) Esmalte	3	2%
b) Dentina	5	3%
c) Penetrante	142	95%
TOTAL	150	100%



Fuente: Historia Clínica realizada a los pacientes atendidos en las Clínicas Odontológicas de la U.S.G.P.
Autor: Deanny Patricia Pincay Menéndez.

ANÁLISIS E INTERPRETACION DEL GRÁFICO # 5

Según las fichas odontológicas realizadas a los pacientes que asistieron a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio se obtuvieron los siguientes resultados que la caries que solo afecta esmalte se presentaron en 3 pacientes, 5 pacientes que la caries afectaba dentina y en el resto de pacientes que son 142 la caries afectaba la pulpa dental.

Según la página web [www. Portal. Unmayor.cl/caries_rx.html](http://www.Portal.Unmayor.cl/caries_rx.html). manifiesta que:

Es en caries penetrante donde hay gran destrucción coronaria (por ej, caries disto oclusal muy profunda), hay que reconocer la anatomía radicular y observar la porción apical con el objetivo de ver si la caries es penetrante o no, se caracteriza por ser una caries con un compromiso pulpar irreversible, puede ser un absceso pulpar, lo importante de reconocer esto es que el tratamiento será endodoncia o extracción³⁶.(pág 53)

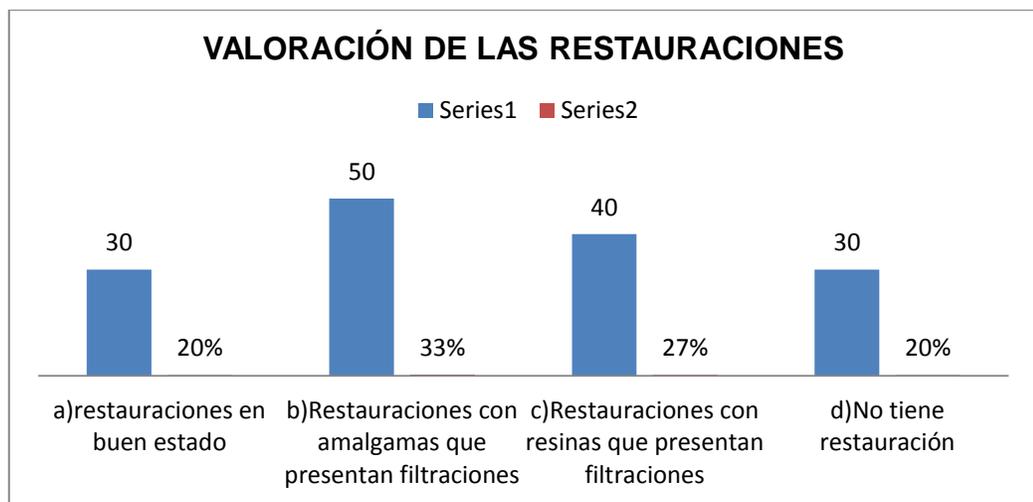
Se determinó que en los pacientes con presencia de lesiones cariosas existía una mayor cantidad de la caries que afectaba la dentina con un 95% que corresponde a 142 de los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas.

7.1.3. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA FICHA DE OBSERVACIÓN.

GRAFICUADRO # 1

Valoración de las restauraciones que tienen los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
a) restauraciones en buen estado	30	20%
b) Restauraciones con amalgamas que presentan filtraciones	50	33%
c) Restauraciones con resinas que presentan filtraciones	40	27%
d) No tiene restauración	30	20%
TOTAL	150	100%



Fuente: Ficha de Observación realizada a los pacientes atendidos en las Clínicas Odontológicas de la U.S.G.P.
Autor: Deanny Patricia Pincay Menéndez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRÁFICO #1

En la observación de las fichas de observación del grupo de pacientes de la investigación se categorizo las restauraciones que presentaban los pacientes, obteniendo los siguientes resultados. Cincuenta de los pacientes que tenían restauraciones con amalgama presentaban filtraciones correspondientes a un 33%, cuarenta de los otros pacientes que tenían restauraciones con resinas que también presentaban filtraciones, treinta pacientes que no presentaban restauraciones que corresponden a un 20% y un veinte % de las restauraciones que se encuentran en buen estado correspondiente a treinta de los pacientes.

La página de internet www.rode.es menciona que:

La Microfiltración es definida como un pasaje indetectable de bacterias, fluidos, moléculas, iones entre las paredes cavitarias y el material restaurador aplicado, y trae como consecuencia la hipersensibilidad dentinaria, irritación pulpar, permite el paso de bacterias a través del margen de la restauración que pueden producir caries recurrentes⁴⁹. (pág 66)

Por lo tanto se observó que una gran cantidad de pacientes presentan restauraciones en amalgamas con filtraciones que determinan que la caries avance y luego existan procesos infecciosos periapicales.

7.2 CONCLUSIONES

Una vez terminado el proceso investigativo, se llegó a las siguientes conclusiones.

* Mediante el estudio se pudo demostrar que el 49% de los pacientes tienen acceso limitado a la atención odontológica ya que su sueldo es básico y no les permite realizarse tratamientos odontológicos particulares lo que determinó que el 73 % tenga un índice de C.P.O. elevado.

* A través de las encuestas realizadas a los pacientes se obtuvo como resultado que el 98% de los pacientes no cuentan con suficientes recursos económicos, lo que va influir directamente en que estos no tengan acceso a tratamientos odontológicos en una consulta particular.

* Mediante la ficha de observación se valoró que el 40 % de los pacientes presentan restauraciones defectuosas con filtraciones sean estas de amalgamas o resinas, y mediante la historia clínica se comprobó que el 95 % de los pacientes presentan a través de las tomas radiográficas filtración de bacterias hacia la pulpa.

Se estableció radiográficamente que el 95% de los pacientes presentan un alto índice de infecciones periapicales.

BIBLIOGRAFÍA

Gonzales de Durana, A. (2009). *Política y Bienes Sociales*. España. Fundación foessa. pág., 35, 36.

Adroher Biosca, S. Vidal Fernández F. (2009). *Infancia en España, nuevos desafíos sociales nuevas respuestas jurídicas*. Madrid. Editorial ORMAG. Pág 490.

Paz Otero, P. (2008). *Estadísticas económicas sociales y ambientales*. España. Editorial netbiblo, S. L. Pág 42.

Mideros Mora, A. (2008). *Crédito y desigualdad: efecto del acceso a créditos en la brecha de ingreso de los hogares*. Ecuador. Editorial Flacso. Pág 21.

Arroyo Picard, A. B Solano, C. García, B. Calva, J. (2007). *Empleo ingreso y bienestar*. México. Volumen 11. Pág 355.

Merino, R. De La Fuente, G. (2007). *Sociología para la intervención social y educativa*. España. Editorial complutense, S.A. Pág 246.

Serrano Bermejo, A. R. Alonso, S. (2008). *Economía de la Empresa agroalimentaria*. España. 3ra edición. Artes gráficas S. A. pág 16, 18, 20.

Mankiw N, G. (2009). *Principios de la economía*. 5ta edición. México. Editorial EDITEC.S.A.DE .C.U. Pág 4, 28, 29.

Arenas Dolz, F. Cebolla Sanahúja, L. Tienda Palop, L. Giancristoforo, L. (2007). *Ética del desarrollo humano y justicia global*. Valencia. Editorial artes digitales Nau 1 libres. Pág 54.

Stiglitz, J E. Walsh, C. (2009). *Microeconomía*. España. 4ta. edición. Editorial Ariel S.A. Pág 39.

Sanchis, M. (2011). *Falacia dilemas y paradojas "la economía de España"*. España. 2da edición. Editorial P.U.V. Pág 268, 270, 273.

M Kenneth, H H. Louis, B. (2011). *Técnicas de endodoncia*. España. Décima edición. Elseiver Mosby. Pág 37.

Cohen, S. Burns. R, C. (2012). *Vías de la pulpa*. España. 8va edición Elseiver Mosby. Pág 26.

Tarabinejad, Mahmoud, E. Walton, R. *Endodoncia*. (2010). España. Elseiver. Cap. 1, pág, 1, 7, 31.

James, J. Gutmann. (2012). *Solución de problemas en endodoncia*. 5ta edición. Elseiver España S.A. cap. 1, pág. 6, 8,19.

Ross. Wojciech, P. (2008). *histología*. 5ta edición. España. Editorial Panamericana. Pág 540.

Albi Ibáñez, E, Gonzales, J, Páramo, Zubiri, I. (2009). *Principios de la endodoncia*. España, 3ra Edición. Editorial Ariel. Pág, 308.

Redondo Figueroa, C G. Galdó Muñoz, G, García Fuentes M. (2008). *Atención al adolescente*. España. Editorial publicam. Pág 169- 170

Carrillo Sánchez, C. (2007). *Endodoncia*. Medigraphic. Vol. 1.editorial A.D.M. Pág 264.

Moncada, C G. Urzúa A, I. (2008) *Cariología clínica de Moncada*. Santiago/Chile. 1era edición. Pág 15.

Bottino, Marco A. (2008). *Nuevas tendencias endodoncia 3*. Sau Paulo Editorial, artes medicas Ltda.. Cap. 2. Pág 15, 23.

Enrile de Rojas, F. Fuenmayor Fernández V. (2009). *Manual de higiene bucal*. Buenos Aires, Madrid. Editorial medica panamericana.. Pág 30, 83.

Jiménez Romera, M. (2012). *Odontopediatría en atención primaria*. España. Editorial vértice. Pág 154.

García De La Cruz, J. Duran Romero, G, Sánchez Diez, Á. (2011). *Economía mundial en transformación*. España. Editorial paraninfo S.A. Pág 42, 43.

Lima Machado, M. (2009). *Endodoncia de la biología a la técnica*. Brasil. Editorial AMOLCA. Pág 32,

S, Robert. L, Justin. *Manual Merck de signos y síntomas del paciente*. (2010). España. Editorial medica panamericana. Pág 168, 169.

Bardoni, N. Escobar Rojas, A. Mercado Castillo, R. (2010). *Salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires. Editorial medica panamericana. Pág 450, 469.

Rubio Gil, M (2007). *Claves para una correcta gestión de las personas y gestiones familiares*. Barcelona. Editorial Amat. Pág 8.

Negroni, M. *Microbiología estomatológica: fundamentos y guía práctica*.(2009). 2da edición. Editorial panamericana. Argentina. Pág 257, 258, 259.

Hernández, J. Benavides, C. (2007). Colección *Textos ciencia de la Salud*. 2da edición. Editorial Servigraphic Ltda. Bogotá. Pág 180.

Nocchi, C. *Odontología restauradora: salud y estética*. (2008).2da edición. Editorial medica panamericana. Pág 210.

Linde, J. Lang, N. *Periodontología clínica e implantología odontológica*. (2009). 5ta edición. Editorial medica panamericana S.A. España. Pág 854.

Gutiérrez, E. Iglesias, P. *Técnicas de ayuda odontológica/ estomatológica*. (2009). Editorial Editex S.A. España. Pág 206.

www.buenastareas.com

www.odontocat.com

[www.pactoral/lesiones periapicales.doc](http://www.pactoral/lesiones_periapicales.doc)

www.odontochile.cl/archivos/tercero

www.infomed.es

www.slideshare.net

www.salud.doctissimo.es

www.rode.es

www.queeseconomia.com.

www.drjaversaldivar.com

www.clasessocialysocializacion.com

[www. Portal. Unmayor.cl/caries rx.html](http://www.Portal.Unmayor.cl/caries_rx.html).

**PROPUESTA
ALTERNATIVA**

CAPÍTULO VI

6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

6.1. MÉTODOS.

6.1.1. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN.

BIBLIOGRÁFICA.- Para el desarrollo de esta investigación se utilizó textos relacionados a la odontología e información del Internet.

CAMPO.- La investigación es de campo, porque toda la información bibliográfica se la realizó en la Universidad San Gregorio de Portoviejo con los pacientes atendidos en las clínicas de esta institución.

6.1.2. NIVELES O TIPOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Exploratoria.

Porque indagó el problema en los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Descriptiva

En este estudio se describió los procesos infecciosos periapicales, y su relación con el nivel socioeconómico en los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Analítica

Se realizó un análisis profundo sobre los procesos infecciosos periapicales relacionada con el nivel socioeconómico.

Sintética

Porque toda la información obtenida, la cual midió el alcance de los objetivos, se sintetizó, mediante conclusiones al final de la investigación.

Propositiva

Al final de la investigación se diseñó una propuesta de solución al problema.

6.2. TÉCNICAS

OBSERVACIÓN

Observación del estado de la cavidad oral de los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

ENCUESTA

Dirigida a los pacientes

6.3. FICHA DE OBSERVACIÓN

Ficha clínica

Formulario de encuesta.

Ficha de observación

6.4. RECURSOS:

6.4.1. TALENTO HUMANO

- Investigador
- Tutor de Tesis
- Pacientes atendidos en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

MATERIALES

- Fotocopias.
- Encuadernación
- Textos relacionados con el tema.
- Hojas de papel Bond.
- Lápices, esferos.
- Correctores
- Borradores
- Instrumento de diagnóstico odontología, Guantes para el examen intraoral
- Radiografías.

6.4.2. TECNOLÒGICOS

- Laptop
- Internet
- Impresora
- Cámara
- Scanner
- Flash memory.

6.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

6.5.1. POBLACIÓN

Para el análisis de la investigación se trabajó con el universo constituido por los pacientes atendidos en las Clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo que corresponde a 450 pacientes.

6.5.2. TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra la constituyen 150 pacientes adultos de las clínicas odontológicas del octavo y noveno semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

6.5.3. TIPO DE MUESTRA

Según el problema y los objetivos formados, el estudio es de tipo: Muestreo aleatorio

PRESUPUESTO

El desarrollo de la investigación tuvo un valor aproximado de \$ 698 dólares los cuales fueron cubiertos por la investigadora en su totalidad.

PROPUESTA

ALTERNATIVA

1.- IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

CAPACITACIÓN PARA MEJORAR LA CULTURA PREVENTIVA ODONTOLÓGICA, DIRIGIDA A LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LAS CLÍNICAS DE LA UNIVERSIDAD “SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO”

ENTIDAD EJECUTORA

Clínicas de la Universidad San Gregorio.

CLASIFICACIÓN DEL PROYECTO

TIPO: Social.

Orden: Educativo.

LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA.

La propuesta será ejecutada en la Universidad San Gregorio de Portoviejo en la Carrera de Odontología, que se encuentra ubicada en la ciudad de Portoviejo, parroquia Andrés de Vera, en la Av. Metropolitana y Av. Olímpica. Sus límites son:

Al norte: Avenida olímpica

Al este: Avenida Metropolitana

Al oeste: Avenida Bolivariana

2.- JUSTIFICACIÓN.

La odontología en la actualidad tiene como objetivo el prevenir enfermedades bucales, la mejor manera de lograrlo es informando a los pacientes sobre cultura preventiva odontológica, para que de esta manera disminuyan los problemas bucodentales.

En la actualidad existen muchos implementos para prevenir enfermedades de la cavidad bucal, pero lamentablemente parte de la sociedad no cuenta con todos los implementos para mantener una mejor higiene oral ya que existe una limitante como es el nivel socioeconómico, siendo este, él problema que presentan los pacientes que acuden a las clínicas de la universidad San Gregorio de Portoviejo.

La propuesta se justifica, por los resultados obtenidos en la investigación, se demostró, los escasos conocimientos sobre cultura preventiva

odontológica por parte de los pacientes que asisten a la universidad San Gregorio de Portoviejo, por lo tanto hubo la necesidad de impartir charlas educativas sobre cultura preventiva odontológica, ya que existe un alto índice de caries que conllevan a procesos infecciosos periapicales por no ser tratadas a tiempo, para que de esta manera se conociera más sobre culturas preventivas odontológicas y como mantener una buena salud bucal para que se ponga en práctica lo expuesto.

3.- MARCO INTITUCIONAL.

El escenario de la investigación tomó lugar las clínicas odontológicas de la carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, iniciaron sus funciones en la antigua escuela Arco Iris ubicada en la calle Chile, inaugurándose el día 23 de septiembre del 2002 con la presencia de la autoridades y estudiantes de la universidad San Gregorio de Portoviejo

El 15 de septiembre del 2006 se inauguraron las áreas para la práctica odontológica ubicadas en el edificio # 1 del nuevo campus de la universidad San Gregorio de Portoviejo ubicada en la avenida metropolitana vía Manta, estas áreas constan de tres clínicas, en la clínica

“A” y “ B” con 15 sillones cada una y en la clínica “C” con 14 sillones, en las clínicas “A” y “ B” existen dos esterilizadores uno en cada una, un área de revelado, una área administrativa, una sala de espera para comodidad de los pacientes.

El 14 de mayo del 2010 se inauguró el moderno quirófano totalmente equipado y la nueva área de radiología con 3 equipos de rayos x y zona de revelado. En estas clínicas odontológicas se realizan muchos tratamientos para mejorar la salud oral de los pacientes atendidos en las clínicas de esta Institución.

Con esta investigación se beneficiaran los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, pudiendo llegar a ellos con la finalidad de ayudarles al mejoramiento de la salud bucal.

4.- OBJETIVOS

- Disminuir el índice de patologías periapicales a los pacientes que acuden a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Instruir a los pacientes sobre las consecuencias de no realizarse tratamientos odontológicos oportunos.
- Motivar a los pacientes para que logren tener una adecuada limpieza oral para mantener una buena salud oral.

5.- DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO.

La propuesta se encaminó a mejorarlos conocimientos de cultura preventiva odontológica de los pacientes que asisten a las clínicas de la universidad San Gregorio, por medio de charlas preventivas odontológicas.

6.- BENEFICIARIOS

Directos:

Los pacientes que acuden a las clínicas de la universidad San Gregorio.

Indirectos:

Hijos, esposos, familiares y la comunidad en general.

7.- DISEÑO METODOLÓGICO.**Primera fase.-**

Socialización de la propuesta con la coordinadora de la carrera de Odontología para dar a conocer la propuesta alternativa de solución.

Elaboración de los trípticos sobre higiene oral, y un banner sobre cultura preventiva odontológica

Segunda fase.-

Se realizó una charla educativa a los pacientes con los trípticos para mejorar su higiene oral, y se hizo la entrega de los mismos.

Se realizó charlas educativas a los pacientes a través del banner sobre la cultura preventiva odontológica.

Se hizo la entrega del banner a la Coordinadora de la Carrera de
Odontología

9.- PRESUPUESTO DE LA PROPUESTA

ACTIVIDAD	RECURSOS	CANTIDAD	V. UNIT	V. TOTAL	FINANCIAR
DISEÑO TRÍPTICOS	DISEÑADOR GRÁFICO	10	3.00	30.00	AUTORA
IMPRESIÓN DE TRÍPTICOS	BLANCO Y NEGRO IMPRESIÓN A COLOR	100 100	0.03 0.25	3.00 25.00	AUTORA AUTORA
DISEÑO Y ELABORACIÓN DEL BANNER	DISEÑADOR GRÁFICO	1	20.00	20.00	AUTORA
SUBTOTAL				78,00	AUTORA
IMPREVISTOS 10%				7.8	AUTORA
TOTAL				85,80	AUTORA

10.- SOSTENIBILIDAD

Esta propuesta es sostenible porque existió el apoyo de las autoridades de la Carrera de Odontología, y por el interés demostrado por los pacientes en adquirir y mejorar sus conocimientos sobre una adecuada cultura preventiva odontológica, para ponerlos en práctica con el compromiso de replicar los conocimientos adquiridos con sus respectivas familias.

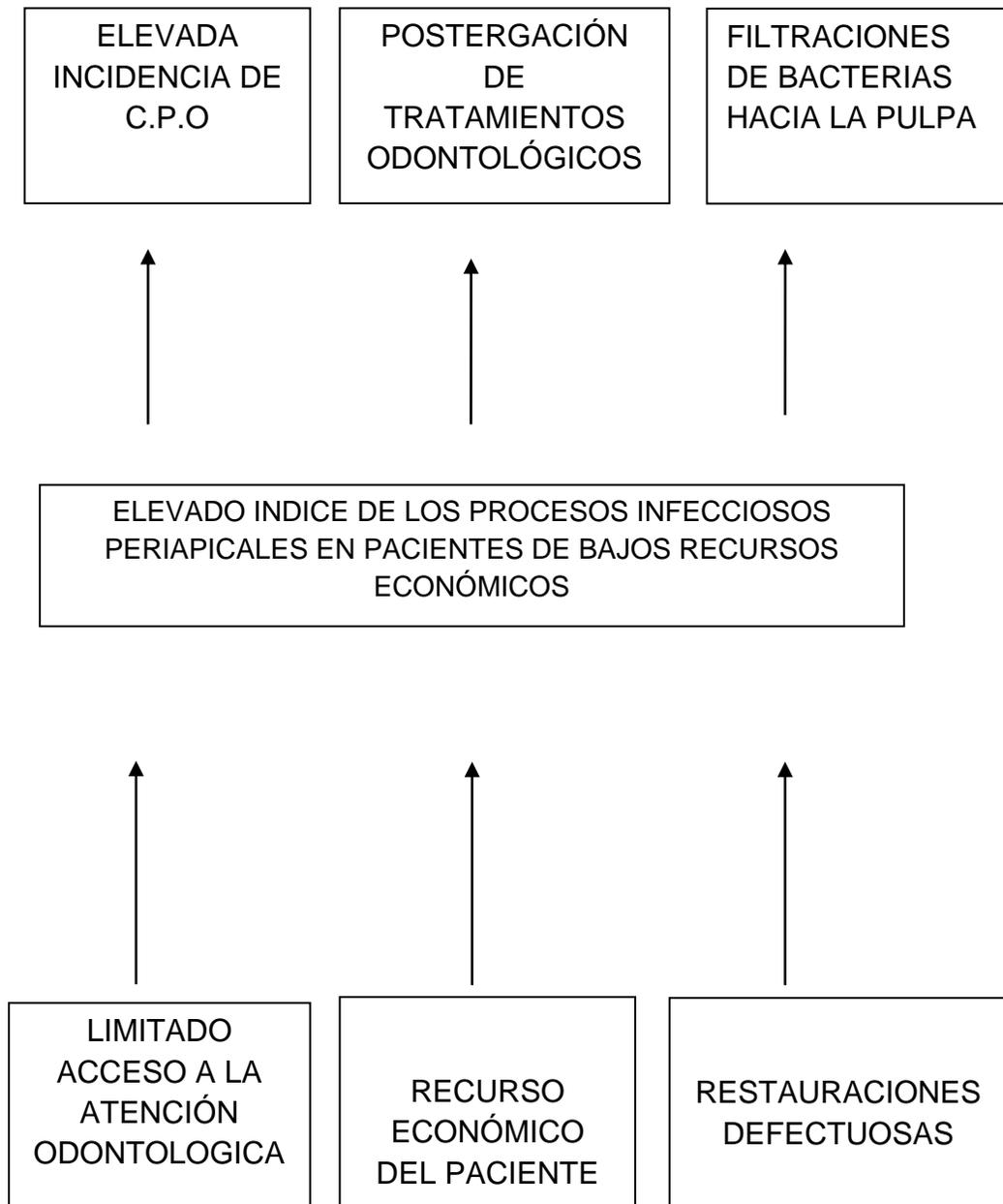
11.- FUENTES DE FINANCIAMIENTOS

La propuesta fue financiada por la autora de este proyecto.

ANEXOS

ANEXOS 1

ARBOL DEL PROBLEMA



PRESUPUESTO

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
FOTOCOPIAS	300	HOJAS	0.03	9.00
PAPEL	1	RESMA	4.50	4.50
INTERNET	2	MESES	26.00	52.00
TINTAS DE IMPRESIÓN DIGITAL	1	TONER	35.00	35.00
VIATICOS	4	TRANSPORTE	3.00	480.00
PLUMAS	2	UNIDADES	0.30	0.60
ANILLADOS	3	EJEMPLARES	1.50	4.50
GUANTES	3	CAJAS	7.00	21.00
MASCARILLAS	3	CAJAS	7.00	21.00
RADIOGRAFIAS	2	CAJAS	30.00	60.00
TEXTOS	2	TEXTOS	120.00	240.00
LIQUIDOS RADIGRAFICOS	2	FRASCOS	25.00	50.00
SUB-TOTAL				977.60
10% IMPREVISTOS				97.76
TOTAL				10.75.36

CRONOGRAMA

Id	Nombre de tarea	Duración	Comienzo	Fin
1	ELABORACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	125 días	lun 05/03/12	lun 05/03/12
2	RECOPIACIÓN DE LA INFORMACION BIBLIOGRAFICA	20 días	lun 05/03/12	lun 05/03/12
3	Recopilación de textos acordados con el tema investigado	6 días	lun 05/03/12	lun 05/03/12
4	Selección e la información bibliográfica	11 días	lun 12/03/12	lun 12/03/12
5	Depuración de los contenidos	3 días	mar 27/03/12	mar 27/03/12
6	REDACCION DEL MARCO TEORICO	16 días	vie 30/03/12	vie 30/03/12
7	Redacción del Marco Teórico	4 días	mar 17/04/12	mar 17/04/12
8	Correcciones del Marco Teórico	12 días	mar 17/04/12	mar 17/04/12
9	APLICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO	32 días	sáb 21/04/12	sáb 21/04/12
10	Aplicación de la prueba piloto de los instrumentos	1 día	sáb 21/04/12	sáb 21/04/12
11	Aplicación de las encuestas	12 días	dom 22/04/12	dom 22/04/12
12	Aplicación de la observación	19 días	dom 06/05/12	dom 06/05/12
13	TABULACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN	11 días	jue 31/05/12	jue 31/05/12
14	Tabulación de los resultados	3 días	jue 31/05/12	jue 31/05/12
15	Graficación estadística de la información	2 días	mar 05/06/12	mar 05/06/12
16	Análisis e interpretación de los resultados	3 días	jue 07/06/12	jue 07/06/12
17	EVALUACIÓN DEL ALCANCE DE LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3 días	mar 12/06/12	mar 12/06/12
18	REDACCION DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	2 días	vie 15/06/12	vie 15/06/12
19	Redacción de las Conclusiones	2 días	vie 15/06/12	vie 15/06/12
20	DISEÑO DE LA PROPUESTA	10 días	mar 19/06/12	mar 19/06/12
21	Planificación de la propuesta	5 días	mar 19/06/12	mar 19/06/12
22	Elaboración de la propuesta	5 días	dom 24/06/12	dom 24/06/12
23	REDACCION DEL INFORME FINAL	3 días	mié 04/07/12	mié 04/07/12
24	Redacción del borrador del informe	3 días	mié 04/07/12	mié 04/07/12
25	CORRECCION DEL INFORME FINAL	14 días	sáb 07/07/12	sáb 07/07/12
26	Presentación del borrador del informe para correcciones	2 días	sáb 07/07/12	sáb 07/07/12
27	Correcciones finales del borrador del informe	12 días	mar 10/07/12	mar 10/07/12
28	ENTREGA DEL INFORME FINAL	2 días	jue 26/07/12	jue 26/07/12
29	Presentación del informe final de tesis en ejemplares empastados	2 días	jue 26/07/12	jue 26/07/12
30	DEFENSA DEL INFORME FINAL	12 días	sáb 28/07/12	sáb 28/07/12
31	Aprobación de la Tesis	12 días	sáb 28/07/12	sáb 28/07/12

Proyecto: CRONOGRAMA PROJECT
Fecha: jue 26/07/12

Tarea: Tarea externa

Division: División

Hilo: Hilo inactivo

Resumen: Resumen del proyecto

Tareas externas: Tareas externas

Hilo externo: Hilo externo

Tarea inactiva: Tarea inactiva

Hilo inactivo: Hilo inactivo

Resumen inactivo: Resumen inactivo

Tarea manual: Tarea manual

Sólo duración: Sólo duración

Informe de resumen manual: Informe de resumen manual

Resumen manual: Resumen manual

Sólo el comienzo: Sólo el comienzo

Sólo fin: Sólo fin

Progreso: Progreso

Fecha límite: Fecha límite

ANEXOS 2



FICHA CLINICA

UNIVERSIDAD PARTICULAR SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGIA

Nº de Historia Clínica:.....

Nombre:

Edad:..... teléfono.....

Sexo:

Fecha:.....

RECESIÓN	<input type="checkbox"/>														
MOVILIDAD	<input type="checkbox"/>														
	18	17	16	15	14	13	12	21	22	23	24	25	26	27	28
VESTIBULAR															
LINGUAL															
		55	54	53	52	51		61	62	63	64	65			
		85	84	83	83	81		71	72	73	74	75			
VESTIBULAR	48	47	46	45	44	43	42	31	32	33	34	35	36	37	38
MOVILIDAD	<input type="checkbox"/>														
RECESIÓN	<input type="checkbox"/>														

INDICE DE CPO

	C	P	O	TOTAL
D				

DE ACUERDO A SU PROFUNDIDAD	ESMALTE	DENTINA	PENETRANTE
CARIES			

PROCESOS PERIAPICALES	
FISTULA	
ABCESO	
NINGUNA	



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

FORMULARIO DE ENCUESTA A LOS PACIENTES

YO; Deanny Pincay Menéndez, realizo esta encuesta con el objetivo de establecer la relación de los procesos infecciones periapicales en los pacientes de bajos recursos económicos atendidos en las clínicas odontológicas de la universidad San Gregorio de Portoviejo. Esta encuesta es confidencial, señor paciente sírvase a responder marcando con una X a uno de los literales de cada una de las preguntas, al responder hágalo con sinceridad y veracidad, su aporte será beneficioso para el trabajo que nos proponemos realizar.

Contenido:

1.- ¿Cepilla Usted sus dientes?

- a) Si ()
- b) No ()
- c) A veces ()
- d) Nunca ()

2.- ¿Cada qué tiempo cambia el Cepillo dental?

- a) 3 meses ()
- b) Al año ()
- c) Cuando las cerdas están abiertas ()
- d) Nunca

3.- ¿Qué implementos usa usted para la higiene oral:

- a) Pasta dental + cepillo dental ()
- b) Pasta dental + Cepillo dental + seda dental ()
- c) Pasta dental + cepillo dental + Seda dental + enjuague bucal ()
- d) Otros()

4.- ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes?

- a) 3 veces al día ()
- b) 2 veces al día ()
- c) 1 vez al día ()
- d) Cuando me acuerdo ()
- e) Ninguna vez al día ()

5.- ¿Con que frecuencia acude usted a la consulta dental?

- a) 3 meses ()
- b) 6 Meses ()
- c) Al año ()
- d) nunca ()

6.- ¿Siente usted alguna molestia en sus dientes?

- a) frio ()
- b) calor ()
- c) percusión ()
- d) masticación ()
- e) ninguno ()

7.-¿sus piezas dentales han presentado cambios de coloración?

- a) si ()
- b) no ()

8.- ¿el dolor que usted presenta es?

- a) provocado ()
- b) espontaneo ()

9.- ¿Donde realiza usted el control odontológico?

- a) Establecimientos públicos ()
- b) Establecimientos privados ()
- c) establecimientos educativos ()
- d) No realiza ()

10.-¿Cuánto de su dinero invierte en el Cuidado de sus diente?

- a) poco ()
- b) bastante ()
- c) nada ()

11.-¿su ingreso económico le permite realizarse un tratamiento odontológico Permanente?

- a) si ()
- b) no ()

12.-¿cuánto es el ingreso económico del hogar?

- a) 100 - 200 ()
- b) 200 – 300 ()
- c) 300 – 400 ()
- d) 400 a más ()

13.- el pago de su ingreso económico es:

- a) diario ()
- b) semanal ()
- c) quincenal ()
- d) mensual ()



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

MATRIZ DE OBSERVACIÓN				
A LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LAS CARPETAS DE LOS PACIENTES DE LA UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO.				
MOTIVO DE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA				
NÚMERO	RESTAURACIONES EN BUEN ESTADO	RESTAURACIONES CON AMALGAMA QUE PRESENTAN FILTRACIÓN	RESTAURACIONES CON RESINA QUE PRESENTAN FILTRACIÓN	NO TIENEN RESTAURACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
150				

CONCENTRADO EPIDEMIOLÓGICO

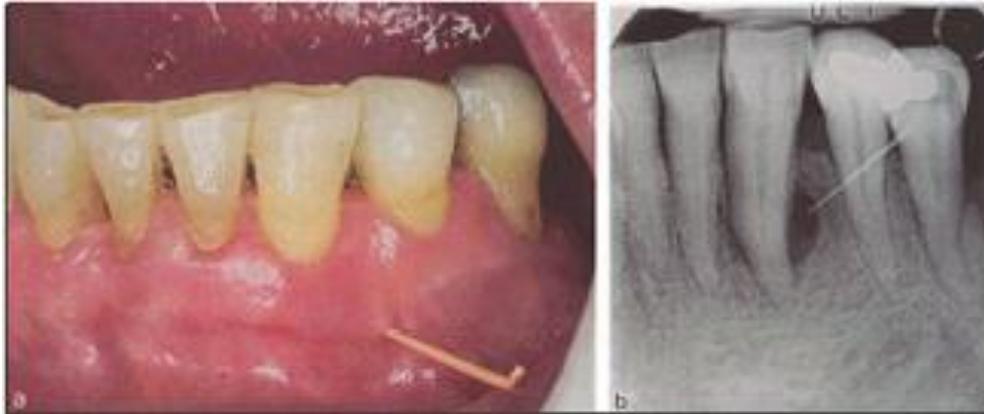
				INDICE DE CARIES			
Número	X	%		X			
	Edad	SEXO		Cariados	Perdidos	Obturados	CPO
		M	F				
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
150							
T							
%							

ANEXOS 3

PROCESOS INFECCIOSOS PERIAPICALES

ABCESO APICAL

Ver en la página # 78



GRANULOMA PERIAPICAL

Ver en la página # 80



QUISTE PERIAPICAL

Ver en la página # 80



ANEXOS 4

VERIFICADORES DE DATOS

REALIZANDO LAS ENCUESTAS Y LAS HISTORIAS CLINICAS






FICHA CLINICA
 UNIVERSIDAD PARTICULAR SAN GREGORIO DE PORTOVIJO
 UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGIA

Nº de Historia Clínica: 17702
 Nombre: Daniela María Vazquez Vivas
 Edad: 27 Sexo: F
 Fecha: 12 de Julio

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

ÍNDICE DE CPD-200

	C	P	O	TOTAL
D				
d				

TOMANDO RADIOGRAFIAS







ENTREGA DE TRIPTICO



CAPACITACION A LOS PACIENTES CON EL BANNER



ANEXOS 5



UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO
CARRERA ODONTOLOGIA

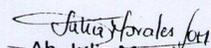
Portoviejo, 20 de Julio de 2012

Señorita
Deanny Pincay Menéndez
Egresada de la Carrera de Odontología
Presente.-

De mis consideraciones:

En atención a su oficio presentado con fecha 18 de julio del presente mes y año, donde solicita autorización para realizar las charlas educativas sobre el tema "NIVEL SOCIO ECONOMICO Y SU INCIDENCIA EN LA FORMACION DE PROCESOS INFECCIOSOS PERIAPICALES", se le informa que la Coordinadora de la Carrera, mediante sumilla inserta en el oficio presentado, autoriza lo solicitado.

Muy Atentamente,


Ab. Julia Morales Loo
**SECRETARIA ACADEMICA
CARRERA ODONTOLOGIA**

cc. archivo

ACTA DE COMPROMISO

Siendo las 12:00 del día viernes 20 de julio del 2012, en las instalaciones de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, se reúne por un lado Deanny Pincay Menéndez y la Dra. K. Montaña, responsable de la cátedra de endodoncia para suscribir un acta de compromiso en el que se llega al siguiente acuerdo.

La egresada Deanny Pincay Menéndez se compromete a dar las charlas sobre cultura preventiva odontológica, dirigida a los pacientes de endodoncia, haciendo entrega de un material educativo, y la Dra. K. Montaña, se compromete a fomentar la importancia que tiene mantener una buena higiene oral para preservar las piezas dentarias en buen estado en la cavidad oral, a los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Por medio de la presente acta quienes suscriben se comprometen a cumplir con lo establecido.

Dra. K. Montaña
Responsable de la cátedra

Deanny Pincay Menéndez
Egresada