



UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO

Unidad Académica de Salud

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESIS DE GRADO

TEMA:

**“NIVEL SOCIO-ECONÓMICO Y PRESENCIA DE CARIES DENTAL EN LOS
ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL OLMEDO”**

PROPUESTA ALTERNATIVA

AUTORES

Glen Hernán Barcia Fernández.

María Lourdes Mejía Toromoreno.

DIRECTORA DE TESIS

Dra. Katuska Montaña Guerrero

PORTOVIEJO – MANABÍ – ECUADOR

CERTIFICACIÓN

Dra. Katuska Montaña certifica que la tesis de investigación titulada **“Nivel socio-económico y presencia de caries dental en los estudiantes del Colegio Nacional Olmedo”** es trabajo original de Glen Hernán Barcia Fernández y María Lourdes Mejía Toromoreno. La misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dra. Katuska Montaña Guerrero
DIRECTORA DE TESIS



UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO

Unidad Académica de Salud

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

**“NIVEL SOCIO-ECONÓMICO Y PRESENCIA DE CARIES DENTAL EN LOS
ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL OLMEDO”**

PROPUESTA ALTERNATIVA

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

ODONTÓLOGO

Dra. Ángela Murillo Almache
PRESIDENTA DEL TRIBUNAL

Dra. Katuska Montaña Guerrero
DIRECTORA DE TESIS

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Ab. Ramiro Molina Cedeño
SECRETARIO ACADÉMICO

DEDICATORIA

A mi padre quien sacrificó su tiempo y recursos para que yo alcanzara esta meta, sin su apoyo no lo hubiera logrado. A mi madre especialmente, por ser la persona que nunca ha perdido la fe en mí, incluso cuando ciertos inconvenientes lograban derrumbarme al punto de querer rendirme. Gracias a ti seré siempre la persona de bien que pondrá en práctica los valores inculcados.

Este trabajo, fruto de mucho esfuerzo, se lo dedico a mi familia y amigos por ser lo más valioso que Dios me ha dado, sin ellos, mis victorias no tendrían el mismo valor, porque es para, y con ellos por quienes logro alcanzar mis objetivos.

Glen

DEDICATORIA

A mis padres, que son el pilar fundamental en mi vida y quienes a lo largo de ella han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento mi, por todo el amor que me brindan y por hacerme una persona de bien.

A mi tía Patricia por estar conmigo en las buenas y en las malas gracias por la paciencia que me tuvieron, por el cariño y la protección que me brindaron.

A mi hermana Estefanía por ser un apoyo incondicional, a mis primas, familia y amigos que de una u otra manera estuvieron conmigo durante todo este tiempo.

Dedico de manera especial a la Dra. Ángela Murillo Almache Decana de la Facultad de Odontología , por su dedicación y enseñanza con cada uno de nosotros

A nuestra directora de tesis la Dra. Katuska Montaña por habernos guiado y brindado sus conocimientos para la realización de la misma a la Dra. Nelly San Andrés por haber brindado su ayuda de forma desinteresada.

MARÍA LOURDES

AGRADECIMIENTO

Los autores de la presente Tesis de Grado tienen el inmenso orgullo de poner a consideración después de meses de investigación el resultado final, el cual queda plasmado en el presente documento.

Agradecemos a la Facultad de Odontología en la persona de la Señora Decana Magister en Salud Pública, Doctora Ángela Murillo Almache.

A la directora de tesis, la Doctora Katuska Montaña y a la Doctora Nelly San Andrés por las facilidades brindadas para el desarrollo de este trabajo.

Al rector del Colegio Nacional “Olmedo” por permitirnos desarrollar esta investigación en el plantel que él dirige.

Así mismo a las personas que colaboraron de una u otra manera para la terminación de nuestra tesis.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	i
ANTECEDENTES.....	ii
 CAPITULO I	
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
 CAPITULO II	
2. JUSTIFICACIÓN.....	3
 CAPITULO III	
3. OBJETIVOS.....	5
3.1. Objetivo General.....	5
3.2. Objetivos Específicos.....	5
 CAPITULO IV	
4. HIPÓTESIS.....	6
 CAPITULO V	
5. MARCO TEÓRICO.....	7
5.1. Marco Institucional.....	7
5.2. NIVEL SOCIO-ECONÓMICO.....	8
5.2.1. Definición.....	8
5.2.2. Clases Sociales.....	9
5.2.2.1. Tipos de clases sociales.....	9
5.2.2.1.1. Clase Alta.....	9
5.2.2.1.2. Clase Media.....	9
5.2.2.1.3. Clase Baja.....	10
5.2.3. Pobreza.....	10

5.2.3.1.	Tipos de Pobreza.....	11
5.2.3.1.1.	Pobreza Rural.....	11
5.2.3.1.2.	Pobreza Urbana.....	11
5.2.3.1.3.	Pobreza Absoluta.....	13
5.2.3.1.4.	Pobreza Relativa.....	13
5.2.3.1.5.	Pobreza Educativa.....	13
5.2.3.1.6.	Pobreza de Espacio Habitacional.....	14
5.2.3.1.7.	Pobreza de Servicios.....	15
5.2.3.1.8.	Pobreza de Seguridad Social.....	15
5.2.3.1.9.	Pobreza de Salud.....	16
5.2.3.1.10.	Pobreza de Ingresos.....	16
5.2.3.1.10.1.	Medición de la Pobreza a Nivel de un País.....	16
5.2.3.1.10.2.	Vivienda y Servicios Inadecuados.....	18
5.2.4.	Migración.....	19
5.2.5.	Estado Civil.....	20
5.2.5.1.	Familia.....	20
5.2.5.1.1.	Tipos de Familia.....	21
5.2.5.1.1.1.	Familia Nuclear o Elemental.....	21
5.2.5.1.1.2.	Familia Extensa o Consanguínea.....	21
5.2.5.1.1.2.1.	Familia Monoparental.....	21
5.2.5.1.1.2.2.	Familia de Madre Soltera.....	23
5.2.5.1.1.2.3.	Familia de Padres Separados.....	23
5.2.5.1.2.	Modos de ser Familia.....	23
5.2.5.1.2.1.	Familia Rígida.....	23
5.2.5.1.2.2.	Familia Sobreprotectora.....	23
5.2.5.1.2.3.	Familia Centrada en los Hijos.....	24
5.2.5.1.2.4.	Familia Permisiva.....	24
5.2.5.1.2.5.	Familia Inestable.....	24
5.2.5.1.2.6.	Familia Estable.....	24
5.2.6.	Servicios Básicos.....	25
5.2.6.1.	Acceso a los Servicios.....	25
5.2.6.2.	Educación para la Salud Dental.....	28

5.2.6.3.	Aspectos para un Programa Educativo de Salud Dental.....	28
5.3.	CARIES	30
5.3.1.	Indicadores Epidemiológicos	30
5.3.1.1.	Placa Bacteriana.....	30
5.3.1.1.1.	Índice de Placa Bacteriana.....	31
5.3.1.2.	Cálculo Dental.....	31
5.3.1.2.1.	Índice de Cálculo.....	32
5.3.1.3.	Gingivitis.....	32
5.3.1.3.1.	Signos y Síntomas de Gingivitis.....	33
5.3.2.	Índice de C.P.O	33
5.3.2.1.	Necesidades Técnicas Terapéuticas.....	33
5.3.2.1.1.	Morbilidad.....	33
5.3.2.1.2.	Tasa de Morbilidad.....	34
5.3.2.1.3.	Necesidades de Tratamiento.....	35
5.3.2.2.	Caries Dental.....	35
5.3.2.2.1.	Etiología de la Caries.....	37
5.3.2.2.1.1.	Factores Necesarios para el Desarrollo de la Caries.....	37
5.3.2.2.2.	Clasificación de la Caries.....	40
5.3.2.2.3.	Factores Relacionados con el Riesgo de Caries.....	41
5.3.2.2.3.1.	Vinculados a Actividad Previa de Caries Dental.....	41
5.3.2.2.3.2.	Vinculados a la Estructura del Esmalte Dental.....	41
5.3.2.2.3.3.	Saliva como Factor Cariogénico.....	42
5.3.2.2.3.4.	Cariogenicidad Relativa a los Alimentos.....	42
5.3.2.2.3.5.	Factores Ambientales.....	45
5.3.2.2.3.6.	Otros Factores Biosociales.....	45
5.3.2.3.	Prevención de la Caries Dental.....	46
5.3.2.4.	Pérdida Dental.....	48
5.3.2.5.	Restauración.....	49
5.3.2.5.1.	Clasificación de los Materiales Restauradores.....	49
5.3.2.5.2.	Materiales Empleados en las Obturaciones.....	50

CAPITULO VI

6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	53
6.1. Métodos.....	53
Bibliográfica.....	53
De campo.....	53
6.2. Nivel o tipo de investigación.....	53
Exploratoria.....	53
Descriptiva.....	53
Analítica.....	53
Sintética.....	53
Propositiva.....	53
6.3. Técnicas.....	53
6.4. Instrumentos.....	54
6.5. Recursos.....	54
6.5.1. Materiales.....	54
6.5.2. Talento humano.....	54
6.5.3. Tecnológicos.....	54
6.5.4. Económicos.....	55

CAPITULO VII

7. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	56
7.1. Análisis e Interpretación de los Resultados de la Investigación.....	56
7.1.1. Análisis e Interpretación de las Encuestas.....	56
7.1.2. Análisis e Interpretación de las Historias Clínicas.....	95
7.2. CONCLUSIONES.....	107
BIBLIOGRAFÍA.....	108

PROPUESTA

ANEXOS

**ÍNDICE DE LOS GRAFICUADROS DE LOS RESULTADOS DE LA
INVESTIGACIÓN**

ÍNDICE DE LOS GRAFICUADROS DE LAS ENCUESTAS

NIVEL SOCIO-ECONÓMICO

GRAFICUADRO # 1		Pág.
VIVIENDA		
1.	La vivienda que ocupa este hogar es?.....	57
GRAFICUADRO # 2		
TIPO DE VIVENDA		
2.	Tipo de vivienda.....	59
GRAFICUADRO # 3		
AGUA PARA LA VIVIENDA		
3.	¿Cómo se obtiene el agua para la vivienda?.....	61
GRAFICUADRO # 4		
AGUA		
4.	¿De dónde proviene el agua que recibe?.....	63
GRAFICUADRO # 5		
ELIMINACIÓN DE AGUAS		
5.	¿Cómo se eliminan las aguas negras o servidas de esta vivienda?.....	65
GRAFICUADRO # 6		
LUZ ELÉCTRICA		
6.	¿Dispone la vivienda de luz eléctrica?.....	67

GRAFICUADRO # 7
ELIMINACIÓN DE BASURA

7. ¿Cómo se elimina la basura de la vivienda?..... **69**

GRAFICUADRO # 8
SERVICIO TELEFÓNICO

8. ¿Dispone la vivienda de servicio telefónico?..... **71**

GRAFICUADRO # 9
NÚMERO DE CUARTOS

9. En este hogar ¿Cuántos cuartos o piezas se utilizan solo para dormir?..... **73**

GRAFICUADRO # 10
SERVICIO HIGIÉNICO

10. El servicio higiénico que tiene este hogar es?..... **75**

GRAFICUADRO # 11
DUCHA DE BAÑO

11. El servicio de ducha de baño que tiene este hogar es ?..... **77**

GRAFICUADRO # 12
TRABAJO

12. El trabajo que posee usted es?..... **79**

GRAFICUADRO # 13
ESTADO CIVIL

13. Actualmente está?..... **81**

NIVEL DE EDUCACIÓN		Pág.
GRAFICUADRO # 1		
EDUCACIÓN		
1.	Nivel de educación.....	83
GRAFICUADRO # 2		
INSTRUCCIÓN		
2.	Nivel de instrucción.....	85
DIETA CARIOGÉNICA		
GRAFICUADRO # 1		
1.	Desayuno.....	88
GRAFICUADRO # 2		
2.	Almuerzo.....	90
GRAFICUADRO 3		
3.	Merienda.....	93

ÍNDICE DE LOS GRAFICUADROS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

GRAFICUADRO # 1		Pág.
INDICADORES DE SALUD BUCAL		
	PLACA BACTERIANA.....	96
GRAFICUADRO # 2		
INDICADORES DE SALUD BUCAL		
	CÁLCULO.....	98
GRAFICUADRO # 3		
INDICADORES DE SALUD BUCAL		
	GINGIVITIS.....	100

GRAFICUADRO # 1
ÍNDICES DE C.P.O.

PIEZAS CARIADAS..... **102**

GRAFICUADRO # 2
ÍNDICES DE C.P.O.

PIEZAS PERDIDAS..... **104**

GRAFICUADRO # 3
ÍNDICES DE C.P.O.

PIEZAS OBTURADAS..... **106**

INTRODUCCIÓN

La noción de riesgo epidemiológico está en función de la existencia del ser humano que vive en un ambiente social en constante cambio. Vale decir que los riesgos que afectan la salud, dependen de la vida en sociedad y, más precisamente, del tipo estructural de la sociedad en que se coexiste.

Las intervenciones de prevención oral son la mejor forma de evitar problemas mayores relacionados con el cuadro epidemiológico, por lo que se destaca su importancia a nivel de salud oral.

La caries dental, es una de las enfermedades que constituye el mayor porcentaje de morbilidad dentaria durante toda la vida de un individuo y afecta a personas de cualquier edad, sexo y raza, con una mayor presencia en sujetos de bajo nivel socioeconómico. Esta situación guarda relación directa con un deficiente nivel educativo, una mayor frecuencia en el consumo de alimentos ricos en sacarosa entre las comidas y la ausencia de hábitos higiénicos.

A través de esta investigación se pretende alcanzar soluciones factibles para dicho problema, cambiar criterios erróneos, y sobre todo erradicar el escaso conocimiento sobre la salud bucal.

Al término de la presente investigación la tesis quedo estructura de dos partes: Una parte teórica producto de la investigación bibliográfica actualizada y la otra parte práctica que será el resultado de la investigación de campo que permitirá organizar un contenido teórico-práctico coherente.

ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el término "*salud bucodental*" como la ausencia de dolor oral crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afecten a la boca y la cavidad bucal.

La noción de riesgo epidemiológico está en función de la existencia del ser humano que vive en un ambiente social en constante cambio. Vale decir que los riesgos que afectan la salud, dependen de la vida en sociedad y, más precisamente, del tipo estructural de la sociedad en que se coexiste.

A pesar de que existen tecnologías preventivas, capaces de dominarlas, controlarlas y/o erradicarlas, la odontología en Latinoamérica continúa usando métodos curativos, costosos, complejos e ineficientes, y se sigue ofreciendo a 90 % de la población la exodoncia como única solución. Esta es una de las respuestas del por qué aún se encuentran gran cantidad de personas con afecciones bucales en el mundo.

La caries es el desorden más recurrente en la salud dental del país, según los registros de varios especialistas que coinciden en señalar que el 90% de escolares que acuden a la consulta la padecen.

Según estadísticas de la Escuela de Odontología de la Universidad Católica de Guayaquil, 9 de cada 10 personas tienen problemas dentales.

Lo preocupante, a juicio de la Jefatura de Salud del Azuay, es que los problemas se deben a la falta de higiene bucal. Según el especialista, el 90% de niños de la provincia tiene perforación dental.

Por esto se ha considerado realizar este trabajo, que permita obtener indicadores científicos que ayuden a aplicar mecanismos y estrategias, a solucionar o disminuir el problema existente.

En el lugar escogido, según el diagnóstico realizado a lo largo de las experiencias obtenidas, no existe ningún tema de investigación con respecto a la prevención oral y su incidencia con los indicadores epidemiológicos de los pacientes (alumnos) atendidos en el departamento odontológico del Colegio Nacional “OLMEDO”.

Esta se podrá llevar adelante mediante una interacción entre paciente profesional que permita concientizar a los alumnos ante los problemas bucodentales que están expuestos por la deficiente prevención.

CAPITULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el presente trabajo investigativo se realizó un análisis sobre Nivel Socio-Económico y presencia de caries dental en los estudiantes del Colegio Nacional “Olmedo”. Una de las principales causas es la falta de conocimiento sobre higiene bucal, teniendo como consecuencia una acumulación de residuos alimenticios en las caras externas, internas y masticatorias de los dientes, dicha acumulación provocará la formación de placa bacteriana la cual es una película formada por colonias de bacterias, que si no son eliminadas a tiempo irán calcificándose y formando el sarro o cálculo dental.

Los incorrectos hábitos alimenticios que tienen los pacientes (estudiantes) que asisten a la consulta odontológica, así como la ingesta descontrolada de carbohidratos, la cual genera cambios en el pH oral produciendo una desmineralización de los dientes, desencadenan la caries y por lo consiguiente aumentan las probabilidades de la pérdida dental.

Los factores socio-económicos inciden en el nivel de vida de las personas, componentes primordiales para poder tener una vida digna que les permita tener acceso a condiciones de salud, económicas y sociales.

Esto a la vez influye en la salud integral de la familia, de manera específica en la salud bucodental de todos los miembros que conforman el núcleo familiar, los niños y jóvenes son los más vulnerables a tener mala higiene bucal.

En este sentido, la promoción de la salud debe incluirse de forma combinada dentro de las actividades educativas, como forma de apoyo para que se mejoren los comportamientos conducentes a mejorar la salud de los individuos.

La atención primaria en el paciente (estudiantes) debería estar enfocada hacia la educación, control y prevención lo cual en nuestro medio no observamos ya que la mayoría de los pacientes (estudiantes) que acuden a la consulta tienen una insuficiente cultura preventiva y solo acuden cuando presentan un dolor dental o para la extracción de una pieza que se encuentra totalmente destruida, a pesar que la atención en dicha institución es totalmente gratuita.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La caries dental, es una de las enfermedades que constituye el mayor porcentaje de morbilidad dentaria durante toda la vida de un individuo y afecta a personas de cualquier edad, sexo y raza, con una mayor presencia en sujetos de bajo nivel socioeconómico. Esta situación guarda relación directa con un deficiente nivel educativo, una mayor frecuencia en el consumo de alimentos ricos en sacarosa entre las comidas y la ausencia de hábitos higiénicos.

Por lo expuesto el problema queda planteado de la siguiente manera:

¿Por qué existe caries en piezas permanentes en los adolescentes que estudian en el Tercer año de Bachillerato A y B del Colegio Nacional “Olmedo” sección matutina?

CAPITULO II

2. JUSTIFICACIÓN

Se investigará la presencia de caries en piezas permanentes de pacientes adolescentes estudiantes del Tercer año de Bachillerato paralelos A y B del Colegio Nacional “Olmedo” sección matutina por considerarse un problema de gran magnitud, se desea entender la relación entre esta problemática y el estrato social al que pertenece de dicha población.

A pesar de las campañas dentales educativas y constantes intentos de crear un cambio en la mentalidad de las comunidades con el fin de salvaguardar la salud bucal, se conoce que el índice de caries en los diferentes grupos sociales no muestra descenso o mejoría. ¿En qué se está fallando? O es que simplemente no se están utilizando los métodos correctos para poder calar en la mente de los jóvenes la importancia de la salud oral y los problemas a los que la falta de la misma conlleva. Con este estudio se pretende solucionar esta problemática social, y darles respuestas a las diferentes interrogantes que surgen a partir de la misma.

Se utilizará información proveniente de libros así como también de la web, e investigaciones con el grupo humano a trabajar.

A través de esta investigación se contribuirá con las Ciencias de la Educación creándose una temática innovadora de enseñanza, Ciencias Económicas por considerarse a la prevención como una inversión a futuro. Se aportará a las Ciencias Sociales por conocerse a las caries como una problemática social. Por supuesto a las Ciencias de la Salud ya que dicha investigación está encaminada en la salud bucal.

Esta investigación tendrá gran impacto social, porque no solamente los beneficiarios serán los estudiantes, sino también las familias de los mismos. Se pretende crear un efecto dominó, que los conocimientos sean comunicados entre los diferentes

miembros de las familias y estos lleven el mensaje a otros, así esta investigación tendrá frutos al convertirse en un nuevo movimiento de prevención contra las caries.

CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación del nivel socio-económico con la presencia de caries dental en los estudiantes del Colegio Nacional “Olmedo”.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar el nivel socio-económico de los estudiantes.
- Establecer los índices epidemiológicos de los estudiantes.
- Diseñar una propuesta alternativa de solución al problema.

CAPITULO IV

4. HIPÓTESIS

El nivel socio-económico repercute en la presencia de caries en los estudiantes del Colegio Nacional Olmedo.

CAPITULO V

5. MARCO TEÓRICO

5.1. MARCO INSTITUCIONAL

El Colegio Nacional Olmedo cuenta con un departamento odontológico, el mismo que fue creado gracias a las gestiones del Ab. Luis Nieto, quien se desempeñaba como secretario del Ministerio de Bienestar Social en el gobierno del doctor Rodrigo Borja Cevallos. El Ab. Nieto consiguió un sillón odontológico, una lámpara y algunos elementos básicos para el funcionamiento de este departamento; las autoridades del plantel fueron equipando de a poco el mismo para que siga funcionando hasta la presente fecha. Este departamento tuvo como primer Odontólogo al Dr. Guido Sabándo, y en la actualidad cuenta con 3 profesionales quienes atienden en cada una de las respectivas secciones.

5.2. NIVEL SOCIO-ECONÓMICO

5.2.1. DEFINICIÓN

“Es una clasificación sociológica que indica la estrecha relación entre la riqueza relativa de alguien y la condición social de esa persona. El estatus socio-económico es uno de los indicadores clave a la hora de buscar una serie de problemas de la comunidad, incluyendo el desempeño escolar, la delincuencia y la vivienda. Esto a menudo es determinado por el análisis de los ingresos familiares y bienes.

Condición social, significa el valor agregado que la educación, situación laboral y condiciones de vida le otorgan al individuo. En conjunto, todas estas cosas pueden desempeñar un papel crucial en la vida. Muy relacionado a los ingresos, y ayudando a determinar la situación socioeconómica de una familia es el nivel de educación de los padres. Como la educación superior, en general, tiende a conducir a mejores oportunidades económicas, los que se encuentran en una condición socio-económica baja tienen generalmente un menor nivel de educación y por tanto un menor pago de la ocupación. Sin embargo, hay excepciones a esta regla en ambos extremos del espectro. La mayoría de los de las distintas divisiones de la situación socioeconómica tienden a agruparse. De hecho, el nivel socio-económico puede ser incluso un divisor más grande, como la raza que solía ser. Ya sea por diseño o por inclinación natural, muchas ciudades se dividen en secciones donde la mayoría de los habitantes comparten el mismo nivel socio-económico. Esto puede ser tanto una ventaja como una responsabilidad a una comunidad. Por ejemplo, los de una categoría superior pueden disfrutar de menos delincuencia, permitiendo que los recursos policiales puedan concentrarse en otros lugares. Sin embargo, en aquellas zonas donde el nivel socio-económico es más bajo, las escuelas tienden a fallar. En muchos casos, esto puede no ser la falta de personal de la escuela, lo que lleva a algunas escuelas a ser injustamente penalizados. Teniendo en cuenta la situación socio-económica como una forma de analizar una comunidad y sus factores de riesgo es criticado por algunos. Se argumenta que ello da lugar a los estereotipos y perfiles. Los críticos de la práctica

argumentan que, incluso dentro de los diferentes estratos hay individuos que no encajan en las tendencias.”¹

5.2.2. CLASES SOCIALES

5.2.2.1. TIPOS DE CLASES SOCIALES

Se puede decir que: “Clase social es una forma de estratificación social en la cual se clasifica a las personas dentro de un sistema de clase de acuerdo a sus posibilidades o ubicación económica en una sociedad”.

“La aceptación de un individuo a una determinada clase se la denomina básicamente por criterios económicos, a diferencia de lo que sucede en otros tipos de estratificación social, basados en castas y estamentos, donde el criterio básico de aceptación en principio no es económico (aunque la aceptación a un determinado grupo pueda conllevar secundariamente condicionamientos económicos).”²

5.2.2.1.1. CLASE ALTA

Ella se sitúa a ciertos grupos sociales que por sus elevados ingresos y status son asimilables a ella (elites de ciertas profesiones como médicos, arquitectos, abogados, etc., y determinados profesionales provenientes del mundo del espectáculo, como cantantes, tenistas, futbolistas, actores, etc.). De la misma manera se aplica con ciertos sectores de la clase política (aunque sociológicamente no constituye una clase social, sino un grupo o categoría).

5.2.2.1.2. CLASE MEDIA

Se incluye la pequeña burguesía urbana (pequeños y medianos comerciantes, artesanos) y rural (propietarios agrícolas pequeños y medianos), incluyéndose a los

¹ Enciclopedia Oceano. Colombia. 2005. Página 2040

Marx, K. Engels F. Manifiesto Comunista. Buenos Aires. Cuadernos Marxistas 2001. Pagina 43.

² Enciclopedia autodidacta. Editorial Oceano. Paginas 2057-2060. Colombia 2005

llamados empleados de cuello blanco, que comprende desde los funcionarios públicos (con excepción de los altos funcionarios que forman parte de la elite del poder), hasta oficinistas, técnicos, profesionales de grado medio, profesores de unidades educativas privadas, burócratas y todo el conjunto de las nuevas profesiones que surgen sin cesar.

5.2.2.1.3. CLASE BAJA

Se considera a los trabajadores o asalariados el término “obrera” tiene unas connotaciones que la identifican con los trabajadores manuales. En las modernas sociedades de consumo de masas, una parte de esta clase (que el propio Marx denominó aristocracia obrera) ha perdido la tradicional conciencia de clase, como consecuencia de haber alcanzado unos niveles de ingreso y status muy superiores a los de sus antecesores en el siglo XIX.

Otro tema muy distinto es el de la situación de la clase obrera en los países tercermundistas o de la periferia del capitalismo, porque existen dificultades para establecer los límites entre sectores de la clase media-baja y de la aristocracia obrera.

“La pobreza va relacionada a varios factores:

- Analfabetismo
- Problemas de Salubridad
- Problemas de tierra, invasiones territoriales y problemas migratorios
- Problemas de clima

5.2.3. POBREZA

Los pobres pertenecen al escalón más bajo de la distribución del ingreso.

La pobreza exige el análisis previo de la situación socioeconómica general de cada área o región, y de los patrones culturales que expresan el estilo de vida dominante en ella. De acuerdo a lo anterior, podemos adoptar como concepto de la pobreza a la insatisfacción de un conjunto de necesidades consideradas esenciales por un grupo social específico y que reflejan el estilo de vida de esta sociedad.

Como la pobreza tiene varias dimensiones se tiene que mirar a través de varios indicadores, niveles de ingresos y consumo. El desempleo y el empobrecimiento son doblemente perjudiciales, de manera especial porque afecta a los jóvenes, este se constituye en el mayor recurso humano para el desarrollo.

5.2.3.1. TIPOS DE POBREZA

Según varios autores y estudios del Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, y el Fondo Monetario Internacional, existen dos tipos de pobreza, la Pobreza Absoluta y la Pobreza Relativa.

5.2.3.1.1. POBREZA RURAL

“A una escala global el 80% de los pobres del mundo vive en zonas rurales, los países pobres son agrícolas con ente dependiendo de la agricultura para el trabajo y los ingresos. Atraídos por la perspectiva de alimentos, empleos, servicios y oportunidades, un número creciente de pobres emigran a pueblos y ciudades.

La mayoría de quienes migran del campo a la ciudad son hombres, que dejan a las mujeres detrás para cuidar de la familia. La pobreza rural por tanto alimenta la pobreza urbana.

5.2.3.1.2. POBREZA URBANA

Cerca de 300 millones de habitantes urbanos en países en vías de desarrollo viven actualmente en la pobreza, sin los ingresos suficientes tan siquiera para la nutrición básica o los requisitos de cobijo. Pero el rápido incremento de la población en áreas

urbanas ha causado una tensión considerable, no sola en la infraestructura y vivienda urbanas, sino también en el entorno urbano. Al menos 600 millones de personas en zonas urbanas de países en vías de desarrollo viven en condiciones sanitarias precaria y de amenaza de vida.

En algunas ciudades, más de la mitad de la población vive en los suburbios y asentamientos ilegales.

La situación es aún peor en la ciudad de los países en vías de desarrollo, donde más del 60% de la población vive en asentamientos ilegales o suburbios de chabolas. “En Calcuta, Dakar y Ciudad, México, más del 25% de las personas forman parte de lo que a veces se llama población flotante”.³

“La pobreza y el desarrollo humano, uno de los enunciados sobre la pobreza señala que es la carencia de recursos necesarios para satisfacer las necesidades de una población o grupo de personas específicas, sin tampoco tener la capacidad y oportunidad de cómo producir esos recursos necesarios.”⁴

Las características de la pobreza guardan con algún renglón socioeconómico y son las siguientes las cuales:

- Falta de Salud
- Falta de Vivienda
- Falta de Ingresos
- Falta de Empleo
- Fala de Agricultura estable

³ www.unchs.org Asentamientos ilegales

⁴ www.2scielo.org Pobreza urbana

- Falta de Nutrición
- Falta de Tecnología
- Falta de Educación

5.2.3.1.3. POBREZA ABSOLUTA

“En el primer caso se estipula que se debe diferenciar a los pobre de los no pobres, estableciendo una canasta mínima de consumo representativa de las necesidades de la sociedad que se pretende analizar. Esta metodología permite detectar la pobreza crítica, y dentro de ella la pobreza extrema.

La línea de pobreza crítica se determina sobre la base del costo total de la canasta de consumo, que incluye los gastos de alimentación, vivienda, salud, vestido y otros. La línea de pobreza extrema considera solo los gastos de alimentación.

5.2.3.1.4. POBREZA RELATIVA

La pobreza relativa trata de que la misma sea relativa de las ciudades, campos, países, situaciones geográficas, entre otras. Por ejemplo la pobreza en el Desierto del Sáhara es diferente a la pobreza en las montañas de Constanza, o la de la urbe de Suiza, Noruega o Suecia.

Dentro de esta pobreza podemos subdividir la misma en varios factores significativos para evaluar dichos niveles y estándares.”⁵

5.2.3.1.5. POBREZA EDUCATIVA

“La pobreza educativa como su nombre lo manifiesta es la carencia de oportunidad de educación tanto laboral, como pedagógica. Se dice que los pobres educativos son las persona de 15 años y más sin instrucción. La misma se puede subdividir en dos grupos: Los pobres Extremos Educativos y Los Pobres Moderados Educativos.

⁵ www.monografias.com Características de la Pobreza

Lógicamente ambos son segmentaciones de la pobreza educativa, pero no indican que los pobres que padezcan de cada una, o de solo una, deban padecer de otros tipos de pobreza (Por eso, este tipo de pobreza esta situada en la pobreza relativa).

✓ **POBRES EXTREMOS EDUCATIVOS.**

(Sin contar los indigentes), son los adultos con alguna instrucción pero sin primaria completa.

✓ **POBRES MODERADOS EDUCATIVOS.**

(Sin pobreza extrema) son los que tienen la primaria, pero no tienen la secundaria completa.

5.2.3.1.6. POBREZA DE ESPACIO HABITACIONAL

Esta pobreza es una variante modificada del hacinamiento. El sobre-cupo es igual a las personas que habitan en viviendas sobe ocupadas (hacinadas), menos la capacidad de alojamiento, de acuerdo con las normas de esas viviendas, zonas, países, o regiones. Parte del bienestar al que tienen derecho todas las personas constituye la disponibilidad de condiciones mínimas de habitabilidad, vinculadas al cumplimiento de las más elementales necesidades que permitan condiciones de privacidad y confort, y además expresen la calidad de vida de los miembros de los hogares. Conocer el tipo, características de la vivienda y forma de tenencia de la misma, así como la disponibilidad de agua, servicio higiénico, servicio eléctrico, servicio telefónico, formas de eliminación de la basura y otros servicios, determina las condiciones sociales, económicas y de salud en las que vive la población. Del total de hogares ecuatorianos el 11 por ciento no tiene servicio higiénico. En general, el 36 por ciento de los hogares no tiene un buen sistema de eliminación de excretas, aspecto que conlleva a situaciones desfavorables de salubridad en los hogares y de contaminación ambiental. A nivel nacional sólo un 4 por ciento de los hogares más

pobres cuentan con el servicio, en cambio los hogares más ricos tiene una cobertura del 71 por ciento.

Con relación al acceso a servicios básicos e infraestructura sanitaria, los datos revelan que menos de la mitad de los hogares del país (48%) cuenta con abastecimiento de agua dentro de la vivienda y excusado conectado al alcantarillado (44%). El acceso de agua para beber, cocinar y atender las necesidades de higiene personal, es heterogéneo a nivel de área y región. Mientras en el área urbana el 89 por ciento de los hogares tiene agua por tubería, sea dentro o fuera de la vivienda, en la rural el 60 por ciento tiene acceso bajo cualquiera de las dos formas, siendo de mayor peso los hogares que disponen de agua mediante tubería fuera de la vivienda (40%).

5.2.3.1.7. POBREZA DE SERVICIOS

La indigencia de servicios es la situación que pueden sufrir los habitantes de viviendas que cuentan con los tres servicios básicos: agua, drenaje y electricidad, por debajo de las normas y estándares debido a que en naciones subdesarrolladas siempre careceremos de una o dos al mismo tiempo, o paulatinamente.

5.2.3.1.8. POBREZA DE SEGURIDAD SOCIAL

Es una de los tipos de pobreza más relativos que podemos citar, debido a que la sufren los que no tienen esa seguridad social requerida.

La misma no depende de la riqueza de un país, y de la capacidad que tenga esa nación de proveer la misma, en el entendido de que existen países con una grave seguridad social, aunque tienen una infraestructura de riqueza inconmensurable, y a su vez existen países con zonas altamente pobres, pero tienen o han creado una seguridad social estable, buena y sana.

5.2.3.1.9. POBREZA DE SALUD

La pobreza de salud la arroja un número porcentual, y sale de la estimación de la proporción de la población nacional de una zona, nación, país, que las instituciones de salud del sector público no alcanzan a cubrir adecuadamente. Se utilizan varios indicadores: personal médico, camas, equipos y recursos disponibles per cápita.

5.2.3.1.10. POBREZA DE INGRESOS

También esta pobreza se mide porcentualmente y es muy subjetiva, ya que es la población que vive en hogares en los cuales el ingreso per cápita, es menor que la línea de pobreza per cápita.

5.2.3.1.10.1. MEDICIÓN DE LA POBREZA A NIVEL DE UN PAÍS

La manera más común de medir la pobreza es a través de los niveles de ingreso o consumo. A un individuo se le considera pobre si su nivel de ingreso o consumo se sitúan por debajo de un nivel mínimo que le permita satisfacer sus necesidades básicas. Lo que es necesario para satisfacer la necesidad básica varía a través del tiempo y las sociedades.”⁶

"Por lo tanto, las líneas de pobreza varían según el tiempo y el lugar, y cada país utiliza líneas que son apropiadas en relación con su nivel de desarrollo, normas y valores sociales.

La información sobre el consumo y el ingreso se obtiene a través de encuestas por muestreo en las cuales se hacen preguntas a las unidades familiares sobre sus hábitos de gasto y fuentes de ingreso. Estos tipos de encuestas se complementan cada vez más con técnicas participativas, en las que se pregunta a los individuos cuáles son sus necesidades básicas y cómo definirían el término pobreza.

⁶ Medición de la Pobreza. Documento elaborado por el INEC. 2005

Lo que es interesante es que los resultados de nuevas investigaciones demuestran un alto grado de concordancia entre líneas de pobreza basadas en evaluaciones objetivas y subjetivas de las necesidades.”⁷

✓ **ACCESO A LOS SERVICIOS.**

“Los pobres urbanos son más vulnerables a la salud deficiente y los peligros ambientales porque existen más probabilidades de que ellos carezcan de vivienda y saneamiento adecuados, y de otros servicios básicos (107, 132). En cada uno de los 32 países en desarrollo con datos de EDS (Encuestas Demográficas de Salud), los hogares pobres urbanos tenían menos probabilidades que otros hogares urbanos de tener acceso a los servicios básicos, entre ellos agua por tubería, retrete (inodoro) con cisterna y electricidad. El estado de pobreza fue definido por el hecho de ser propietarios de ciertos artículos de consumo en un hogar, tales como refrigerador y televisión, así como la calidad de la vivienda, incluyendo el número de habitaciones. Los servicios básicos necesarios para la buena salud, a menudo, no llegan al pobre urbano porque las autoridades municipales no reconocen muchos de estos asentamientos informales por razones políticas y administrativas, y por ello, estas áreas no tienen derechos a los servicios. En algunos casos, los barrios pobres no están clasificados como urbanos, precisamente porque carecen de los servicios.”⁸

Otro de los servicios importantes es la recolección de basura por parte de carros recolectores municipales, como sabemos “puede afectar a la salud pública la incorrecta eliminación de los desechos sólidos en un botadero abierto. Aunque varios proyectos de desechos sólidos han contemplado el cerrado de botaderos abiertos e implementación de prácticas alternativas de eliminación sanitaria, pocos proyectos han tenido éxito en implementar este

⁷ <http://www.monografias.com/trabajos61/pobreza-mundo/pobreza-mundo2.shtml>

⁸ http://info.k4health.org/pr/prs/sm16/m16chap2_2.shtml

componente del proyecto debido a problemas en la adquisición de tierras y financiación local, así como presiones para la recirculación por parte del sector informal. El humo generado de la quema de basura en botaderos abiertos constituye un importante irritante respiratorio y puede hacer que las poblaciones afectadas tengan mucho más susceptibilidad a las enfermedades respiratorias.”⁹

5.2.3.1.10.2. VIVIENDA Y SERVICIOS INADECUADOS

“Alrededor del mundo, más del 1,000 millones de residentes urbanos ocupan viviendas inadecuadas, la mayoría en barrios pobres y asentamientos ilegales, donde las condiciones de vida y los servicios son diferentes.

Los residentes de los barrios pobres, por lo general, no tienen la seguridad de tenencia, es decir, el derecho al acceso legal y uso del terreno y las construcciones que ocupan. Cada año unos cuantos millones de residentes urbanos son desalojados por la fuerza. Se estima que 20 a 40 millones de familias urbanas están sin hogares, algunas porque han sido desalojadas y otras porque no disponen de los medios necesarios para tener una vivienda, ni siquiera ilegalmente.

Sin embargo, la vivienda legal por lo general, es muy cara para el pobre urbano o es escasa. Las regulaciones del gobierno anticuadas acerca del control de adquisición de terreno y construcción de vivienda, junto con el crecimiento rápido de la población urbana, han provocado que sea escaso el terreno. Lo cual a su vez ha inflado los precios de vivienda. Estimaciones de varios países muestran que los hogares de bajos ingresos tardarían de 15 a 30 años en ahorrar el 30% a 50% de sus ingresos para poder adquirir un hogar en forma legal que cumpla con los requisitos mínimos. En realidad, la mayoría de los pobres urbanos ganan muy poco como para poder ahorrar dinero.

⁹http://es.wikipedia.org/wiki/Impacto_ambiental_potencial_de_la_recolecci%C3%B3n_y_eliminci%C3%B3n_de_basura

Las personas en barrios urbano marginales, a menudo, tienen que pagar más por los servicios que otros residentes urbanos, y reciben servicios de menor calidad. La escasez de suministros de agua pública obliga a muchos residentes urbanos de bajos ingresos a utilizar otras fuentes de suministro de agua, a menudo vendedores privados de agua. Los cuales cobran muchísimo más que las tarifas públicas.”¹⁰

Muchos de los asentamientos ilegales se forman en terrenos no aptos para la vivienda (por ejemplo, en tierras que se inundan durante la crecida del río o en lo alto del cerro) y están especialmente propensos a grandes daños durante catástrofes naturales.

Una cuarta parte de todas las unidades de vivienda urbanas en los países en desarrollo son estructuras temporales y más de un tercio no cumplen con las regulaciones de la construcción. Los barrios pobres urbanos incluyen tanto viviendas de alta densidad, tales como torres y apartamentos, asentamientos ilegales y barriadas precarias, donde las personas ocupan terrenos baldíos y construyen ilegalmente casuchas para ellos mismos.

5.2.4. MIGRACIÓN

“Unos tres millones de ecuatorianos ha emigrado a Estados Unidos, España e Italia, entre otros países, en este sentido de Fondo Multilateral de inversiones estima que los migrantes envían e 33% de sus ingresos a sus familiares. En estados Unidos hay unos 2.2 millones de ecuatorianos, y en Europa hay más de 750,000

El éxodo masivo que siguió a la crisis bancaria dio como resultado un doloroso proceso que separa familias, lo que se desató a partir del año 2000 y 2001 en la que el Ecuador comenzó a vivir de las remesas, los envíos de dinero que realizan que ha servido para aplacar, en parte, la pobreza.

Desde entonces, este rubro es la mayor fuente de ingresos del Ecuador luego de las exportaciones petroleras, superando incluso los negros percibidos por exportaciones

¹⁰ http://info.k4health.org/pr/prs/sm16/m16chap2_2.shtml Vivienda y servicios inadecuados

de banano, pesca o cacao. Así, Ecuador se convirtió en un gran exportador de mano de obra barata.

En los últimos cuatro años, al menos 250,000 ecuatorianos se han embarcado en viejos barcos pesqueros para llegar a Guatemala, rumbo a Estados Unidos, indican informes de la embajada de ese país.

El 40% de la población ecuatoriana se beneficia de las remesas y al menos el 14%, más de un millón de personas, recibe dinero del extranjero.

5.2.5. ESTADO CIVIL

La falta de dinero, las condiciones ambientales insalubres, la falta de comida por la subida del precio de los alimentos y la inseguridad laboral son enunciadas como las principales causas del malestar de los barrios marginales.

A esto se le suma, que vivir mal va de la mano con la desunión dentro de la familia, lo cual trae consecuencias de convivencia entre los miembros, lo que incide en el estado civil de los cabezas de familia, esto trae como consecuencia tener hogares monoparentales.

Para las mujeres viudas o madres solteras la supervivencia es mucho más difícil, no solo porque no cuentan con el dinero generado por el hombre sino también porque sienten que no se las respeta.

5.2.5.1. FAMILIA

La familia imprime a sus miembros sentimiento de identidad, es decir opera como matriz de la identidad. En los procesos de socialización, las familias moldean y programan la conducta del niño y el sentido de la identidad. La identidad y el sentimiento de sí se construye en el entrecruzamiento de diversos acontecimientos que van marcando al individuo desde antes de su nacimiento.

En determinados grupos sociales caracterizados por la pobreza, la lucha diaria por la sobrevivencia asume la cualidad de traumatismo crónico que determina, en gran medida la construcción de formas erróneas de relacionarse tanto al interior de la familia como son su entorno.

Las características del funcionamiento familiar están íntimamente vinculadas a sus posibilidades de acceso a los servicios básicos, tales como el acceso a la salud, la educación la vivienda y el empleo, generan efectos multidimensionales que involucran en su globalidad de la vida de las personas.”¹¹

5.2.5.1.1. TIPOS DE FAMILIA

5.2.5.1.1.1. FAMILIA NUCLEAR O ELEMENTAL

“Es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la **pareja o miembros adoptados por la familia.**

5.2.5.1.1.2. FAMILIA EXTENSA O CONSANGUÍNEA

Se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y nietos.

5.2.5.1.1.2.1. FAMILIA MONOPARENTAL

Una familia en la cual un solo progenitor cohabita con sus hijos en un hogar, sin la presencia de una pareja fija y en presencia de por lo menos un hijo no ha alcanzado todavía la edad de 18 años.

¹¹ www.onu.org Asentamientos Ilegales

El concepto de familia monoparental puede ser interpretado por un doble sentido:

En un sentido amplio: diversos arreglos familiares como por ejemplo situaciones de divorcio cono tenencia de los hijos compartida por ambos padres, familias reconstituidas, familias multigeneracionales, entre otros.

En un sentido restringido: familias en las cuales un solo progenitor es el único el total responsable de los hijos.

Los orígenes de la familias monoparentales pueden ser diversos: la muerte de uno de los padres, el divorcio o la separación de uno de los padres y el embarazo (previsto o no) de una mujer sola.

La funcionalidad o disfuncionalidad de la familia monoparental resultara del equilibrio entre los factores protectores y los factores de riesgo de cada situación en particular.

La falta de recursos constituye un importante factor de riesgo para que una familia pueda transitar por su ciclo evolutivo, cumpliendo con los requerimientos de cada etapa. Los afectos no pueden considerarse como el simple resultado de la carencia de alimentos o elementos materiales, sino que es una situación en la que se entrelazan dinámicamente elementos de diversa índole, magnitud y trascendencia.

La consecuencia de los hogares monoparentales se da por diversos motivos:

- Divorcio
- Viudez
- Separación

Mas afecta la separación y el divorcio por el trauma que causa a los integrantes de familia.

5.2.5.1.1.2.2. FAMILIA DE MADRE SOLTERA

Familia en la que la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos/as. Generalmente, es la mujer quien la mayoría de las veces asume este rol, pues el hombre se distancia y no reconoce su paternidad por diversos motivos. En este tipo de familia se debe tener presente que hay distinciones pues no es lo mismo ser madre soltera adolescente, joven o adulta.

5.2.5.1.1.2.3. FAMILIA DE PADRES SEPARADOS

Familia en la que los padres se encuentran separados. Se niegan a vivir juntos; no son pareja pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes que estos se encuentren. Por el bien de los hijos/as se niegan a la relación de pareja pero no a la paternidad y maternidad.

5.2.5.1.2. MODOS DE SER FAMILIA

Como ya hemos visto hay diversos tipos de familia y por ello son múltiples las formas en que cada uno de sus miembros se relaciona y viven cotidianamente. Para entender un poco mejor los modos de ser familia a continuación veremos algunas de sus características más importantes.

5.2.5.1.2.1. FAMILIA RÍGIDA

Dificultad en asumir los cambios de los hijos/as. Los padres brindan un trato a los niños como adultos. No admiten el crecimiento de sus hijos. Los Hijos son sometidos por la rigidez de sus padres siendo permanentemente autoritarios.

5.2.5.1.2.2. FAMILIA SOBRE PROTECTORA

Preocupación por sobreproteger a los hijos/as. Los padres no permiten el desarrollo y autonomía de los hijos/as. Los hijos/as no saben ganarse la vida, ni defenderse, tienen excusas para todo, se convierten en "infantiloides". Los padres retardan la madurez de

sus hijos/as y al mismo tiempo, hacen que estos dependan extremadamente de sus decisiones.

5.2.5.1.2.3. FAMILIA CENTRADA EN LOS HIJOS

“Hay ocasiones en que los padres no saben enfrentar sus propios conflictos y centran su atención en los hijos; así, en vez de tratar temas de la pareja, traen siempre a la conversación temas acerca de los hijos, como si entre ellos fuera el único tema de conversación. Este tipo de padres, busca la compañía de los hijos/as y depende de estos para su satisfacción. En pocas palabras "viven para y por sus hijos".

5.2.5.1.2.4. FAMILIA PERMISIVA

En este tipo de familia, los padres son incapaces de disciplinar a los hijos/as, y con la excusa de no ser autoritarios y de querer razonarlo todo, les permiten a los hijos hacer todo lo que quieran. En este tipo de hogares, los padres no funcionan como padres ni los hijos como hijos y con frecuencia observamos que los hijos mandan más que los padres. En caso extremo los padres no controlan a sus hijos por temor a que éstos se enojen.

5.2.5.1.2.5. FAMILIA INESTABLE

La familia no alcanza a ser unida, 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 y por lo tanto frustrados y llenos de culpa y rencor por las hostilidades que no expresan y que interiorizan.

5.2.5.1.2.6. FAMILIA ESTABLE

La familia se muestra unida, los padres tienen claridad en su rol sabiendo el mundo que quieren dar y mostrar a sus hijos/as, lleno de metas y sueños. Les resulta fácil

mantenerse unidos por lo tanto, los hijos/as crecen estables, seguros, confiados, les resulta fácil dar y recibir afecto y cuando adultos son activos y autónomos, capaces de expresar sus necesidades, por lo tanto, se sienten felices y con altos grados de madurez e independencia.”¹²

5.2.6. SERVICIOS BÁSICOS

Un nuevo informe del Banco Mundial advierte: “que es imposible que la humanidad mejore su bienestar si los pobres no cuentan con acceso a servicios más económicos y de mejor calidad en las áreas de salud, educación, agua, saneamiento y electricidad. Sin estas mejoras, la vida libre de enfermedades y la superación del analfabetismo, dos de las vías más importantes para escapar de la pobreza, seguirán vedadas para muchas personas.

5.2.6.1. ACCESO A LOS SERVICIOS

“Los pobres urbanos son más vulnerables a la salud deficiente y los peligros ambientales porque existen más probabilidades de que ellos carezcan de vivienda y saneamiento adecuados, y de otros servicios básicos. En los hogares pobres urbanos tenían menos probabilidades que otros hogares urbanos de tener acceso a los servicios básicos, entre ellos agua por tubería, retrete (inodoro) con cisterna y electricidad. El estado de pobreza fue definido por el hecho de ser propietarios de ciertos artículos de consumo en un hogar, tales como refrigeradora y televisión, así como la calidad de la vivienda incluyendo el número de habitaciones.

Los servicios básicos necesarios para la buena salud, a menudo, no llegan a la parte urbano marginal porque las autoridades municipales no reconocen muchos de estos asentamientos informales por razones políticas y administrativas, y por ello, estas áreas no tienen derechos a los servicios. En algunos casos, los barrios pobres no están clasificados como urbanos, precisamente porque carecen de los servicios.

¹² <http://www.monografias.com/trabajos26/tipos-familia/tipos-familia.shtml#tipos>

De la misma “el pobre urbano, a menudo se establece en terrenos que no son aptos para la vivienda. La expansión de infraestructura tales como carreteras, las redes de suministro de agua, y alcantarillado puede ser difícil debido al terreno escabroso, más aún, generalmente dichos vecindarios se desarrollan desordenadamente, sin planeamiento que permita espacio para esas infraestructuras. Para poder colocar las tuberías de agua o de alcantarillado, las autoridades de los servicios públicos tienen que, en muchas ocasiones, retirar o reubicar muchas de las viviendas”.

Además, los gobiernos y las agencias donantes le dan baja prioridad al suministro de servicios tales como atención médica primaria, educación básica, agua y saneamiento, y nutrición, de acuerdo a un análisis realizado de 17 países en desarrollo del mundo. En las áreas urbanas, los pobres por lo general sufren más por la carencia de servicios básicos, pero son los últimos en ser incluidos en la planificación urbana y en mejoras de la infraestructura. Sus desventajas reflejan principalmente la falta de poder e influencia que tienen.”¹³

✓ SALUD.

“En promedio, de la salud de los residentes urbanos en los países en desarrollo es mejor que la de los residentes en áreas rurales, en parte porque las áreas urbanas, por lo general, ofrecen mejor atención médica y condiciones de vida más saludables que la mayoría de las áreas rurales.

Las tasas de mortalidad infantil y entre menores de 5 años son más bajas en las áreas urbanas que fuera de estas, el niño promedio nacido en un área urbana tiene más probabilidad de sobrevivir que un niño en un área rural.”¹⁴

Dentro de las áreas urbanas, sin embargo, el pobre urbano enfrenta más riesgos de salud que el residente urbano promedio. Las condiciones de salud del pobre urbano son a veces aún peores que las del pobre rural. La extensión

¹³ www.ceplaes-bancomundial.org Consulta con los pobres en Ecuador

¹⁴ www.bancomundial.org Seguridad Social

de enfermedades de la niñez está estrechamente relacionada con los niveles de pobreza y con la calidad y alcance de la atención médica, el suministro de agua limpia y el saneamiento.

Los factores socioeconómicos (educación, ingresos mensuales, lugar donde se reside) y socio demográficos (número de hijos) están asociados a la salud, de manera especial a la higiene bucal. En este sentido, se ha observado que en aquellos sectores donde hay carencia de recursos económicos. Los niños son el sector más vulnerable, en asuntos orales reciben menos instrucciones de cómo mantener la salud bucal por parte del odontólogo que los trata en los respectivos hospitales o subcentros, que quienes tiene acceso a consultorios privados; de igual manera, presentan mayores necesidades insatisfechas de salud bucal.

La incidencia de los factores socioeconómicos, se reflejan en los niveles de higiene o de salud, lo cual se constituye en un factor clave en la asociación económica-higiene bucal, por la implícita relación financiera y social; lo cual es medible a través de indicadores fácilmente medibles.

Los mecanismos relacionados con cada uno de los indicadores del estado de salud, pueden diferir en las personas, es decir se encuentra excepción a la regla, se puede encontrar personas de condición humilde con buenos hábitos de higiene oral.

El sistema de salud estatal no considera como política de estado la salud oral, los esfuerzos realizados se han dado de parte de la empresa privada (Colgate), mientras que el Estado a través del Ministerio de Salud queda debiendo, mucho más si se considera que son temas específicos de importancia para un país en desarrollo.

“La Organización Mundial de la Salud OMS estima que 5,000 millones de personas en el planeta han sufrido caries dental.”¹⁵

5.2.6.2. EDUCACIÓN PARA LA SALUD DENTAL

La Organización Mundial de la Salud define la educación para la salud como:

“Una combinación de oportunidades de aprendizaje que facilita cambios voluntarios del comportamiento que conducen a una mejora de la salud”

“Por lo tanto la promoción de la salud es cualquier combinación de actividades educativas, organizativas, económicas y ambientales que apoyan los comportamientos que conducen a mejorar la salud o capacita a los individuos para aprovechar las ventajas de las medidas y los servicios preventivos.”

Ambas educación y promoción, se complementan y son necesarias en los programas para prevenir las enfermedades orales. Del mismo modo, para encontrar el recurso y permitir que la información difundida sea específica, la educación para la salud dental de la población debería dirigirse sobre todo a embarazadas, niños y adolescentes, enfatizando en la educación para la salud dental en la escuela.

5.2.6.3. ASPECTOS PARA UN PROGRAMA EDUCATIVO DE SALUD DENTAL

“A la hora de planificar un programa educativo de salud bucodental deben tenerse en cuenta una serie de aspectos importantes:

- Adopción de un enfoque integral flexible y uso de rutinas, filosofías y personal ya existentes.

¹⁵ www.humanic.vea Salud y área urbana

- Integración del programa educativo de salud dental dentro de los programas de educación para la salud general y compatibilidad con la cultura local, el sistema educativo y las metas sociales.
- Uso de mensajes seguros científicamente, consistentes internamente y compatibles con otros mensajes y realidades prácticas de las vidas de las personas.
- Diseño de programas para las necesidades específicas de subgrupos de la población con mayor riesgo
- Tomar en cuenta las influencias de las personas significativas, como la familia, líderes del grupo, vecinos entre otros, para conseguir un cambio de comportamiento de los sujetos seleccionados.
- Inclusión del desarrollo de la responsabilidad y elección individual en las actividades que comprometan la salud
- Selección de un material educativo apropiado para cada tipo de audiencia.
- Revisión periódica de los programas de educación para la salud dental con miras a mejorarlo constantemente.
- Coordinación entre el personal de la escuela y el grupo de profesionales
- Integración de la educación dental en el curriculum escolar, sin hacer exigencias adicionales a los profesores

Los participantes del programa de educación para la salud dental deben incluir las siguientes sugerencias:

1. Recibir tanto la cantidad como la frecuencia de ingesta de comidas y bebidas que contengan azúcar.

2. Limpiar los dientes y encías cuidadosamente todos los días con una pasta fluorada. El cepillo es el único medio para eliminar la placa que debería ser recomendado en términos de salud pública y así prevenir la enfermedad periodontal. El cepillado regular no previene la caries dental, pero el uso de una pasta de dientes fluorada aporta un claro beneficio.
3. Difundir la importancia de la fluoración del agua y otros métodos que aporten flúor por vía sistémica.

5.3. CARIES

5.3.1. INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

“Son medidas que se utilizan para ayudar a describir una situación existente o para medir cambios o tendencias a lo largo de un periodo de tiempo.

La mayoría de los indicadores de salud en su naturaleza son cuantitativos aunque algunos son más cualitativos y son empleados para;

- Diagnosticar y analizar la situación actual.
- Comprobar una característica en una población o un proceso en relación con otros.
- Evaluar las variaciones de un evento o característica, y medir cambios en el tiempo.”¹⁶

5.3.1.1. PLACA BACTERIANA

“La placa bacteriana se puede definir como una zooglea formada por una serie de microorganismos aglutinados en un hábitat común y contenidos por una sustancia microbiana que los une y los adhiere a la superficie del diente. El Comité de

¹⁶ Manual de definiciones, instructivo e indicadores de uso ambulatorio en estomatología. M.S.P. Quito – Ecuador 2003. Pag. 22

Terminología de la Academia de Periodoncia la define. PLACA: Substancia pegajosa compuesta por secreciones mucosas que contienen bacterias y sus productos, células muertas y restos alimenticios.

Cuando esta tóxica se acumula sobre los dientes, se sabe que se constituye en un factor iniciador de inflamación gingival. Los términos flora microbiana o población microbiana son preferibles al término de placa, materia alba o restos, haciendo referencia a la microbiota de la región del surco gingival.”¹⁷(fig. 1)

5.3.1.1.1. ÍNDICE DE PLACA BACTERIANA

“Es un complemento del índice gingival para evaluar la presencia y cantidad de placa dentobacteriana en el área gingival, determinando riesgos en cada individuo.

Se mide de la siguiente manera: 0= ausencia de placa. 1= presencia de placa en el área interproximal o en el margen gingival, cubriendo menos de 1/3 de la mitad gingival de la superficie bucal o lingual del diente. 2= placa que cubre 1/3 y 2/3 de la mita gingival de la superficie vestibular o lingual del diente. 3= placa en más de 2/3 de la mitad gingival de la superficie bucal o lingual del diente.”¹⁸

5.3.1.2. CÁLCULO DENTAL

“El cálculo dentario es una masa orgánica calcificada, dura y en íntima relación con el tejido gingival. El locus de calcificación es la PB. Al mismo tiempo el cálculo siempre está asociado con una capa de placa que lo cubre y embebe en productos tóxicos elaborados por ella. Los cálculos dentarios hacen relación a aquellos elementos calcáreos que se aprecian localizados en el margen gingival.

Generalmente, se trata de una masa dura, de color amarillento/carmelitoso o verde/negrusco, de consistencia pétreo, forma aplanada y firmemente adherida a la

¹⁷ **BARRIOS M.** Gustavo. Odontología, tomo 1. Publicado por editar Ltda. 2004. Pág. 261,263,276,284,285.

¹⁸ **MASSON.** Manual de Odontología. Capítulo 2. Medición de la enfermedad. Barcelona-España 2002. Pág. 31

superficie dentaria. No importa cual sea su localización (supra o subgingival), presenta una estructura similar, composición química igual, conformación cristalográfica idéntica y origen salivar común, aun cuando el fluido gingival también influye en la formación del calculo subgingival.(fig.2)

5.3.1.2.1. ÍNDICE DE CÁLCULO

Utilizado para medir la cantidad de cálculo acumulado en la superficie dentaria, ya sea en dirección supragingival o subgingival. Se mide de la siguiente manera. 0= ausencia de cálculo. 1= calculo supragingival. Pudiendo existir también bajo la encía libre, siempre y cuando no exceda de 1mm. 2= cantidad moderada de cálculo supra y gingival o solamente calculo subgingival. 3= presencia abundante de cálculo supra y subgingival.”¹⁹

5.3.1.3. GINGIVITIS

La gingivitis es un proceso de tipo inflamatorio que afecta los tejidos blandos que rodean los dientes. El proceso inflamatorio no se extiende al hueso alveolar, ligamento periodontal o cemento. El agente etiológico de la gingivitis es la placa bacteriana.

La gingivitis se puede iniciar sin dar manifestaciones clínicas aparentes (gingivitis subclínica). Uno de los primeros signos es la hemorragia fácil con el uso de la seda dental o con la presión suave del cepillo dental, sin cambio de color o de forma. “Estas primeras manifestaciones se deben a la respuesta inflamatoria de los capilares subyacentes, que muestran vasodilatación y salida de elementos celulares y suero al exterior. (fig.3)

¹⁹ **BARRIOS M.** Gustavo. Odontología, tomo 1. Publicado por editar Ltda. 2004. Pag. 261,263,276,284,285.

5.3.1.3.1. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE GINGIVITIS

“Los signos y síntomas clínicos consisten en hiperplasia gingival que puede presentarse en forma de hinchazón difusa de las papilas interdentes o formar múltiples nódulos diminutos sobre las papilas interdentes de los dientes anteriores, o bien como un collar o festón marginal de tejido alrededor de la corona del diente. Entre los demás síntomas cabe señalar inflamación aguda, llagas, sensibilidad dolorosa y profundidad de bolsas moderadas de 4mm a 7mm.

Entre los signos clínicos más evidentes se encuentran la inflamación, edema, sangrado espontáneo o después de un sondeo, sensibilidad gingival y prurito. Sin embargo, y por definición, en la gingivitis no hay destrucción del ligamento periodontal ni pérdida ósea visible en las radiografías.”²⁰

5.3.2. ÍNDICE DE C.P.O

Mide la prevalencia y la severidad de la caries, las piezas perdidas y obturadas. El valor del índice corresponde a la suma de todos sus componentes.

5.3.2.1. NECESIDADES TÉCNICAS TERAPÉUTICAS

Existen dos conceptos bastante entrelazados; el de morbilidad y el de necesidad de tratamiento propiamente dicho.

5.3.2.1.1. MORBILIDAD

“Determina si el individuo está o no enfermo, de acuerdo con criterios preestablecidos, independientemente de lo que se haga para tratarlo. En este caso, considerando el carácter crónico de la caries dental y de la enfermedad periodontal, así como del hecho de que la enfermedad puede alcanzar uno o más dientes, además de los conceptos clásicos de prevalencia e incidencia, es necesario el de severidad o

²⁰ **MC. GRAW HILL.** Interamericana de España. Clínicas Odontológicas de Norteamérica. Periodontología. Tomo 2, 1988. Pág. 204-205.

grado de intensidad del ataque sufrido o del progreso hecho por la enfermedad en su evolución.

En el caso de la caries, la prevalencia es casi universal. Para medir la intensidad se usa un índice que registra el ataque total sufrido por el individuo en toda su vida. Eso es posible porque la historia anterior queda registrada en la boca del individuo, por que las lesiones son irreversibles.

La unidad de contaje es el diente, y el índice, llamado CPOD, corresponde al número medio de dientes cariados, perdidos u obturados. Como el índice crece durante la vida del individuo, el mismo debe ser calculado para diferentes edades o grupos de edad.

En el caso de la enfermedad periodontal, el índice empleado representa un promedio de la gravedad con que la enfermedad ataco a cada uno de los dientes presentes en la boca. El índice periodontal para un individuo es obtenido dividiendo la suma de los puntajes por el número de dientes presentes en la boca.

5.3.2.1.2. TASA DE MORBILIDAD

Es la frecuencia de la enfermedad en proporción a una población.

1. El periodo de tiempo, y
2. El lugar.

Las tasas de morbilidad más frecuentemente usadas son las siguientes:

- ✓ **PREVALENCIA:** Es la frecuencia de todos los casos (antiguos y nuevos) de una enfermedad patológica en un momento dado del tiempo (prevalencia de punto) o durante un periodo definido de tiempo (prevalencia de periodo).
- ✓ **INCIDENCIA:** Es la rapidez con la que ocurre una enfermedad. También, la frecuencia con que se agregan (desarrollan o descubren) nuevos casos de una

enfermedad/afección durante un periodo específico de tiempo y en una área determinada.”²¹

5.3.2.1.3. NECESIDADES DE TRATAMIENTO

“Las necesidades varían conforme sea visto desde el ángulo el propio paciente o del dentista.

En el caso del paciente, su concepto de necesidad está relacionado básicamente con su percepción de la enfermedad, con valores atribuidos a los dientes y su decisión de ir en busca o no de servicios odontológicos, independientemente de que exista o no una barrera económica.

En el caso del dentista, las necesidades de tratamiento son determinadas por él, e acuerdo a las afecciones presentes, procurando reducirlas al mínimo. El objetivo es el sorprender las lesiones en su comienzo, cuando su tratamiento resulte fácil y rápido. Además del tratamiento temprano deben ser empleadas técnicas de prevención primaria para reducir la ocurrencia de nuevos episodios de enfermedad en los intervalos entre las sesiones de tratamiento”²²

5.3.2.2. CARIES DENTAL

“La caries dental, la enfermedad más común del ser humano, se la describe como una secuencia de procesos de destrucción localizada en los tejidos duros dentarios que evoluciona en forma progresiva e irreversible que comienza en la superficie del diente y luego avanza en profundidad. La caries dental es uno de los trastornos más frecuentes, después del resfriado común. Suelen aparecer en los niños y en los adultos jóvenes, pero pueden afectar a cualquier persona y son la causa más importante de pérdida de los dientes en las personas más jóvenes. La caries dental ha sido definida

²¹ www.wikipedia.org/wiki/Morbilidad

²² **ABRAAM Sonis.** Médica Sanitaria y Administración de Salud. Buenos Aires 1971. Librería El Alteneo editorial. Pág. 353-355

como la destrucción localizada de los tejidos duros del diente, por la acción bacteriana, donde dichos tejidos son modificados y eventualmente disueltos. Las bacterias suelen estar presentes en la boca y convierten todos los alimentos, especialmente los azúcares y almidones, en ácidos. Las bacterias, el ácido, los residuos de comida y la saliva se combinan en la boca para formar una sustancia pegajosa llamada placa que se adhiere a los dientes y que es más prominente en los molares posteriores, justo encima de la línea de la encía en todos los dientes y en los bordes de las obturaciones. Otros autores lo definen como la descomposición molecular de los tejidos duros del diente que involucra un proceso histoquímica bacteriano, el cual termina con la descalcificación²³ y disolución progresiva de los materiales inorgánicos y desintegración de su matriz orgánica. (fig. 4)

Aquellas áreas de los dientes que no estén protegidas por la auto limpieza, tales como fosa, fisuras y puntos de contacto, son más susceptibles a presentar caries dental que aquellas expuestas a la auto limpieza, tales como superficies bucales y linguales.

La formación de cavidades cariosas comienza como pequeñas áreas de desmineralización en la superficie del esmalte, pudiendo progresar a través de la dentina y llegar hasta la pulpa dental. La desmineralización es provocada por ácidos, en particular ácido láctico, producido por la fermentación de los carbohidratos de la dieta por los microorganismos bucales. La formación de la lesión involucra la disolución del esmalte y la remoción de los iones de calcio y fosfato, así como el transporte hacia el medio ambiente circundante. Esta etapa inicial es reversible y la remineralización puede ocurrir particularmente con la presencia de fluoruros.

La caries aparece en los dientes como manchas blancas, depósitos de placa o sarro marronoso, y puede llegar a causar pequeñas fracturas o cavidades. La destrucción del diente se extiende propagándose al diente definitivo que aún se encuentra

²³ **BARRANCOS Mooney**. Operatoria Dental. Pag 297. 4ta Edicion. Editorial Panamericana. Año 2006.

escondido. Una vez empieza, es cuestión de tiempo que se extienda y ataque a toda la dentadura.

5.3.2.2.1. ETIOLOGÍA DE LA CARIES

“La caries dental resulta de una disolución del esmalte del diente, producida por el ácido resultante del metabolismo de los carbohidratos, por la acción de distintos tipos de bacterias orales. Las dos principales bacterias causantes del proceso de formación de caries son *Streptococcus mutans* (S mutans) y los lactobacilos. Estas se adhieren al diente, utilizando mono y disacáridos (sacarosa, fructuosa y glucosa) y producen el ácido láctico causante de la desmineralización de los dientes.”²⁴

Hace falta que coincidan cuatro factores para que pueda desarrollarse la caries: el huésped, los microorganismos, la dieta y el tiempo.

Varios factores pueden producir la caries dental. La principal causa es la alimentación rica en azúcares que ayudan a las bacterias a corroer el esmalte, aunque, dependiendo del tipo de azúcar, su incidencia varía. Otras causas son una mala higiene dental, la ausencia de flúor en el agua y la propia genética, que como se ha demostrado previa la aparición de caries en algunas personas especialmente sensibles de seguir unos hábitos profilácticos correctos”²⁵

5.3.2.2.1.1. FACTORES NECESARIOS PARA EL DESARROLLO DE LA CARIES

✓ EL HUÉSPED O FACTORES PROPIOS DE CADA PERSONA.

“Son las condiciones específicas de cada individuo que explican el hecho de que unos padezcan más caries que otros, teniendo iguales hábitos higiénicos y alimenticios. Algunas personas tienen mayor predisposición a padecer caries

²⁴ www.alauruguay.com

²⁵ MACHANO Nishiyama, Rev. Estomatol. Herediana v. 16 n.2 Lima jul./dic 2006

por factores hereditarios, endocrinos o inmunológicos, cuando sus defensas están más mermadas. Influyen de forma importante la mayor o menor mineralización del esmalte, las alteraciones en la saliva, si hay poca o es muy espesa las caries son más frecuentes, o la descolocación de los dientes, pues al ser más difíciles de limpiar se acumula mayor cantidad de placa y existe mayor riesgo de padecer caries.

✓ **LOS MICROORGANISMOS.**

La placa bacteriana es una fina película de consistencia blanda y coloración blanquecina que se desarrolla sobre las superficies dentales en zonas de difícil limpieza (surcos, fosas o caras interdentes) y que está formada, entre otros elementos, por una gran cantidad de gérmenes. Se forma cuando interrumpimos la limpieza de los dientes durante algunos días o no la hacemos correctamente. Además de estos gérmenes se compone de algunas proteínas procedentes de la saliva. Entre todos los gérmenes existen algunos, como el denominado *Streptococo Mutans* que es el responsable de ocasionar las caries. Si a esta película le añadimos los Hidratos de Carbono conseguiremos el “alimento” adecuado para que crezcan de forma imparable. Estos gérmenes alimentados con los azúcares mencionados (Hidratos de Carbono) producen una acidez en el medio capaz de desmineralizar el esmalte y dañarlo, ocasionando una cavitación progresiva en los tejidos dentales. Es decir, que dañan y agujerean el esmalte. Si esta desmineralización la detectamos a tiempo podremos hacer reversible el proceso con un tratamiento a base de Flúor, que conseguirá remineralizar el esmalte y, por tanto, reforzarlo. Para ello debemos mantener bien limpios los dientes.”²⁶

²⁶ <http://www.apdent.com>

✓ **LA DIETA O ALIMENTACIÓN.**

“Es fundamental tener una alimentación equilibrada no solo para evitar las alteraciones bucales sino para la salud en general. La caries dental se caracteriza por ser una enfermedad multifactorial, dependiente de distintos factores como son: La dieta cariogénica, la anatomía de los dientes y la posición que estos adoptan en la arcada, la función de la lengua durante la autólisis la naturaleza físico-química de la superficie del diente y la composición y cantidad de la saliva. Los alimentos que más influyen en la etiología de la caries son, como ya se ha mencionado, los Hidratos de Carbono (H de C) o azúcares que tomamos en las comidas, de los cuales el más cariogénico es la sacarosa. Esto es debido a que los H de C monosacáridos y disacáridos tienen un menor peso molecular, son más fácilmente solubles y se difunden mejor, por lo que son perfectamente asimilados por las bacterias de la Placa Bacteriana.

Es complicado definir la relación entre el total de azúcares ingerido y la incidencia de caries dental: aunque existen muchos estudios que indican que la frecuencia de ingestión del azúcar tienen más influencia en el desarrollo de la caries que el total consumido.

La total o parcial sustitución de la sacarosa por edulcorantes no cariogénicos existentes en el mercado, constituyen una opción para mejorar la salud dental. Los edulcorantes sustituyen al azúcar en” variadísimos productos, tales como edulcorantes para el café y té, bollería, chicles, medicinas y bebidas”²⁷

✓ **EL TIEMPO.**

“La caries, además de que se den todos los factores anteriores, necesita tiempo para desarrollarse. Es decir, si tenemos los anteriores factores pero realizamos una eficaz limpieza de la placa bacteriana, no daremos tiempo a que se

²⁷ www.crecerjuntos.com.ar

desarrolle dicha caries. Pero aquí podemos englobar igualmente la edad, pues no es lo mismo el ataque de la Placa en un diente joven que está aún poco mineralizado, que en uno adulto. En los jóvenes las caries son mucho más agresivas y veloces que en los adultos.”²⁸

5.3.2.2.2. CLASIFICACIÓN DE LA CARIES

Según su localización tenemos la clasificación de Black

- **Clase I.** “Son aquellas que comienzan y se desarrollan en los defectos de las superficies dentarias: 1) fosas, hoyos, surcos o fisuras oclusales de premolares o molares, 2) cara lingual o palatina de incisivos y caninos, 3) fosas y surcos bucales o linguales de molares (fuera del tercio gingival).
- **Clase II.** Se encuentra en las superficies proximales de dientes posteriores (premolares y molares), generalmente involucran la superficie oclusal.
- **Clase III.** Se localiza en las superficies proximales de incisivos y caninos que no abarquen el ángulo incisal.”²⁹
- **Clase IV.** “Se localiza en las superficies proximales e incisivos y caninos que abarcan el ángulo incisal.
- **Clase V.** Se encuentra en el tercio gingival de todos los dientes (con excepción de las que comienzan en hoyos o fisuras naturales).
- **Clase VI.** Es una lesión o desgaste ocurrido en los bordes incisales de dientes anteriores o en las cúspides e dientes posteriores.”³⁰

²⁸ <http://www.monografias.com/trabajos47/caries-dental/>

²⁹ **BARRANCOS Money.** Operatoria dental, Integración clínica. 4 edición. Buenos Aires. Médica Panamericana 2006. Pág. 530-531

³⁰ **MAURICIO Moya,** Mercedes Pinzón, Darío Forero. Manual de Odontología básica integrada. Tomo 2. Bogotá-Colombia. Primera Edición. Pág. 232.

5.3.2.2.3. FACTORES RELACIONADOS CON EL RIESGO DE CARIES

Concretamente, entendemos por criterio o factor de riesgo toda característica y circunstancia determinada ligada a una persona, a un grupo de personas o a una población, la cual sabemos que está asociada con un riesgo de enfermedad, la posibilidad de evolución de un proceso mórbido o de la exposición especial a tal proceso. Un factor de riesgo, o factor de “exposición, es algún fenómeno de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social, en el genotipo o en el fenotipo, o alguna enfermedad anterior al efecto que se está estudiando, que por la variabilidad de su presencia o de su ausencia, está relacionada con la enfermedad investigada, o puede ser la causa de su aparición.

5.3.2.2.3.1. VINCULADOS A ACTIVIDAD PREVIA DE CARIES DENTAL

Experiencia anterior de caries: Generalmente las personas muy afectadas por caries tienen mayor probabilidad a seguir desarrollando caries, igualmente los niños y adolescentes con antecedentes de caries en dentición temporal.

Grado de severidad de las caries: Mientras mayor sea la severidad de las caries, mayor será la probabilidad de que la actividad de caries persista. Las personas con caries en superficies lisas tienen mayor propensión a caries dental.

Presencia de caries activa: Constituyen nichos ecológicos que crean condiciones para el mantenimiento de altos grados de infección por microorganismos cariogénicos y su transmisión intrabucal y familiar.

Presencia de áreas desmineralizadas o hipomineralizadas: La mayor permeabilidad favorece la difusión de ácidos y el progreso a la cavitación.

5.3.2.2.3.2. VINCULADOS A LA ESTRUCTURA DEL ESMALTE DENTAL

- Anomalías del esmalte, opacidades y/o hipoplasias: facilitan la colonización del *Streptococcus mutans*, su prevalencia eleva el riesgo a caries.

- Fosas y fisuras retentivas y formas dentarias atípicas retentivas: facilitan la retención de microorganismos, restos de nutrientes y dificultan su remoción, promoviendo desmineralización y el progreso de las caries dentales.

5.3.2.2.3.3. SALIVA COMO FACTOR CARIOGÉNICO

“La saliva es un factor de singular importancia en el medio bucal. Las macromoléculas salivales se encuentran comprometidas con las funciones de lubricación, digestión, formación de película salival o adquirida, adherencia o agregación bacteriana, formación de placa dental y provisión de un medio para el diente.

La saliva es efectiva para mantener el ph de la cavidad bucal y contribuye a regular el ph de la placa dental; mantiene la integridad dentaria por medio de su acción de limpieza de hidratos de carbono y regula el medio iónico para proveer capacidad de remineralización.”³¹

5.3.2.2.3.4. CARIOGENICIDAD RELATIVA A LOS ALIMENTOS

- ✓ **EVIDENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS.-** “Las propiedades de los alimentos que modifican su potencial cariogénico son múltiples e incluyen: capacidad de retención en la boca, forma física, propiedades acidogénicas, efecto protector de ciertos componentes, efecto sobre la colonización bacteriana y cantidad de composición glucídica.

El potencial cariogénico de un alimento consiste en su habilidad para promover las caries en el hombre bajo condiciones que conduzcan a la formación de caries. Esta definición implica que un alimento puede ser un elevado potencial acidogénicas pero no inducir caries bajo condiciones específicas de su uso que conduzca a la formación de caries.

³¹ **BARRANCOS Money.** Principios generales de las preparaciones. Buenos Aires: Médica Panamericana 2006. Pág. 353

La razón por la cual la sacarosa añadida al almidón incrementa su potencial cariogénico podría ser que el almidón prolonga el tiempo de retención del alimento en la cavidad oral. De hecho se ha visto que la forma física del alimento influye en su cariogenicidad. Además, existen ciertas indicaciones de que el almidón puede incrementar la formación de ácido a partir de la sacarosa cuando ambos están presentes. Existen ciertas evidencias científicas, aunque poco firmes, de que las ingestas de papas fritas y otros tentempiés salados pueden dar lugar a la acidificación del medio oral en el hombre.

- ✓ **EFECTOS LOCALES DE LA DIETA.-** Está perfectamente demostrado que los hidratos de carbono de absorción rápida de la dieta son inductores de caries y que ejercen su efecto cariogénico localmente en la superficie del diente. Las diferencias en la retención de los alimentos explican las variaciones en la incidencia de caries entre los distintos dientes, tales como los molares e incisivos, desarrollados en un mismo individuo bajo idénticas condiciones nutricionales y sistémicas los hidratos de carbono de la dieta son el sustrato energético de los microorganismos bacterianos presentes en la placa, y pueden ser fermentados directamente, o después de su almacenamiento en la placa o en la superficie del diente como polímeros extracelulares de glucosa o fructuosa.

El almidón puede ser parcialmente convertido en glucosa soluble por acción de las enzimas salivales y ser utilizado por las bacterias de la placa. Esta fermentación anaeróbica de los azúcares conlleva a la producción de ácidos orgánicos, principalmente ácido láctico, que se deposita en la placa y en las lesiones preexistentes del esmalte, y por ello después de cada ingesta de azúcares se produce una disminución del pH de la saliva y la placa. El pH ácido, al contrario del neutro, conlleva la desmineralización del diente; por tanto si los periodos de desmineralización son demasiado frecuentes o demasiado largos en relación con los períodos de remineralización o reposo

con consecuencia de ingesta frecuente, repetidas o continuas de azúcares, el resultado final será la lesión de caries.”³²

✓ **DIETA NO CARIOGENICA.-** “El factor dietético favorecedor de la aparición de caries es la frecuencia del consumo de hidratos de carbono refinado, más que la cantidad en si. También existen otros factores que conviene destacar:

- Los alimentos azucarados, sólidos, adhesivos, pegajosos son más cariogénicos.
- El riesgo de caries aumenta si se consume carbohidratos en las comidas y principalmente antes de acostarse.
- Hay alimentos con efectos preventivos sobre la caries como el cacao (en su estado natural).
- El prototipo de alimento cariogénico sería un azúcar refinado, adhesivo, ingerido entre las comidas.
- Las medidas preventivas a adoptar desde el punto de vista dietético serian las siguientes:
- Favorecer una dieta equilibrada y nutritiva, con disminución de la ingesta de azúcares pero manteniendo una proporción adecuada de carbohidratos.
- Disminuir la ingesta de refrescos azucarados, dulces, galletas y otros azúcares sólidos adhesivos.
- Procurar ingerir los hidratos de carbono durante las comidas principales, cepillándose posteriormente los dientes.

³² CUENCA Sala Emili. Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones. Edición N3. Edit. Elsevier España, 2007. Pág. 65,71-73.

- Se pueden consumir sustitutivos del azúcar como sacarina, sorbitol y xilitol.”³³

5.3.2.2.3.5. FACTORES AMBIENTALES

Las altas temperatura producen resequedad bucal.

La existencia de aguas naturales con concentración adecuada de flúor, previenen caries dentales.

Las radiaciones conducen a xerostomía y elevación del grado de infección por microorganismos cariogénicos elevando la susceptibilidad a caries dental.

La existencia de personas convivientes con alto grado de infección por microorganismos cariogénicos predispone a la transmisión de éstos y a la aparición de caries en la temprana infancia, en ésta también influye el que las madres sean fumadoras.”³⁴

5.3.2.2.3.6. OTROS FACTORES BIOSOCIALES

✓ EDAD

Las edades en que se produce el brote dentario son de mayor riesgo a caries de la corona; las edades adultas en personas con secuelas de enfermedad periodontal son de riesgo a caries radicular.

✓ SEXO

Algunos estudios reflejan que el sexo femenino resulta más afectado por caries dental, mostrando mayor cantidad de dientes obturados y menor cantidad de dientes perdidos en relación al sexo masculino. Se dice que en el

³³ **GARCÍA Caballero Carlos, González Meneses Antonio.** Tratado de Pediatría Social. Edición 2. Edit. Díaz de Santos, 2000. Pág. 431.

sexo femenino la secreción salival es menor y además está más sometido a variaciones hormonales.

✓ **FACTORES TALES COMO EL BAJO NIVEL SOCIOECONÓMICO**

El bajo nivel socioeconómico, bajo nivel de instrucción, bajo nivel de educación para la salud, políticas inadecuadas de los servicios de salud, costumbres dietéticas no saludables, familias disfuncionales y numerosas más la presencia de varios niños convivientes se asocian a mayor probabilidad de caries.

5.3.2.3. PREVENCIÓN DE LA CARIES DENTAL

“La higiene oral es necesaria para prevenir las caries y consiste en la limpieza regular profesional (cada 6 meses), cepillarse por lo menos dos veces al día y usar la seda dental al menos una vez al día. Se recomienda tomarse unos rayos X selectivos cada año para detectar posible desarrollo de caries en áreas de alto riesgo en la boca.

Los alimentos masticables y pegajosos, como frutas secas y caramelos, conviene comerlos como parte de una comida y no como refrigerio; y de ser posible, la persona debe cepillarse los dientes o enjuagarse la boca con agua luego de ingerir estos alimentos. Se deben minimizar los refrigerios que generan un suministro continuo de ácidos en la boca; además, se debe evitar el consumo de bebidas azucaradas o chupar caramelos y mentas de forma constante.

El uso de sellantes dentales puede prevenir las caries. Los sellantes son películas de material similar al plástico que se aplican sobre las superficies de masticación de los dientes molares y previene la acumulación de placa en los surcos profundos de estas superficies vulnerables. Los sellantes suelen aplicarse a los dientes de los niños, poco después de la erupción de los molares. Las personas mayores también pueden beneficiarse con el uso de los selladores dentales.

Se suele recomendar fluoruro para la protección contra las caries dentales, pues está demostrado que las personas que ingieren fluoruro en el agua que beben o que toman suplementos de fluoruro, tienen menos caries. El fluoruro, cuando se ingiere durante el desarrollo de los dientes, se incorpora a las estructuras del esmalte y lo protege contra la acción de los ácidos.

Existen diversas medidas preventivas. En cualquier caso, conviene tener presente que el mejor tratamiento es la prevención, y que ésta debe empezar a aplicarse desde los primeros meses de vida de los niños.

- ✓ **HIGIENE BUCAL:** “Es necesario realizar una buena higiene dental con un cepillo después de las comidas y usando seda dental y enjuagues bucales para combatir los microorganismos o flora microbiana que están presente en la cavidad bucal. Una limpieza cuidadosa eliminará la placa bacteriana que es la causante de la caries dental y de la gingivitis y de las alteraciones de la salud bucal de los pacientes. Es preferible usar un dentífrico que contenga flúor, que es antibacteriano y refuerza el esmalte dental.”³⁵ (fig. 5)

- ✓ **CEPILLADO DENTAL:** “Debe iniciarse tan pronto como aparezcan los primeros dientes. Se utilizará un cepillo dental apropiado para niños y se seguirá una técnica correcta. No es recomendable emplear pasta dental fluorada en menores de 5-6 años, por la tendencia a tragarla que tienen los niños a esas edades. En algunos estudios se ha investigado el potencial de daño tisular relacionado con los cepillos dentales. Las lesiones registradas pueden ser agudas o crónicas. La severidad de las lesiones puede relacionarse con la frecuencia y la duración del cepillado, la fuerza aplicada y la dureza de las cerdas, la forma de terminación de las cerdas y la posición de los penachos. Los filamentos de cerda natural son más irregulares que los de

³⁵ www.crecerjuntos.com.ar/embarazobucal.htm

nylon pero ambos muestran un alisamiento y un redondeo asociados con el uso.”³⁶ (fig. 6)

- ✓ **HILO DENTAL:** “El uso del hilo dental es tan importante como el uso del cepillo, la seda garantiza la remoción de detritos que el cepillado no elimina. Es útil para eliminar la placa interdental. El uso del hilo dental requiere el desarrollo de una destreza medianamente compleja, lo que representan un inconveniente para su implementación sistemática.”³⁷ (fig. 7)
- ✓ **FLUORACIÓN:** Es la medida más eficaz en la lucha contra la caries. El flúor se almacena en los dientes desde antes de su erupción y aumenta la resistencia del esmalte, remineraliza las lesiones incipientes y contrarresta la acción de los microorganismos responsables de la caries.

5.3.2.4. PÉRDIDA DENTAL

“La falta de una o más piezas dentarias, ocasiona un sin número de problemas, tales como cambios de mordida por migración dental, lesiones en la articulación temporo mandibular que se manifiestan con olor o dificultad para cerrar la boca, problemas digestivos debido a una deficiente masticación, lo cual tiende a disminuir el consumo de cereales integrales, frutas y verduras. La dieta también tiende a ser más reducida, haciendo que la persona no cubra sus requerimientos energéticos, de proteína, vitamínicos, etc., por lo que puede deteriorarse el estado nutricional; y finalmente problemas de estética que se ven reflejados en una autoestima, vale decir que con buena sonrisa se puede mejorar notablemente el aspecto de una persona, cambiar su estado de ánimo y aumentar su nivel de autoestima personal.”³⁸ (fig. 8)

³⁶ <http://www.monografias.com/trabajos47/caries-dental/caries-dental2.shtml#prevcaries>

³⁷ BARRANCOS Mooney. Operatoria dental. Pag. 377, 379. 4ta. Edición. Editorial medica panamericana Año 2006

³⁸ www.sdpt.net/CAR/exodoncia.htm

5.3.2.5. RESTAURACIÓN

“Una restauración es el relleno que se coloca adentro o alrededor de una preparación con el propósito de devolver al diente su función, forma o estética, o para evitar futuras lesiones. Es decir cuando un diente ha sufrido una pérdida de sustancia en sus tejidos duros o presenta una alteración de color, forma o tamaño es necesario restaurarlo con materiales y técnicas adecuadas.

Este procedimiento se lleva a cabo a causa de la incapacidad del diente de neo formar sus tejidos duros destruidos.

Si bien es cierto que la pulpa puede formar nueva dentina, lo hace en la profundidad de la cámara y como defensa ante el ataque recibido, no para reparar la pérdida de sustancia en la superficie del diente. (fig. 8)

5.3.2.5.1. CLASIFICACIÓN DE LOS MATERIALES RESTAURADORES

Se clasifican de acuerdo al tiempo que duran en la cavidad bucal.

- ✓ **PERMANENTES:** Los materiales permanentes son aquellos cuya longevidad está prevista por un período de entre 20 y 30 años o más, como por ejemplo el oro para orificaciones, la amalgama de plata, las incrustaciones, las carillas de porcelana y las de composite.
- ✓ **TEMPORARIOS:** Los materiales temporarios son aquellos que poseen una durabilidad de entre 3 y 10 años y que se usan por sus cualidades estéticas, como por ejemplo el composite cuando es usado en restauraciones posteriores con carga oclusal excesiva, el ionómero vítreo y el compómero.
- ✓ **PROVISORIOS:** Los materiales provisorios son aquellos que se usan intencionalmente para restauraciones de poca restauración, y entre ellos

tenemos, el oxido de zinc-eugenol, el hidróxido de calcio y las pastas de endurecimiento por contacto con la saliva.”³⁹

5.3.2.5.2. MATERIALES EMPLEADOS EN LAS OBTURACIONES

La finalidad de la restauración dental es mantener la salud, la función y la estética de los dientes y de sus tejidos de soporte en armonía con la boca y el organismo en general. “Son las propiedades de los materiales las que determinan, el comportamiento clínico de las restauraciones.

- ✓ **OXIDO DE ZINC EUGENOL (ZOE):** Llamado también pasta zinquenolica, consiste en un material utilizado como base cavitaria para amalgamas, en obturaciones temporales ya que permite el sellado de la cavidad que evita el ingreso de fluidos orales, que contienen entre muchos elementos, bacterias y sus productos, en obturaciones de conductos de dientes temporales. (fig. 9)

Su estadía en la cavidad oral depende de los requerimientos del tratamiento, por lo general son lapsos breves de tiempo, hasta que son reemplazados por materiales de obturación permanentes.

Uno de sus principales componentes, el cual le brinda todas las propiedades es el eugenol, al que se le atribuyen los siguientes efectos:

- Analgésico y anestésico.
- Antiinflamatorio
- Bactericida
- Produce daño irreversible, en contacto directo del material con el tejido pulpar.

³⁹ **BARRANCOS Money.** Principios generales de las preparaciones. Buenos Aires: Medica Panamericana 2006. Pág. 529-530.

- En altas concentraciones es citotóxico, debido a esto, su uso se ha restringido a aquellas indicaciones que no presentan riesgo para la salud del paciente.⁴⁰

✓ **AMALGAMA:** “Es una aleación que se consigue mezclando mercurio con plata y estaño, a las que se le pueden añadir cantidades variables de cobre y zinc. Por ser un material friable, la amalgama solo presenta buenas propiedades mecánicas en espesores a 1mm o más, lo que la contraindica para cavidades poco profundas o para recubrimiento de cúspides. La popularidad de la amalgama se debe a su eficacia, bajo costo y a la facilidad para utilizarse. Es el único material que tiene la capacidad de actuar en un ambiente húmedo y contaminado y su vía útil es de 12 a 15 años. Sin embargo, presenta algunas deficiencias, como pigmentación superficial, deterioro marginal y corrosión.

Aún cuando haya sido condensada correctamente, la amalgama no presenta una buena adaptación inicial a la cavidad, lo que obliga al uso de un barniz cavitario o un adhesivo dentinario para el sellado marginal. (fig. 10)

✓ **COMPOSITE:** Es un material altamente estético con una gama variada de colores, en comparación con la amalgama su resistencia es menor, para colocar este material no es necesario hacer una cavidad retentiva, ya que su retención es a nivel microscópico con esmalte y dentina, el sellado logrado es superior a la amalgama.

El composite debe ser pulido, para lograr naturalidad, si no es así, tendrá porosidades en la que se desarrollaran colonias bacterianas, provocando una discromía a la restauración.

⁴⁰ **MAURICIO Moya, Mercedes Pinzón, Darío Forero.** Manual de Odontología básica integrada. Tomo 2. Bogotá-Colombia. Pág. 251-252

Entre sus ventajas encontramos una buena estética, factor de desgaste aceptable, ausencia de mercurio, adhesión a la estructura dental y es un refuerzo para el remanente dental. Las desventajas más evidentes, llevan más tiempo de trabajo clínico, la caries en el espacio progresa más rápidamente, longevidad es algo limitada, su conductividad térmica es baja y se fractura con mayor facilidad que las amalgamas, cuando las cavidades son muy extensas.”⁴¹ (fig.11)

⁴¹ **BARRANCOS Money**. Operatoria dental: tratamiento, materiales y técnicas. Buenos Aires. Medica Panamericana 2006. Pág. 731-732-733.

CAPITULO VI

6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1. MÉTODOS

Bibliográfica: la investigación se apoyó en información obtenida en páginas de internet y procedente de textos de la especialidad, que ayudaron a darle a la investigación su estadio científico.

De campo: la investigación se realizó mediante la aplicación de encuestas direccionadas hacia los padres de familia de los pacientes y por medio de entrevistas al profesional de odontología.

6.2. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

Exploratoria: Es la primera instancia de la investigación, primera observación al objeto investigado.

Descriptiva: Se describió el estado de salud de bucal de los alumnos del Colegio Nacional Olmedo.

Analítica: Se analizó la incidencia del nivel socioeconómico sobre las caries.

Sintética: la información recopilada, midió el alcance de los objetivos, la cual fue sintetizada mediante conclusiones al final de la investigación.

Propositiva: basado en los resultados de la investigación, se diseñó una propuesta de solución a la problemática detectada.

6.3. TÉCNICAS

- **Encuesta:** realizadas a los alumnos del Colegio Nacional Olmedo.
- **Observación:** de la cavidad oral de los alumnos del Colegio Nacional Olmedo.

6.4. INSTRUMENTOS

- Cuestionario de preguntas.
- Fichas odontológica.

6.5. RECURSOS

6.5.1. MATERIALES

- Textos relacionados al tema.
- Fotocopias.
- Encuadernación.
- Materiales de oficina.
- Suministros de impresión.
- Viáticos.

6.5.2. TALENTO HUMANO

- Tutor de tesis.
- Investigador.
- Estudiantes del colegio nacional olmedo.
- Padres de familia.

6.5.3. TECNOLÓGICOS

- Internet.
- Equipo de cómputo.

- Impresora.
- Cámara fotográfica.
- Pendrive.

6.5.4. ECONÓMICOS

La investigación tendrá un costo aproximado de \$331,98 y está financiada por los autores de la misma. (Ver en anexo 1)

CAPITULO VII

7. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

7.1. Análisis e interpretación de los resultados de la investigación.

7.1.1. Análisis e interpretación de las encuestas

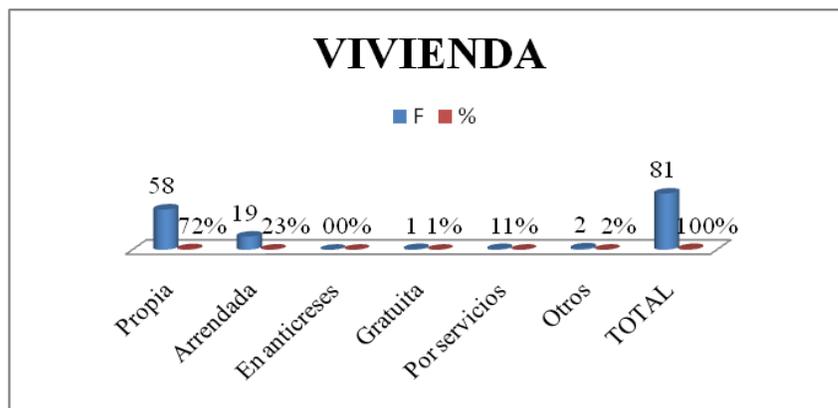
NIVEL SOCIO ECONÓMICO

GRAFICUADRO #1

VIVIENDA

1. La vivienda que ocupa este hogar es?

OPCIONES	F	%
Propia	58	72%
Arrendada	19	23%
En anticreses	0	0%
Gratuita	1	1%
Por servicios	1	1%
Otros	2	2%
TOTAL	81	100%



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia del Tercer año de Bachillerato paralelo A y B del Colegio Nacional Olmedo
Elaborado: Glen Barcia F. y Lourdes Mejia T.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #1

De 81 padres de familia encuestados el 72% tienen casa propia, lo que corresponde a 58 familias, el 23% tienen casa arrendada lo que corresponde a 19 familias, el 0% en anticreses, lo que corresponde a 0 familias el 1% por otros servicios lo cual corresponde a 10 familias y el 2% por otros lo que corresponde a 4 familias.

Como nos indica la web <http://www.monografias.com/trabajos61/pobreza-mundo> **“estimaciones de varios países muestran que los hogares de bajos ingresos tardarían de 15 a 30 años en ahorrar el 30% a 50% de sus ingresos para poder adquirir un hogar en forma legal que cumpla con los requisitos mínimos. En realidad, la mayoría de los pobres urbanos ganan muy poco como para poder ahorrar dinero.”**

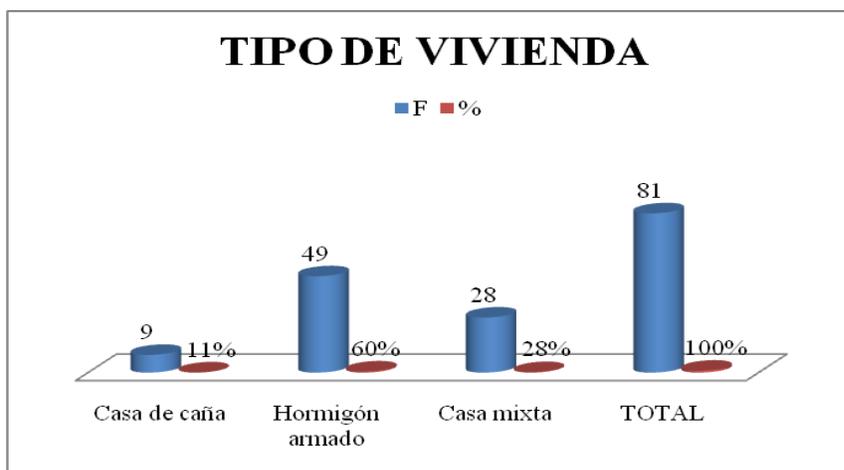
Concluimos que el 70% correspondiente a 58 familias cuentan con casa propia.

GRAFICUADRO #2

TIPO DE VIVIENDA

2. Tipo de Vivienda

OPCIONES	F	%
Casa de caña	9	11%
Hormigón armado	49	60%
Casa mixta	28	28%
TOTAL	81	100%



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia del Tercer año de Bachillerato paralelo A y B del Colegio Nacional Olmedo
Elaborado: Glen Barcía F. y Lourdes Mejía T.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #2

De los 81 padres de familia encuestados el 11% que corresponde a 9 familias habitan en casa de caña, el 60% que corresponde a 49 familias habitan en casa de hormigón armado y el 28% que corresponde a 28 familias habitan en casa mixta.

Información obtenida a través de la página <http://info.k4health.org> **“el mayor porcentaje vive en lugares aptos, sin embargo una cuarta parte de todas las unidades de vivienda urbanas en los países en desarrollo son estructuras temporales y más de un tercio no cumplen con las regulaciones de la construcción. Los barrios pobres urbanos incluyen tanto viviendas de alta densidad, tales como torres y apartamentos, asentamientos ilegales y barriadas precarias, donde las personas ocupan terrenos baldíos y construyen ilegalmente casuchas para ellos mismos.”**

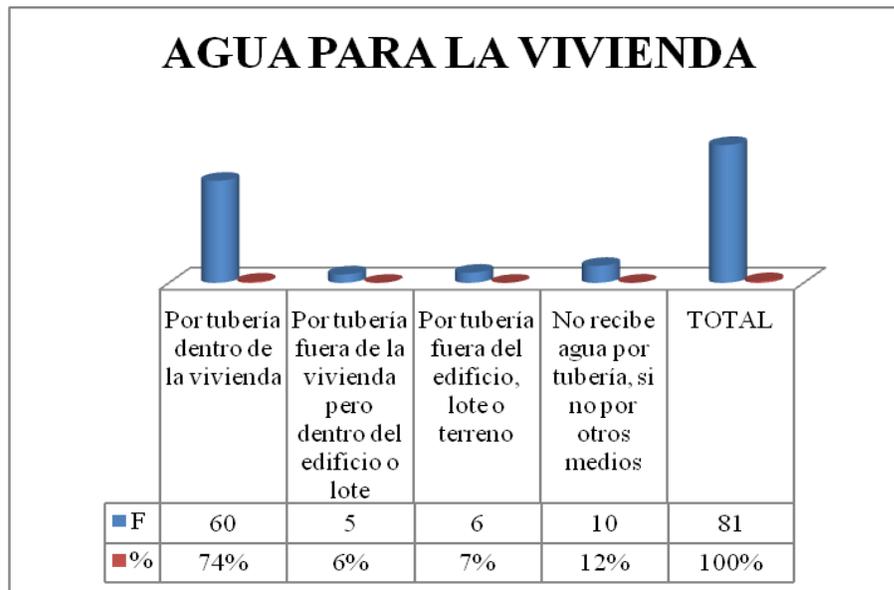
Concluimos que el 60% correspondiente a 49 familias habitan en casa de hormigón armado.

GRAFICUADRO #3

AGUA PARA LA VIVIENDA

3. ¿Cómo se obtiene agua para la vivienda?

OPCIONES	F	%
Por tubería dentro de la vivienda	60	74%
Por tubería fuera de la vivienda pero dentro del edificio o lote	5	6%
Por tubería fuera del edificio, lote o terreno	6	7%
No recibe agua por tubería, si no por otros medios	10	12%
TOTAL	81	100%



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia del Tercer año de Bachillerato paralelo A y B del Colegio Nacional Olmedo
Elaborado: Glen Barcia F. y Lourdes Mejía T.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #3

De los 81 padres de familia encuestados el 74% indicaron que reciben agua por tuberías dentro de la vivienda que corresponde a 60 viviendas, el 6% reciben agua por tubería fuera de la vivienda pero dentro del edificio o lote que corresponde a 5 viviendas, el 7% reciben agua por tubería fuera del edificio, lote o terreno que corresponde a 10 viviendas y el 12% no recibe agua por tubería, sino por otros medios que corresponde a 10 viviendas.

Según <http://info.k4health.org> **“en cada uno de los 32 países en desarrollo con datos de EDS (Encuestas Demográficas de Salud), los hogares pobres urbanos tenían menos probabilidades que otros hogares urbanos de tener acceso a los servicios básicos, entre ellos agua por tubería, sin embargo en el área encuestada la mayoría de viviendas consta con acceso al agua potable por tubería.”**

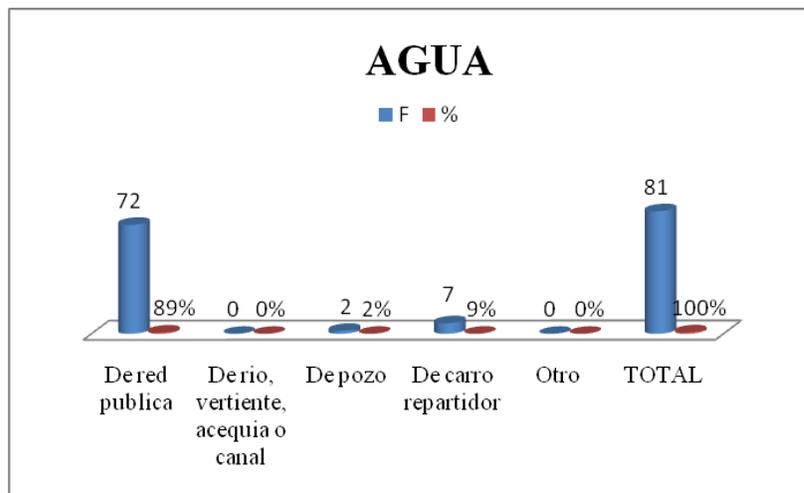
Concluimos que el 74% correspondiente a 60 familias reciben agua por tuberías dentro de la vivienda

GRAFICUADRO #4

AGUA

4. ¿De dónde proviene el agua que recibe?

OPCIONES	F	%
De red pública	72	89%
De rio, vertiente, acequia o canal	0	0%
De pozo	2	2%
De carro repartidor	7	9%
Otro	0	0%
TOTAL	81	100%



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia del Tercer año de Bachillerato paralelo A y B del Colegio Nacional Olmedo

Elaborado: Glen Barcia F. y Lourdes Mejia T

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #4

De los 81 padres de familia encuestados el 89% reciben agua mediante red pública que corresponde a 72 viviendas, el 2% de pozo que corresponde a 2 viviendas, y el 9% de carro repartidor que corresponde a 7 viviendas.

La web <http://info.k4health.org> informa que **“la escasez de suministros de agua pública obliga a muchos residentes urbanos de bajos ingresos a utilizar otras fuentes de suministro de agua, a menudo vendedores privados de agua.”**

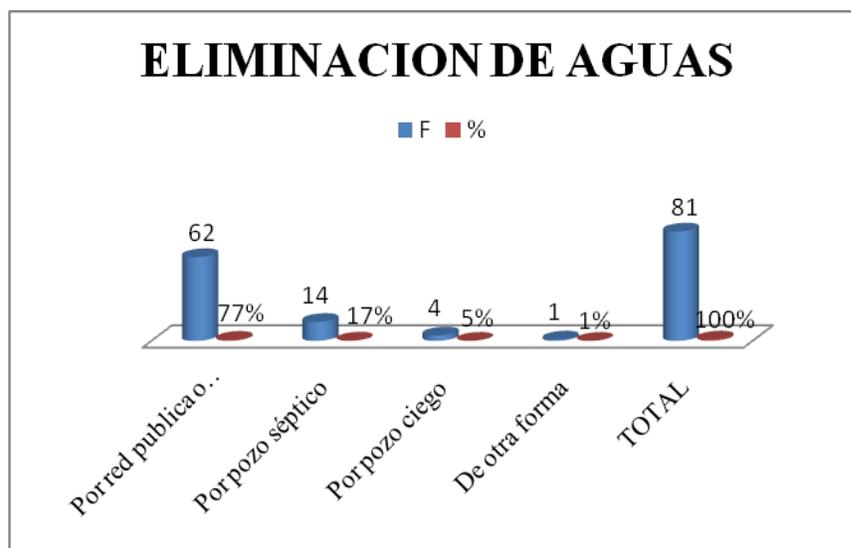
Concluimos que el 89% correspondiente a 72 viviendas reciben agua mediante red pública.

GRAFICUADRO #5

ELIMINACIÓN DE LAS AGUAS

5. ¿Cómo se eliminan las aguas negras o servidas de esta vivienda?

OPCIONES	F	%
Por red pública o alcantarillado	62	77%
Por pozo séptico	14	17%
Por pozo ciego	4	5%
De otra forma	1	1%
TOTAL	81	100%



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia del Tercer año de Bachillerato paralelo A y B del Colegio Nacional Olmedo
Elaborado: Glen Barcia F. y Lourdes Mejía T

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #5

De los 81 padres de familia el 77% eliminan las aguas servidas por red pública de alcantarillado que corresponde a 62 viviendas, el 17% la eliminan por pozo séptico que corresponde a 14 viviendas, el 1% la eliminan de otra forma que corresponde a 1 vivienda.

Según <http://info.k4health.org> **“los servicios básicos necesarios para la buena salud, a menudo, no llegan al pobre urbano porque las autoridades municipales no reconocen muchos de estos asentamientos informales por razones políticas y administrativas, y por ello, estas áreas no tienen derechos a los servicios. En algunos casos, los barrios pobres no están clasificados como urbanos, precisamente porque carecen de los servicios.”**

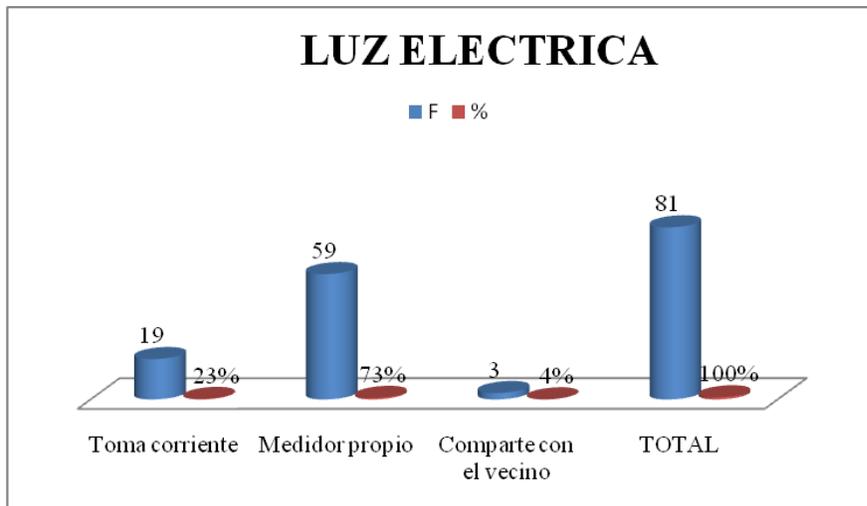
Concluimos que el 77% correspondiente a 62 viviendas eliminan las aguas servidas por red pública de alcantarillado.

GRAFICUADRO #6

LUZ ELÉCTRICA

6. ¿Dispone la vivienda de luz eléctrica?

OPCIONES	F	%
Toma corriente	19	23%
Medidor propio	59	73%
Comparte con el vecino	3	4%
TOTAL	81	100%



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia del Tercer año de Bachillerato paralelo A y B del Colegio Nacional Olmedo
Elaborado: Glen Barcia F. y Lourdes Mejia T.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #6

De los 81 padres de familia encuestados el 23% disponen de luz eléctrica mediante el toma corriente que corresponde a 19 viviendas, el 73% disponen de luz eléctrica mediante medidor propio que corresponde a 59 familias y el 4% comparten con el vecino y corresponde a 3 viviendas.

La web <http://laotracaradelamoneda.blogspot.es> refiere que **“la indigencia de servicios es la situación que pueden sufrir los habitantes de viviendas que cuentan con los tres servicios básicos: Agua, Drenaje y electricidad, por debajo de las normas y estándares debido a que en naciones subdesarrolladas siempre careceremos de una o dos al mismo tiempo, o paulatinamente.”**

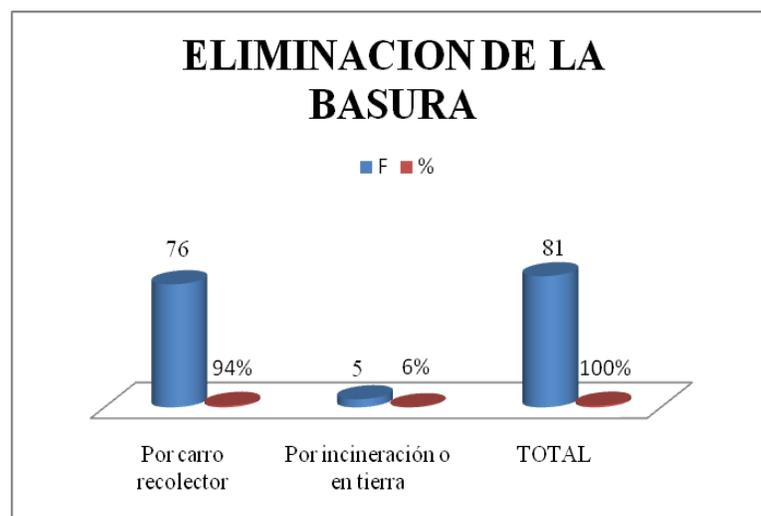
Concluimos que el 73% correspondiente a 59 familias disponen de luz eléctrica mediante medidor propio.

GRAFICUADRO #7

ELIMINACIÓN DE BASURA

¿Cómo se elimina la basura de la vivienda?

OPCIONES	F	%
Por carro recolector	76	94%
Por incineración o en tierra	5	6%
TOTAL	81	100%



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia del Tercer año de Bachillerato paralelo A y B del Colegio Nacional Olmedo
Elaborado: Glen Barcia F. y Lourdes Mejia

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #7

De los 81 padres de familia encuestados el 94% eliminan la basura por carro recolector que corresponde a 76 viviendas y el 6% la eliminan por incineración o en tierra que corresponde a 5 viviendas.

Existen peligros al no eliminar correctamente la basura, como narra http://es.wikipedia.org/wiki/Impacto_ambiental_potencial_de_la_recoleccion

"puede afectar a la salud pública la incorrecta eliminación de los desechos sólidos en un botadero abierto. Aunque varios proyectos de desechos sólidos han contemplado el cerrado de botaderos abiertos e implementación de practicas alternativas de eliminación sanitaria, pocos proyectos han tenido éxito en implementar este componente del proyecto debido a problemas en la adquisición de tierras y financiación local, así como presiones para la recirculación por parte del sector informal. El humo generado de la quema de basura en botaderos abiertos constituye un importante irritante respiratorio y puede hacer que las poblaciones afectadas tengan mucho más susceptibilidad a las enfermedades respiratorias."

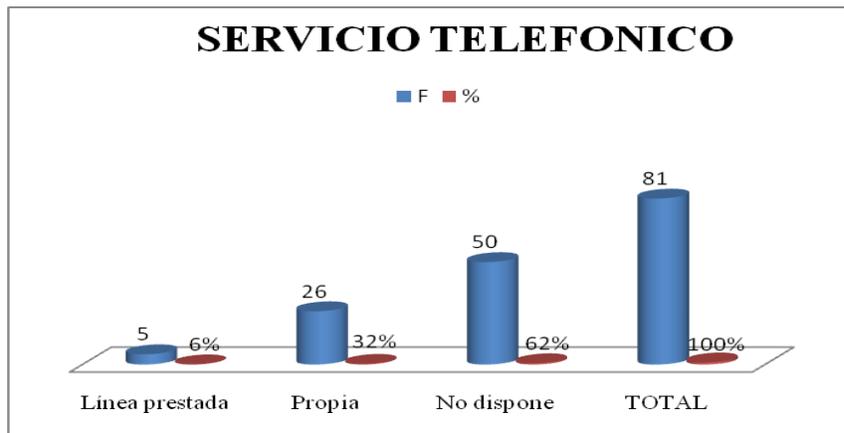
Concluimos que el 94% correspondiente a 76 viviendas eliminan la basura por carro recolector.

GRAFICUADRO #8

SERVICIO TELEFÓNICO

8. ¿Dispone la vivienda de servicio telefónico?

OPCIONES	F	%
Línea prestada	5	6%
Propia	26	32%
No dispone	50	62%
TOTAL	81	100%



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia del Tercer año de Bachillerato paralelo A y B del Colegio Nacional Olmedo
Elaborado: Glen Barcia F. y Lourdes Mejia

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #8

De 81 padres de familias encuestados el 6% cuentan con servicio telefónico con línea prestada que corresponde a 5 familias, el 32% cuentan con línea propia que corresponde a 26 familias y el 62% no disponen de línea telefónica y corresponde a 50 familias.

Según <http://www.cepar.org.ec> **“parte del bienestar al que tienen derecho todas las personas constituye la disponibilidad de condiciones mínimas de habitabilidad, vinculadas al cumplimiento de las más elementales necesidades que permitan condiciones de privacidad y confort, y además expresen la calidad de vida de los miembros de los hogares. Conocer el tipo, características de la vivienda y forma de tenencia de la misma, así como la disponibilidad de agua, servicio higiénico, servicio eléctrico, servicio telefónico, formas de eliminación de la basura y otros servicios, determina las condiciones sociales, económicas y de salud en las que vive la población. A nivel nacional sólo un 4 por ciento de los hogares más pobres cuentan con el servicio, en cambio los hogares más ricos tiene una cobertura del 71 por ciento.”**

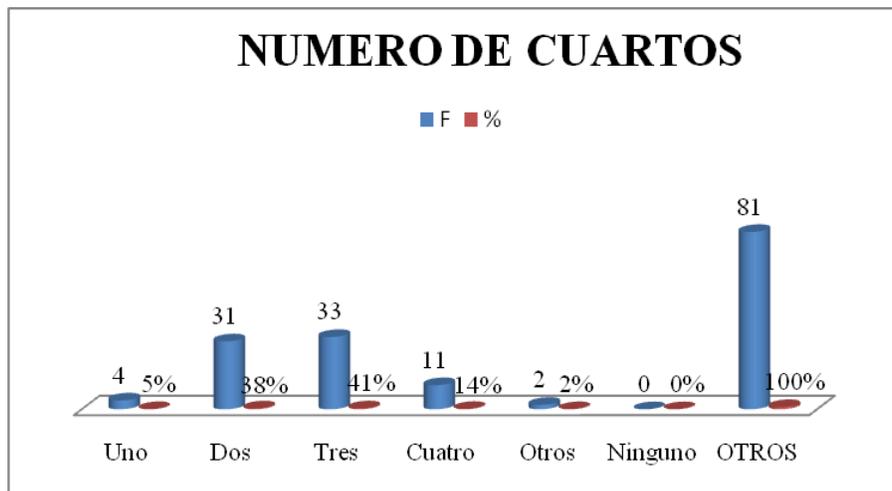
Concluimos que el 62% correspondiente a 50 familias no disponen de línea telefónica.

GRAFICUADRO #9

NÚMERO DE CUARTOS

9. En este hogar ¿Cuántos cuartos o piezas se utilizan solo para dormir?

OPCIONES	F	%
Uno	4	5%
Dos	31	38%
Tres	33	41%
Cuatro	11	14%
Otros	2	2%
Ninguno	0	0%
OTROS	81	100%



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia del Tercer año de Bachillerato paralelo A y B del Colegio Nacional Olmedo
Elaborado: Glen Barcia F. y Lourdes Mejia

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #9

De 81 familias encuestadas el 5% tienen una habitación, lo que corresponde a 4 viviendas, el 38% tienen dos habitaciones lo que corresponde a 31 viviendas, el 41% tienen tres habitaciones, lo que corresponde a 33 viviendas, el 14% tienen cuatro habitaciones lo que corresponde a 11 viviendas y otros 2% tienen dos habitaciones lo que corresponde a 2 viviendas.

Según <http://www.monografias.com/trabajos61/pobreza-mundo> “a esta se le denomina **pobreza de espacio habitacional** esta pobreza es una variante modificada del hacinamiento. El sobre-cupo es igual a las personas que habitan en viviendas sobre ocupadas (hacinadas), menos la capacidad de alojamiento, de acuerdo con las **normas** de esas viviendas, zonas, países, o regiones. Muy separadamente de la realidad, las normas utilizadas y estipuladas indican que lo normal sea, dos personas por habitación en el medio urbano, y en el medio rural, dos personas y media por habitación.”

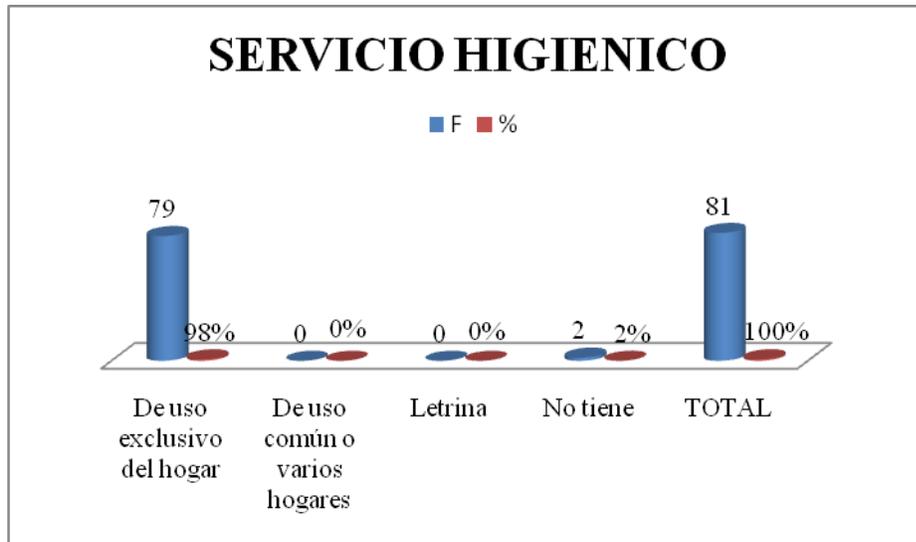
Concluimos que el 41% correspondiente a 33 viviendas cuentan con 3 habitaciones dentro de la misma.

GRAFICUADRO #10

SERVICIO HIGIÉNICO

10. ¿El servicio higiénico que tiene este hogar es..?

OPCIONES	F	%
De uso exclusivo del hogar	79	98%
De uso común o varios hogares	0	0%
Letrina	0	0%
No tiene	2	2%
TOTAL	81	100%



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia del Tercer año de Bachillerato paralelo A y B del Colegio Nacional Olmedo
Elaborado: Glen Barcia F. y Lourdes Mejia

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO 10

De 81 padres de familia encuestados el 98% cuentan con uso exclusivo del hogar de servicio higiénico que corresponde a 79 familias y un 2% no tienen servicio higiénico exclusivo y corresponde a 2 familias.

<http://www.cepar.org.ec> dice que **“parte del bienestar al que tienen derecho todas las personas constituye la disponibilidad de condiciones mínimas de habitabilidad, vinculadas al cumplimiento de las más elementales necesidades que permitan condiciones de privacidad y confort, y además expresen la calidad de vida de los miembros de los hogares. Del total de hogares ecuatorianos el 11 por ciento no tiene servicio higiénico. En general, el 36 por ciento de los hogares no tiene un buen sistema de eliminación de excretas, aspecto que conlleva a situaciones desfavorables de salubridad en los hogares y de contaminación ambiental.”**

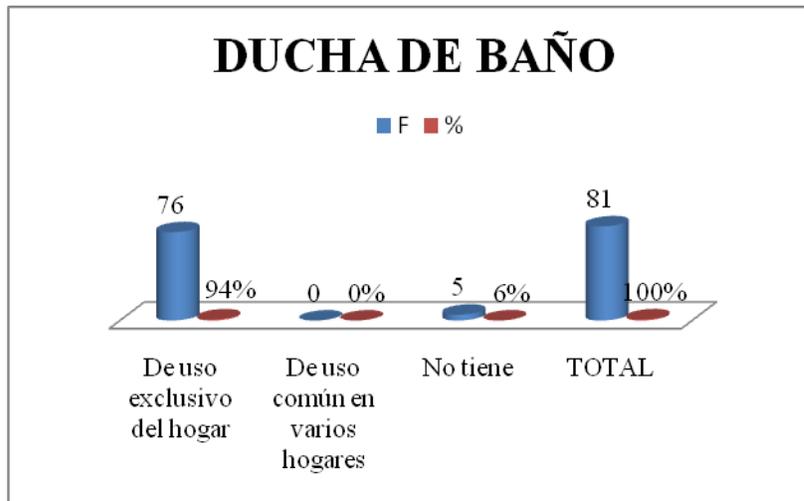
Concluimos que el 98% correspondiente a 79 familias cuentan con uso exclusivo de servicio higiénico en el hogar.

GRAFICUADRO #11

DUCHA DE BAÑO

11. ¿El servicio de ducha de baño que tiene este hogar es?

OPCIONES	F	%
De uso exclusivo del hogar	76	94%
De uso común en varios hogares	0	0%
No tiene	5	6%
TOTAL	81	100%



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia del Tercer año de Bachillerato paralelo A y B del Colegio Nacional Olmedo
Elaborado: Glen Barcia F. y Lourdes Mejia

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #11

De los 81 padres de familias encuestados el 94% cuentan con ducha de baño de uso exclusivo del hogar que corresponde a 76 viviendas y el 6% no tienen que corresponden a 5 familias.

<http://www.cepar.org.ec> revelan **“que menos de la mitad de los hogares del país (48%) cuenta con abastecimiento de agua dentro de la vivienda y excusado conectado al alcantarillado (44%). El acceso de agua para beber, cocinar y atender las necesidades de higiene personal, es heterogéneo a nivel de área y región.”**

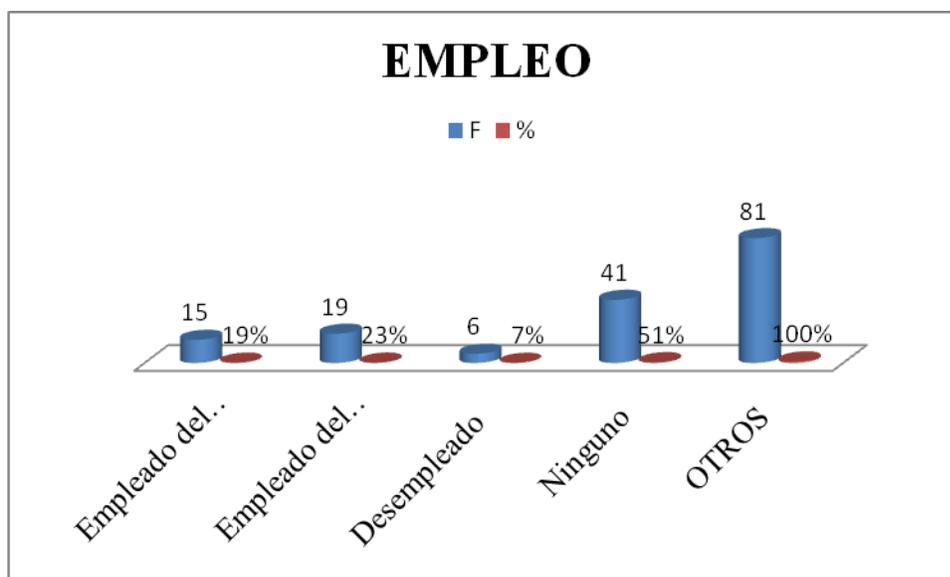
Concluimos que el 94% correspondiente a 76 viviendas cuentan con ducha de baño de uso exclusivo en el hogar.

GRAFICUADRO #12

TRABAJO

12. ¿El trabajo que posee usted es?

OPCIONES	F	%
Empleado del sector público	15	19%
Empleado del sector privado	19	23%
Desempleado	6	7%
Ninguno	41	51%
OTROS	81	100%



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia del Tercer año de Bachillerato paralelo A y B del Colegio Nacional Olmedo
Elaborado: Glen Barcía F. y Lourdes Mejía

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #12

De 81 encuestados el 19% son empleados del sector público que corresponde a 15 padres de familia, el 23% son empleados del sector privado que corresponde a 19 padres de familia, el 7% desempleados que corresponde a 6 padres de familia y el 51% no tienen ningún trabajo y corresponde a 41 padres de familia.

Según <http://www.monografias.com/trabajos61/pobreza-mundo> **“como la pobreza tiene varias dimensiones se tiene que mirar a través de varios indicadores, niveles de ingresos y consumo. El desempleo y el empobrecimiento son doblemente perjudiciales, de manera especial porque afecta a los jóvenes, este se constituye en el mayor recurso humano para el desarrollo.”**

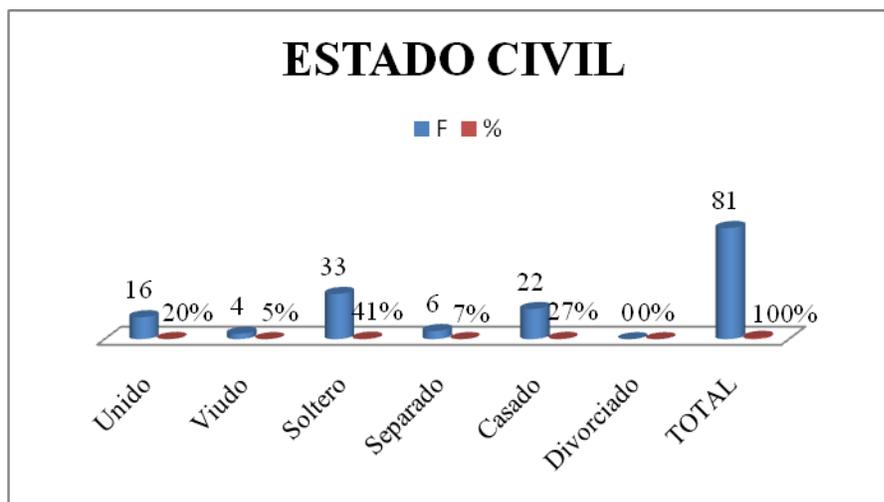
Concluimos que el 51% correspondiente a 41 padres de familia no tienen ningún tipo de trabajo.

GRAFICUADRO #13

ESTADO CIVIL

13. Actualmente está?

OPCIONES	F	%
Unido	16	20%
Viudo	4	5%
Soltero	33	41%
Separado	6	7%
Casado	22	27%
Divorciado	0	0%
TOTAL	81	100%



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia del Tercer año de Bachillerato paralelo A y B del Colegio Nacional Olmedo
Elaborado: Glen Barcia F. y Lourdes Mejía

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #13

De 81 encuestados el 20% actualmente están unidos que corresponde a 16 padres de familia, el 5% actualmente están viudos que corresponde a 4 padres de familia, el 41% están solteros que corresponde a 33 padres de familia, el 7% están separados y corresponde a 6 padres de familia, el 27% están casados y corresponde a 22 padres de familia.

Según <http://www.monografias.com/trabajos17/registro-estado-civil/> **“para las mujeres viudas o madres solteras la supervivencia es mucho mas difícil, no solo porque no cuentan con el dinero generado por el hombre sino también porque sienten que no se las respeta.”**

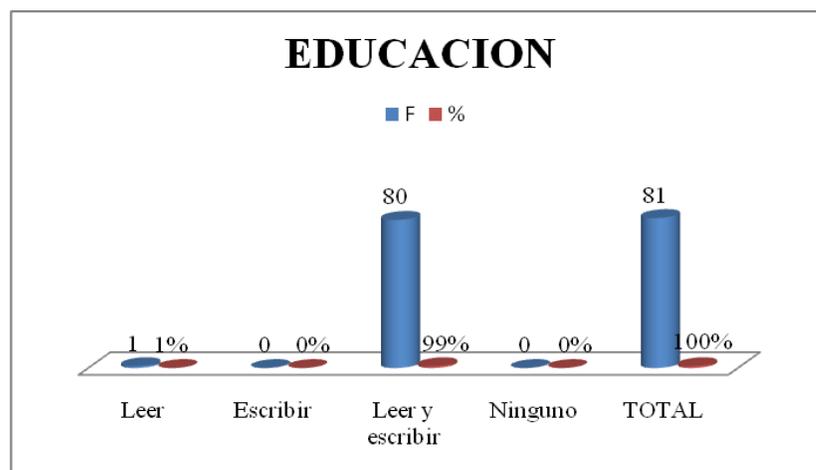
Concluimos que el 41% correspondiente a 33 padres de familia están solteros.

GRAFICUADRO #1

EDUCACIÓN

1 ¿Sabe leer y escribir?

OPCIONES	F	%
Leer	1	1%
Escribir	0	0%
Leer y escribir	80	99%
Ninguno	0	0%
TOTAL	81	100%



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia del Tercer año de Bachillerato paralelo A y B del Colegio Nacional Olmedo
Elaborado: Glen Barcia F. y Lourdes Mejia

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #1

De 81 encuestados el 1% saben leer que corresponde a 1 padre de familia, el 99% saben leer y escribir y corresponde a 80 padres de familia.

Como lo menciona <http://usuarios.multimania.es> “**la pobreza educativa es la carencia de oportunidad de educación tanto laboral, como pedagógica. Se dice que los pobres educativos son las personas de 15 años y más sin instrucción. La misma se puede subdividir en dos grupos: Los pobres Extremos Educativos y Los Pobres Moderados Educativos. Lógicamente ambos son segmentaciones de la pobreza educativa, pero no indican que los pobres que padezcan de cada una, o de solo una, deban padecer de otros tipos de pobreza (Por eso, este tipo de pobreza esta situada en la pobreza relativa).**”

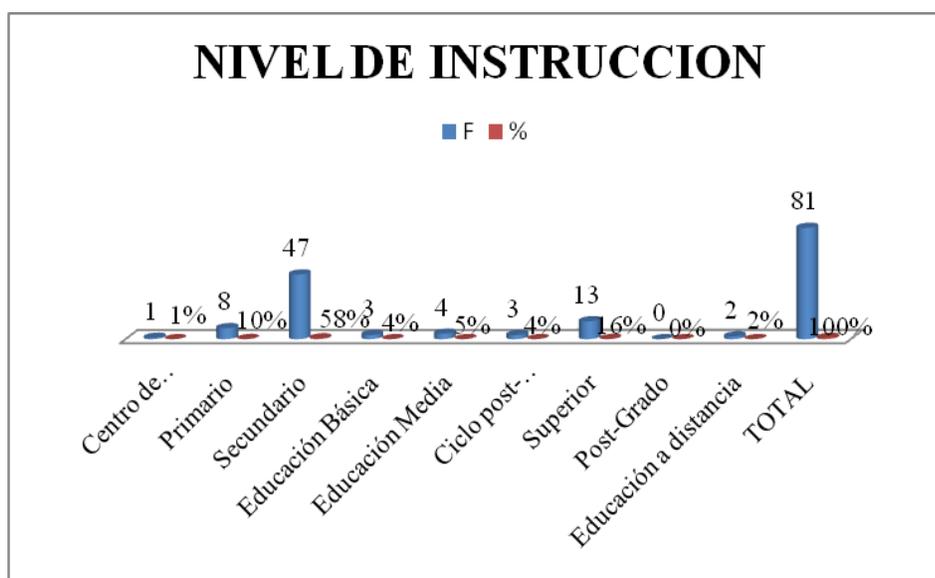
Concluimos que el 99% correspondiente a 80 padres de familia saben leer y escribir.

GRAFICUADRO #2

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

2 ¿Cuál es el nivel de instrucción más alto al que asiste o asistió?

OPCIONES	F	%
Centro de alfabetización	1	1%
Primario	8	10%
Secundario	47	58%
Educación Básica	3	4%
Educación Media	4	5%
Ciclo post-bachillerato	3	4%
Superior	13	16%
Post-Grado	0	0%
Educación a distancia	2	2%
TOTAL	81	100%



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia del Tercer año de Bachillerato paralelo A y B del Colegio Nacional Olmedo
Elaborado: Glen Barcia F. y Lourdes Mejia

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #2

De 81 encuestados el 1% acudieron a un centro de alfabetización que corresponde a 1 padre de familia, el 10% acudieron a la primaria que corresponde a 8 padres de familia, el 4% acudieron a educación básica y corresponde a 3 padres de familia, el 5% acudieron a educación media y corresponde a 4 padres de familia, el 4% acudieron al ciclo post bachillerato y corresponde a 13 padres de familia y el 2% acudieron a educación a distancia y corresponde a 2 padres de familia.

Según <http://usuarios.multimania.es> **“pobres extremos educativos (Sin contar los indigentes), son los adultos con alguna instrucción pero sin primaria completa. Pobres moderados educativos (Sin pobreza extrema) son los que tienen la primaria, pero no tienen la secundaria completa.”**

Concluimos que el 16% correspondiente a 13 padres de familia acudieron a educación superior.

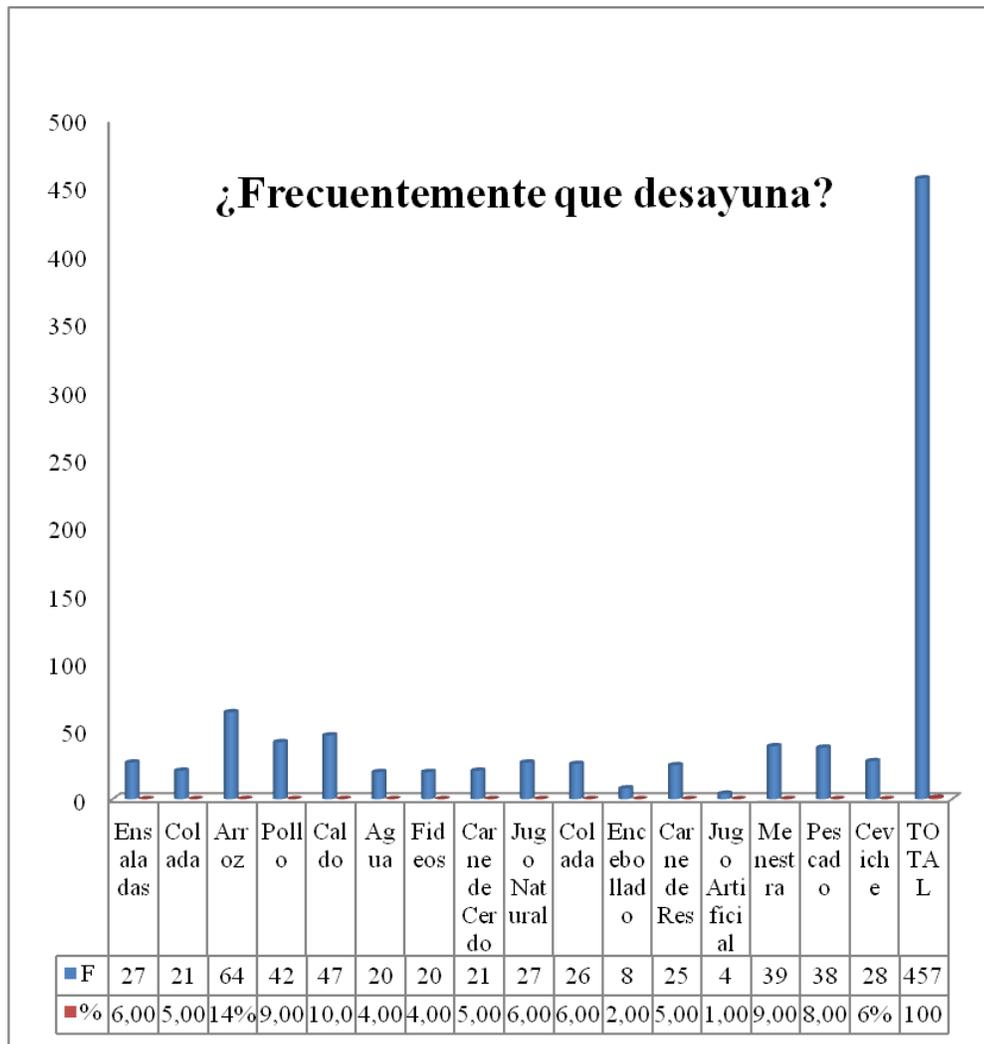
DIETA CARIOGENICA

GRAFICUADRO #1

DESAYUNO

1. ¿Frecuentemente que desayuna?

OPCIONES	F	%
Ensaladas	27	6%
Colada	21	5%
Arroz	64	14%
Pollo	42	9%
Caldo	47	10%
Agua	20	4%
Fideos	20	4%
Carne de Cerdo	21	5%
Jugo Natural	27	6%
Colada	26	6%
Encebollado	8	2%
Carne de Res	25	5%
Jugo Artificial	4	1%
Menestra	39	9%
Pescado	38	8%
Ceviche	28	6%
TOTAL	457	100%



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia del Tercer año de Bachillerato paralelo A y B del Colegio Nacional Olmedo
Elaborado: Glen Barcia F. y Lourdes Mejia

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #1

De los 81 encuestados el 9% toman café en agua que corresponde a 31 familias, el 6% toman jugo natural que corresponde a 20 familias, el 8% toman yogurt que corresponde a 29 familias, el 4% desayunan cereal que corresponde a 15 familias, el 3% toman avena y corresponde a 9 familias, el 1% toman jugo artificial que corresponde a 5 familias, el 6% consumen mantequilla en el desayuno que corresponde a 19 familias, el 4% consumen frutas durante el desayuno que corresponde a 14 familias, el 5% desayunan tortilla de plátano que corresponde a 17 familias, el 4% consumen maní durante el desayuno o que corresponde a 29 familias, el 1% consumen pescado durante el desayuno y corresponde a 5 familias, el 8% desayunan tortillas de harina durante el desayuno que corresponde a 26 familias, el 8% desayunan café con leche durante el desayuno que corresponde a 26 familias, el 11% desayunan con pan que corresponde a 39 familias, el 3% desayunan encebollado que corresponde a 10 familias, el 3% desayunan pollo que corresponde a 10 familias y el 8% consumen queso durante el desayuno que corresponde a 26 familias.

CUENCA Sala Emili indica en su libro Odontología preventiva y comunitaria **“está perfectamente demostrado que los hidratos de carbono de absorción rápida de la dieta son inductores de caries y que ejercen su efecto criogénico localmente en la superficie del diente.”**

Concluimos que el 11% correspondiente a 39 familias consumen pan durante el desayuno.

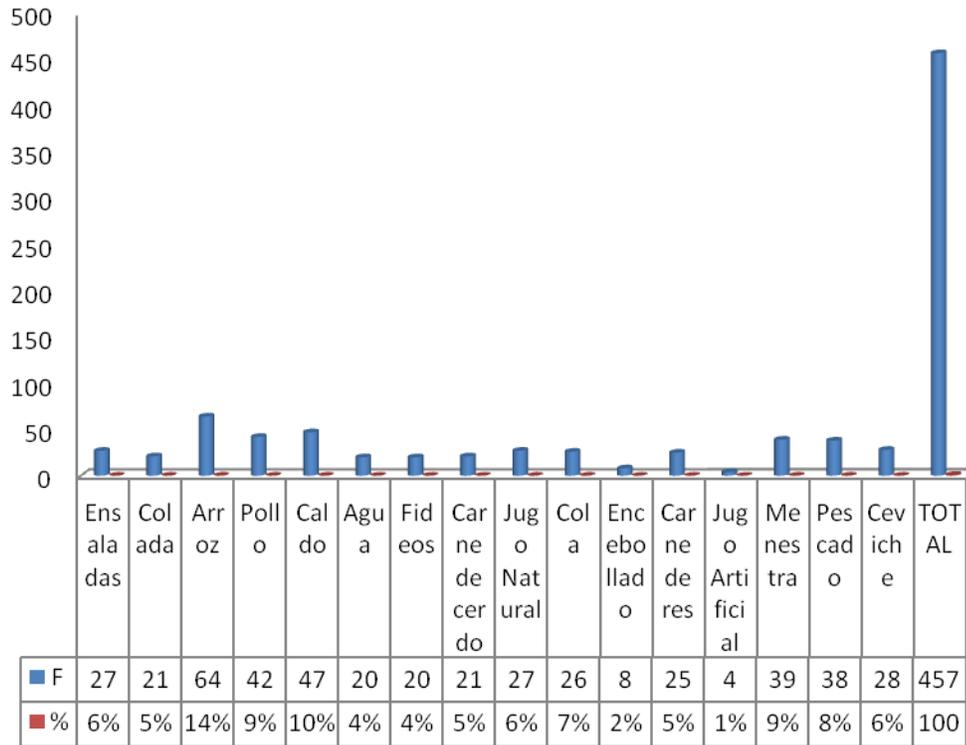
GRAFICUADRO #2

ALMUERZO

2. ¿Frecuentemente que almuerza?

OPCIONES	F	%
Ensaladas	27	6%
Colada	21	5%
Arroz	64	14%
Pollo	42	9%
Caldo	47	10%
Agua	20	4%
Fideos	20	4%
Carne de cerdo	21	5%
Jugo Natural	27	6%
Cola	26	7%
Encebollado	8	2%
Carne de res	25	5%
Jugo Artificial	4	1%
Menestra	39	9%
Pescado	38	8%
Ceviche	28	6%
TOTAL	457	100%

¿Frecuentemente que almuerza?



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia del Tercer año de Bachillerato paralelo A y B del Colegio Nacional Olmedo
Elaborado: Glen Barcia F. y Lourdes Mejia

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #2

De los 81 encuestados el 6% almuerzan ensaladas que corresponde a 27 familias, el 5% consumen colada durante el almuerzo que corresponde a 21 familias, el 14% almuerzan con arroz que corresponde a 54 familias, el 9% almuerzan con pollo que corresponde a 42 familias, el 10% almuerzan caldo que corresponde a 47 familias, el 4% consumen agua durante el almuerzo que corresponde a 20 familias, el 4% consumen fideos durante el almuerzo y corresponde a 20 familias, el 5% consumen jugo natural durante el almuerzo que corresponde a 27 familias, el 6% consumen cola durante el almuerzo y corresponde a 26 familias, el 2% almuerzan encebollado y corresponde a 8 familias, el 5% consumen carne de res durante el almuerzo y corresponde a 25 familias, el 1% consumen jugo artificial durante el almuerzo y corresponde a 4 familias, el 8% almuerzan pescado y corresponde a 38 familias y el 6% almuerzan ceviche y corresponde a 28 familias.

GARCÍA Caballero Carlos, González Meneses Antonio. Tratado de Pediatría Social. Edición 2. Edit. Díaz de Santos, 2000. Pág. 431. **“el factor dietético favorecedor de la aparición de caries es la frecuencia del consumo de hidratos de carbono refinado, más que la cantidad en sí. Los alimentos azucarados, sólidos, adhesivos, pegajosos son más cariogénicos.”**

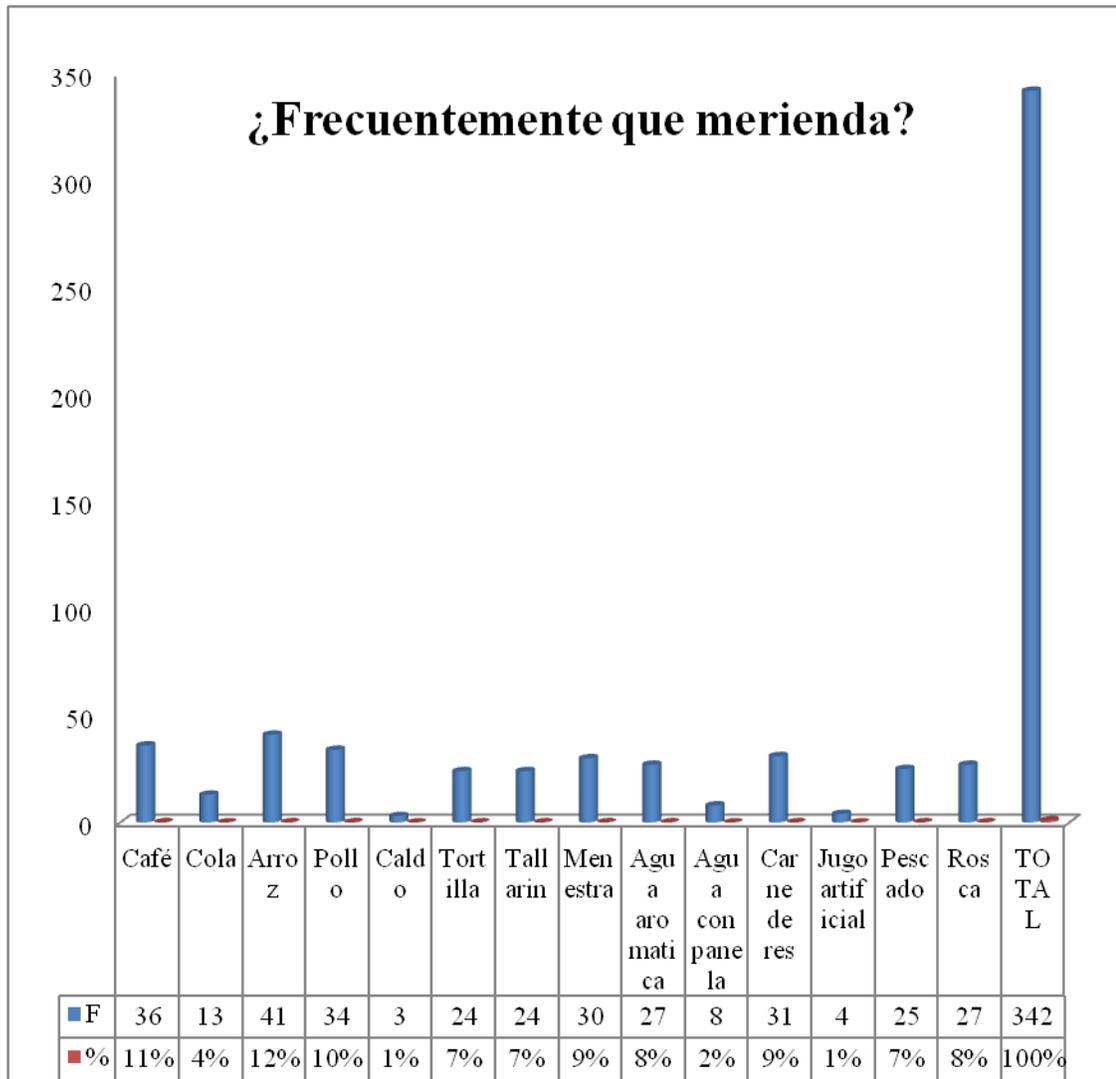
Concluimos que el 10% correspondiente a 20 familias que consumen caldo durante el almuerzo.

GRAFICUADRO #3

MERIENDA

3 ¿Frecuentemente que merienda?

OPCIONES	F	%
Café	36	11%
Cola	13	4%
Arroz	41	12%
Pollo	34	10%
Caldo	3	1%
Tortilla	24	7%
Tallarín	24	7%
Menestra	30	9%
Agua aromática	27	8%
Agua con panela	8	2%
Carne de res	31	9%
Jugo artificial	4	1%
Pescado	25	7%
Rosca	27	8%
TOTAL	342	100%



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia del Tercer año de Bachillerato paralelo A y B del Colegio Nacional Olmedo
Elaborado: Glen Barcia F. y Lourdes Mejía

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #3

De los 81 encuestados el 11% meriendan con café que corresponde a 36 familias, el 4% consumen cola y corresponde a 13 familias, el 12% consumen arroz y corresponde a 41 familias, el 10% consumen pollo y corresponde a 34 familias, el 1% consumen caldo y corresponde a 3 familias, el 7% consumen tortillas y corresponde a 24 familias, el 7% consumen tallarín y corresponde a 24 familias, el 9% consumen menestra y corresponde a 30 familias, el 8% consumen agua aromática y corresponde a 27 familias, el 2% consumen agua con panela y corresponde a 8 familias, el 9% consumen carne de res y corresponde a 31 familias el 1% consumen jugo artificial y corresponde a 4 familias, el 7% consumen pescado y corresponde a 25 familias y el 8% consumen roscas y corresponde a 27 familias.

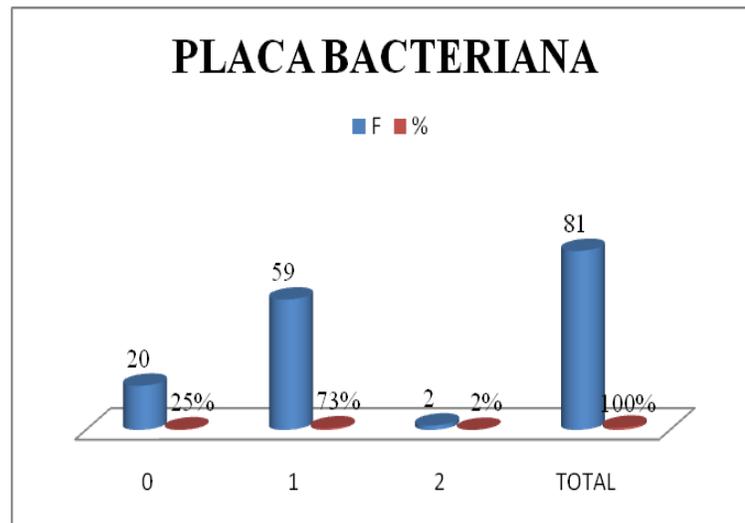
GARCÍA Caballero Carlos, González Meneses Antonio. Tratado de Pediatría Social. Edición 2. Edit. Díaz de Santos, 2000. Pág. 431. **“el riesgo de caries aumenta si se consume carbohidratos en las comidas y principalmente antes de acostarse.”**

Concluimos que el 12% correspondiente a 41 familias consumen arroz durante la merienda.

GRAFICUADRO #1

PLACA BACTERIANA

OPCIONES	F	%
0	20	25%
1	59	73%
2	2	2%
TOTAL	81	100%



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia del Tercer año de Bachillerato paralelo A y B del Colegio Nacional Olmedo
Elaborado: Glen Barcia F. y Lourdes Mejia

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #1

De los 81 pacientes examinados el 25% tienen nivel 0 de índice de placa, lo que corresponde a 20 pacientes; el 73% tienen nivel 1 de índice de placa, lo que corresponde a 59 pacientes; y el 2% tienen nivel 2 de índice de placa lo que corresponde a 2 pacientes.

Según Masson en su libro, Manual de Odontología en la Pág. 21 **“índice de placa... es un complemento de índice Gingival para evaluar la presencia y cantidad de placa dentobacteriana en el área gingival, determinando riesgos en cada individuo, 0= ausencia de placa. 1= presencia de placa en el área interproximal o en el margen gingival, cubriendo menos de 1/3 de la mitad gingival de la superficie bucal o lingual del diente. 2= placa que cubre 1/3 y 2/3 de la mitad gingival de la superficie vestibular o lingual del diente. 3= placa en mas de 2/3 de la mitad gingival de la superficie bucal o lingual del diente.”**

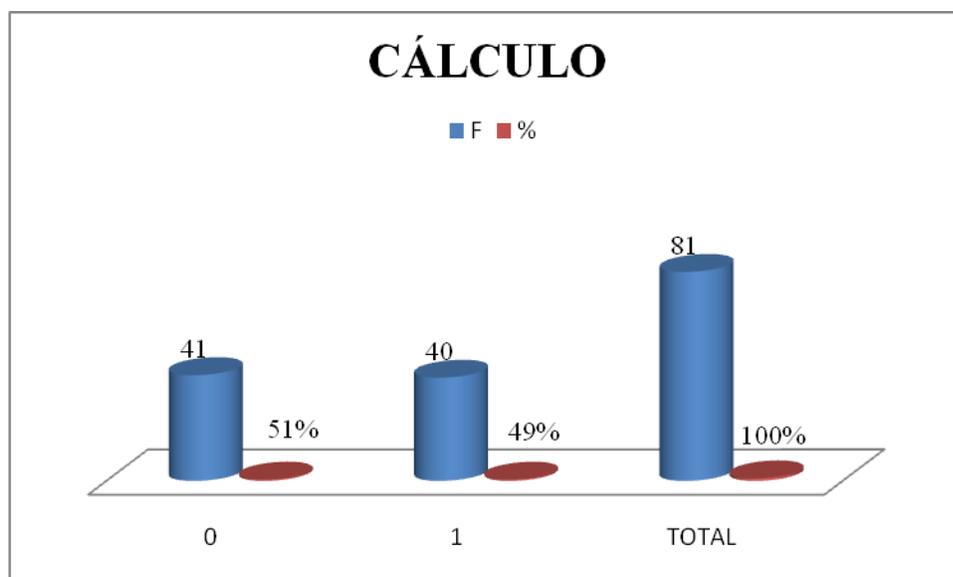
La mayoría de los adultos a los que se les realizó las fichas clínicas presentan placa dental grado 1.

Concluimos que el 72% correspondiente a 59 pacientes atendidos tienen un nivel 1 de índice de placa.

GRAFICUADRO #2

CÁLCULO

OPCIONES	F	%
0	41	51%
1	40	49%
TOTAL	81	100%



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia del Tercer año de Bachillerato paralelo A y B del Colegio Nacional Olmedo
Elaborado: Glen Barcia F. y Lourdes Mejia

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #2

De los 81 pacientes examinados el 51% tiene nivel 0 de índice de cálculo, lo que corresponde a 41 pacientes, el 49% tiene nivel 1 de índice de cálculo, lo que corresponde a 41 pacientes.

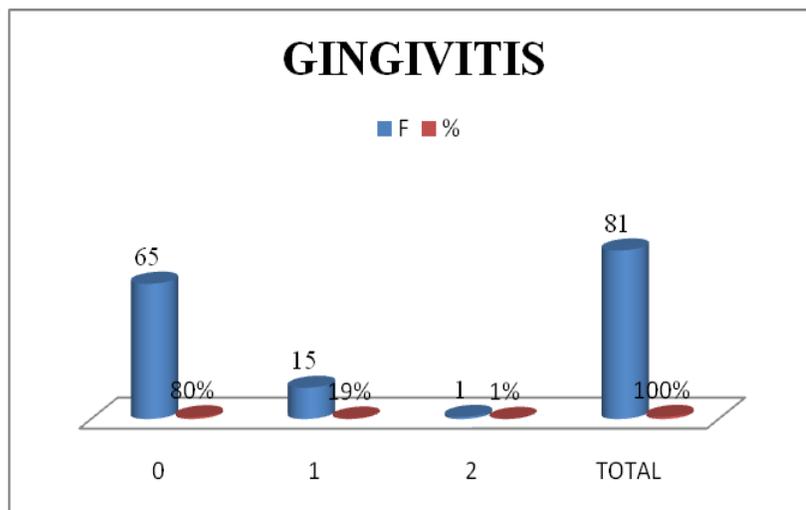
Shhick y Ach le realizaron algunas modificaciones al índice y le agregaron los componentes de placa y cálculo “... **0= Ausencia de cálculo. 1= Cálculo supragingival, pudiendo existir también bajo la encía libre, siempre y cuando no exceda de 1 mm. 2= Cantidad moderada de cálculo supra y subgingival o solamente cálculo subgingival. 3= Presencia abundante de cálculo supra y subgingival.**”

Concluimos que el 51% correspondiente a 41 pacientes atendidos presentan un nivel 0 de índice de cálculo.

GRAFICUADRO #3

GINGIVITIS

OPCIONES	F	%
0	65	80%
1	15	19%
2	1	1%
TOTAL	81	100%



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia del Tercer año de Bachillerato paralelo A y B del Colegio Nacional Olmedo
Elaborado: Glen Barcia F. y Lourdes Mejia

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #3

De los 81 pacientes examinados el 80% tienen nivel 0 de índice de gingivitis, lo que corresponde a 65 pacientes, el 19% tienen nivel 1 de índice de gingivitis, lo que corresponde a 15 pacientes, el 1% tienen nivel 2 de índice de gingivitis lo que corresponde a 1 paciente.

Fue desarrollado por Silness y Loe en 1963 y perfeccionado nuevamente por Loe en 1967, para medir diferentes niveles de inflamación gingival. **“Este índice se utiliza para evaluar el tejido gingival en lo que respecta a los estadios de gingivitis y enfermedad periodontal reversible, pero no a pérdida ósea ni a periodontitis irreversible.”**

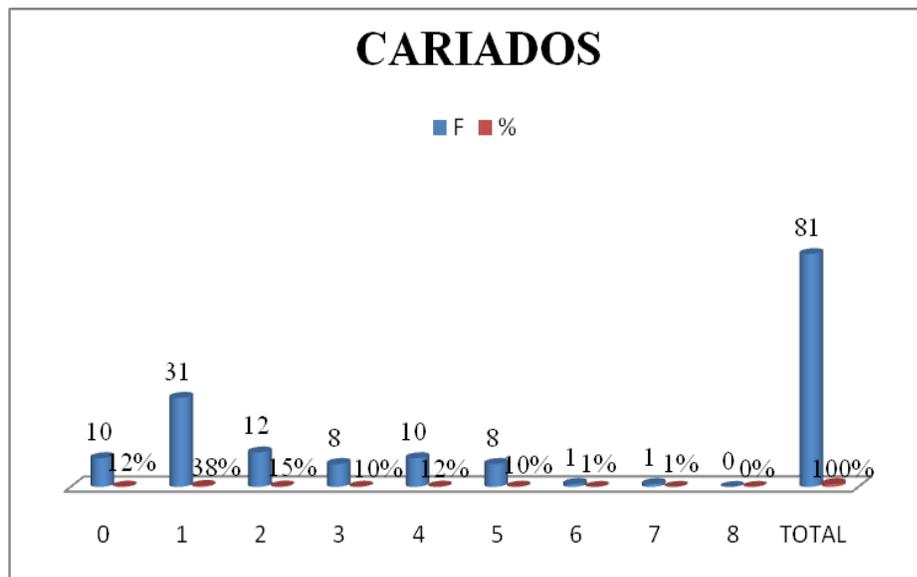
Concluimos que el 80% correspondiente a 65 pacientes atendidos tienen un nivel 0 de gingivitis.

INDICADORES DEL C.P.O

GRAFICUADRO #1

CARIADOS

OPCIONES	F	%
0	10	12%
1	31	38%
2	12	15%
3	8	10%
4	10	12%
5	8	10%
6	1	1%
7	1	1%
8	0	0%
TOTAL	81	100%



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia del Tercer año de Bachillerato paralelo A y B del Colegio Nacional Olmedo
Elaborado: Glen Barcia F. y Lourdes Mejia

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #1

De los 81 pacientes examinados el 12% presenta 0 piezas cariadas y corresponde a 10 pacientes, el 38% presenta 1 pieza cariada y corresponde a 31 pacientes, el 15% presenta 2 piezas cariadas y corresponde a 12 pacientes el 10% presenta 3 piezas cariadas y corresponde a 8 pacientes, el 12% presenta 4 piezas cariadas y corresponde a 10 pacientes, el 10% presentan 5 piezas cariadas y corresponde a 8 pacientes, el 1% presentan 6 piezas cariadas y corresponde a 1 paciente, el 1% presenta 7 piezas cariadas y corresponde a 1 paciente.

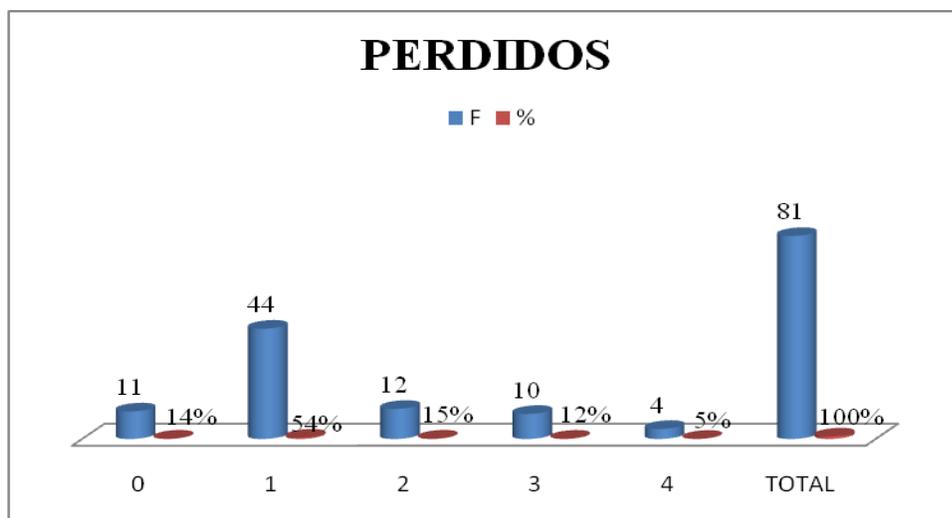
CPO fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson **“C.P.O. se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental”**.

Concluimos que el 38% correspondiente a 31 pacientes atendidos presentan una pieza cariada.

GRAFICUADRO #2

PERDIDOS

OPCIONES	F	%
0	11	14%
1	44	54%
2	12	15%
3	10	12%
4	4	5%
TOTAL	81	100%



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia del Tercer año de Bachillerato paralelo A y B del Colegio Nacional Olmedo
Elaborado: Glen Barcia F. y Lourdes Mejia

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN GRAFICUADRO #2

De los 81 pacientes examinados el 14% presentaron 0 piezas perdidas que corresponde a 17 pacientes, el 54% presentaron 1 pieza perdida que corresponde a 44 personas, el 15% presentaron 2 piezas perdidas que corresponde a 12 personas, el 12% presentaron 3 piezas perdidas que corresponde a 10 personas y el 5% presentaron 4 piezas perdidas que corresponde a 4 personas.

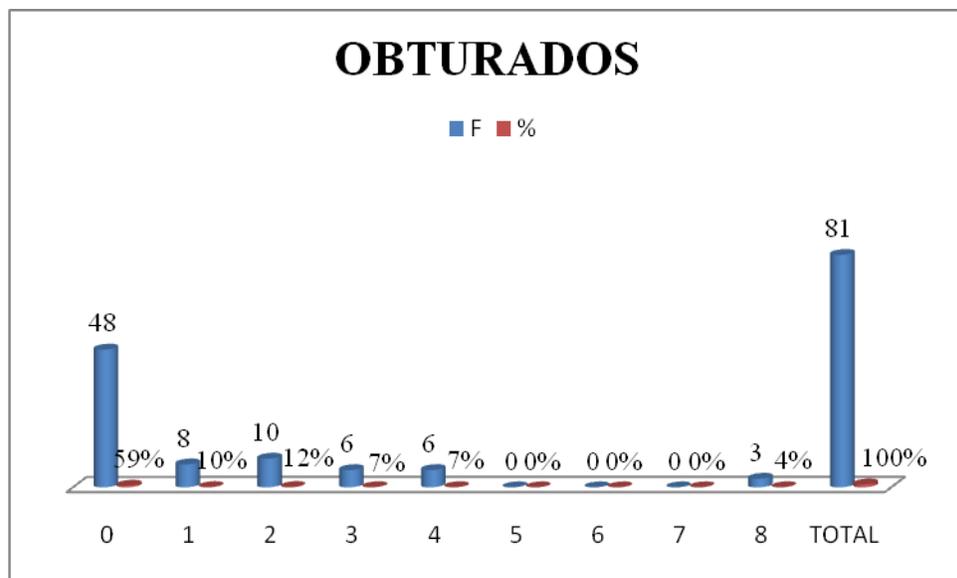
Según Barranco Money en su libro Operatoria Dental dice que **“... Cuando se reduzca la pérdida de dientes por caries, enfermedad periodontal y disminuya la cantidad de restauraciones que el profesional debe realizar a diario, podrá dedicar todos sus esfuerzos a planificar técnicas preventivas para mantener la boca de sus pacientes en condiciones ideales...”**

Concluimos que el 54% correspondiente a 44 pacientes atendidos presentaron 1 pieza perdida.

GRAFICUADRO #3

OBTURADOS

OPCIONES	F	%
0	48	59%
1	8	10%
2	10	12%
3	6	7%
4	6	7%
5	0	0%
6	0	0%
7	0	0%
8	3	4%
TOTAL	81	100%



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia del Tercer año de Bachillerato paralelo A y B del Colegio Nacional Olmedo
Elaborado: Glen Barcia F. y Lourdes Mejia

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN GRAFICUADRO #3

De los 81 pacientes examinados el 59% tienen 0 piezas obturadas, lo que corresponde a 48 pacientes, el 10% tiene 1 pieza obturada, lo que corresponde a 8 pacientes, el 12% tienen 2 piezas obturadas, lo que corresponde a 10 pacientes el 7% tienen 3 piezas obturadas, lo que corresponde a 6 pacientes, el 7% tienen 4 piezas obturadas, lo que corresponde a 6 pacientes, el 0% presentaron 5 obturadas, lo que corresponde a 0 pacientes, el 0% presentaron 6 piezas obturadas, lo que corresponde a 0 pacientes, el 7% presentaron 7 piezas obturadas, lo que corresponde a 0 pacientes, el 4% presentaron a 8 piezas obturadas lo que corresponde a 0 pacientes.

Según Barranco Money en su libro *Operatoria Dental* en la pág. 530 se denomina obturación **“al relleno que se coloca adentro o alrededor de una preparación con el propósito de devolver al diente su función, forma y estética, o para evitar futuras lesiones”**

Un bajo porcentaje de los pacientes presentaron obturaciones en sus piezas dentales.

Concluimos que el 59% correspondiente a 48 pacientes atendidos cuentan con 0 piezas obturadas.

7.2 CONCLUSIONES

En base a la investigación realizada en los estudiantes (pacientes) que asisten al departamento odontológico del Colegio Nacional “OLMEDO” se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

- ✓ Los resultados de las encuestas demostraron que el grupo humano con el que se trabajó pertenece a la clase media y baja, carecen de educación, existe desempleo y sobre todo falta de cultura de salud dental preventiva.
- ✓ La mayoría de los encuestados son de bajos ingresos económicos sin embargo disponen de servicios básicos, y muy pocos viven de forma precaria.
- ✓ De acuerdo a los datos obtenidos de las fichas clínicas, vemos que el porcentaje de pérdida dental (54,30) está por encima del porcentaje de caries dental (38,20) lo cual nos demuestra nuevamente la falta de educación para la salud.
- ✓ De los encuestados (padres de familia y estudiantes), la mayoría acuden a la consulta odontológica solo cuando tienen una molestia, y muy pocos asisten por tratamientos de prevención.
- ✓ La mayor parte de los encuestados en el departamento odontológico presentan un nivel considerable de placa bacteriana, cálculo y gingivitis.

BIBLIOGRAFÍA

1. **ABRAAM Sonis.** Medica Sanitaria y Administración de Salud. Buenos Aires 1971. Librería El Alteneo editorial. Pág. 353-355
2. **ALVAREZ, Rafael,** Capitulo 14, Salud Materno Infantil y del Adolescente, 2002, Editorial El Manual Moderno. México DF – México. Pág. 257 - 260.
3. **BARRANCOS Mooney J.** Operatoria dental, Integración clínica. 4 edición. Buenos Aires. Médica Panamericana 2006. Pág. 377, 379, 530,531.
4. **BARRIOS M. Gustavo.** Odontología, tomo 1. Publicado por editar Ltda. 2004. Pág. 261, 263, 276, 284, 285.
5. **CUENCA Sala Emili.** Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones. Edición N3. Edit. Elsevier España, 2007. Pág. 65,71-73.
6. **GARCÍA Caballero Carlos, González Meneses Antonio.** Tratado de Pediatría Social. Edición 2. Edit. Díaz de Santos, 2000. Pág. 431.
7. **MANUAL de definiciones, instructivo e indicadores de uso ambulatorio en estomatología.** M.S.P. Quito – Ecuador 2003. Pág. 22
8. **MASSON.** Manual de Odontología. Capitulo 2. Medición de la enfermedad. Barcelona-España 2002. Pág. 31
9. **MAURICIO Moya, Mercedes Pinzón, Darío Forero.** Manual de Odontología básica integrada. Tomo 2. Bogotá-Colombia. Pág. 251-252
10. **MC. GRAW HILL.** Interamericana de España. Clínicas Odontológicas de Norteamérica. Periodontología. Tomo 2, 1988. Pág. 204-205.
11. **SAEZ, Salvador, FONT, Pere, PEREZ, Rosa, Márquez, Fernando,** Capitulo 1, Marco Teórico de la promoción y la Educación para la salud, 2001, Editorial Milenio. Pág. 28 – 40.

12. **SAEZ, Salvador**, FONT, Pere, PEREZ, Rosa, Márquez, Fernando, Capitulo 2, Psicología de la Salud, 2001, Editorial Milenio. Pág. 848 – 849.
13. **SANIS, Abraam**, Medicina Sanitaria y Administración de Salud, Tomo 1, Capítulo 19, Actividades y Técnicas de Salud Pública, 2003, Editorial Florida 340. Buenos Aires – Argentina. Pág. 347 – 351, 360, 361.
14. http://cmapspublic3.ihmc.us/rid=1194899212562_2140868026_3967/DEFINICION%20DEL%20INDICE%20DE%20NIVEL%20SOCIO.pdf
15. http://info.k4health.org/pr/prs/sm16/m16chap2_2.shtml
16. <http://laotracaradelamoneda.blogspot.es/1257194040/>
17. <http://www.apdent.com/salud03.html>
18. http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/informe/caracter/c_viv.htm
19. <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/el-90-de-escolares-ecuatorianos-tiene-caries-309377.html>
20. <http://www.iztacala.unam.mx/temas/foropaea/26TCD01Ia.htm>
21. <http://www.lular.info/a/gente/2010/09/Que-es-el-Nivel-socioeconomico.html>
22. <http://www.monografias.com/trabajos18/familia/familia.shtml#biblio>
23. <http://www.monografias.com/trabajos26/tipos-familia/tipos-familia.shtml#tipos>
24. <http://www.monografias.com/trabajos47/caries-dental/caries-dental2.shtml#etiolog>
25. <http://www.monografias.com/trabajos50/seguridad-social/seguridad-social.shtml>

26. <http://www.monografias.com/trabajos69/factores-riesgo-aparicion-caries-dental/factores-riesgo-aparicion-caries-dental.shtml>
27. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001055.htm>
28. <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/29815/1/articulo5.pdf>
29. <http://www.uba.ar/extension/trabajos/pdf/estado.pdf>
30. KINTTO, Lucas. *Éxodo sin precedentes por desempleo y subempleo*
www.lainsignia.org/2001/mayo/SOC_004.htm
31. www.es.wikipedia.org/wiki/colutorio
32. www.sdpt.net/CAR/exodoncia.htm

PROPUESTA ALTERNATIVA

1. IDENTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

“CHARLAS EDUCATIVAS SOBRE MÉTODOS DE PREVENCIÓN ORAL A LOS ESTUDIANTES DEL TERCER AÑO DE BACHILLERATO DEL PARALELO “A” Y “B” QUE ASISTEN AL DEPARTAMENTO ODONTOLÓGICO DEL COLEGIO NACIONAL “OLMEDO” DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO.

ENTIDAD EJECUTORA

Departamento de Odontología del Colegio Nacional “OLMEDO”

CLASIFICACIÓN DEL PROYECTO

Tipo social de orden educativo

LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA

El departamento odontológico se encuentra ubicado dentro del Colegio Nacional “OLMEDO” de la ciudad de Portoviejo cuyos límites son:

Al Norte: Avenida

Al Sur: Con las Colinas de Andrés de Vera

Al Este: Calle J.J. Navia

Al Oeste: Ciudadela Bellavista.

Parroquia Portoviejo, Cantón Portoviejo, Manabí.

2. JUSTIFICACIÓN

Por los resultados obtenidos en la investigación se pudo apreciar que el nivel socio-económico está íntimamente relacionado con la presencia de caries en los adultos encuestados (padres de familia y estudiantes) ya que tienen una deficiente higiene bucal basada en el desconocimiento de los implementos de higiene oral existentes y el uso indicado de los mismos, una gran parte se debe a una dieta no equilibrada basada en su mayoría en carbohidratos y malos hábitos alimenticios, además de estos factores, existe poco interés en asistir a la consulta odontológica por tratamientos preventivos de parte de los pacientes.

Esta propuesta beneficiaría directamente a estudiantes y padres de familia, ya que van a contar con conocimientos que podrán aplicar para mejorar su salud y de esa manera disminuir las caries, gingivitis entre otros.

3. MARCO INSTITUCIONAL

El Colegio Nacional Olmedo cuenta con un departamento odontológico, el mismo que fue creado gracias a las gestiones del Ab. Luis Nieto, quien se desempeñaba como secretario del Ministerio de Bienestar Social en el gobierno del doctor Rodrigo Borja Cevallos. El Ab. Nieto consiguió un sillón odontológico, una lámpara y algunos elementos básicos para el funcionamiento de este departamento; las autoridades del plantel fueron equipando de a poco el mismo para que siga funcionando hasta la presente fecha. Este departamento tuvo como primer Odontólogo al Dr. Guido Sabando, y en la actualidad cuenta con 3 profesionales quienes atienden en cada una de las respectivas secciones.

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Mejorar las medidas de prevención oral en los estudiantes que asisten al Departamento Odontológico del Colegio Nacional “OLMEDO” de la Ciudad de Portoviejo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Educar a los estudiantes mediante charlas que permitan tener los conocimientos de la importancia de la prevención oral
- ✓ Incentivar a los estudiantes para que acudan a la consulta odontológica de manera voluntaria en busca de tratamiento de prevención.
- ✓ Dar a conocer a los estudiantes el uso correcto de los implementos de higiene como lo es el cepillo dental, pasta dental y el enjuague bucal, los mismos que serán entregados a los estudiantes que asisten a la consulta en el departamento odontológico.

5. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

Tomando en consideración el índice epidemiológico y el poco conocimiento de los tratamientos de prevención que tienen los estudiantes que asisten al Departamento Odontológico del Colegio Nacional “OLMEDO” de la Ciudad de Portoviejo. Esta propuesta está encaminada a dar a conocer los tratamientos de prevención como:

Técnicas de cepillado, uso de la pasta dental, enjuagues bucales y conocimientos básicos para una dieta balanceada, para de esa manera lograr mejorar sus hábitos de higiene y de alimentación.

6. BENEFICIARIOS

Los beneficiarios directos son los estudiantes que asisten a la consulta odontológica del Colegio Nacional “OLMEDO” de la ciudad de Portoviejo.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

La propuesta contara de dos etapas:

Primera Etapa: La primera etapa se llevo a cabo en el mes de diciembre del 2010. Realizando el cronograma junto con la doctora de planta del departamento odontológico y con su respectivo inspector, para las charlas educativas las mismas que constan de los siguientes puntos:

- ✓ Salud Oral
- ✓ Métodos de Prevención
- ✓ Implementos de Higiene Oral
- ✓ Alimentación adecuada

Segunda Etapa: La segunda etapa se realizó en el mes de enero del 2011, en la cual se llevo a efecto la enseñanza de la técnica de cepillado, que fue complementada con la práctica realizada por los estudiantes.

Además se hizo la entrega de un kit de higiene bucal, compuesto por: Cepillo dental, pasta dental y enjuague bucal a cada uno de los pacientes para contribuir a su higiene diaria.

8. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

PRIMERA ETAPA

ACTIVIDADES DE LA PRIMERA ETAPA	Mes			
	Diciembre			
	1	2	3	4
Socialización de la propuesta Con los directivos del Colegio	X			
Reunión con la odontóloga e inspector del Colegio para programar las charlas educativas		X		

SEGUNDA ETAPA

ACTIVIDADES DE LA SEGUNDA ETAPA	Mes			
	Enero			
	1	2	3	4
Charlas educativas	X			
Entrega de Kit de higiene bucal.	X			

9. PRESUPUESTO

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTES DE FINANCIAMIENTO
					AUTOGESTIÓN
Cepillos dentales	7	Docena	1.80	10.80	10.80
Pasta dental	81	Unidad	0.80	64.80	64.80
Enjuague bucal	81	Unidad	0.90	72.90	72.90
Sub Total				148.50	148.50
Imprevisto 10% del gasto total				14.85	14.85
Total				163.35	163.35

10. SOSTENIBILIDAD

Esta propuesta es sostenible porque se conto con el tiempo y los medios económicos necesarios para realizarla. Además se tuvo el apoyo de la Odontóloga del Departamento Odontológico del Colegio Nacional “Olmedo”.

Así mismo existió el interés por partes de los estudiantes que asisten a la consulta en aprender a mejorar su salud bucal por medio de la educación y las respectivas practicas que se realizaron.

Se conto también con el apoyo logístico (material educativo) que se encuentra en el Departamento Odontológico.

La sostenibilidad de la misma va a estar dada por la Odontóloga de planta, y el estudiante interno de la Universidad San Gregorio de Portoviejo que realiza su pasantía semestral en dicha institución.

11. FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Esta propuesta fue financiada en su totalidad por los autores de la misma.

ANEXO

1

ÁRBOL DEL PROBLEMA



CRONOGRAMA

Nombre de tarea	Duración	Comienzo	Fin	Predecesoras	Nombres de los recursos
DISEÑO DEL PROYECTO DE TESIS	38 días	lun 06/09/10	mié 27/10/10		
Capacitación sobre diseño de proyectos	23 días	lun 06/09/10	mié 06/10/10		Docente de proyectos de tesis
Elaboración del borrador del proyecto	3 días	mié 13/10/10	vie 15/10/10	2	Autores de tesis
Presentación del proyecto	5 días	lun 18/10/10	vie 22/10/10	3	Autores de tesis
Defensa del proyecto y correcciones de errores	3 días	lun 25/10/10	mié 27/10/10	4	Autores de tesis
APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS	3 días	jue 28/10/10	lun 01/11/10		
Presentación del proyecto en especies valoradas	2 días	jue 28/10/10	vie 29/10/10	5	Autores de tesis
Designación del Tutor de tesis	1 día	lun 01/11/10	lun 01/11/10	7	Tribunal
RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN BIBLIOGRÁFICA	16 días	mar 02/11/10	mar 23/11/10		
Recopilación de textos acordes con el tema investigado	4 días	mar 02/11/10	vie 05/11/10	8	Autores de tesis
Selección de la información bibliográfica	1 día	lun 08/11/10	lun 08/11/10	10	Autores de tesis
Depuración de los contenidos	1 día	mar 09/11/10	mar 09/11/10	11	Autores de tesis
REDACCIÓN DEL MARCO TEÓRICO	8 días	mié 10/11/10	vie 19/11/10		
Redacción del marco teórico	3 días	mié 10/11/10	vie 12/11/10	12	Autores de tesis
Correcciones del marco teórico	5 días	lun 15/11/10	vie 19/11/10	14	Autores de tesis y Tutor de tesis
APLICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO	10 días	lun 22/11/10	vie 03/12/10		
Aplicación de la prueba piloto de los instrumentos	1 día	lun 22/11/10	lun 22/11/10	15	
Aplicación de las encuestas	9 días	mar 23/11/10	vie 03/12/10	17	Autores de tesis
Aplicación de la observación	9 días	mar 23/11/10	vie 03/12/10	18	Autores de tesis
Aplicación de las entrevistas					
TABULACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN	13 días	lun 06/12/10	mié 22/12/10		
Tabulación de los resultados	1 día	lun 06/12/10	lun 06/12/10	19	Autores de tesis
Graficación estadística de la información	3 días	mar 07/12/10	jue 09/12/10	22	Autores de tesis
Análisis e interpretación de los resultados	2 días	vie 10/12/10	lun 13/12/10	23	Autores de tesis

Evaluación del alcance de los objetivos específicos	1 día	mar 14/12/10	mar 14/12/10	24	Autores de tesis
REDACCION DE LAS CONCLUSIONES	1 día	mié 15/12/10	mié 15/12/10		
Redacción de las conclusiones	1 día	mié 15/12/10	mié 15/12/10	25	Autores de tesis
DISEÑO DE LA PROPUESTA	2 días	jue 02/12/10	jue 02/12/10		
Planificación de la propuesta	1 día	vie 03/12/10	vie 03/12/10	27	Autores de tesis
Elaboración de la propuesta	2 días	mar 04/01/11	mie 05/01/11	29	Autores de tesis
Correcciones del diseño de la propuesta	1 día	vie 07/01/11	vie 07/01/11	30	Autores de tesis y Tutor de tesis
REDACCIÓN DEL INFORME FINAL	12 días	lun 20/12/10	mar 04/01/11		
Redacción del borrador del informe final	4 días	lun 20/12/10	jue 23/12/10	31	Autores de tesis
Correcciones del borrador del informe final	2 días	lun 03/01/11	mar 04/01/11	33	Autores de tesis y Tutor de tesis
CORRECCIÓN DEL INFORME FINAL	6 días	lun 10/01/11	lun 17/01/11		
Presentación del borrador del informe final para correcciones	1 día	sab 15/01/11	sab 15/01/11	34	Autores de tesis
Correcciones finales del borrador del informe	5 días	mar 11/01/11	lun 17/01/11	36	Autores de tesis y Tutor de tesis
DEFENSA DEL INFORME FINAL	10 días	lun 17/01/11	vie 28/01/11		
Aprobación de la tesis	9 días	mar 18/01/11	vie 28/01/11	37	Tribunal

PRESUPUESTO

ACTIVIDADES	RECURSOS	CANT	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTE
DESARROLLO DEL MARCO TEÓRICO	Copias Xerox	150	Unidad	0.03	4.50	AUTORES
	Procesador de palabra	50	Horas	0.60	30.00	AUTORES
	Internet	20	Horas	1.00	20.00	AUTORES
	Transporte	20	Carrera taxi	1.00	20.00	AUTORES
	Memory					AUTORES
INVESTIGACIÓN DE CAMPO	Hoja de encuesta original	1	Unidad	0.40	0.40	AUTORES
	Copia de encuesta	85	Unidad	0.03	2.55	AUTORES
	Hoja de ficha odontológica original	1	Unidad	0.40	0.40	AUTORES
	Copia de la ficha odontológica	85	Unidad	0.03	2.55	AUTORES
	Hoja de observación	1	Unidad	0.40	0.40	AUTORES
TABULACIÓN DE DATOS	Hojas bond	10	Unidad	0.02	0.20	AUTORES
	Lápiz	1	Unidad	0.30	0.30	AUTORES
	Calculadora		Unidad			AUTORES
	Corrector	1	Unidad	1.00	1.00	AUTORES
	Resaltador	1	Unidad	1.00	1.00	AUTORES
EVALUACIÓN DE PROPUESTA	Hojas bond	20	Unidad	0.02	0.40	AUTORES
	Procesador de palabra	20	Horas	0.60	12.00	AUTORES
ELABORACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS	Hojas	2	Resma	3.50	7.00	AUTORES
	Tinta negra	1	Cartucho	19.00	19.00	AUTORES
	Tinta a color	1	Cartucho	35.00	35.00	AUTORES
	Procesador de palabra	50	Horas	0.60	30.00	AUTORES
ENTREGA DEL BORRADOR DE LA TESIS	Anillado	3	Unidad	1.50	4.50	AUTORES
	Copia Xerox	300	Unidad	0.03	9.00	AUTORES
SUSTENTACIÓN PRIVADA	Humano docente					AUTORES
ELABORACIÓN DEFINITIVA DE LA TESIS	Tinta negra	2	Cartucho	19.00	19.00	AUTORES
	Tinta a color	2	Cartucho	35.00	35.00	AUTORES
	Procesador de palabra	50	Horas	0.60	30.00	AUTORES
PRESENTACIÓN DE EJEMPLARES	Empastado	3	Unidad	5.00	15.00	AUTORES
	Cd	2	Unidad	0.50	1.00	AUTORES
	Especie valorada	1	Unidad	1.60	1.60	AUTORES
SUB TOTAL					301.80	AUTORES
IMPREVISTO 10% DEL GASTO TOTAL					30.18	AUTORES
TOTAL					331.98	AUTORES

ANEXO

2

HISTORIA CLÍNICA COLEGIO NACIONAL OLMEDO

Diagnóstico de la cavidad oral de los estudiantes del Tercer Año de Bachillerato paralelos "A y B"

Por: Glen Barcia y Lourdes Mejía

HISTORIA CLÍNICA

Nombre del paciente:.....Curso.....Paralelo.....

Edad.....Sexo.....Domicilio del paciente.....

Fecha del llenado de la ficha.....

ANTECEDENTES				EXAMEN CLÍNICO					
	SI	NO	NO SABE		NORMAL	PATOLOGÍA		NORMAL	PATOLOGÍA
Esta bajo tratamiento medico				Piel			Lengua		
Es propenso a la hemorragia				Labios			Glándulas Salivales		
Es alérgico algún medicamento				Carrillos			Ganglios		
Es alérgico a algún alimento				Paladar			ATM		
Ha tenido complicaciones con la anestesia				Mucosa			Otros		
Esta usted embarazada				Piso de la boca					

6 ODONTOGRAMA PINTAR CON: AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL
MOVILIDAD Y RECESIÓN: MARCAR "X" (1, 2 ó 3), SI APLICA

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

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				
PIEZAS DENTALES	PLACA	CÁLCULO	GINGIVITIS	
16	17	55		
11	21	51		
26	27	65		
36	37	75		
31	41	71		
46	47	85		
TOTALES				

8 INDICES CPO-ceo

D	c	p	o	TOTAL
d	c	e	o	TOTAL



UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO

Universidad San Gregorio de Portoviejo.
Unidad Académica de Salud.
Carrera de Odontología.

FORMULARIO DE ENCUESTA.

GLEN BARCIA Y LOURDES MEJIA EGRESADOS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
NECESITAMOS RECOLECTAR DATOS PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN, REQUISITO
PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGOS.
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS PADRES DE FAMILIA DEL COLEGIO NACIONAL OLMEDO

Sobre: Nivel Socio – Económico y Dieta

- a. LA VIVIENDA QUE OCUPA ESTE HOGAR ES.
- Propia
Arrendada
En anticreses
Gratuita
Por servicios
Otros
- b. TIPO DE VIVIENDA
- Casa de caña
Hormigón armado
Casa mixta
- c. COMO SE OBTIENE EL AGUA PARA LA VIVIENDA?
- Por tubería dentro de la vivienda
Por tubería fuera de la vivienda pero dentro del edificio o lote
Por tubería fuera del edificio, lote o terreno
No recibe agua por tubería, sino por otros medios
- d. DE DONDE PROVIENE EL AGUA QUE RECIBE?
- De red publica
De río, vertiente, acequia o canal
De pozo
De carro repartidor
Otro
- e. COMO SE ELIMINAN LAS AGUAS NEGRAS O SERVIDAS DE ESTA VIVIENDA?
- Por red pública de alcantarillados
Por pozo séptico
Por pozo ciego
De otra forma
- f. DISPONE LA VIVIENDA DE LUZ ELÉCTRICA
- Toma corriente
Medidor propio
Comparte con el vecino
- g. COMO SE ELIMINA LA BASURA DE LA VIVIENDA?
- Por carro recolector
Por incineración o en tierra
- h. DISPONE LA VIVIENDA DE SERVICIO TELEFÓNICO
- Línea prestada
Propia
No dispone
- i. EN ESTE HOGAR ¿CUANTOS CUARTOS O PIEZAS SE UTILIZAN SOLO PARA DORMIR?
- Uno
Dos
Tres
Cuatro
Otros
Ninguno
- j. EL SERVICIO HIGIÉNICO QUE TIENE ESTE HOGAR ES?
- De uso exclusivo del hogar
De uso común o varios hogares
Letrina
No tiene

k. EL SERVICIO DE DUCHA DE BAÑO QUE TIENE ESTE HOGAR ES?

- De uso exclusivo del hogar
De uso común o varios hogares
No tiene

l. EL TRABAJO QUE POSEE USTED ES

- Empleado del sector público
Empleado del sector privado
Desempleado
Ninguno

m. ACTUALMENTE ESTA?

- Unido
Viudo
Soltero
Separado
Casado
Divorcio

b. FRECUENTEMENTE QUE ALMUERZA?

- | | | | |
|----------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Ensaladas | <input type="checkbox"/> | Jugo natural | <input type="checkbox"/> |
| Colada | <input type="checkbox"/> | Cola | <input type="checkbox"/> |
| Arroz | <input type="checkbox"/> | Encebollados | <input type="checkbox"/> |
| Pollo | <input type="checkbox"/> | Carne de res | <input type="checkbox"/> |
| Caldo | <input type="checkbox"/> | Jugo artificial | <input type="checkbox"/> |
| Agua | <input type="checkbox"/> | Menestra | <input type="checkbox"/> |
| Fideos | <input type="checkbox"/> | Pescado | <input type="checkbox"/> |
| Carne de cerdo | <input type="checkbox"/> | Ceviche | <input type="checkbox"/> |

c. FRECUENTEMENTE QUE MERIENDA?

- | | | | |
|----------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Café | <input type="checkbox"/> | Agua aromática | <input type="checkbox"/> |
| Cola | <input type="checkbox"/> | Tallarín | <input type="checkbox"/> |
| Arroz | <input type="checkbox"/> | Agua con panela | <input type="checkbox"/> |
| Pollo | <input type="checkbox"/> | Carne de res | <input type="checkbox"/> |
| Caldo | <input type="checkbox"/> | Jugo artificial | <input type="checkbox"/> |
| Tortilla | <input type="checkbox"/> | Menestra | <input type="checkbox"/> |
| Tallarín | <input type="checkbox"/> | Pescado | <input type="checkbox"/> |
| Menestra | <input type="checkbox"/> | Rosca | <input type="checkbox"/> |

NIVEL DE EDUCACIÓN

a. SABE LEER Y ESCRIBIR?

- Leer
Escribir
Leer y Escribir
Ninguno

b. CUÁL ES EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN MAS ALTO AL QUE ASISTE O ASISTIÓ?

- Centro de alfabetización
Primario
Secundario
Educación Básica
Educación Media
Ciclo post bachillerato
Superior
Post grado
Educación a distancia

DIETA CARIOGÉNICA

a. FRECUENTEMENTE QUE DESAYUNA?

- | | | | |
|---------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| Café en agua | <input type="checkbox"/> | Maní | <input type="checkbox"/> |
| Jugo natural | <input type="checkbox"/> | Plátano | <input type="checkbox"/> |
| Yogurt | <input type="checkbox"/> | Pescado | <input type="checkbox"/> |
| Cereal | <input type="checkbox"/> | Tortilla de harina | <input type="checkbox"/> |
| Avena | <input type="checkbox"/> | Café con leche | <input type="checkbox"/> |
| Jugo Artificial | <input type="checkbox"/> | Pan | <input type="checkbox"/> |
| Mantequilla | <input type="checkbox"/> | Encebollado | <input type="checkbox"/> |
| Frutas | <input type="checkbox"/> | Pollo | <input type="checkbox"/> |
| Tortilla de plátano | <input type="checkbox"/> | Queso | <input type="checkbox"/> |



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.



Figura 4.



Figura 5.



Figura 6.



Figura 7.



Figura 8.



Figura 9.

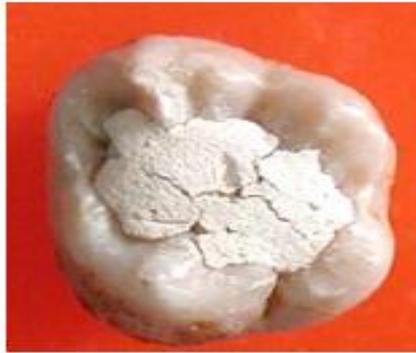


Foto 4. Diente con obturación en cemento de óxido de zinc modificado sometido a 400°C. 1. Desadaptación marginal del cemento. 2. Grietas superficiales en el cemento.

Figura 10.



Figura 11.

ANEXO

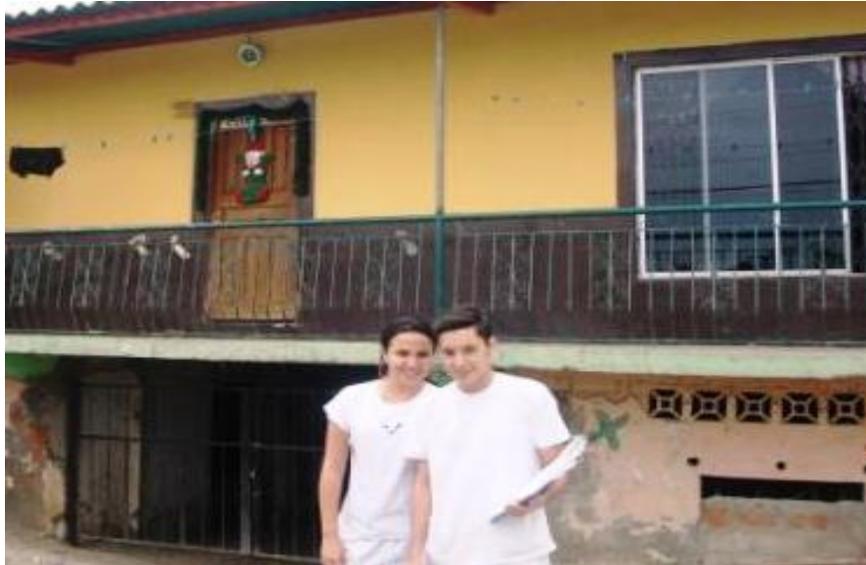
3

REALIZACIÓN DE FICHAS CLÍNICAS





ENCUESTAS REALIZADAS A LOS PADRES DE FAMILIA







CHARLAS A LOS ESTUDIANTES





ENTREGA DE LOS IMPLEMENTOS DE HIGIENE ORAL



