

Universidad Central de Venezuela

Facultad de Odontología

Comisión de Estudios de Postgrado

Maestría en Práctica Social y Salud

**PERFIL DE SALUD-ENFERMEDAD BUCAL Y SU RELACIÓN CON LA
INSERCIÓN SOCIAL EN LA POBLACIÓN ESCOLARIZADA DE 7 AÑOS A
13 AÑOS DEL MUNICIPIO PLAZA ESTADO MIRANDA PERIODO 2007-
2008**

Trabajo especial presentado ante la ilustre Universidad Central de Venezuela por el Odontólogo Yasmin Gema Yuabe, para optar al título de Magíster Scientiarum en Práctica Social y Salud.

Caracas, Noviembre 2010

Universidad Central de Venezuela

Facultad de Odontología

Comisión de Estudios de Postgrado

Maestría en Práctica Social y Salud

**PERFIL DE SALUD-ENFERMEDAD BUCAL Y SU RELACIÓN CON LA
INSERCIÓN SOCIAL EN LA POBLACIÓN ESCOLARIZADA DE 7 AÑOS A
13 AÑOS DEL MUNICIPIO PLAZA ESTADO MIRANDA PERIODO 2007-
2008**

Autor:

Od. Yasmin Gema Yuabe

Tutor:

Prof. Sara Vera Ascanio

Caracas, Noviembre 2010

Aprobado en nombre de la Universidad Central de Venezuela por el siguiente jurado examinador:

Sara Vera Ascanio

Firma: _____

Tutor

Miriam Sánchez

Firma: _____

Jurado

Rosalba Barrios

Firma: _____

Jurado

Lugar y Fecha: _____

Observaciones: _____

Si queremos descubrir el carácter social del proceso Salud-enfermedad, no debemos estudiarlo en el individuo aislado sino en el grupo humano, puesto que se demuestra con más certidumbre en éste. Es así, porque el mayor peso de la variabilidad biológica en el individuo tiende a oscurecer las características sociales de la salud-enfermedad, que aparecen con más nitidez en los patrones de enfermar y morir de los grupos humanos, esto es, en sus distintos perfiles patológicos

Asa Cristina Laurell

DEDICATORIA

A mi madre, a mi esposo y mi hijo por haberme apoyado en cada momento en que creí imposible llegar a la meta, quienes siempre me alentaron con su amor incondicional.

A mi tutora la profesora Sara Vera quien siempre me brindó una mano amiga ofreciéndome un mar de conocimientos y conduciéndome de una manera didáctica como sólo ella sabe, al objetivo deseado.

A mi amiga Edda Sánchez la única odontóloga que me ayudó sin límite de tiempo, hizo posible parte importante de este trabajo, les regalo este trabajo junto con parte de mi corazón y la certeza que siempre estarán ocupando una parte importante de mi alma.

Les doy mil gracias.

Índice de Contenidos

	Pagina
DEDICATORIA.....	i
LISTAS DE TABLAS.....	v
RESUMEN.....	xiv
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	9
PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	
Planteamiento del Problema.....	9
1.-Caracterización del Municipio Plaza.....	24
2.-Formulación del Problema.....	31
3.-Objetivo General.....	32
4.-Objetivos Específicos.....	32
5.-Justificación de la investigación.....	32
CAPÍTULO II	
MARCO TÉORICO	
1.-Antecedentes de la investigación.....	35
2.-Bases teóricas.....	43
3.-Teoría de la Determinación Social en Salud.....	46
CAPITULO III	
MARCO METODOLÓGICO	
1.-Diseño de Investigación.....	55
2.-Definición de Variables.....	62
3.- Operacionalización de las Variables.....	63
4.- Diseño Muestral.....	70
5.-Instrumentos de recolección de datos.....	78
6.- Calibración y entrenamiento.....	79
7. Descripción del procedimiento.....	81
8.-Criterios para la clasificación de los grupos sociales.....	85
9.-Criterios para el componente bucal.....	91
10.-Criterios para clasificación de alimentos.....	92
11.-Criterios para la medición de las Patologías Bucales.....	94
12.-Criterios para la clasificación de la presencia o ausencia de Maloclusiones.....	100
13.-Procesamiento y análisis de datos.....	102

CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	107
1.- Distribución general de la Muestra.....	108
2.- Distribución de los grupos familiares según inserción social.....	110
3.- Proceso Productivo.....	121
4.- Proceso de Consumo.....	134
5.- Perfil Patológico de Salud-Enfermedad Bucal.....	171
6.- Relación del perfil epidemiológico bucal con los grupos sociales....	271
CONCLUSIONES	321
RECOMENDACIONES.....	338
REFERENCIAS.....	341
ANEXOS	
A. Clasificación de la población según las edades del Municipio Plaza.....	344
B. Mortalidad por causas en el Municipio Plaza Estado Miranda 2006.....	345
C. Operacionalización de la Variable Inserción Social según Breilh y Granda.....	346
D. Planteles del Municipio Plaza.....	348
E. Sujetos Seleccionados.....	352
F. Ficha Clínica Odontológica.....	359
G. Instructivo de Ficha Clínica Odontológica.....	360
H. Instructivo para la evaluación de la condición social	374
I. Cuestionario para la evaluación de la condición social.....	384
J. Manual de codificación.....	390
K. Modelo de carta dirigido a los planteles seleccionados.....	400
L. Circular dirigido a los representantes de los niños.....	402
M. Material de Documentación de la U.E.E “Zenobia Vergara”.....	403
N. Material de Documentación de U.E “Menca de Leoni II”.....	404
O. Manual del encuestador de Amazonas.....	412
FOTOGRAFÍAS	
A. Calibración.....	415
B. U.E. “José Rafael Pocaterra”.....	423
C. U.E.E “Zenobia Vergara”.....	426
GLOSARIO.....	433

LISTAS DE TABLAS

Tabla I. Distribución de la muestra según edad y sexo por escuela. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008...107

Tabla II. Distribución de la muestra según inserción social de las familias de los estudiantes de la Escuela Nacional Menca de Leoni II. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza Estado Miranda .Año 2008.....112

Tabla III. Distribución de muestra según inserción social de las familias de los estudiantes de la Escuela. Estadal Zenobia Vergara .Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año.....113

Tabla IV Distribución de la muestra según inserción social de las familias de los estudiantes de la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.....114

Tabla V Distribución porcentual general de los grupos familiares de cada plantel educativo según inserción social. Distrito SanitarioN°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.....115

Tabla VI. Distribución general porcentual de la muestra según inserción social con relación a fuente de ingresos del jefe de las familias.....121

Tabla VII. Distribución porcentual general de la fuente de ingresos de los grupos familiares de cada plantel educativo .Distrito SanitarioN°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.....123

Tabla VIII. Distribución de la muestra según inserción social con relación a Ingreso mensual del grupo familiar de los estudiantes de la Escuela Nacional Menca de Leoni II. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, año 2008 Estado Miranda. Año 2008.....127

Tabla X. Distribución de la muestra según inserción social con relación a Ingreso mensual del grupo familiar de los estudiantes de la Escuela Estadal Zenobia Vergara. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda, año 2008.....128

Tabla XI. Distribución de la muestra según inserción social con relación a Ingreso mensual de grupo familiar de los estudiantes de la Unidad

Educativa “José Rafael Pocaterra”. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.....	129
Tabla XI. Distribución porcentual general de ingresos de los grupos familiares de cada plantel educativo .Distrito SanitarioN°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.....	130
Tabla XII. Distribución de la muestra según inserción social con relación a la instrucción del Jefe de familia de la Escuela Nacional Menca de Leoni II. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, año 2008 Estado Miranda. Año 2008.....	134
Tabla XIII Distribución de la muestra según inserción social con relación a la Instrucción del Jefe de familia de la Escuela. Estadal Zenobia Vergara. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.....	135
Tabla XIV Distribución de la muestra según inserción social con relación a la Instrucción del Jefe de familia de la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.....	136
Tabla XV Distribución porcentual general de la instrucción del jefe de familia por planteles educativos.....	137
Tabla XVI. Distribución porcentual general de la instrucción del Jefe familia grupos familiares.....	139
Tabla XVII. Distribución de la muestra según inserción social con relación al tipo de vivienda.....	142
Tabla XVIII. Distribución porcentual general del tipo de vivienda de los grupos familiares con relación al plantel educativo.....	145
Tabla XIX. Distribución de la muestra según inserción social con relación a la tenencia de la vivienda.....	147
Tabla XX. Distribución de la muestra según inserción social con relación a la Disponibilidad de Agua Potable en la vivienda del niño.....	148
Tabla XXI. Distribución de la muestra según inserción social con relación a la Disposición de la Basura en la vivienda del niño.....	150

Tabla XXII. Distribución general de la muestra según inserción social con relación al Suministro de Electricidad en la vivienda del niño. Estado Miranda. Año 2008.....	152
Tabla XXIII..Distribución de la muestra según inserción social con relación a los medios de Disposición de las Excretas en la vivienda del niño. Escuela Nacional Menca de Leoni II. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.....	154
Tabla XXIV.. Distribución porcentual general según inserción social con relación al Origen del Conocimiento sobre Salud Bucal de los representantes.....	156
Tabla XXV. Distribución porcentual general según inserción social con relación al Conocimiento sobre Presencia de Caries	158
Tabla XXVI. Distribución porcentual general de la muestra según inserción social con relación a la Frecuencia de Cepillado de los niños.....	161
Tabla XXVII. Distribución porcentual general. de la inserción social con relación a los medios utilizados por el niño para su higiene bucal.....	164
Tabla XXVIII. Distribución porcentual general según inserción social con relación a las razones por la que se lleva al niño al odontólogo.....	166
Tabla XXIX. Distribución de la muestra según inserción social con relación a las razones por la que se lleva al niño al odontólogo. Escuela Nacional Menca de Leoni II. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.....	168
Tabla XXX. Distribución de la muestra según inserción social con relación a las razones por la que se lleva al niño al odontólogo. Escuela Estatal Zenobia Vergara. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.....	169
Tabla XXXI. Distribución de la muestra según inserción social con relación a las razones por la que se lleva al niño al odontólogo. Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.....	170
Tabla XXXII. Distribución general porcentual según inserción social con relación al tipo de servicio de asistencial que se lleva al niño.....	173

Tabla XXXIII. Distribución porcentual general según inserción social con relación a la Facilidades de acceso al servicio odontológico.....	176
Tabla XXXIV. Distribución porcentual general según inserción social con relación a la frecuencia de asistencia del niño al odontólogo.....	178
Tabla XXXV. Distribución general de la muestra según inserción social con relación al tiempo desde la casa hasta donde está el odontólogo. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.....	181
Tabla XXXVI. Distribución de la muestra según inserción social con relación a los alimentos que consume los niños en el desayuno la Escuela Estatal Zenobia Vergara. Distrito Sanitario N°3.....	183
Tabla XXXVII Distribución de la muestra según inserción social con relación a los alimentos que consumió el niño, el día anterior en el desayuno. Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”. Distrito Sanitario N°3.....	186
Tabla XXXVIII. Distribución de la muestra según inserción social con relación a los alimentos que consume los niños en el almuerzo la Escuela Estatal Zenobia Vergara. Distrito Sanitario N°3.....	191
Tabla XXXIX. Distribución de la muestra según inserción social con relación a los alimentos que consumió el niño, el día anterior en el almuerzo. Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”. Distrito Sanitario N°3.....	194
Tabla XL. Distribución de la muestra según inserción social con relación a alimentos consumidos en la cena de los estudiantes de la Escuela Nacional Menca de Leoni II. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.....	198
Tabla XLI. Distribución de la muestra según inserción social con relación a los alimentos que consume los niños en la cena. Escuela Estatal Zenobia Vergara. Distrito Sanitario N°3.Año 2008.....	201
Tabla XLII. Distribución de la muestra según inserción social con relación a los alimentos que consumió el niño, el día anterior en la cena. Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”. Distrito Sanitario N°3.....	203
Tabla XLIII Distribución de la muestra según inserción social con relación a merienda de los estudiantes de la Escuela Nacional Menca de Leoni II. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008....	208

Tabla XLIV. Distribución de la muestra según inserción social con relación al grupo de alimentos que conforman la merienda de los estudiantes de la Escuela Nacional Menca de Leoni II. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.....	209
Tabla XLV. Distribución de la muestra según inserción social con relación al origen de los alimentos que forman la merienda de los niños .Escuela Estadal Zenobia Vergara. Distrito Sanitario N°3, Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.....	210
Tabla XLVI. Distribución de la muestra según inserción social con relación a los alimentos que consumen la merienda. Escuela Estadal Zenobia Vergara. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.....	212
Tabla XLVII. Distribución de la muestra según inserción social con relación al origen de los alimentos que forman la merienda de los niños. Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.....	213
Tabla LXVIII. Distribución de la muestra según inserción social con relación a los alimentos que consumen la merienda. Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008 Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.....	215
Tabla LXIX. Distribución de la muestra según inserción con relación a la frecuencia con que el niño consume dulces. Escuela Nacional Menca de Leoni II. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda 2008.....	219
Tabla L. Distribución de la muestra según inserción social con relación a la frecuencia con que el niño consume dulces. Escuela Estadal Zenobia Vergara. Distrito sanitario N°3.Municipio Plaza. Estado Miranda. Año 2008.....	221
Tabla LI. Distribución de la muestra según inserción social con relación a la frecuencia con que el niño consume dulces. Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.....	222
Tabla LII. Distribución porcentual general según inserción social con relación a las Chucherías más frecuentemente consumidas por el niño.....	226

Tabla LIII. Distribución de la muestra por edades con relación al Índice ceo del grupo escolar de la Escuela Nacional Menca de Leoni II. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza. Estado Miranda .año 2008.....	229
Tabla LIV. Distribución de la muestra por edades con relación al Índice ceo del grupo escolar de la Escuela Estadal Zenobia Vergara. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.....	231
Tabla LV. Distribución de la muestra por edades con relación al Índice ceo del grupo escolar de la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”. Distrito sanitario N°3.Municipio Plaza Estado Miranda año 2008.....	233
Tabla LVI. Distribución de la muestra según las edades con relación al Índice CPOD del grupo escolar de la Escuela Nacional Menca de Leoni II. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008...	236
Tabla LVII. Distribución de la muestra según las edades con relación al Índice CPOD del grupo escolar de la Escuela Estadal Zenobia Vergara. Distrito Sanitario N3. Municipio Plaza, Estado Miranda .Año 2008.....	238
Tabla LVIII Distribución de la muestra según las edades con relación al Índice CPOD del grupo escolar de la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.....	239
Tabla LIX. Distribución porcentual según las edades con relación a la condición del los dientes temporales del grupo escolar de la Escuela Nacional Menca de Leoni II. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.....	242
Tabla LX. Distribución porcentual según las edades con relación a la condición de los dientes permanentes del grupo escolar de la Escuela Nacional Menca de Leoni II. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda año 2008.....	244
Tabla LXI. Distribución de la muestra según las edades con relación a la condición del los dientes temporales afectados del grupo escolar de la Escuela Estadal Zenobia Vergara .Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.....	247
Tabla LXII: Distribución de la muestra según las edades con relación a la condición del los dientes permanentes afectados del grupo escolar de la Escuela Estadal Zenobia Vergara .Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.....	249

Tabla LXIII. Distribución de la muestra según las edades con relación a la condición de los dientes temporales del grupo escolar de la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, año 2008 Estado Miranda.....	252
Tabla LXIV. Distribución de la muestra según las edades con relación a la condición de los dientes permanentes del grupo escolar de la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.....	255
Tabla LXV. Descripción del comportamiento de los Índice CPOD grupal y ceo grupal por edades de los niños en los centros educativos. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, año 2008 Estado Miranda.....	259
Tabla LXVI. Distribución de la muestra según las edades con relación a la placa y cálculo del grupo escolar de la Escuela Nacional Menca de Leoni II. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.....	262
Tabla LXVII. Distribución de la muestra según las edades con relación a la placa y cálculo del grupo escolar de la Escuela Estatal Zenobia Vergara. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.....	264
Tabla LXVIII. Distribución de la muestra según las edades con relación a la placa y cálculo del grupo escolar de la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.....	265
Tabla LXIX. Distribución porcentual total de las edades con relación al Índice de Higiene Oral Simplificado de los grupos escolares	267
Tabla LXX. Distribución de la muestra según la edad con relación al índice de Maloclusión del los grupos escolares estudiados.....	270
Tabla LXXI. Distribución general de la muestra según inserción social de los grupos escolares por edades .Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda año 2008.....	271
Tabla LXXII. Distribución general de la muestra según inserción social con relación al ceo del grupo escolar de la Escuela Nacional Menca de Leoni II. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.....	273

Tabla LXXIII. Distribución porcentual inserción social con relación al ceo del grupo escolar de la Escuela Nacional Menca de Leoni II. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.....	275
Tabla LXXIV. Distribución porcentual según inserción social con relación al ceo del grupo escolar Zenobia Vergara. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.....	277
Tabla LXXV. Distribución porcentual según inserción social con relación al ceo del grupo escolar de la Escuela Estadal Zenobia Vergara. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. 2008	278
Tabla LXXVI. Distribución de la muestra según inserción social con relación al ceo del grupo escolar de la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”Escuela. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.....	279
Tabla LXXVII. Distribución porcentual según inserción social con relación al ceo del grupo escolar de la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, año 2008 Estado Miranda.....	281
Tabla LXXVIII. Distribución porcentual general según inserción social con relación al ceo en todas las unidades educativas.....	283
Tabla LXXIX. Distribución de la muestra según inserción social con relación al CPOD del grupo escolar de la Escuela Nacional Menca de Leoni II. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.....	286
Tabla LXXX. Distribución de la muestra según inserción social con relación al CPOD del grupo escolar de la Escuela Estadal Zenobia Vergara. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, año 2008 Estado Miranda. Año 2008.....	289
Tabla LXXXI. Distribución de la muestra según inserción social con relación al CPOD del grupo escolar de la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.....	291
Tabla LXXXII Distribución porcentual general según inserción social con relación al CPOD de los grupos escolares.....	294

Tabla LXXXIII. Distribución de la muestra según inserción social con relación a la condición de los dientes temporales de los escolares Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.....	297
Tabla LXXXIV Distribución de la muestra según inserción social con relación a la condición de los dientes permanentes de los escolares Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.....	301
Tabla LXXXV Distribución de la muestra según inserción social con relación a la placa y cálculo del grupo escolar de la Escuela Nacional Menca de Leoni II. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.....	304
Tabla LXXXVI. Distribución de la muestra según inserción social con relación a la placa y cálculo del grupo escolar de la Escuela Zenobia Vergara. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda Año 2008	307
Tabla LXXXVII. Distribución de la muestra según inserción social con relación a la placa y cálculo del grupo escolar de la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra” Escuela. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.....	309
Tabla LXXXVIII Distribución porcentual general según la inserción social con relación al Índice de Higiene Oral Simplificado de los Grupos Escolares.....	311
Tabla LXXXIX Distribución porcentual total según la inserción social con relación al índice de Maloclusión de los escolares.....	313

RESUMEN

Perfil de salud enfermedad bucal y su relación con la inserción social de la población escolarizada de 7 a 13 años de edad residente en el Municipio Plaza. Yuabe B., Yasmin, 2010. Universidad Central de Venezuela, Facultad de Odontología.

El estudio tiene como objetivo la obtención de datos sobre la salud bucal de la población del Municipio Autónomo Plaza con la finalidad de determinar, describir y conocer el comportamiento de la enfermedad bucal para cada uno de los grupos sociales. El trabajo realizado se caracterizó por ser una investigación de campo, basada en observaciones directas, sustentada por una revisión documental, de corte transversal, caracterizado por la selección de una muestra polietápica por edades en la población de niños escolarizados de Guarenas entre 7 años a 13 años de edad, sobre el cual se realizaron mediciones en los componentes de variable perfil salud enfermedad bucal en sus dos dimensiones producción y consumo. Utilizándose para esto técnicas de encuesta y examen clínico odontológico a través de un cuestionario y ficha clínica. A través de la investigación se pudo obtener en primer lugar, grupos sociales según la reproducción social imperante en el Municipio Autónomo Plaza, lo que permitió concluir que a pesar que las políticas sociales han mejorado la calidad de vida de los grupos sociales más vulnerables, en relación a su alimentación, vivienda y salud bucal, se halló que menos de la mitad de los jefes de familia posee empleos estables, así como un deterioro del poder adquisitivo de los grupos sociales, incluyendo al grupo V, observando deficiencias en la educación formal que dificultan la accesibilidad de mejores condiciones laborales. Con relación prevalencia de las patologías bucales como son: las caries, las enfermedades periodontales y las maloclusiones, se encontró una disminución. La atención dispensada en los nuevos servicios odontológicos sigue teniendo un carácter curativo, encontrándose lejos de lograr un verdadero cambio en relación a saberes y hábitos saludables capaces de controlar y prevenir las patologías bucales a edades tempranas.

Palabras Claves: Perfil de salud enfermedad bucal, Inserción social, Producción, Consumo.

INTRODUCCIÓN

Desde los inicios de la explotación petrolera, se observó en Venezuela un empobrecimiento que fue creciendo con el tiempo produciendo las más graves consecuencias en el plano social y político aparejado del deterioro de la economía. Durante la segunda mitad del siglo XX las condiciones de vida del venezolano fueron afectadas por distintos factores, entre los cuales se puede mencionar la profundización de la pobreza, inestabilidad laboral, incremento de la economía informal, con un ascenso significativo de los índices de criminalidad, deterioro de los índices de educación, el empeoramiento del desempeño de los servicios de salud, agudizándose en la última década del mismo siglo, traduciéndose en un deterioro mayor de la calidad de vida del venezolano.

Por otra parte, la falta de presupuesto, unida a la carencia de insumos y medicamentos, deterioró la prestación de atención en salud en los servicios públicos, lo que originó la reaparición de enfermedades que se creían controladas como la malaria, el cólera y la tuberculosis. Además hicieron aparición otras enfermedades como el SIDA, se incrementaron las enfermedades degenerativas como los problemas cardiovasculares, el cáncer, la desnutrición y las enfermedades psicosociales, entre otras.

Con relación a la salud bucal observó una verdadera acumulación de necesidades bucales, consecuencia por un lado al tipo de atención dispensada en los servicios públicos, despreocupada por las actividades preventivas basadas en actividades curativas y mutiladoras y por el otro lado los pocos servicios odontológicos, el deterioro de los ya existentes, unido a la falta de equipos y suministros se tradujo en una atención deficiente.

Debido a que el proceso de salud-enfermedad se encuentra inmerso en un contexto social, este puede afectar a grupos de individuos con determinadas características socioeconómicas y culturales, consecuencia de condiciones de trabajo y de vida. (Rojas 82:13).

Se pudiera decir que la inserción de los grupos sociales en el aparato productivo, las condiciones como se desarrollan de las fuerzas productivas y las relaciones sociales específicas, en un determinado momento histórico determinan un perfil reproductivo, que a su vez determinan componentes capaces de establecer en los miembros efectos típicos de riesgos o de protección que influyen en el establecimiento de la salud o enfermedad. (Breilh J y Granda E. 1985:201,202)

De acuerdo a lo anteriormente expuesto y teniendo presente las diferentes estrategias aplicadas por el actual gobierno para mejorar las condiciones de exclusión social de la población venezolana, iniciada en los

primeros años de este siglo, hace interesante el estudio del perfil de salud-enfermedad bucal de la población de niños escolarizados, específicamente en este estudio los del Municipio Autónomo Plaza del Estado Miranda, ya que su cercanía con la región capital ha acelerado el desarrollo y crecimiento del Municipio, debido a la expansión y sobrepoblación de la ciudad de Caracas, favoreciendo el establecimiento de la problemática socio-económica urbana, que determinará los perfiles epidemiológicos bucales propios de cada grupo social presentes en el Municipio Plaza, que pueden estar o no influenciados por diferentes programas implementados por el Estado Venezolano con la finalidad de mejorar las condiciones de vida de la población, dentro de una realidad histórico capitalista.

Con el objeto de facilitar la presentación de sus diferentes contenidos, el presente trabajo se divide en cinco capítulos: En el Capítulo I se encuentra el planteamiento del problema de investigación, donde se describe el deterioro político y socio-económico que sufrió el país producto de políticas excluyentes, que ocasionaron grandes desigualdades en la prestación de servicios públicos, entre los que se encuentra el sector salud, unido al deterioro de la calidad de vida del venezolano lo que repercutió en la insatisfacción de sus necesidades ya fuesen básicas o creadas, que agravaron la condición de salud-enfermedad entre las que se encuentra la prevalencia de las enfermedades bucales. El objetivo general del estudio será determinar la relación que existe entre el perfil epidemiológico de salud-

enfermedad bucal y la inserción social, en la población escolarizada de 7 a 13 años residente en el Municipio Plaza del Estado Miranda, durante el período 2007-2008. y los objetivos específicos que se proponen para solventar la problemática planteada. Además contiene la justificación, la cual se dirige a alegar los fundamentos sociales y económicos propios de la población del Municipio Plaza que originan el perfil epidemiológico bucal, proporcionándonos así la comprensión de la situación, lo cual permitirá aclarar la importancia de la investigación basado en las características socio-históricas y socio-económicas de la población objeto de estudio.

En el Capítulo II, se exponen los antecedentes y las bases teóricas sobre la que se va a fundamentar el análisis, así como la operacionalización de las variables presentes en los objetivos planteados, donde se exponen y se relacionan las enfermedades bucales con las condiciones socio-económicas de los grupos sociales de la población estudiada y un glosario de términos propios del tema de investigación.

En el Capítulo III se explica la metodología de investigación que se utilizó para cubrir los objetivos del estudio. Los resultados que se obtuvieron fueron interpretados a la luz de la Teoría de la Determinación Social.

En el Capítulo IV se presentan los resultados y análisis donde se describe el comportamiento de las variables estudiadas con relación a la

producción, el consumo, y su relación con las enfermedades bucales presentes en los grupos sociales, en los que se clasificó a la población de Guarenas.

En relación a las conclusiones más resaltantes encontramos:

Clasificación de la población del Municipio Autónomo Plaza de acuerdo a sus características y proporciones en:

Grupo social III el cual se destacó por su mayor proporción, lo que indicó que un número importante de grupos familiares se encuentra vinculados directamente a la producción capitalista, conformado por empleados y obreros especializados, seguido del Grupo social IV constituido por el subproletariado, con poca o ninguna preparación educativa para un determinado oficio.

En un tercer lugar de importancia se ubicó el grupo social II perteneciente a la producción mercantil simple, encontrándose los trabajadores que dispensan un servicio y los que se dedican al comercio, por último se ubicó el grupo social V el cual se presentó en menor proporción al ser comparado con los grupos anteriores, constituido en su mayor proporción de profesionales de ejercicio independiente y en un menor porcentaje de profesionales contratados por la coordinación estatal. Determinándose la ausencia del grupo social I vinculado a las actividades de auto-subsistencia,

demostrando la proliferación urbana, al igual que la del grupo social VI perteneciente a la clase dominante integrada por la burguesía.

En relación al poder adquisitivo se encontró que es insuficiente en los diferentes grupos sociales del Municipio Plaza, debido a los bajos ingresos, deficiente educación formal y la poca oferta de trabajo estable, lo que ha obligado a parte de la población, a hacer uso de los diferentes programas sociales, para compensar estas deficiencias, traduciéndose en un mayor consumo básico (alimentación y vivienda) y en el consumo ampliado (educación y salud). Con relación al grupo social V se evidenció el deterioro en su alimentación consecuencia de un poder adquisitivo que empieza a ser deficiente, distinguiéndose de los grupos anteriores por el poco uso de estos programas sociales, debido a las diferencias existentes entre las clases sociales con relación al consumo ampliado, donde también intervienen el contenido ideológico, político y estatus.

En cuanto al conocimiento presente sobre la salud bucal, en la totalidad de los grupos sociales y en especial el grupo social III y IV, su conocimiento proviene de experiencias particulares de cada grupo familiar, lo que determina un saber influenciado por valores culturales y sociales propios de la reproducción capitalista, condición que se evidenció cuando detallamos el tipo, práctica y uso de medios, donde se señala que el origen de las caries se debe al consumo de dulces y poco cepillado (causa científica), pero también

se señala que los principales medios para su control son el cepillado y el enjuague, lo que evidencia comercialización de ciertos productos de higiene bucal, pero sin garantizar la práctica del hábito. Además se encontró que la mayoría de los grupos sociales son atendidos, en especial los grupos más vulnerables a través de los servicios públicos, el grupo social V se destacó por utilizar en gran parte los servicios odontológicos privados. Otro hecho importante fue la cercanía de los servicios en relación a los hogares de los diferentes grupos sociales.

Al analizar la inserción social y los procesos involucrados en el proceso salud enfermedad bucal de los escolares pertenecientes a los grupos sociales estudiados, se encontró las siguientes características:

Los índices de ceo y CPOD señalan que la caries disminuyó en dentición temporal y aún más en dentición permanente al ser comparado con otros trabajos, que pudiera estar relacionado con los programas sociales dirigidos a la clases sociales más vulnerables, sin embargo al analizar el comportamiento del ceo se observó cierta similitud con otros estudios realizados, como fueron los estudios de Arana, Arias y otros, realizado en Municipio Autónomo Plaza(1994) y de Lillian Barboza efectuado en el área Metropolitana (1997), en donde la enfermedad se acentúa tanto en número de niños como en número de dientes en dentición temporal, iniciándose en edades tempranas (7 años y 8 años), lo que demuestra un rápido desarrollo

del proceso carioso, a medida que se alcanza los 10 años, presentando como particularidad su disminución a medida que el niño entra a los 11 y 12 años debido a que en estas edades culmina el cambio de dentición temporal a permanente. En cuanto al índice de higiene oral se encontró que los niños de mayor índice de higiene oral pertenecían grupo social III y IV seguido del grupo II, ubicándose en una escala moderada. El grupo social V presento un mejor índice de higiene oral.

En la distribución de las maloclusiones por grupo social del presente estudio se apreció que menos de la mitad de población infantil presenta mal posiciones dentarias, donde se observaron los mayores porcentajes en los grupos III y IV seguido del grupo II y el grupo social V.

Tomando en cuenta la situación encontrada, se recomienda un plan acción que tenga como objetivo general, el fortalecimiento de las actividades que garanticen la eficacia y la eficiencia de la atención integral en salud bucal con énfasis en la promoción y prevención masiva, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de la población del Municipio Plaza, Estado Miranda.

Por último se destacan las referencias bibliográficas consultadas y los anexos surgidos durante el desarrollo de la investigación y se presenta un glosario de terminología utilizada en el presente trabajo.

CAPITULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

Planteamiento del Problema

El interés del hombre por la salud se manifiesta desde las primeras comunidades humanas hasta nuestros días; la salud ha sido un fenómeno ante el cual el ser humano no ha dejado de preocuparse y por eso dedica enormes esfuerzos para su obtención, mantenimiento y cuidado. La medicina nació como respuesta pragmática a la necesidad de aliviar el dolor, el sufrimiento y la incapacidad, pero, al evolucionar en interacción con las concepciones predominantes de las demás disciplinas y tecnologías, se fueron desarrollando sus paradigmas. La investigación y las intervenciones médicas se movieron desde la enfermedad del individuo en fase aguda y con síntomas molestos hasta las acciones de educación para preservar la salud de la comunidad.

Grandes hitos en los enfoques de la causalidad en medicina lo constituyeron las observaciones de los médicos griegos acerca de la importancia de los aires, las aguas y los lugares para la salud y las enfermedades, al igual que las ideas de los utopistas del Renacimiento cuando predicaban la posibilidad de crear una sociedad mejor y una vida más sana dotando de mayor calidad los estilos de vida. Todo esto influyó en que se pusiera la atención en la vivienda, la higiene y el hambre, para

explicar las enfermedades y epidemias que azotaron a la Europa de los siglos XVII y XVIII.

El desarrollo de la medicina como ciencia social se inicia en Alemania y en Francia a principio del siglo XIX, consecuencia de la Revolución Industrial que vivió Europa, donde se empieza a promulgar por médicos pertenecientes al Movimiento Reformista o Revolucionario de 1848, la salud como un problema de preocupación social, teniendo la sociedad la obligación de proteger y asegurar la salud, ya que son las condiciones de vida las que actúan sobre ella. (Rojo, C.2007:1,2)

En la actualidad existen muchas investigaciones que demuestran la etiología psicosocial de la salud, por lo cual las variables sociales y del entorno van cobrando mayor peso en los programas de salud. De esta manera, la salud y la enfermedad han devenido conceptos sociales, en tanto son expresión de realidades que no pueden desvincularse del contexto social, de las condiciones socioeconómicas en las cuales tienen lugar y se desarrollan.

En los últimos años han aumentado las investigaciones sobre los determinantes sociales de la salud. Desde Alma Ata, pasando por el famoso Informe Lalonde, otros informes y declaraciones internacionales como la Carta de Ottawa, ahora reforzada por la declaración de Bangkok, afirman

explícitamente que la salud de la población se promueve otorgándole y facilitándole el control de los determinantes sociales que connotados miembros de la Comisión Mundial de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, de reciente formación, las han denominado como “las causas de las causas” de la enfermedad. (OPS/OMS en Perú 2005; 5,20). Esta es en el fondo, la base que sirvió para la emergencia de la promoción de la salud como estrategia fundamental de la salud pública, y es el sustento de su posterior desarrollo. Por lo mismo, se reconoce a la promoción de la salud como la estrategia más efectiva de salud pública más idónea impedir la aparición de casos nuevos de enfermedad a nivel poblacional. Es la promoción de salud capaz de detener o disminuir la incidencia de las enfermedades y mantener en estado óptimo la salud de las poblaciones, precisamente porque actúa sobre esos determinantes.

El fundamento científico de la estrategia de promoción de la salud es, sin duda, la teoría de la determinación social de la salud, según la cual los factores sociales, la inserción social (producción y reproducción), determinan los perfiles de la salud de cada grupo social dentro de un contexto histórico. Al respecto, numerosas investigaciones internacionales y nacionales entre las que se encuentran las realizadas por ejemplo: Rojas, S. 1982, Harnecker, G y Uribe, G. 1971, Córdova, M. 1989, aportan evidencias confirmatorias de la relación existente entre inserción social y salud.

En Venezuela, a lo largo de la segunda mitad del siglo XX, las condiciones de vida del venezolano se vieron gradualmente afectadas por distintos factores, entre los cuales se puede mencionar la profundización de la pobreza, inestabilidad laboral, incremento de la economía informal, con un ascenso significativo de los índices de criminalidad, el deterioro de los índices de educación y el empeoramiento del desempeño de los servicios de salud. Ya para la última década del siglo pasado, las estadísticas macroeconómicas y sectoriales reflejaban claramente la situación de deterioro del país con graves deformaciones dirigidas a las políticas sociales que fueron agravando las condiciones de vida del venezolano, consecuencia de las políticas neoliberales aplicadas por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial para el pago de la deuda externa, lo cual originó que los modelos administrativos asistenciales se caracterizaran por una mezcla del modelo Clásico y Burocrático cuyas bases teóricas y metodológicas se destacaron por ser funcional y biologista.

Al analizar los indicadores sobre la distribución de los recursos económicos provenientes del Producto Interno Bruto (PIB) en el sector público durante la última década del siglo XX y los primeros cuatro años del presente siglo, según el Sistema Integrado de Indicadores Sociales de Venezuela (SISOV), se desprende que el gasto público social venezolano se ubicó en un promedio de 8,3% del PIB durante los últimos 10 años del siglo XX; situación que presenta una mejoría en los primeros cuatro años del siglo

XXI al observarse un promedio de 11,5% del PIB en gasto público social y al desglosar el Gasto Público Social por renglones y comparar el comportamiento en el lapso anteriormente citado, se puede determinar cuáles fueron las áreas a las que se le destinaron más recursos, apreciando que, aun cuando el gasto público social total refleja un claro aumento en los primeros años del siglo XXI, su distribución sectorial no es homogénea. A ese respecto, se observa, por ejemplo, que la mayor parte del incremento se presenta en el sector educación, el cual da un salto de un promedio de 3,3% a 4,6% entre ambos períodos, al igual que el sector seguridad social, cuyo salto es aún mayor, de 1,1% a 3,0%, donde el gasto social en el sector salud se mantuvo prácticamente igual, de 1,4% a sólo 1,5% entre ambos períodos de análisis; esto explica el menoscabo presente en los centros de salud del país. (ONAPRE:1990-2003).

Hecho que cambio, cuando se incorporó el gasto en inversión social de Petróleos de Venezuela, Sociedad Anónima (PDVSA) y el gasto del Fondo de Desarrollo Nacional FONDEN desde 2004. El gasto social para el 2008 fue de 18,60% del PIB, destacándose el sector educación con un 6,09% , el sector seguridad con un 4,51% y el sector salud 2.91%. (Bello, M. Oliveros, A y otros.2009:11)

Para el 2004 el Gobierno Nacional implementa de ciertas estrategias económicas y sociales, aprovechando la bonanza petrolera que tenía como

finalidad de disminuir la pobreza a través de la distribución de la riqueza, el estímulo de la participación popular, reivindicación estatal en la protección de los derechos sociales. Entre las estrategias del Gobierno se encuentran las Misiones dirigidas al área de la salud: Barrio Adentro (consultorios populares) y Barrio Adentro II, que engloban los Centros de Diagnóstico Integral (CDI), Centros Médicos de Alta Tecnología (CAT) y Salas de Rehabilitación (SRI); educación: Misión Robinson, Misión Sucre, Misión Ribas; alimentación: Mercal y PDVAL; empleo: Misión Vuelvan Caras y en vivienda; Misión Vivienda.

Estas acciones se han traducido en una disminución del índice de pobreza dado a conocer en rueda de prensa realizada el 7 de agosto del 2009 por Eljuri E, presidente del Instituto Nacional de Estadística (INE) y publicado en Internet por Venezolana de Televisión, donde señaló:

La pobreza se ha venido reduciendo en los últimos 10 años de manera importante, de 49% en 1998 pasó a 26,4% en 2009"... "la pobreza extrema ha pasado de 21% a 7%, lo que significa que, de acuerdo con las cifras, el número de familias en pobreza extrema se redujo en los últimos 11 años de 985.000 a aproximadamente 453.000, es decir, 54% menos.

Eljuri comentó "para esta encuesta se tomaron en cuenta las características de la vivienda, hogar, población activa e inactiva, así como también la demográfica y educativas.

Estas medidas tuvieron como consecuencia que Venezuela pasara de un Índice de Desarrollo Humano (IDH) medio 0,69 puntos a 0,84 puntos, es decir un IDH alto, según Informe emanado por la Organización de

Naciones Unidas (ONU) dado a conocer el lunes 5 de Octubre 2009 por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) basados en datos del 2007, que surge de la combinación de cuatro indicadores: esperanza de vida, alfabetismo en adulto y tasa bruta combinada de matriculación con educación, PIB per cápita.

Con relación a la seguridad alimentaria, el consumo de alimentos es un indicador de vital importancia que refleja la desigualdad y las condiciones de vida de los venezolanos. Al respecto en investigación realizada por el Banco Central de Venezuela (BCV) en el año 2005 y dada a conocer en el 2007, refleja que el 98% de los hogares venezolanos realiza las 3 comidas diarias. Durante el año 2007, el consumo en general en Venezuela aumentó en casi un 20% debido al incremento del poder adquisitivo de los venezolanos. (PROVEA 2007-2008:67)

Sin embargo, cifras dadas a conocer por el Instituto Nacional de Nutrición en documento publicado en Internet, titulado “Las Políticas Alimentarias y Nutricionales en la Revolución Bolivariana. Perfil nutricional 1990-2008” sobre el consumo de calorías y nutrientes por años demuestran que para el 2004, el consumo de carbohidratos en la población venezolana era de 58,5% mientras que para el 2008 fue de 60,6%; el consumo de grasas para el 2004 era de 30.2% mientras que para el 2008 fue de 30,9; y el de proteínas para el 2004 era de 11,3% mientras que para el 2008 fue de

10,7%, lo que evidencia un incremento en el consumo de carbohidratos, ha permanecido más o menos igual el consumo de grasas y se ha disminuido el consumo de proteínas, pudiendo señalar que el consumo no está asociado a una mejor calidad de ingesta de alimentos, debido al desbalance en el equilibrio entre los tres grupos de alimentos.

De acuerdo a datos emanados por el Banco Central de Venezuela (BCV) entre marzo del 2007 y marzo del 2008 el precio de los alimentos aumentó en un 42.6%, adicionalmente la inflación en el 2007 cerró en un 22.5% lo cual afectó el poder adquisitivo de los venezolanos, ya que el sueldo mínimo para ese momento era de 614,79 Bs, lo que llevó al aumento del sueldo mínimo en un 23% para ubicarse en 799,22Bs. Sin embargo, en términos reales fue mermado por la tasa de inflación que según para el INE presentó una proporción deficitaria para el mes de julio de un 0,4% ya que en agosto la canasta familiar superó los 800 Bs. Si se revisan las cifras del Centro de Documentación de los Trabajadores (Cendas) encontramos que sus datos no coinciden con los del INE, quienes señalan que la canasta alimentaria para Diciembre de 2007 alcanzaba 1.138.89 Bs y para septiembre del 2008 se ubicó en 1.473,17 Bs.

El BCV indica que la inflación ha golpeado de manera distinta a las familias venezolanas dependiendo de su estrato social; las familias de menores recursos se ven afectadas por una inflación de 37,5%; en cambio

los sectores con mayor capacidad adquisitiva la sufren en un 28,9% ya que los más pobres suelen invertir 45 BsF de cada 100 BsF en comida; esto a pesar de que entre 2003 y 2007 las familias del estrato "E" han tenido una recuperación de ingresos de un 160% (PROVEA 2008:68).

Con relación a la educación formal existen mejoras en el lapso escolar 2007-2008 en cuanto a la disponibilidad y accesibilidad de la educación, aumentando los establecimientos educativos en un 2.8% pero todavía continúa el déficit estructural en cuanto la calidad de la educación y la distribución de los logros educativos, la tasa de repitencia entre el primer y sexto grado fue de 5,1% lo que significa una mejora de un 50%, desde el comienzo de la década. La prosecución escolar aumentó a 66% entre 1º grado y 9º grado es decir creció en 3 puntos, lo que significa que de cada 100 alumnos que ingresan a 1º grado, 66 llegan a 9º grado, afirmándose que una de las causas de su retiro son razones económicas y la repitencia. En la educación inicial, básica y media la tasa de escolaridad femenina continúa siendo más alta que la masculina, aunque estas últimas vienen aumentando en todos los niveles. (PROVEA 2008:43)

En relación a las políticas de salud, el Estado se ha propuesto enfrentar el aspecto crítico de la pobreza con el desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, para relanzar los Programas de Salud Pública donde se garantice la calidad, accesibilidad de salud, cobertura, equidad y solidaridad

y la prestación de servicios educativos orientados al personal de salud, como a toda la población, con la finalidad de crear valores, conocimientos, actitudes y acciones que tengan como fin primordial preservar la salud integral. (MSDS, 2001:11)

Sin embargo las políticas dirigidas a la promoción y fomento de la salud, no han tenido el suficiente impacto para superar la problemática que en materia de salud ha afectado a Venezuela desde hace varias décadas, observándose un presupuesto insuficiente para financiar el sistema sanitario y los programas de salud pública, hecho que se pone de manifiesto, al comparar el presupuesto asignado al Ministerio del Poder Popular para la Salud 2007(MPPS), de 4.42 billones de bolívares con el presupuesto del 2006 que fue de 5.01 billones de bolívares (PROVEA 2007), revelando un descenso con respecto al año anterior, afectando el acceso y calidad de los servicios a redes tradicionales, falta de continuidad de la gestión pública, deficiencias de suministros y equipos, unido a la problemática que enfrenta el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) con relación a la desarticulación y fragmentación institucional agravada por la falta de políticas unificadoras como la Ley Orgánica en Salud en discusión en Asamblea Nacional.

Según el boletín Epidemiológico emanado por el Ministerio para el Poder Popular para la Salud (MPPS) correspondiente a la semana del 15 al 21 de

Julio del 2007 las enfermedades infecciosas respiratorias agudas ocuparon el primer lugar como causa de consulta (78.812) seguidas por diarreas (28.255) y fiebre (23.385).

Se reportaron 7 casos sospechosos de sarampión, 23 de rubéola, 271 de parotiditis y 26 de hepatitis aguda, se recibieron 201 muestra de influenza, junto con 788 casos de malaria, con lo cual el total de casos para el momento ascendía a 25.143, esta última cifra aumentó a un 28%, lo que indica una fase de epidemia de malaria. En el caso del dengue, se diagnosticaron 1.387 casos de los cuales 128 son dengue hemorrágico. El número acumulado de casos en el año 2007 ascendía a 28.119; esta cifra representa un aumento de un 15% con respecto a los casos presentados en el 2006. El grupo de edad más afectado por el dengue es el comprendido entre 5 y 9 años, en este grupo se presentó el 23% de los casos.

Teniendo en cuenta lo anteriormente señalado, con relación al deterioro de la atención en salud, así como el resurgimiento de enfermedades infecciosas degenerativas, las costumbres alimenticias adoptadas para compensar el déficit presupuestario e inflacionario producido por el sistema económico imperante, es razonable suponer que los factores sociales son determinantes del perfil epidemiológico de salud-enfermedad teniendo también claras consecuencias en el área de la salud bucal.

Córdova, Y; Colmenares. L; Sánchez, M (1999) afirmaban:

Con relación a la salud bucal podemos sostener que en los últimos veinticinco años todas las investigaciones realizadas en el país arrojan que, independientemente de la metodología utilizada, los problemas bucales ocupan uno de los niveles más altos de las afecciones que sufre la población venezolana (Más del 80% presenta alguna patología bucal) y cada vez hay menos capacidad de repuesta institucional del estado ante ello.(p.38)

La situación descrita refleja la necesidad de atención de la población venezolana en relación a su salud bucal, situación que se agrava debido a que la asistencia odontológica se ha caracterizado por un modelo curativo y una práctica individualista- biologicista para atender un problema que es colectivo y por tanto social. (Córdova, M. 91:33).

Por otro lado, la práctica odontológica desde sus inicios en Venezuela ha estado dirigida a un pequeño sector de la población teniendo como característica una práctica basada en un desarrollo técnico y sofisticado que trajo como consecuencias altos costos y por ende poca accesibilidad. La práctica asistencial odontológica pública junto con la investigación ha presentado un desarrollo aislado, perdiendo de vista el objetivo de ir en pro de la transformación y desarrollo de la salud bucal colectiva. (Córdova, M. 1985)

En el caso particular del Estado Miranda, de acuerdo con el reporte emanado de la Unidad Central de Observadores del Instituto Nacional de Estadística (INE), en el Censo 2001, dicha entidad federal presenta una población de 2.263.165 personas empadronadas en 660.464 viviendas. El crecimiento de este Estado es realmente importante en la escala municipal donde se mantiene el patrón de distribución poblacional registrado en el censo de 1990, con ligeras modificaciones. Se destaca el Municipio Sucre (23,5%) capital Petare, que agrupa casi la cuarta parte del Estado. Le siguen Baruta (11,2%) capital Nuestra Señora del Rosario de Baruta, Guaicapuro (9,69%) capital Los Teques, Plaza (8,1%) capital Guarenas. Zamora (6,5%) capital Guatire, e Independencia (5,4) capital Santa Teresa del Tuy, Carrizal (1,8%) Capital Carrizal, Los Salías (2,6%) capital San Antonio de los Altos todos ellos municipios integrantes de la ciudad de Caracas debido a su ubicación geográfica.

Según el censo del 2001, el 64,7% de la población se encuentra entre las edades de 15 años a 64 años, donde también se puede señalar el 48,7% de la población del estado proviene de otras entidades federales del país y de la población indígena, lo cual da una idea del atractivo que ha tenido esta entidad federal por su desarrollo habitacional, vías de comunicación y su cercanía con la región Capital.

Ahora bien con relación a la categoría ocupacional y distribución de la fuerza de trabajo, de acuerdo a datos del mismo censo (2001), la tasa de población activa (población de 15 años y más) corresponde al 59,2% es decir que corresponde a la mano de obra que está disponible o gestionan la incorporación a dicha producción, la cual corresponde 960.780 personas donde solo se encuentran ocupadas 890.886 personas, mientras que el 4,29% corresponde a la población desempleada (cesante o que busca por primera vez empleo) y el 40,8% de la población se encuentra fuera de la fuerza de trabajo activa (estudiantes, amas de casa, incapacitados, jubilados).

Si se suma el porcentaje de la población que se encuentra fuera de la fuerza de trabajo con el porcentaje de personas que están desempleadas, éste correspondería al 45% de la población que no participa en una actividad productiva dentro de la economía del estado, reduciéndose su poder adquisitivo y por ende su calidad de vida para adquirir los diferentes bienes de consumo.

Al analizar las cifras según las ocupaciones presentes en el Estado Miranda presentadas en el censo del 2001, se puede señalar que el sector privado emplea el 82,6% de la población mientras que el sector público al 14,1%. La proporción de empleadores o patronos de la población solo representa el 5,71%. Esto significa una muy baja incidencia de grupos sociales dueños de los medios de producción.

Con relación a la salud bucal la Corporación de Salud del Estado Miranda para el 2006, en su Red Ambulatoria contaba solo 92 servicios de odontología y 110 odontólogos. Según datos consolidados de la Corporación de Salud del Estado Miranda durante el primer trimestre del 2007 se atendieron 23.011 personas en los servicios odontológicos, teniendo en cuenta la población total según el censo del 2001 para el Estado Miranda (2.263.165 personas) evidencia que solo fueron atendidos un 1,016%, de la población del Estado Miranda.

Las actividades preventivas dirigidas tanto a la población que acude a los Centros de Salud pertenecientes a la Red Ambulatoria del Estado Miranda como a las escuelas cercanas a dicho Centro fueron 40.925 actividades, actividades restauradoras 25.298 tanto en dentición temporal como permanente, las exodoncias correspondieron a 3.627 casos, actividades periodontales 3.015.

La primera causa de enfermedad según el registro consolidado en el primer trimestre del 2007 fue en primer lugar la caries con un total de 6.520 dientes afectados, la segunda las enfermedades periodontales con 2.912, la tercera causa fue las exodoncias causada por la destrucción avanzada de la caries con 1.398 dientes afectados y en un cuarto lugar las maloclusiones que correspondió a 661 casos registrados.

Con relación a la educación en el Estado Miranda se puede señalar según el censo del 2001 sobre un total de población de 2.193.073 de la población total, solo 745.782 estudia, con edades comprendidas entre 3 años de edad o más donde 493.783 personas asisten a planteles oficiales ,251.999 personas a planteles privados y un total de 1.430.469 personas no asienten.

Por lo anteriormente expuesto resulta razonable plantear un estudio donde se tomen en consideración las características de las patologías bucales y su relación con los diferentes factores ya mencionados presentes en la inserción social, en los actuales momentos en que el gobierno nacional ha implementado estrategias para mejorar las condiciones de vida, en una población que ha tenido un crecimiento acelerado y desorganizado, pasando de rural a urbana por su cercanía a la Gran Caracas, como es el caso de la población del Municipio Autónomo Plaza del Estado Miranda.

1.-Caracterización del Municipio Plaza.

El Municipio Plaza está situado a una altitud de 384 metros sobre el nivel del mar. Se encuentra en una zona de transición entre los valles de Caracas y la llanura de Barlovento, unido a Caracas por 40 kilómetros

autopista. Cuenta con 30 kilómetros de carretera que conduce a Petare y es el punto de partida a Barlovento, a través de la Autopista de Oriente. Su crecimiento está distorsionado por la cercanía del área metropolitana de Caracas, convirtiéndose en su ciudad dormitorio. Se conformó como pueblo de indios en 1621 con la denominación de Nuestra Señora de Copacabana. (Fernández 1992:6)

Desde sus inicios hasta aproximadamente los años 1970, había sido una población con características rurales; de 1970 en adelante comienza a experimentar un aumento vivo y creciente de la población, convirtiéndose hasta principios de 1980 en una ciudad dormitorio; a partir de esta fecha comienza un desmesurado desarrollo urbanístico sin ningún tipo de planificación y un crecimiento en su parque industrial que según listado emitido por la Dirección de Hacienda de la Alcaldía del Municipio Ambrosio Plaza para el 2003 estaban registradas 224 industrias ubicadas en la zona de los Naranjos y Cloris, además contaba con 1.004 establecimientos comerciales y 643 empresas de servicios lo que refleja la actividad económica de la zona.(Bolívar 2006:18)

Datos sociodemográficos basados censo 2001 señalan que el Municipio Plaza cuenta con una población de 175.792 habitantes, (Ver Anexo A Distribución por edades) correspondiendo en un 48% hombres y el 51.5% mujeres, encontrándose el mayor número de población activa entre las

edades de 15 años a 44 años. De un total de 129.629 personas el 63,37% corresponde a la población activa desglosada de la siguiente manera, el 57,60% a la población ocupada, el 4.66% a la población cesante, el 1.09% la población que busca empleo por primera vez, mientras que el 36,63% corresponde a la población no activa donde encuentran los estudiantes, jubilados y del hogar.

La categoría ocupacional presente en el Municipio Plaza, de acuerdo a datos del censo del 2001 se puede señalar que solo el 3.57% es propietario de medios de producción, capaz de emplear a otras personas, por ende tendrá mejor calidad de vida y mayor poder adquisitivo. También se puede señalar que es el sector privado el que emplea a un mayor número de personas en el Municipio Plaza, donde la categoría ocupacional más alta es el de empleado y obrero para el sector privado, con un porcentaje mayor a nivel privado de 53% y luego le sigue a nivel público de 19%.

En relación a la educación: según el censo del 2001 solo 62.110 personas estudian, donde 42.705 estudian en planteles privados y 19.405 estudian en planteles públicos. De esta población 26.338 se encuentran en edades de 7 años y 13 años.

El Distrito Educativo N° 2 señala que la población escolar matriculada para el 2007-2008 en el Municipio Plaza de la etapa I(de 1ºgrado a 3ºgrado)

y II(4º grado a 6º grado) de la Educación Básica es de 21.659 niños y que cuenta con 58 planteles educativos de la I y II etapa, distribuidos de la siguiente forma:

28 planteles educativos Privados con un total de 5.870 niños.

18 planteles educativos Estatales con un total de 5.992 niños.

12 planteles educativos Nacionales con un total de 9.797 niños.

Según datos emitidos por el Ministerio de Educación Cultura y Deporte de Zona Educativa del Estado Miranda para el año 2000 -2001 para el Municipio Plaza señalaban que de cada 100 niños solo el 8.54% pertenecían a educación básica, mientras que la repitencia estaba calculada en 9.53%; estos datos demuestran que la situación educativa para el nivel básico en Plaza era un problema importante.

La Natalidad para el Municipio Plaza para el año 2006 según datos de la Dirección de Epidemiología de la Corporación del Estado Miranda del mismo año, fue de 736 nacimientos que correspondió a una tasa 3.14 por cada 1.000 habitantes del Estado Miranda. Con relación a la mortalidad infantil en el Municipio Plaza para el 2005 el mayor número de muertes se encuentra en el periodo neo-natal que correspondió a once (11) muertes, donde siete (7) muertes fueron por trastornos respiratorios y cardiovasculares, tres (3) por complicaciones de la madre y uno por trastornos congénitos, este dato nos da una idea de la grave situación por la cual atraviesa la mujer embarazada

por la falta de acceso de instituciones de salud adecuadas y a la carencia de un centro materno infantil en la zona.

La Dirección Regional de Epidemiología de la Corporación Bolivariana de Salud del Estado Miranda muestra las 15 primeras causas de mortalidad general en el Municipio Plaza. Año 2006. (Ver Anexo B) En éste se puede detallar que la primera causa corresponde a los cuadros tumorales, muchos de estos tienen que ver con estilos de vida, hábitos, alimentación, stress, situaciones carenciales, educación, por ejemplo: cáncer de colon debido a una alimentación no apropiada por falta de educación, estrés; tumores en el pulmón causado por hábito de cigarrillo, lugar de trabajo o vivienda, carencias alimenticias y como segunda causa importante lesiones autoinflingidas y agresiones.

Lesiones autoinflingidas tienen relación con los intentos de suicidio donde los factores psicológicos-sociales se combinan, originando por parte del individuo la necesidad de romper todo lazo de relación con la sociedad que lo rodea. Agresiones en este renglón están las muertes por arma de fuego y objetos punzo-penetrantes; esta causa de muerte nos revela la inseguridad presente en la zona, desempleo, hacinamiento, también tiene relación con las carencias en el estilo de vida, es decir la pobreza.

Salud oral: Según un estudio realizado por Arana, Arias y otros (1994), llegaron a la conclusión de que la salud bucal de la población escolar de Guarenas presenta graves problemas, encontrándose con tres dientes permanentes y dos dientes temporales afectados por caries por cada niño, dando un total de cinco dientes, lo cual supera el límite de la OMS que es de tres dientes afectados por caries por cada persona. También se encontró que los escolares de 14 años a 15 años presentan aproximadamente 8 dientes afectados por caries, seguidos por los de 7,8,9,13 años de edad con 6 dientes afectados por caries, 10 y 12 años con 5 dientes afectados por caries 11 y 6 años con un promedio de 4 dientes afectados. En relación a la Materia Alba presente en cada niño se determinó 1/3 de diente cubiertos por ésta.

Para determinar la necesidad de la población con relación a la frecuencia de las actividades que se realizan en la zona, según datos consolidados llevados por la autora de esta investigación, recogidos en el ambulatorio tipo III Francisco Rafael García, perteneciente a la red ambulatoria, que es uno de los centros de salud más conocidos del Municipio Plaza debido a su trayectoria histórica, y por ser uno de los pocos organismos de salud que ofrece servicio de odontología por las tardes, junto con algunas especialidades médicas, que posee servicio de laboratorio y de Rx .

Durante el periodo julio 2005-marzo 2006 (9 meses) se registraron en el servicio de odontología del ambulatorio tipo III 7.190 consultas que al compararlas con la población de incidencia del mismo ambulatorio que es 21.095, se tiene que aproximadamente la tercera parte del total de la población acude en menos de un año en busca de atención odontológica.

Datos estadísticos llevados en el primer trimestre de 2007, demuestran que de un total de consultas a 538 pacientes del turno de la tarde, 357 pacientes fueron de sexo femenino y 181 del sexo masculino, también se pudo observar que se presentó el mismo comportamiento en cada uno de los meses. Con relación a las edades, la mayor concentración de personas pertenecía al grupo etario entre 25-45 años y la menor concentración en los grupos etarios correspondientes a las edades de 0-4 años y 60 años o más años. Actividades realizadas en el 1er Trimestre del 2007 en el turno de la tarde fueron: 270 obturaciones; 93 exodoncias; 13 actividades periodontales; 13 actividades preventivas; 0 actividades preventivas en escuelas.

Lo que indica que la caries es una de las patologías que más estuvo presente en la población, luego siguen las exodoncias y por último las actividades periodontales. La realidad observada pareciera indicar una elevada necesidad de atención bucal en la población con poca gestión en actividades de fomento y prevención. Es por ello que se plantea la realización de un estudio que describa las enfermedades bucales más

frecuentes en la población escolarizada de 7 a 13 años, del Municipio Plaza, Estado Miranda, durante el período escolar 2007-2008 con el propósito de conocer las características de la salud bucal a través de la identificación de las relaciones esenciales entre la inserción de los diferentes grupos sociales. En tal sentido, se escoge la población escolarizada de 7 a 13 años debido a que las enfermedades bucales más frecuentes se inician a edades tempranas al igual que las mal posiciones dentarias, junto con su núcleo familiar donde convergen, se relacionan y desarrollan los procesos sociales de producción y reproducción social, residentes en este municipio .

Se trata, por lo tanto, de una investigación adscrita al campo de la epidemiología social, específicamente la odontología social, donde se analizará la influencia de la variable inserción social sobre la variable perfil salud-enfermedad bucal.

2.-Formulación del Problema

El problema objeto de estudio se sintetiza en la siguiente interrogante general de la investigación: ¿Qué relación guarda el perfil de salud-enfermedad bucal con la inserción social en la población escolarizada de edades comprendidas de 7 a 13 años residente en el Municipio Plaza del Estado Miranda, período 2007-2008?

3.-Objetivo General

Determinar la relación que existe entre el perfil epidemiológico de salud-enfermedad bucal y la inserción social, en la población escolarizada de 7 a 13 años residente en el Municipio Plaza del Estado Miranda, durante el período 2007-2008.

4.-Objetivos Específicos

- Describir las características vinculadas al proceso de producción en la población objeto de estudio.
- Caracterizar los determinantes sociales vinculados a los patrones de consumo en la población objeto de estudio.
- Determinar el perfil epidemiológico de salud-enfermedad bucal en la población objeto de estudio.

5.-Justificación de la Investigación.

La promulgación de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en 1999, plantea al país la necesidad de adelantar un proceso de adecuación legislativa, institucional, así como establecer nuevas estrategias para realizar los cambios necesarios. En su artículo 83, 84 y 85 establecen que la salud es un derecho social que el Estado tiene la obligación de

garantizar a través de la promoción y desarrollo de políticas orientadas a elevar la calidad de vida. Y ordena la creación de un sistema público nacional de salud de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integridad, equidad, integración social y solidaridad. A la vez que señala que el financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado, ya que toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo que garantice la salud.

Es en el contexto de las transformaciones institucionales impuestas por la Constitución de la República, específicamente en el sector salud, donde resulta relevante estudiar el perfil de salud-enfermedad bucal de la población, con miras a establecer, por una parte, la caracterización de la salud-enfermedad en relación con las variables sociales y económicas que la determinan o que tienen incidencia en la misma y, por otra parte, la pertinencia de la atención de salud bucal dispensada a la población en relación con los resultados observados.

La investigación epidemiológica que se efectuó en este estudio, no solamente permitió identificar o clasificar a la población en grupos sociales según la organización del trabajo o como reciben la riqueza social necesaria para satisfacer sus necesidades, sino también ayudo a conocer la prevalencia de patologías bucales presentes en cada grupo, datos que

permitirán sugerir acciones y actividades que puedan contribuir a una mejor programación de salud bucal, perteneciente o no a la red ambulatoria.

De esta manera, puede contribuirse de manera mucho más rica y profunda al Sistema Público de Salud en el área de salud bucal, permitiendo la planificación y ejecución de acciones no únicamente basadas en características biológicas del fenómeno, sino también, y principalmente, en sus características socio-históricas y socio-económicas presentes en la dinámica epidemiológica de la epidemiología crítica.

En la actualidad el Sistema Público de Salud, bajo el nuevo enfoque del proceso bolivariano, es un proyecto llamado a grandes logros en materia de atención en salud colectiva. La autora de este estudio espera contribuir al logro eficaz de esa meta mediante el diagnóstico socio causal y un diagnóstico epidemiológico de índices de salud-enfermedad bucal, imbricadas en la dinámica socio-histórica y socio-económica de la población objeto de estudio.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

1.-Antecedentes de la investigación

El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS 1967-1972), amparado por la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela (U.C.V) y el Colegio de Odontólogos de Venezuela, siendo éstos a su vez asesorados por la Oficina Sanitaria Panamericana, iniciaron el Estudio para la Planificación Integral de la Odontología (EPIO) cuyo objetivo era conocer la magnitud de los problemas de la salud dental, y las futuras proyecciones en cuanto al desarrollo institucional. Entre algunos resultados arrojados por el EPIO se señaló: El 94% de la población tenía caries, siendo más alto en algunos grupos etarios; el índice cariado, perdido y obturado en la unidad diente (CPOD) medido para el grupo de 7-14 años fue de 3.94 dientes cariados; de cada 100 dientes cariados solo 12 se obturan; a mayores niveles de ingresos aumenta el porcentaje de dientes obturados; el número de dientes obturados aumenta con el incremento de los niveles de educación. (MSAS: 72). El estudio concluyó que el índice de higiene oral (IHOS) es mayor en los grupos con ingresos familiares más bajos. De allí que se considere que la caries dental, las periodontopatías y las maloclusiones dentarias constituyen los principales problemas de salud pública odontológica y en consecuencia los que necesitan con urgencia respuestas en lo que respecta a salud oral.

FUNDACREDESA (1987) realizó el Proyecto Venezuela, Estudio Nacional de Salud, el cual demostró que a pesar de la gran inversión de recursos para solucionar la problemática de salud en odontología, no hubo cambios importantes que afirmaran el éxito en el transcurso de 20 años. Entre los hallazgos odontológicos más importantes de ese estudio pueden citarse los siguientes: El 60% de los niños de 7 años ya ha sufrido de caries dental, la caries es más frecuente en los niños de estratos IV y V (pobreza relativa y pobreza crítica). El CPOD expresa mayores valores en el área rural y en los estratos IV y V. El mayor porcentaje de dientes obturados se encuentra en el área urbana y en los estratos I, II, III, observándose un mayor porcentaje de dientes sanos en los mismos estratos. La higiene oral es mejor en los estratos I, II, III.

Las instituciones Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), el Instituto Nacional de Nutrición (INN), la Universidad del Zulia (LUZ), la Universidad Central de Venezuela (UCV), y la Fundación Kellogs, (1997), realizaron un estudio nacional basal de referencia sobre la prevalencia de caries y fluorosis dental en niños escolarizados de 6 a 15 años, refiriendo que la población comprendida entre los 6 y 7 años, los dientes cariados prevalecen en 70% con respecto a los sanos, además 8 de cada 10 niños presentan caries. Esta investigación concluyó que la caries aumenta progresivamente con la edad, igual característica se repite con

respecto a los perfiles epidemiológicos de la enfermedad periodontal , que si bien se mantiene en valores leves entre 7 y 25 años con un índice periodontal entre 0.29 y 0,49, éste aumenta paulatinamente a medida que avanza la edad.

Los estudios expuestos anteriormente dejan ver la preocupación, por lo menos del punto de vista estadístico del problema de salud bucal en el país, estos datos servirán de apoyo para sustentar los resultados de este estudio.

Córdova (1989): en su estudio titulado: “Estudio del Perfil de Salud-Enfermedad Bucal de la Zona de Zuata. Distrito Sanitario No. 6, Estado Anzoátegui”, describe el perfil de salud-enfermedad bucal de la población habitante de la zona de Zuata de la Faja Petrolífera del Orinoco, específicamente la correspondiente al Distrito Sanitario No. 6 del Estado Anzoátegui, con la finalidad de aportar conocimiento científico que sirviese de fundamento para el seguimiento de las acciones que conformaban el programa de docencia-servicio dirigido a dicha población. Aplicando el marco conceptual de la epidemiología, la autora en referencia presenta el perfil de salud-enfermedad bucal en su relación con la inserción social de la población objetivo en los diferentes grupos sociales definidos según la clasificación de Breilh y Granda (1985). La prueba del Chi cuadrado utilizada por la autora de esta investigación indicó que hay diferencias significativas entre los grupos sociales estudiados. El estudio que incluyó como dimensiones de la variable dependiente no sólo el perfil patológico, sino además las prácticas de salud y

el saber en salud bucal, concluyó que los grupos sociales específicos de la Zona Zuata, presentan como perfil de salud-enfermedad bucal, el resultado de la dinámica regional a la cual han estado expuestos y cuyo impacto en la calidad de vida, han recibido diferencialmente. (p. iii).

A efectos de poder interpretar cabalmente el hallazgo anterior, Córdova señala:

La calidad de vida de la población de una región históricamente determinada, es la expresión de la interrelación entre la vinculación grupal a las estructuras productivas, cuota de riqueza social que le es retribuida o asignada a través de diferentes mecanismos por el Estado, las condiciones naturales propias de la zona, el papel que juegan las fuerzas sociales en el proceso político de dicha región, y de la relación entre la dinámica específica local y la dinámica nacional e internacional (p. v).

En tal sentido, en consonancia con la teoría de la determinación social de la salud, los resultados obtenidos por Córdova definen la relación del Perfil Reproductivo, Perfil Epidemiológico y región histórica, (p:xi), de allí que resulta un valioso aporte para esta investigación.

Barrios (1992), en su investigación titulada: “Estudio del Perfil Epidemiológico Bucal de la Población Escolar del Distrito Sanitario No. 6, Cariaco, Estado Sucre”, tomó como variable explicativa la inserción social, “...ya que la misma nos permite ubicar a la familia en su contexto histórico-social” (p. 3). Como variable dependiente trabajó con el perfil de prevalencia bucal, el cual define como el conjunto de las siguientes cuatro variables: prevalencia de caries, prevalencia de la enfermedad periodontal, grado de

materia alba y cálculo, y prevalencia de maloclusión. Barrios concluye que existe una relación de dependencia entre la inserción social y las patologías bucales más comunes. Incluso Barrios va más allá en sus conclusiones afirmando la existencia de relaciones entre variables sociales complejas como la inserción social y la situación alimentaria y nutricional, encontrando que la patología bucal más frecuente es la caries dental, donde los grupos II (vinculado a la producción mercantil simple) y el I (vinculado a campesinos, pescadores) son los más afectados por esta lesión, en contra posición con el grupo V (profesionales, empleados administrativos de empresas públicas, y privadas, técnicos) el cual posee mejor condición bucal.

En este estudio se observa que quedan identificados un universo relativamente amplio de factores que tienen potencial influencia en el fenómeno objeto de estudio (perfil epidemiológico bucal), como son: la producción (ocupación, ingresos, relación con los medios de producción), el consumo (vivienda, educación, disponibilidad de servicios, accesibilidad a los servicios odontológicos), los saberes en salud bucal, las prácticas en salud bucal y la nutrición, lo que resulta un significativo aporte a esta investigación.

Barboza (1997), en su estudio titulado: "La Dinámica Socio-Histórica en el Área Metropolitana y su Impacto en las Condiciones de Vida de la Familia y el Perfil Salud Enfermedad Bucal del Escolar. Caracas", estuvo ubicado en el Distrito Sanitario N° 1 del Municipio Autónomo Libertador, Distrito Federal,

tuvo como objeto de estudio la situación del componente bucal de la población escolarizada y la relación con las condiciones de vida de su familia para el año 1994.

El propósito de este trabajo fue caracterizar el perfil epidemiológico de salud-enfermedad según su inserción social con el impacto de la historia social y económica de la población escolarizada en el área metropolitana, donde se realizó una descripción minuciosa de la realidad económica de Venezuela desde la colonia (siglo XIX) hasta la industrialización que surge a raíz de la explotación petrolera, y de cómo ésta influyó en la estructura social de la población caraqueña, señalando las dificultades que el Estado ha tenido para definir políticas efectivas que contrarresten los efectos negativos de la salud en la población. En esta investigación se concluye que aunque se pudo conformar grupos sociales en relación con el perfil reproductivo en la dimensión producción con características muy diferenciadas, no fue igual en lo que respecta a la dimensión consumo, y que la población estudiada ha sido muy afectada de una manera que tiende a homogeneizarse.

El análisis realizado en este estudio, fortalece el planteamiento de la investigadora acerca de la relación entre inserción social, como forma concreta de expresar la reproducción social, y los perfiles epidemiológicos de cada grupo social, encontrándose para este estudio, una sobre-

determinación muy fuerte, que tiende a homogeneizar las condiciones de vida y de salud bucal de todos los grupos estudiados.

Montiel y Tovar (2003): en el estudio efectuado en veinticinco (25) pacientes que fueron examinados en el Servicio de Atención a Pacientes con Enfermedades Infectocontagiosas “Elsa La Corte” de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, y cuyos resultados parciales fueron publicados en la revista Acta Odontológica Venezolana, se planteó el objetivo de caracterizar al paciente con VIH/SIDA con relación a los grupos sociales a los cuales pertenecen y los indicadores bucales de CPOS-ceo (índice de historia de caries por superficie en dientes permanentes y temporales), IHOS (índice de higiene oral simplificado) y las principales patologías orales presentes asociadas al VIH-SIDA. Los resultados preliminares indicaron que un 60% de los examinados están comprendidos entre los 30 y 39 años, pertenecen al sexo masculino, con un promedio de 8 superficies afectadas por historia de caries, soltero y homosexual en un 90%, proveniente en un 52% de zonas urbanas de alta densidad demográfica en el centro-oeste de Caracas. El 70% de los pacientes pertenecen al grupo social IV según la clasificación de Breilh, es decir, desempleados o subempleados con precarias condiciones de vida, jornadas excesivas en el proceso de producción de bienes y servicios, los cuales perciben ingresos insuficientes para acceder al consumo ampliado (salud, recreación, ahorro, educación). Las patologías orales más frecuentes

son: candidiasis 48%, aftas 4%, leucoplasia vellosa 4%, y herpes simple 4%. Dadas las características sociales y epidemiológicas detectadas, las autoras en referencia concluyen que se hace necesario ampliar la cobertura y la infraestructura del Servicio de Atención a Pacientes con Enfermedades Infectocontagiosas.

Goncalves, D y Caricote, N. (2003): En su estudio titulado Prevalencia de Caries Dental en Escolares de 6 a 12 años de edad del Municipio Antolín del Campo, Estado Nueva Esparta (2002-2003) tuvo como objetivo general determinar la prevalencia de caries dental en los escolares de 6 a 12 años de edad de las Escuelas Básicas "Cruz Millán García", "Dr. Luís Ortega" y "Dr. Cayetano García" ubicadas en el Municipio Antolín del Campo del Estado Nueva Esparta, así como también, conocer el nivel de información sobre algunos aspectos de la salud bucal que tienen los padres y representantes de las escuelas anteriormente mencionadas. Este estudio se incluyó dentro del marco referencial debido a que se refiere a dos grandes elementos, los cuales se pretenden estudiar dentro de esta investigación como son la prevalencia de las caries y el nivel de información que posee sobre salud bucal el grupo familiar. La población de este estudio, estuvo constituida por 1.131 alumnos, entre 6 a 12 años de edad, distribuidos de primero a sexto grado de Educación Básica en las siguientes escuelas E. B. "Dr. Cayetano García" (Manzanillo) con una matrícula de 389 alumnos; E. B. "Cruz Millán García" (El Salado) con una matrícula de 311 alumnos y la E. B. "Dr. Luis

Ortega" (El Tirano) con una matrícula de 431 alumnos ubicadas en el Municipio Antolín del Campo. Los resultados obtenidos presentaron un aumento de las caries según se avanza en la edad, donde el incremento no fue homogéneo en los diferentes grupos de edad, acentuándose entre los niños de 6 y 7 años, determinándose a través del cuestionario realizado a los padres y representantes que a pesar de que más de la mitad de los entrevistados conocían la disponibilidad del servicio odontológico "Sanamos" sólo un 24 % en El Salado, un 20,4% en El Tirano y un 31% en Manzanillo, acudían al servicio odontológico.

2.-Bases teóricas.

Historia de la Odontología. En el siglo XVIII la odontología aparece como disciplina científica al publicarse el "Tratado de los dientes" del francés Pierre Fauchard considerado padre la Odontología Moderna. (Córdova, M. 85:41)

Gran parte de los adelantos en las ciencias naturales como de la salud, entre la que se encuentra la odontología, alcanzaron un gran desarrollo a partir del establecimiento de la Revolución Industrial, debido a la necesidad de producción de conocimientos para el desarrollo de las fuerzas productivas, con la finalidad de justificar las relaciones sociales de explotación presentes en el modelo económico capitalista. Es así como

vemos durante el siglo XIX que el conocimiento odontológico presenta una estrecha relación con la industria metalmecánica y química. Esta condición dará pie a la conformación de currículas en las escuelas dentales que den repuestas a esta condición práctica. (Córdova, M: 1985:44)

Enfermedades bucales más frecuentes en niños. Las dos enfermedades más frecuentes son la caries y las enfermedades periodontales, ellas se inician en la infancia y tienen un denominador común, de naturaleza infecciosa, la placa dental. (Cátedra de Odontología Pediátrica, 1996:179)

Se ha definido la caries dental como una enfermedad infecciosa que se inicia con la desmineralización de los tejidos duros del diente, causada por la acción de las bacterias específicas presentes en la placa bacteriana dental, las cuales fermentan los carbohidratos de la dieta (específicamente la sacarosa) originando como producto final de su metabolismo ácidos orgánicos en cantidad suficiente para producir descalcificación en el esmalte. (Cátedra de Odontología Pediátrica, 1996:179)

La caries se considera una enfermedad infecciosa de causas múltiples tanta biológica, como sociales, económicos, culturales y ambientales. Su formación y desarrollo están considerados por el modo y estilo de vida de las personas y su prevalencia es diferente en los grupos sociales, países y

continentes. Múltiples son los factores asociados a la presencia de caries, pero es importante considerar los más importantes: Higiene Bucal, susceptibilidad individual, exposición de fluoruros, hábitos alimenticios, accesibilidad a servicios odontológicos. (Sosa, M. 2003:268)

Actualmente se reconoce que dentro de cada uno de estos factores (huéspedes, la bacteria, la dieta y el tiempo) necesarios para que se inicie el proceso carioso, se encuentra una gama de elementos que influirán en el equilibrio o desequilibrio de estos factores y por ende en la presencia o ausencia de la enfermedad, los cuales estarán inmersos dentro de la organización de los grupos sociales de una determinada sociedad.

Las características clínicas de la encía del niño son un poco diferentes a las del adulto. Su mucosa gingival tiende a la coloración roja, no presenta el punteado gingival característico y el margen gingival es ligeramente romo. (Barrios, G: 653)

La gingivitis se puede prevenir y además tratar siguiendo una rutina habitual del cepillado, uso del hilo dental y cuidado dental profesional. Sin embargo, si no se le da tratamiento, puede progresar con el tiempo hacia unas formas más serias de enfermedad periodontal.

Otra de las enfermedades de gran importancia en niños son las maloclusiones o malposiciones (posición incorrecta de los dientes en el arco dentario). Se puede señalar que las enfermedades bucales son de evolución natural, acumulativas y si bien no son causa de mortalidad, pueden conllevar a alteraciones de orden general que se inician con cambios del sistema masticatorio y que se agravan con la pérdida del órgano dentario, desencadenando consecuencias estéticas y psicológicas que pueden repercutir en problemas vinculados a la exclusión social. (Finn, S.1976:264,265)

3.-Teoría de la Determinación Social de la Salud.

Las personas más acomodadas viven algunos años más y sufren menos enfermedades que las pobres. Estas diferencias en la salud son una injusticia social importante y reflejan algunas de las influencias más poderosas en la salud en el mundo moderno. Los estilos de vida de las personas y las condiciones en las que viven y trabajan influyen fuertemente en su salud y longevidad. (Wilkinson y Marmot, 1998:7).

Entre estos se encuentran el ingreso y la posición social, las redes de apoyo social, la educación, el empleo y las condiciones de trabajo, los entornos físicos seguros y limpios, las características biológicas y la constitución genética, el desarrollo del niño y los servicios de salud. Todos

estos determinantes son importantes en sí mismos, y al mismo tiempo están interrelacionados (Canada Health-OPS/ OMS, 2000:14).

En general, las personas que tienen mayores ingresos viven más tiempo y gozan de una mejor salud que las personas de bajos ingresos. Esta relación persiste, independientemente del sexo, la cultura o la raza, aunque las causas de la enfermedad y la muerte pueden variar. Parece ser que el ingreso económico y la posición social son los factores determinantes más importantes de la salud (Canadá Health, 2000: 84-85; Canada Health-OPS/OMS, 2000:15).

Las circunstancias sociales y económicas desfavorables afectan la salud a lo largo de la vida. Las personas que están más abajo en la escala social, usualmente poseen dos veces más riesgo de contraer enfermedades graves y de fallecer prematuramente. Causas materiales y psicológicas contribuyen con estas diferencias y sus efectos se extienden a casi todas las causas de enfermedades y muertes. Las desventajas pueden manifestarse de forma absoluta o relativa y la tendencia es a concentrarse entre las mismas personas y sus efectos en la salud se acumulan durante toda la vida. Si las políticas públicas no logran enfrentar estos eventos no sólo ignoran los más potentes determinantes de la salud, sino que dejan de cumplir uno de los retos más importantes de las sociedades modernas, como es la justicia social. (Wilkinson y Marmot, 1998:7,8).

Las condiciones de vida de cada grupo poblacional identifican su forma peculiar de imbricarse en el conjunto del andamiaje social, constituyendo el elemento mediador entre los procesos más generales de la sociedad y en particular en el proceso salud y enfermedad. Estas condiciones de vida se reproducen permanentemente en un proceso intrínsecamente contradictorio que constituye una expresión particular del proceso general de reproducción social. En cada dimensión de las condiciones de vida se contraponen los efectos beneficiosos y perjudiciales del proceso reproductivo y de las acciones de salud y bienestar.

En tal sentido Rojas, R (1982) afirma:

La salud-enfermedad , aun cuando se manifiesta en organismos concretos, es un fenómeno social cuyas causas deben buscarse en la estructura de la misma sociedad , a fin de determinar por qué existen situaciones diferentes entre las clases sociales, respecto al tipo , frecuencia y gravedad de la enfermedad, así como concepción de esta en la esperanza de vida. (p:18)

Si bien es cierto que el “hombre es un ser que tiene la capacidad para transformar la naturaleza y la sociedad y a la vez se transforma así mismo”, (Rojas 1982:48) la explicación se encuentra vinculada al modo producción y reproducción de los seres humanos, lo que determina las condiciones de trabajo y de vida de los grupos sociales presente en un modelo económico capitalista. Por otra parte, las condiciones de trabajo además de modelar a los hombres y mujeres que trabajan, fomentando ciertas capacidades, atrofiando otras, desgastando, más o menos rápidamente, las potencialidades humanas.

Dentro de un mismo país puede haber diferencias enormes en el estado de salud, estrechamente vinculadas con el grado de desfavorecimiento social. (OMS, 2005)

Las desigualdades presentes en la organización de la sociedad, repercuten en las condiciones de vida y de salud de los grupos sociales que la conforman. Al estudiar el modo de reproducción social de cada clase social, se debe indagar sobre las relaciones sociales y las condiciones productivas puestas en marcha para alcanzar su subsistencia, lo que determina un conjunto de efectos que produce en sus miembros la posibilidad de enfermarse o de estar sano (Breilh y Granda 1985:201).

Lo anterior se traduce, que pueden presentarse diferentes patrones de morbimortalidad en las diferentes clases sociales, dependiendo de las condiciones y estilo de vida determinado por el modo de producción y consumo.

En términos de estilo de pensamiento, cambia el cuadro de la ciencia y su sistema de conceptos: el estudio del proceso salud-enfermedad como proceso social, al reconocer dicho proceso como integrador de procesos biológicos, psíquicos y sociales y sus interacciones y el papel determinante de estos últimos se expone un nuevo estilo de pensamiento médico que tiene por base la comprensión de lo social en un nuevo paradigma

Al respecto Breilh y Granda (1985) señalan:

La categoría perfil epidemiológico expresa los elementos epidemiológicos específicos de una clase, como consecuencia de sus condiciones de reproducción social y sus tendencias de transformación histórica, permite clasificar las condiciones de salud enfermedad de un conglomerado social...

Cada clase social de dicho conglomerado se enfrenta, de acuerdo a su inserción en el aparato productivo, a determinadas condiciones de desarrollo de las fuerzas productivas y relaciones sociales específicas. Estas condiciones y relaciones determinan y modulan el conjunto de elementos de su reproducción social o perfil reproductivo, en medio del cual se establecen funcionamientos y probabilidades en sus miembros o componentes que pueden implicar efectos típicos de riesgos o protección. (p: 201: 202)

Cada clase social, en un momento determinado de su desarrollo de acuerdo con su forma específica de inserción en el aparato productivo, participa en definidos proceso de trabajo y consumo. (p: 65)

De allí que la enfermedad bucal, al igual que cualquier otra enfermedad y a pesar de tener sus manifestaciones concretas en el aparato estomatognático del individuo, está sometida a particularidades sociales sujetas a la satisfacción de necesidades básicas alcanzadas en el consumo simple, tales como una alimentación apropiada, vivienda, o a través del consumo ampliado como educación formal, acceso a servicios odontológicos, transporte y organización socio-cultural, como por ejemplo práctica y saber en salud bucal.

En resumen, lo social no es más que toda la actividad humana que se manifiesta como resultado de la existencia comunitaria del hombre a diferencia de su existencia orgánica y física. Desde el punto de vista filosófico, lo más interesante es la contradicción dialéctica que preside el

estudio de la correlación de lo biológico y lo social: el fundamento primero de toda vida humana es su sustrato natural; sin embargo, ésta es el resultado de toda la evolución de la especie, condicionada por la actividad del propio hombre, la cual le imprime un carácter social al proceso salud-enfermedad.

Características del proceso de producción en la población.

Producción es el proceso de creación de los bienes materiales necesarios para la existencia y el desarrollo de la sociedad. La producción ha existido en todas las etapas de desarrollo de la sociedad humana. Los hombres, al crear los bienes materiales (medios de producción y artículos de consumo), contraen determinados vínculos y relaciones para actuar conjuntamente. Por este motivo, la producción de los bienes materiales siempre es una producción social. La producción presupone los tres elementos siguientes:

(a) el trabajo como actividad humana dirigida a un fin.

(b) el objeto de trabajo, es decir, todo aquello hacia lo que se orienta la actividad humana dirigida a un fin.

(c) los medios de trabajo, en primer lugar los instrumentos de producción: máquinas, instalaciones, herramientas, con las cuales el hombre modifica los objetos de trabajo, los hace idóneos para satisfacer las necesidades humanas. (Boríssov, Zhamin y Makárova, 1965).

Los objetos y medios de trabajo constituyen los medios de producción. La producción presenta dos aspectos: el de las fuerzas productivas, que

expresan la relación de la sociedad con las faenas de la naturaleza con la que se lucha para obtener los bienes materiales, y el de las relaciones de producción, que caracterizan las relaciones de los hombres entre sí en el proceso de producción. La producción considerada como unidad de las fuerzas productivas y las relaciones de producción, constituye el modo de producción de los bienes materiales, del que depende el carácter del régimen social dado. El régimen social de producción abarca la producción, la distribución, el cambio (la circulación) y el consumo de los productos (personal y productivo). Lo principal en este proceso es la producción, la cual crea los artículos de consumo, determina el carácter y el modo del consumo.

La distribución, el cambio y el consumo, a su vez, ejercen una determinada influencia sobre la producción. La producción social consta de dos grandes secciones: la de producción de medios de producción y la de producción de artículos de consumo. La producción se desarrolla en consonancia con leyes económicas objetivas, entre las cuales la principal y determinante es la ley económica fundamental inherente a cada modo de producción. En la producción capitalista, actúan leyes económicas espontáneas: la producción es interrumpida por las crisis económicas, se halla subordinada a la finalidad de obtener ganancias, de las que se apropian los explotadores. En la sociedad socialista, la producción se desarrolla de manera planificada, a elevados ritmos y en interés de toda la sociedad.

El cambio de la producción se inicia con el cambio de las fuerzas productivas y, ante todo, con el de los instrumentos de producción. Bajo el influjo de estos cambios, se modifican asimismo las relaciones de producción se transforman los modos de producción. La historia conoce cinco modos de producción: el de la comunidad primitiva, el esclavista, el feudal, el capitalista, el comunista. El tránsito de un modo de producción a otro se halla determinado por una ley económica objetiva: la ley de la correspondencia entre las relaciones de producción y el carácter de las fuerzas productivas. El cambio del modo de producción hace que se modifiquen el régimen social, las ideas sociales, las instituciones políticas, jurídicas y de otros tipos. (Boríssov, Zhamin y Makárova, 1965).

Determinantes sociales vinculados a los patrones de consumo. El consumo y la producción son fenómenos sociales contradictorios. El consumo es producción social y la producción es doble consumo subjetivo y de los medios. La producción se encuentra determinada por la necesidad del hombre ya que sin ésta no hay producción y la producción a su vez ha de responder al modo y forma como se consume.

El consumo se puede clasificar en dos formas; el consumo económico – natural que corresponde a la clase en si en donde se encuentran dos dimensiones; la dimensión del consumo simple que cubre los alimentos, vivienda, vestido y recreación y las dimensiones de consumo ampliado,

donde se encuentran los servicios y suntuarios. Y el consumo – político (organizacional o institucional) que es el que comparte el individuo cuando se organiza. En donde se produce un sistema de capacidad de asimilación de valores de uso y rechazo de contra valores. El cual posee a su vez dos dimensiones: la organizativa y la de incremento de conciencia sobre la realidad y posibilidades de cambio. (Breilh, J. 1989:213,214)

CAPITULO III

Marco Metodológico

1.-Diseño de la Investigación

La investigación se propone estudiar la relación entre el Perfil Patológico Bucal y la Inserción Social de la población del Municipio Plaza, es un estudio cuyo diseño de investigación es Teórico Documental y de Campo.

En relación con este tema Rangel, M. (2001:84) expresa.

El diseño de la investigación está conformado por un conjunto de actividades, sistemáticamente organizadas en función de orientar las pruebas, técnicas a instrumentar para recolectar, procesar y analizar la información.

...el investigador debe poseer total claridad teórica, e igualmente esta decisión debe fundamentarse en dos consideraciones básicas: la naturaleza del problema y la disponibilidad de recursos.

Sabino, C. (1986:76) señala.

El diseño es un método específico, de una serie de actividades sucesivas y organizadas que deben adaptarse a las particularidades de cada investigación, y que nos indica las pruebas a efectuar para recolectar y analizar datos... su objetivo es proporcionar un modelo de verificación que permita contrastar hechos con teoría...

No obstante en esta investigación se realiza una indagación sobre datos estadísticos, conceptos, información bibliográfica, ponencias efectuadas tanto a nivel internacional como nacional, que se han suscitado en el pasado siglo y principios de éste, que han tenido como finalidad la

búsqueda de los diferentes factores socio-económicos que han afectado la salud del hombre como centro de toda sociedad.

Tipo de Investigación. Para el desarrollo de este estudio se seleccionó la investigación de campo.

Rangel, M. (2001) señala con relación al diseño de campo:

Se le conoce como diseño en base de datos primarios y se refiere a cada una de las operaciones que el investigador debe realizar para obtener información directa de la realidad, sin ningún tipo de intermediación. (p.94).

La recopilación de información se realizará de una forma directa por medio de la observación clínica sobre las características del proceso salud enfermedad bucal presentes en la comunidad, a través de la ficha clínica y las condiciones de vida a través de un cuestionario que se les entregará a los representantes de los niños.

Es una investigación diagnóstica y explicativa. Diagnóstica por ser un estudio que nos permitirá la recolección y acúmulos de datos para determinar, la naturaleza del objeto. Explicativo debido a que se busca conocer las condiciones en que se relacionan la dimensión del perfil de salud enfermedad bucal con los componentes socio-económicos de la población del Municipio Plaza, Estado Miranda.

Por otra parte estará sustentada por una revisión documental, con el propósito de ampliar el conocimiento de su naturaleza, apoyándose en fuentes de carácter documental, como trabajos previos, información y datos divulgados por medios impresos o electrónicos. (FEDUPEL, 2006:20)

Tiempo de la Investigación. El estudio propuesto corresponde a una investigación de corte transversal debido a que la recolección de datos, como el análisis de las variables seleccionadas en el estudio se dará en un determinado momento en el tiempo y por lo tanto será único.

Cobertura horizontal. El área de estudio se ubica en el Estado Miranda específicamente en el Municipio Plaza el cual forma parte el Distrito Sanitario N° 3 constituida una población principalmente urbana.

Universo Estadístico. Se relaciona a la población escolar correspondiente a los diferentes centros de educación escolar básica de 1° a 6° grado existentes en el Municipio Plaza, que suman un total de 59 centros educativos. Dichos estudiantes según censo del 2001 corresponde a una población de 26.338 niños entre 7 años y 13 años de edad, donde estudian en planteles públicos 22.764 niños y 3.574 niños estudian en planteles privados.

Muestra. Está conformada por una parte representativa de escolares perteneciente a la población total de niños entre 7 y 13 años de edad, que estudian tanto en planteles públicos como privados.

Base Muestral. Está constituida por los niños de 7 años a 13 años que se encuentran registrados en la matrícula escolar de la zona educativa N° 2, perteneciente al Municipio Plaza tanto de planteles privados como públicos.

Tipo de muestro. Probabilístico debido a que cada uno de los estudiantes que conforman el universo posee la misma posibilidad de formar parte de la muestra. Clase de muestra polietápica estratificada por edades de la población de niños escolarizados cuyo criterios de inclusión será la localidad donde reside, y la edad (de 7 a 13 años de edad) sobre la cual se realizarán las correspondientes mediciones de las variables a relacionar (inserción social y perfil epidemiológico bucal) por el contrario la exclusión se basará en que debe cumplir las dos indicaciones anteriores.

Unidad de observación. Escolares, dientes y al representante del escolar que nos dará la información del grupo familiar.

Unidad de investigación. Se relaciona con la que se va a examinar o analizar, en este trabajo la unidad investigación corresponde a los niños de educación básica de 1º a 6º y al grupo familiar al cual pertenece el niño examinado.

Unidad de análisis. Escolares y la familia

Técnicas e Instrumentos de recolección. Para la medición de las variables presentes en el perfil patológico bucal se utilizarán los criterios universalmente aceptados para este tipo de mediciones: la Ficha Clínica Odontológica que servirá de formulario para la sistematización de la información, en ella se registrarán las observaciones clínicas de los aspectos generales del niño, oclusales, trastornos en tejidos blandos y duros presentes en la cavidad bucal.

También se utilizará la encuesta para la recopilación de datos de carácter general que nos permitan conocer la productividad familiar y el patrón de consumo, estos datos a su vez nos permitirán clasificar los diferentes grupos sociales dentro de la clasificación de Jaime Breilh.

Entendiéndose por encuesta al conjunto de actividades dirigidas a la organización y ejecución de operaciones destinadas a lograr una información de un hecho en un tiempo estimado y con la calidad requerida.

Validez y confiabilidad. En relación a la validación Seijas, F. (2006) dice:

Validación de la información obtenida en la entrevista consiste, en detectar los campos carentes de información y que por razones específicas deben contener una respuesta. (p. 71)

Luego señala que se dice que es confiable cuando el personal que interviene en su elaboración es calificado y las estimaciones de error están sujetas al “Error del muestro” el cual es cuantificable y no “Ajeno al Muestreo” que es perfectamente contable; por la otra parte, estas estimaciones son por lo general insesgadas o con poco sesgo, pues se utilizan métodos de muestreo, tipos de selecciones y estimuladores apropiados. (Seijas, F. 2006:80)

Para que la técnica en la recolección sea confiable debe realizarse la calibración del personal que va a examinar la población, para que el instrumento sea confiable y valido debe aplicarse una muestra piloto.

La prueba piloto es una prueba experimental cuyo objetivo consiste en aplicar las operaciones que componen la encuesta definitiva para descubrir si el plan es factible, detectar imperfecciones y fallas inesperadas y poner finalmente en marcha una estrategia de operaciones probadas que garantice el desenvolviendo de la encuesta.

La calibración del personal: es el entrenamiento previo por un personal capacitado, dirigido al grupo de personas que van a intervenir en la encuesta con la finalidad de tipificar y hacer homogénea la calidad de la información recogida en el cuestionario.

2.-Definición de Variables

En toda investigación científica se trabaja con *variables*; es decir, con características o atributos de los fenómenos a los que se ha aplicado algún procedimiento de medida. Cuando las variables se definen en función de las relaciones teóricas o funcionales que guardan entre sí, se habla de definición conceptual, y cuando son definidas en términos de las operaciones que han sido efectuadas para medirlas o controlarlas, se habla de definición operacional.

A continuación se definen conceptualmente las variables que se utilizan en este estudio:

Inserción Social. Variable que nos permite definir la forma como los diferentes grupos sociales que conforman una región determinada, se vinculan al proceso productivo dominante, señalando por tanto de esta manera su posición, participación y apropiación social de los bienes y servicios, la inserción define en última instancia diferencias entre los grupos. Esta variable se operacionaliza a través de los llamados *grupos sociales* o *socioeconómicos*. “Los grupos socioeconómicos son agregados humanos, diferentes entre sí por el lugar que ocupan en un sistema de producción, por las relaciones en que se encuentran frente a esos medios, por la función que desempeñan en la organización social del trabajo y por la forma y cuantía en

que reciben la parte de la riqueza social de que disponen” (CEAS, 1988, citado por Córdova, 1989, p. 72).

Perfil Patológico de Salud-Enfermedad Bucal. “Expresión concreta a nivel del aparato estomatognático, de los procesos particulares a que están sometidos los grupos sociales en una región histórica determinada.” (Córdova, 1989, p.71). “Es la síntesis de un conjunto de determinaciones que operan en una sociedad concreta y que producen en los diferentes grupos la aparición de riesgos o potencialidades características, los cuales a su vez se manifiestan en la forma de perfiles o patrones de enfermedad o de salud” (Breilh y Granda, 1985, citado por Córdova, 1989, p. 73). Esta variable, junto con las Prácticas de Salud y el Saber en Salud Bucal, conforma el llamado Perfil de Salud-Enfermedad Bucal. “Dentro del perfil patológico se toma la prevalencia de enfermedades medidas a través de los indicadores tradicionales...” (Córdova, 1989, p.71). En la sección de Instrumentos de Medida se presentan los criterios de operacionalización, medición y codificación de esta variable.

3.- Operacionalización de las Variables

En el caso de la variable perfil epidemiológico de salud-enfermedad bucal, se clasificaron los sujetos, según los siguientes indicadores:

Presencia de caries, Presencia de materia Alba y cálculo, Presencia de Maloclusiones

Para la variable inserción social utilizamos la Guía Pedagógica del Método Epidemiológico de Breilh y Granda (1985, p. 77), quienes definen dimensiones, indicadores y escalas que deben utilizarse para la operacionalización de esta compleja variable causal. (Ver anexo C)

Operacionalización de las Variables Perfil Patológico de Salud-Enfermedad

Bucal.

Variable	Sub-variable	Dimensión	Subdimensión	Indicador	Subindicador	Escala	Técnica	Instrumento	Ítem
Perfil de salud bucal	Condición bucal	Biológica	Patológica	Presencia de Caries	CPOD/ceo	Razón	Observación Directa	Ficha clínica	0.Espacio vacío 1.Diente permanente cariado 2. Diente permanente obturado 3. Diente permanente extraído 4. Diente permanente para extracción indicada 5.Diente permanente sano 6. Diente temporal cariado 7. Diente temporal obturado 8. Diente temporal sano 9. Diente temporal indicado para extracción
				Presencia o no de Materia alba	IHOS				Materia Alba 0.Libre de Materia Alba 1.Hasta 1/3 de superficie cubierta de Materia Alba 2.No más de 2/3 de superficie cubierta por Materia Alba 3Más de 2/3 de la superficie cubierta por Materia Alba. Cálculo 0.Libre de cálculo 1. Cálculo supragingival que alcanzan hasta 1/3 de la superficie examinada. 2. Cálculo supragingival que cubren más de 1/3 de la superficie examinada o porciones de calculo subgingival. 3. Cálculo supragingival que cubre más de 2/3 de la superficie examinada o presenta cálculo subgingival continuo.
			Funcional	Maloclusión	Clasificación de Angle	Nominal			Tiene no tiene no determinable
				Oclusión	dentición	Nominal			1.Temporal 2.Mixta 3.Permanente
			Sexual	Sexo	Femenino Masculino	Nominal			Femenino Masculino
			Cronológica	Edad	Años de edad	Nominal			Nº de años

Operacionalización de variable **Inserción Social; Dimensión Producción**

Variable	Sub-variable	Dimensión	Sub dimensión	Indicador	Subindicador	Escala	Técnica	Instrumento	Ítem
Inserción social	Condición Social	producción	laboral	Situación Ocupacional actual	Ocupado Desocupado Estudiante con beca Estudiante sin beca otros	Nominal	encuesta	cuestionario	1. Estudiante con beca. 2. Estudiante sin beca. 3. Trabajo Fijo 4. Trabajo Destajo 5. Sin Trabajo 6. Buscando Trabajo 7. Incapacitado 8. oficios del Hogar 9. Otros. especifique
				Ocupación	Tipos de oficio				1.- Pago diario por trabajo de tierras ajenas 2.-Obrero especializado 3.-Obrero no especializado 4.-Buhonero 5.-Estudiante 6.-Del Hogar 7.Empleado de oficina No calificado 8.- Obrero especial 9.-Chofer de Transporte 9.-Artesano 10.Agricultor 11.Empleado de Oficina Calificada 12.Comerciante Vendedor 13.-Profesional, técnico 14.-Pequeño y mediano empresario /propietario 15.-Gerente 16. Administrador, 17. Director 18.-Gran Empresario/propietario 19.Ocupación no definida 20.-otros(especifique)
				Grado de control de proceso de trabajo	Al realizar su trabajo señale si posee o no control				-Ningún tipo de control -Solo realiza modificaciones simples -puede realizar cambio en el proceso de trabajo. -Posee el control
				Relación entre los propietarios de los medios de producción y los trabajadores directos	Relación explotador/explotado				1. Propietario de los medios de Producción. 2.Obrero 3.colaboración reciproca con otros miembros para realizar un trabajo 4.Pertenece a una cooperativa
				Venta y Valor de fuerza de trabajo	Relación de dependencia del jefe de familia				__ Subsidio Por participación en misiones __ No Posee Fuente Ingreso. __ Posee 2 fuentes de ingreso __ Ingreso derivado de Pensión. __ Recibe salario por la venta de su trabajo. __ Desempeña un trabajo propio ---- Desempeña un trabajo con la Familia __ Percibe un sueldo fijo con todos los beneficios de ley __ Obtiene ganancia de transacciones de comercio __ Invierte recursos propios para generar ganancias

				Tipo y desgaste	Mental y físico Mental físico			Diga cual es el tipo de desgaste que ud realiza al realizar su trabajo. Mental y físico Mental físico
				Ingreso mensual Promedio del Grupo familiar	Entrada de dinero con la que cuenta grupo familiar en el mes			<input type="checkbox"/> Bs. 500.000 o menos <input type="checkbox"/> Bs. 500.001 a 1.000.000 <input type="checkbox"/> Bs. 1.000.001 a 2.000.000 <input type="checkbox"/> Bs. 2.000.001 a 4.000.000 <input type="checkbox"/> Bs. 4.000.001 a 8.000.000 <input type="checkbox"/> Bs. 8.000.001 o más

Operacionalización de la variable Inserción Social; Dimensión Consumo

Variable	Sub-variable	Dimensión	Sub dimensión	indicador	Sub-indicador	Escala	Técnica	Instrumento	Ítem				
Inserción social	Condición social	Consumo	Educación	instrucción educativa	Grado de instrucción educativo que posee el representante del niño	nominal	Técnica	Instrumento	<ol style="list-style-type: none"> 1. sin nivel 2. Primaria 3. Secundario 4. Técnica 5. Superior 6. Avanzada 				
									salud bucal	Adquisición de conocimiento sobre salud bucal	Socialización (de tipo Familiar) Popular (Cultural) Científico-Técnico Adquirido en la escuela	nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. saberes sobre higiene bucal realizados en la zona: --bicarbonato.—ceniza—otros 2. nociones sobre salud bucal aprendida a través de su representante. 3. nociones sobre salud bucal aprendida en centros educativos. 4. nociones sobre salud bucal aprendido en campañas o centros de salud
													Conocimiento sobre salud bucal
			Práctica de conocimiento	Organización de práctica	Ocasión en que se cepilla	nominal			<ol style="list-style-type: none"> 1. Después de comer 2. Al acostarse 3. Al levantarse 4. Cada vez que come dulces. 5. No se cepilla. 6. no contesto 				
									Motivo de utilización de servicio - odontológico	Razones por las que se lleva al niño al odontólogo	Medios que utiliza para su higiene bucal	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cepillo 2. Hilo dental 3. Enjuagues 4. Chicles
			Instrumento	encuesta	Questionario	<ol style="list-style-type: none"> 1. Por dolor 2. Por molestias 3. Por razones estéticas 4. Control 5. Referencias Profesionales o de amigos 6. Otras causas 7. Especifique cuales 							

Inserción Social		Condición social		Consumo			
Servicios odontológicos	Selección asistencial que acude	Tipo Servicio de asistencia al que lleva a su hijo	Nominal	encuesta	cuestionario	1.No usa 2.Público 3.Privado 4. IVSS 5.otros 6.Especifique cuales	
	Frecuencia en que asiste al odontólogo	Importancia que le da el serarse	Nominal	encuesta	cuestionario	1.-cada 6 meses 2.-Anualmente 3.-Cada 2 o mas años 4. -Nunca	
	Cercanía de centro asistencial	Tiempo desde la casa hasta donde está el odontólogo al que acude	nominal	encuesta	Cuestionario	1.-3 hrs o más 2.- 2 a 3 hrs 3.- 1 a 2 hrs 4.- 1 hrs o menos	
	Facilidades de acceso	Acceso a centro odontológico	nominal	encuesta	cuestionario	.-Cobertura de seguro medico-odontológico 2.-Disponibilidad de servicio odontológico en la escuela 3.- acude a servicio odontológico de Barrio Adentro 4.- acude a servicio odontológico de la Gobernación 5.- Acude a seguro social 6. Otros .cuales	
	Servicios Básicos intra-familiares	Acceso a agua potable	Disponibilidad de agua potable	nominal	encuesta	cuestionario	1. Intra domiciliaria 2.Pila Pública 3.Camión cisterna 4.Otros
		Acceso servicios de excretas	Disponibilidad de Servicios de excretas	nominal	encuesta	cuestionario	1. Cloacas 2. Posos sépticos 3. Letrinas 4. Suelo 5. otros
		Acceso a servicio de recolección de basura	Disponibilidad de aseo urbano	nominal	encuesta	cuestionario	1. aseo urbano 2. Acumulada 3. Quemada 4. Contenedor
		Acceso a servicio de iluminación	Disponibilidad de electricidad	nominal	encuesta	cuestionario	1. Instalada 2. Tomada 3. Planta Caseras
	Bienes	vivienda	vivienda	nominal	encuesta	cuestionario	1. Casa 2. Apartamentos 3. Rancho 4. Habitación 5. Otros

					Tenencia de vivienda	Nominal	encuesta	cuestionario	1. Propia 2. Alquilada 3. Cedida 4. invalidada 5. invadida otros
Inserción social	Condición social	Consumo	Alimentación	cotidiana	Clase de alimento que consume	ordinal	encuesta	cuestionario	1. Bajo 2. Medio 3. Alto
				Alimentos Ricos en azucares	Criogénica	ordinal	encuesta	cuestionario	1. Bajo 2. Medio 3. Alto

4.- Diseño Muestral

El diseño muestral del presente estudio consta de varios pasos relacionados entre sí, a saber:

1.- Se determina el tamaño poblacional, desglosado en sus respectivos estratos, que en este caso están definidos por la naturaleza institucional de los planteles, así:

(a) Planteles privados: 5.870 alumnos de la I y II etapas de educación básica matriculados para el periodo escolar 2007-2008.

(b) Planteles estatales: 5.992 alumnos de la I y II etapas de educación básica matriculados para el periodo escolar 2007-2008.

La población total del estudio está conformada entonces por 21.659 alumnos de la I y II etapas de educación básica matriculados para el periodo escolar 2007-2008. (Ver Anexo D)

2.- Para la determinación del tamaño de la muestra a seleccionar, habida cuenta de que esa población es demasiado grande para poder factiblemente estudiarla en su totalidad, se utilizó la siguiente fórmula (Cochran, 1980)

$$n_0 = \frac{t^2 pq}{d^2}$$

Esta fórmula proporciona una muestra cuyo tamaño es suficiente para garantizar la representatividad de la información obtenida a partir de la misma respecto de la población, con una cierta probabilidad o margen de error. Para ello es preciso escoger una variable con dos posibles valores que sea pertinente o se relacione de alguna manera significativa con las variables investigadas. En este caso, dado que una de las variables centrales del estudio es inserción social del sujeto, y puesto que la naturaleza privada o pública del plantel es uno de los indicadores de dicha inserción social, donde razonablemente cabe suponer que, en términos generales, los sujetos matriculados en planteles privados pertenecen a un grupo familiar con mayor ingreso mensual que aquellos matriculados en planteles públicos, entonces una variable adecuada para la utilización de la fórmula del tamaño muestral es justamente la naturaleza institucional del plantel.

La probabilidad (proporción poblacional) de que un integrante de la población esté matriculado en un plantel privado, de acuerdo a los datos reportados en el punto 1 es $p=5.870/21.659 = 0,271$. Por lo tanto, la probabilidad de que un integrante de la población no esté matriculado en el plantel privado (o de que esté matriculado en un plantel publico) es $q = 1-p = 0,729$.

Con esas proporciones y asumiendo un nivel de confianza para los resultados muestrales del 95% ($\alpha = 0,05/ t 1,96$) y un margen de error tolerable en la estimación de la proporción poblacional a partir de la muestra de 5% máximo ($d = 0,05$), se efectuó el siguiente cálculo mediante la fórmula escogida.

<i>p</i>	<i>q</i>	<i>d</i>	<i>t</i>	<i>d</i>²	<i>t</i>²	<i>pq</i>	<i>n</i>₀
0,271	0,729	0,05	1,96	0,0025	3,8416	0,1976	304

Para determinar la necesidad de realizar corrección por finitud de la población, se utilizó el criterio de $n_0/N < 7$ (Cochran, 1980), lo cual arrojó el siguiente resultado:

$$304 / 21.659 \times 100 = 1,404\% < 7 \text{ (no requiere corrección por finitud).}$$

El tamaño de la muestra a seleccionar a partir de la población es entonces de 304 sujetos.

3.- Se calcula la fracción de muestreo o probabilidad de un sujeto de ser seleccionado a partir de la población, la cual es $304 / 21659 = 0,014$

4.- Se calcula la cantidad de sujeto a seleccionar por estrato, así:

(a) Planteles privados: $5870 \times 0,014 = 82,18 \approx 83$ alumnos de la I y II etapas de educación básica matriculados para el periodo escolar 2007-2008

(b) Planteles estatales: $5.992 \times 0,014 = 83,89 \approx 84$ alumnos de la I y II etapas de educación básica matriculados para el periodo escolar 2007-2008

(c) Planteles nacionales: $9.797 \times 0,014 = 137,16 \approx 137$ alumnos de la I y II etapas de educación básica matriculados para el periodo escolar 2007-2008

5.- Se calcula la cantidad de planteles a seleccionar en cada estrato, partiendo de la información poblacional acerca de la cantidad total de de planteles privados (28), estatales (18) y nacionales (12) que hay en el Municipio Plaza del Estado Miranda.:

(a) Planteles privados: $28 \times 0,014 = 0,392 \approx 1$

(b) Planteles estatales: $18 \times 0,014 = 0,252 \approx 1$

(c) Planteles nacionales: $12 \times 0,014 = 0,168 \approx 1$

6.-Se efectuó en cada en cada estrato un muestreo con probabilidad proporcional al tamaño según la técnica de Hansen y Hurwitz (1943, en Cochran, 1980.p311) a efectos de seleccionar aleatoriamente el plantel de cada estrato donde se procederá a una segunda etapa a seleccionar los sujetos de la muestra los resultados de este paso del diseño muestral fueron los siguientes

Planteles Privados						
Plantel	Tamaño M_i	$\sum M_i$	Gama signada Li Ls		Número aleatorios (De 1 a 5.870) Utilizando SPSS 13.0	Orden de selección (Con restitución)
1	443	443	1	443		
2	215	658	444	658		
3	43	701	659	701		
4	364	1.065	702	1.065		
5	90	1.155	1.066	1.155		
6	146	1.301	1.156	1.301		
7	159	1.460	1.302	1.460		
8	155	1.615	1.461	1.615		
9	78	1.693	1.616	1693		
10	49	1,742	1.694	1.742		

11	657	2.399	1.743	2399		
12	104	2.503	2.400	2503		
13	162	2.665	2.504	2.665		
14	691	3.356	2.666	3.356		
15	41	3.397	3.357	3.397		
16	45	3.442	3.398	3.442		
17	6	3.448	3.443	3.448		
18	505	3.953	3.449	3.953		
19	972	4.925	3.954	4.925		
20	21	4.946	4.926	4.946		
21	61	5.007	4.947	5.007		
22	144	5.151	5.008	5.151		
23	24	5.175	5.152	5.175		
24	106	5.281	5.176	5.281		
25	212	5.497	5.282	5.493		
26	292	5.785	5.494	5.785	5.630	1
27	29	5.814	5.786	5.814		
28	56	5.870	5.815	5.870		

Planteles Estadales

Plantel	Tamaño	$\sum M_i$	Gama signada		Número	Orden	de
	M_i		Li	Ls	aleatorios	selección	

					(De 1 a 5.992)	(Con
					Utilizando	restitución)
					SPSS 13.0	
1	443	443	1	443		
2	799	1.232	434	1.232		
3	433	1.665	1.233	1.665		
4	277	1.942	1.666	1.942	1.902	1
5	251	2.193	1.943	2.193		
6	257	2.450	2.194	2.450		
7	323	2.773	2.451	2.773		
8	215	2.988	2.774	2.988		
9	112	3.100	2.989	3.100		
10	333	3.433	3.101	3.433		
11	541	3.974	3.434	3.974		
12	358	4.332	3.975	4.332		
13	423	4.755	4.333	4.755		
14	140	4.895	4.756	4.895		
15	406	5.301	4.896	5.301		
16	183	5.484	5.302	5.484		
17	355	5.839	5.485	5.839		
18	153	5.992	5.840	5.992		

Planteles Estadales

Plantel	Tamaño	$\sum M_i$	Gama signada		Número aleatorios (De 1 a 9.797) Utilizando SPSS 13.0	Orden de selección (Con restitución)
	M_i		Li	Ls		
1	612	612	1	612		
2	711	1.323	613	1.323		
3	700	2.023	1.324	2.023		
4	1117	3.140	2.024	3.140		
5	388	3.528	3.141	3.528		
6	1.453	4.981	3.529	4.981		
7	957	5.938	4.982	5.938	5.140	1
8	520	6.458	5.939	6.458		
9	1.233	7.691	6.459	7.691		
10	669	8.360	7.693	8.360		
11	1.287	9.647	8.361	9.647		
12	150	9.797	9.648	9.797		

7.- Se determinó ahora la cantidad de sujetos a seleccionar de cada plantel escogido en la primera etapa del diseño muestral.

(a) Planteles privados: Plantel N° 26 = 296 matriculados >83

(b) Planteles estatales: Plantel N° 4 = 277 matriculados >84

(c) Planteles nacionales: Plantel N° 7= 957 matriculados >137

8.- Utilización de la tabla de número aleatorios, por el método del azar simple para seleccionar la cantidad de sujetos pautada por el diseño maestral en cada uno de los tres planteles. Para este paso se utilizó el paquete estadístico SPSS 13.0 (ver Anexo G)

5.- Instrumentos de recolección de Datos

Para la recolección de las variables estudiadas en este trabajo de investigación se utilizó una ficha odontológica con su instructivo a través de la cual se obtuvo datos relacionados con las patologías bucales de la población escolar para determinar los índices de CPOD/ceo, IHOS y Maloclusión. (Ver Anexos F y G)

También se elaboró un cuestionario que contó con 37 preguntas con su instructivo dirigido a la identificación del niño y tipo de plantel, a la condición

social de la familia a que pertenece el niño en su condición de producción y consumo. . (Ver Anexos H e I)

Previo a la aplicación del cuestionario a los representantes de los niños seleccionados, se realizaron dos pruebas para conocer las dificultades que se podían presentar por parte de los representantes de los niños al responder el cuestionario, una de ellas se realizó a 10 representantes que acudieron a llevar a su hijo a tratamiento odontológico en el cuarto piso de la Facultad de Odontología, donde se observó la existencia de preguntas con cierto grado de dificultad para responder por parte de algunos representantes, por esta razón se omitieron algunas preguntas y se redactaron otras preguntas de una forma más sencilla, la segunda prueba se realizó en la Unidad Educativa Colegio Parroquial Jesús María Marrero a 8 representantes de niños de este plantel en horas de la entrada a clase donde se observó que los representantes respondieron el cuestionario con mayor soltura.(Ver Anexo J)

6.-Calibración y entrenamiento.

Luego del diseño de los instrumentos e instructivos que se utilizaron para la recolección de los datos necesarios para el desarrollo del estudio propuesto, se procedió a realizar la calibración de los odontólogos, la calibración es un entrenamiento previo que se realiza con la finalidad de

tipificar y hacer homogénea la calidad de la información recogida. Este entrenamiento se realizó en varias etapas tanto para los indicadores bucales como para los indicadores socio-económicos.

Para los indicadores bucales:

1.- Preparación teórica a través de clases audiovisuales preparadas por la Profesora Rosalba Barrios sobre los índices utilizados en el estudio que estuvieron comprendidas por dos clases donde se explicaran los criterios específicos para los índices utilizados como son CPOD/ceo ,IHOS y la presencia de malosiones

2.- El entrenamiento práctico fue conducido por la Profesora Rosalba Barrios en la Unidad Educativa Colegio Parroquial Jesús María Marrero ubicado en la calle Arismendi de Guarenas, aquí se seleccionaron cuatro niños de cada grado correspondiente a los grados de primero a sexto grado de edades comprendidas entre 7 a 13 años los cuales fueron examinados por los dos odontólogos participantes en el levantamiento epidemiológico y la profesora encargada de la calibraciones es decir el odontólogo patrón.

7.- Descripción del procedimiento:

El entrenamiento se realizó en tres días. Durante estos días se seleccionaron al azar grupos de 3 niños de la misma edad de ambos sexos dentro de un rango de 7 años a 13 años de primero a sexto grado, estos niños fueron examinados por cada uno de los odontólogos participantes y por el odontólogo patrón.

El procedimiento seguido fue anotar en la ficha odontológica los códigos correspondientes a los criterios discutidos durante la preparación teórica. Luego se analizaron los datos recogidos en la ficha odontológica para determinar si el grupo de odontólogos presenta un mismo criterio sobre los índices seleccionados asegurando un mínimo margen de error, el cual estuvo a cargo del Dr. Oscar Ayala, quien fue el responsable de indicar el margen de error de los resultados y si estos se encontraban dentro mínimo error para iniciar la investigación.

Debido a que no fue posible conseguir el apoyo de los pasantes de odontología los cuestionarios fueron aplicados por los mismos dos odontólogos calibrados para el examen bucal, antes de empezar a recoger los datos en los planteles seleccionados fue necesario discutir las preguntas que conformaban el cuestionario con la odontólogo asignada por la Coordinación de Odontología, posteriormente se realizaron las entrevistas a los representantes de los niños examinados del mismo colegio en donde

se realizó la calibración, luego se discutieron los resultados y las dudas sobre la aplicación del cuestionario.

Limitaciones. A pesar de la importancia que tiene el realizar un estudio de tal envergadura en el Municipio Plaza en el Estado Miranda, para conocer las condiciones reales de la salud bucal de la población escolar de 7 a 13 años y las implicaciones sociales que pueden estar implícitas, este trabajo tuvo ciertas limitaciones para efectuar el trabajo de campo.

Escaso recurso humano para la ejecución examen bucal, sólo se pudo lograr por parte de la Coordinación de Odontología del Estado Miranda la facilitación de 2 odontólogos mas el odontólogo responsable del estudio, de los cuales solo dos alcanzaron culminar la calibración, por esta razón se trabajó a tiempo completo por 6 semanas. Para el apoyo de la aplicación de los cuestionarios se solicitó la asignación de pasantes de la Universidad Santa María los cuales realizan pasantías en los diferentes centro de salud del Distrito Sanitario N° 3, no pudiendo lograr su incorporación debido a la culminación de sus actividades académicas; esto ocasionó que .también los cuestionarios fueran aplicados por los mismos dos odontólogos.

El financiamiento del estudio para la compra material desechables para los exámenes bucales, instrumental, papelería, fue cubierto por el odontólogo responsable del estudio.

El acceso a uno de los planteles escolares seleccionados al azar con anterioridad fue difícil debido a la ubicación geográfica y a la inseguridad existente en la zona de ubicación del mismo.

Tiempo, debido a que la ejecución del trabajo de campo estaba próxima a la culminación del año escolar 2007-2008, los dos odontólogos se dedicaron a realizar el examen bucal en un promedio de 20 niños diarios, trabajando desde las 7:30 am hasta las 3:pm y se procuró realizar las entrevistas a los representantes de los niños al inicio de la entrada a clase y al finalizar las actividades.

El examen bucal se realizó en su totalidad en los niños seleccionados, la aplicación de la encuesta fue más difícil, teniendo que acudir a reuniones de los docentes y los representantes para la realización de paseos y fiesta de fin de curso, entrega de boletas e inscripción del niño sin embargo no se pudo culminar en un 100% ya que hubo padres que no quisieron colaborar o no se presentaron a la entrevista.

Para contactar a los niños y a sus representantes. Para iniciar las actividades de campo se le solicitó autorización al Distrito Escolar N° 2 en los planteles seleccionados ubicados en el Municipio Plaza, posteriormente se la pidió a la dirección de cada plantel su autorización y de apoyo para examinar a los niños y poder entrevistarnos con los representantes de los

niños, junto con el consentimiento informado a los representante. (Ver Anexos K y L)

La dirección de cada plantel a su vez nos suministró los listados de los niños cursantes por sección e informó a sus docentes que colaboraran con nosotras para el retiro de los niños fuera del salón de clase en un numero de 5 en 5; para la citación del representante de los niños examinados los docentes colaboraron con nosotros como intermediarios entre el representante y el odontólogo.

Los niños que por algún motivo no pudieron ser examinados en un primer momento por ausencia o por enfermedad se solicitaron posteriormente antes de empezar a examinar otros grados.

Para la aplicación de los cuestionarios al representante del niño se trató de contactarlo a través de una circular, en donde el representante debía dirigirse al salón de clase del niño anteriormente examinado, al inicio o a la salida de clases. Como consecuencia de la culminación de clases, fue necesario acudir a los planteles los días de retiro de boletas e inscripción.

Recursos Humanos: Se contó para este estudio con dos odontólogos que trabajaron a tiempo completo desde 7:30 a.m. hasta las 3:00 p.m. de lunes a viernes desde la segunda quincena de mayo hasta la última quincena de junio y luego se contó con un odontólogo para terminar de realizar las encuestas durante la primera semana de julio.

Recursos Materiales: Se dispuso de todos los materiales necesarios para la ejecución del trabajo de campo como fueron papelería, sustancia detectora de placa, espejos, toallas, algodón, guantes, tapa bocas, vasos, transporte.

8.-Criterios para la clasificación de los grupos sociales.

Para realizar la clasificación de los grupos sociales se utilizó los criterios expuestos por Jaime Breilh y Edmundo Granda, editados en su obra "Investigación de la salud en la sociedad" donde señala la importancia de realizar una clasificación epidemiológica que no solo tome en consideración los trastornos biológicos y psíquicos individuales, sino también su relación con la dimensión particular de la clase social dentro de un desarrollo productivo y relaciones sociales (determinado por el consumo), propios de un lugar y dentro de un momento particular. Esta clasificación utilizada por Jaime Breilh y Edmundo Granda nos permite clasificar las condiciones de salud enfermedad de un conglomerado social según patrones de riesgos y factores protectores que determinan el perfil de la enfermedad o de la salud de un grupo social.

Tomando en cuenta lo anterior se pasó a clasificar a la población seleccionada según sus condiciones de trabajo y su tipo de consumo, dentro de la clasificación indicada por los autores que presentan seis

grupos básicos, pero debido a las particularidades de conformación de las categorías y a las características particulares de esta población, se añadieron otros grupos.

Clasificación epidemiológica del proceso salud enfermedad según perfil epidemiológico basado en planteamiento de Jaime Breilh y Edmundo Granda.

Grupo I: grupo social vinculado a la descomposición de la economía ganadera y agrícola de auto subsistencia. Sus rasgos más sobresalientes son:

- (a) Condiciones de reproducción social en vías de descomposición.
- (b) Relaciones sociales de cooperación con bajo desarrollo productivo.
- (c) Alto gasto energético: largas jornadas de trabajo, ritmo fuerte debido al uso de técnicas e instrumentos rudimentarios.
- (d) Alto nivel de control del trabajo. Depende sólo de la participación del núcleo familiar.
- (e) Consumo básico en vías de deterioro.

En lo relativo al perfil salud enfermedad, se presentan patologías de tipo infectocontagiosas, procesos asociados a las carencias socio-biológicas.

Ocupaciones: Conuqueros, trabajadores del campo, indígenas auto-abastecedores.

Grupo II: grupo social vinculado a la producción mercantil simple. Esta categoría está conformada por artesanos, dueños de pequeños talleres con pocos empleados, pequeños comerciantes en local estable. Entre sus rasgos más sobresalientes encontramos.

- (a) Posee medios de trabajo con tecnología rudimentaria.
- (b) La capacidad de de planificación y organización del proceso de trabajo es limitado.
- (c) Presenta mayor vinculación al entorno cultural organizado, lo que genera posibilidades de acceso al consumo básico y en algunas ocasiones ampliado con características cualitativas diferentes debido a la socialización.
- (d) Relación social sometida a la explotación.
- (e) Alto costo energético.
- (f) Procesos asociados con privaciones socio-biológicas y al desgaste físico.
- (g) Mayor prevalencia a trastornos mentales.

Ocupaciones: Comerciante, pequeño empresario, taxista, chofer de transporte público con camioneta, chofer integrante de una cooperativa, albañil, plomero, soldador cooperativista, costurera, herrero, vendedor de verduras en el Mercado de Coche, contratista de obras civiles, chofer de camión de mudanzas, mototaxista, importador de artículos deportivos.

Grupo III: grupos o fracciones que participan directamente en la producción capitalista. A este grupo pertenecen todos los trabajadores que

venden su fuerza de trabajo por un salario. El proceso productivo puede influir en la instalación de enfermedades psicosomáticas asociadas a las tensiones psicosociales.

Entre sus rasgos más sobresalientes encontramos:

- (a) Acentuada división del trabajo.
- (b) Moderado gasto calórico.
- (c) Jornadas intensivas y monótonas.
- (d) Desgaste orgánico funcional con sobre carga nerviosa.

Ocupaciones: obrero especializado, mecánico de diesel, carnicero, telefonista-recepcionista, chequeador de almacén, vigilante, empleado de oficina, chofer de empresa de pan, electricista, auxiliar de laboratorio, pastelero, mecánico, empleado de fábrica, bibliotecario, herrero, empleado de servicios públicos, costurera de fábrica de pantalones, secretaria, tejedor de alfombras, carpintero, camarera de hospital, chofer de empresa, profesor de carpintería, policía, enfermera, supervisor de línea de supermercado, vendedor de repuestos de automóvil, encargado de restaurant, técnico en electrónica, electricista, encargado de una tienda, operario de laboratorio.

Grupo IV: Sub-proletariados urbanos. A esta categoría pertenecen la sobre población relativa excedente, mal denominada “población urbana marginal”. Puede o no tener vinculación a la seguridad social, lo que exacerba las carencias en el acceso a los servicios.

- (a) No posee medios de trabajo propios, no posee empleo permanente.

(b) Consumo básico puede ser irregular o privativo.

(c) Presenta forma de urbanización desordenada y precaria.

Ocupaciones: buhonero, chofer de camioneta sin vehículo, obrero de construcción no especializado, cobrador, planchadora, limpieza, doméstica, ayudante de cocina, ocupación no definida, agricultor a destajo, chofer de avance, supervisor de camionetas de transporte público, vendedora de empanadas, ayudante de panadería, cuidador de casa, pintor de casa, peluquera.

Grupo V: Capas medias urbanas de nivel alto. Está conformado por la llamada “clase media urbana”. Conforman una estructura social de alto peso político ideológico.

Hay gran desgaste de trabajo intelectual porque implica planificación, organización y supervisión de su proceso lo que le da una alta autonomía y poder de decisión.

(a) Consumo tolerable, suficiente o excesivo.

(b) Exposición de condiciones estresantes.

(c) Predominio de trastornos asociados a sobrecarga psíquica.

Ocupaciones: Profesionales independientes, empleados públicos, abogado, militar activo, docente, contador, administrador, médicos, economista

Grupo VI: Clase social dominante. En este grupo se insertan las diferentes fracciones de la burguesía. Son los dueños de los medios de producción industrial o del campo. Se caracteriza por presentar un perfil reproductivo con bajo gasto calórico y mínimo esfuerzo de trabajo.

Grupo VIII: grupo social sin ubicación definida en el proceso productivo con remuneración económica fija.

(a) Presenta un gasto calórico mínimo y sedentarismo.

(b) Satisfacción parcial de consumo básico y ampliado.

En este grupo encontramos a los jubilados que cumplieron años de labor, a los incapacitados laborales, estudiante de misiones.

Grupo VII: grupo social sin ubicación definida en el proceso productivo sin remuneración económica fija. A esta categoría pertenecen los jefes de familia que en los actuales momentos se encontraban desempleados.

(a) Presentan un gasto calórico mínimo con una sobre carga psíquica producto de su condición económica.

(b) Consumo simple deficitario, incluso en renglones básicos como la alimentación.

(c) Acceso restringido a los servicios de salud y seguridad social.

Grupo IX: conformado por el jefe de familia que en el proceso productivo poseen dos ingresos económicos.

Representado por aquellos grupos que se ven obligados a buscar dos ocupaciones debido a que su ingreso salarial no cubre sus necesidades de consumo básico y ampliado.

(a) Se observa en este grupo alto gasto calórico.

(b) Jornadas extensivas de esfuerzo.

(c) Ritmo monótono.

(d) Alta inseguridad.

(e) Peligrosidad en el trabajo.

Ocupaciones: Vigilante y Buhonero, obrero y estudiante de misiones.

9.-Criterios para el componente bucal

Conocimiento sobre salud bucal: Conjunto organizado de datos e información sobre las principales enfermedades bucales como por ejemplo la caries y los medios para ejercer un mejor control sobre ésta.

(a) Origen del conocimiento sobre salud bucal: es la fuente o estímulo externo de donde emana el conocimiento sobre salud bucal el cual puede ser teórico o práctico, puede originarse de una experiencia, del aprendizaje de la tradición, o de un conocimiento probable a través de un método.

(b) Tipo de conocimiento con relación a la enfermedad bucal: se pueden establecer varias formas de conocimiento.

-Conocimiento social o público si es fácil de compartir y consiste en un conocimiento creado y difundido por la sociedad. Conocimiento personal si ha sido construido por el propio individuo.

-Conocimiento tradicional o cultural es toda información heredada de generaciones anteriores propias de una área geográfica definida.

-Conocimiento empírico es aquel que es obtenido de experiencias.

-Conocimiento científico es la información racional que ha sido verificada y contrastado con la realidad. O pueden presentarse combinaciones entre ellos como el empírico- científico

(c) Razones por las que se lleva al niño al odontólogo: tiene relación con la motivación que surge del tipo de conocimiento que se posea sobre la salud bucal

(d) Práctica de higiene bucal del niño.

Procedimiento preventivo dirigido a controlar los efectos nocivos de la placa bacteriana tales como la frecuencia de cepillado.

10.-Criterios para clasificación de alimentos según el grupo alimenticio al que pertenece

Se refiere a la variedad de alimentos que consume el niño, clasificado por grupos según el valor nutritivo del alimento, de acuerdo a publicación emanada por la División de Educación del Instituto Nacional de Nutrición (INN).

La dieta se refiere a la variedad de alimentos que consume el niño, clasificándola en:

-Muy nutritivo si la ingesta de la dieta es balanceada y se encuentran conformado por los grupos 1, 2,3.

-Nutritivo: si están presentes los grupos 1 y 3.

-Poco nutritivo si solo están presentes el grupo 1 y 2.

Grupo 1: de granos, cereales, tubérculos y plátanos.

También aportan vitaminas del complejo B, hierro, calcio y fibra. Se recomienda consumir por lo menos dos raciones en cada una de las comidas

Grupo 2: de hortalizas y frutas.

Principal fuente de vitaminas A y C, y algunos minerales. Se recomienda consumir al menos de 5 raciones entre frutas y hortalizas crudas o cocinadas.

Grupo 3: de leche, carnes y huevos. Principal fuente de proteínas, calcio y hierro. Igualmente aportan vitaminas A, D, B 1, B2 y B12

Leche o sus derivados: Una o más raciones al día. Pescado, especialmente atunes y sardinas que contienen omega 3: dos veces a la semana. Hígado de res de pollo: una vez a la semana. Carnes rojas: una vez a la semana.

Grupo 4: de azúcares. Su consumo es opcional y se recomienda hacerlo en pequeñas cantidades. Entre ellos tenemos de jaleas, mermeladas, chucherías y refresco

Grupo 5: de grasas y aceites.

Criterios que se tomaron en cuenta para el consumo de alimentos que puedan causar caries. El factor más importante se relaciona con la frecuencia, tipo de alimentos que puedan causar caries, ya sea golosinas o en base a carbohidratos, en la actualidad se conoce que los almidones cocidos tales como hojuelas de maíz, galletas, papas fritas, que después de ser ingeridos producen ácidos que atacan al diente y producen caries.

11.-Criterios para la medición de las patologías bucales.

Para la experiencia de caries se utilizó el índice CPOD-ceo de Klein y Palmer, aplicado en una población de niños de 7-13 años de edad, donde el

tipo de dentición es mixta. Se utilizándose los criterios publicados en el “Manual de Levantamiento de Caries”, publicado por la Cátedra de Odontología Sanitaria.

Para la medición de Higiene Oral (IHOS) se utilizó el índice de Greene y Vermillón. En relación a la presencia y ausencia de maloclusiones, se trabajó con el manual del encuestador elaborado para la prueba piloto del Proyecto Amazonas, el cual toma en cuenta algunos puntos de observación fundamental para determinarla.

Indicadores para la medición de las patologías bucales. El índice CPOD/ceo es un estudio sobre caries dental que busca describir cuantitativamente el problema en personas a partir de los 3 años de edad en adelante. Se utiliza el índice CPOD de Kley y Palmer para dientes permanentes y el Índice ceo de Gruebbel para dientes temporales.

El CPOD describe los resultados del ataque de la caries en los dientes permanentes de un grupo poblacional, el símbolo C se refiere al número de dientes permanentes que presenta lesiones de caries no restaurados.

El símbolo P se refiere a los dientes permanentes perdidos por caries. Además de los dientes permanentes extraídos por razón de caries; se acostumbra también clasificar como perdidos los dientes permanentes que tienen extracción indicada (por razón de caries). Así, los dientes

permanentes estarán compuestos por los dientes extraídos (E) y los dientes con Extracción indicada (EI).

El símbolo O se refiere a los dientes permanentes que fueron atacados por caries pero que están ahora restaurados.

El símbolo D es usado para indicar que la unidad establecida es el Diente, o sea, el número de dientes permanentes afectados en vez de superficies afectadas o número de lesiones de caries existentes en boca.

Si la población de niños presenta dentición mixta, es utilizado también el índice ceo para describir la prevalencia de la caries en los dientes temporales. El símbolo c significa el número de dientes temporales presentes cariados y no restaurados.

El símbolo e representa el número de dientes deciduos con extracción indicada .el símbolo o representa el numero de dientes temporales obturados. El promedio deberá ser computado separadamente para cada edad y sexo, en grupos de niño menores de 12 años.

Esta clasificación toma en cuenta los dientes permanentes y temporales o espacios dentarios donde se excluyen los terceros molares. En este sistema de clasificación se incluye la categoría “extracción indicada” la cual

corresponde a dientes presentes en boca, donde la estructura dentaria esté muy destruida por la caries y se tenga que extraer.

Criterio para examen y reglas para el registro

Código:

- 0- Espacio vacío
- 1- Diente permanente cariado
- 2- Diente permanente obturado
- 3- Diente permanente extraído
- 4- Diente permanente con extracción indicada
- 5- Diente permanente sano
- 6- Diente temporal cariado
- 7- Diente temporal obturado
- 8- Diente temporal con extracción indicada
- 9- Diente temporal sano

Para calcular el índice de CPOD y ceo se procederá de la siguiente forma:

El CPOD individual resulta de la sumatoria de los dientes permanentes afectados por caries.

$$C + E + E_i + O = \text{CPOD}$$

Cariado + Extraído + Extracción Indicada + Obturado es igual índice de CPOD individual
CPOD Grupal.

El CPOD de un grupo de personas será el promedio de total de dientes permanentes cariados, extraídos, con extracciones indicadas y obturados

$$\text{CPOD Grupal} = \frac{\text{Total de dientes afectados}}{\text{N}^{\circ} \text{ de personas examinadas}} = \frac{\text{C} + \text{E} + \text{Ei} + \text{O}}{\text{N}^{\circ} \text{ de personas examinadas}}$$

CEO individual: El índice ceo de una persona será la sumatoria de los dientes temporales afectados por caries dental.

CEO grupal: el índice ceo de un grupo de niños será el promedio del total de dientes temporales cariados con extracción indicada y obturados del grupo de niños al cual se aplica.

Para un niño de dentición mixta se deben de realizar ambos índices.

Condiciones de salud periodontal. Índice de Higiene Oral Simplificado (I.H.O.S): El índice fue ideado para estudiar y medir la epidemiología de la Placa Dental Bacteriana y el cálculo, evaluar la eficiencia del cepillado y la atención odontológica de una comunidad y los efectos inmediatos y mediatos de programas de educación para la salud bucal. Para que el índice sea usado como evaluador de las condiciones de higiene bucal de una población, deberá permitir una medición cuantitativa de los diferentes grados de higiene bucal y establecer criterios específicos para el diagnóstico cuantitativo. El Índice de Higiene Oral Simplificado lleva esas finalidades.

Se compone de dos partes: un índice de placa (P.D.B) y un índice de cálculo (IC). Para cada uno de estos componentes es evaluado según una escala de 0 a 3 y se registran las mediciones en 6 superficies de los dientes permanentes por vestibular 11, 31, 16, 26 y por lingual 46, 36 y de los dientes temporarios por vestibular 55, 65, 51, 31 y por lingual 75 y 85

Se adjudica puntaje a la superficie vestibular de los molares superiores y las superficies linguales de los inferiores. En el segmento anterior se consideran la superficie vestibular del incisivo central superior derecho e inferior izquierdo. Se puede utilizar el incisivo central del lado opuesto si está ausente el diente por evaluar. (Carranza, F. 1982:323,234)

Código de criterio para Índice de Placa.

0 = Ausencia de pigmentación.

1 = Dendritus blanco que no cubre más de un tercio de la superficie dentaria

2 = Dendritus blanco que cubre más de un tercio de la superficie dentaria

3 = Dendritus blanco que no cubre más de dos tercios de la superficie dentaria

9 = No registrado (cuando el diente no está presente por no haber erupcionado o han sido extraído)

Código de criterio para Índice de Cálculo

0 = Ausencia de Cálculo

1 = Cálculo que no cubre más de un tercio de la superficie dentaria (cálculo supragingival)

2 = Cálculo que cubre más de un tercio de la superficie dentaria

3 = Cálculo que no cubre más de dos tercios de la superficie dentaria, con cálculo alrededor de la zona gingival.

9 = No registrado (cuando el diente no está presente por no haber erupcionado o ser extraído.

La casilla total de placa es la suma de todos los índices de placa individuales dividido por el total de personas examinadas, excepto el 9 que corresponde a no registrado. Para determinar el promedio se divide entre el número de dientes examinados. Se sigue el mismo procedimiento con la puntuación del cálculo; el promedio se expresa con 2 lugares decimales.

12.-Criterios para la clasificación de la presencia o ausencia de maloclusiones

Se trabajó con el Manual del Encuestador elaborado para la Encuesta de Salud Bucal en Amazonas, donde sólo se diagnosticó la presencia o

ausencia de maloclusiones, basado en la existencia de una buena interdigitación entre ambas arcas y una relación molar correcta (Llave de Angle) pero no más de 6 dientes fuera del perfecto alineamiento. Por tal motivo se deben tener en cuenta los siguientes criterios relacionados con la oclusión.

Aspectos de oclusión. Relación Molar Anteroposterior: Esta evaluación se basa en la relación de los primeros molares. Si la evaluación no se puede basar en los primeros molares porque falta uno o dos, no han salido completamente, o están deformados por consecuencia de una caries u obturación extensa, se evalúa la relación entre los caninos y los premolares permanentes. Se evalúan los lados derecho e izquierdo en la posición de oclusión céntrica.

Oclusión Posterior Llave de Angle: El sistema de Angle se basa en las relaciones anteroposteriores de ambos maxilares, específicamente a la relación entre los primeros molares permanentes, maxilares y mandibulares.

Neutro-Oclusión o Clase I: Corresponde a la relación que existe entre la cúspide mesiovestibular del primer molar superior, cuando está en oclusión con el surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior. Existe una relación normal entre el maxilar superior y la mandíbula. Sólo los dientes presentan alteraciones.

Disto-Oclusión o Clase II: En este grupo la mandíbula se encuentra en posición distal con respecto al maxilar superior (hacia atrás).

La cúspide distovestibular del primer molar superior está en oclusión con el surco mesiovestibular del primer molar inferior.

La oclusión de los dientes se verifica cuando los inferiores se hallan en posición posterior respecto a los superiores.

Mesio-Oclusión o Clase III: En la oclusión, el surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior está en oclusión anterior a la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior. A veces se asocia hiperplasia de la mandíbula, mordida cruzada anterior y linguoversión (hacia atrás) de los incisivos inferiores. (Ver Anexo O)

11.-Procesamiento y análisis de datos:

Se organizó la encuesta y la ficha odontológica de acuerdo al niño examinado y al plantel y se vació la información en una matriz de datos a través de códigos que anteriormente se le asignó a cada pregunta con sus respectivas respuesta, estos códigos se irán organizando según el número asignado a cada niño seleccionado.

El procesamiento de los datos de la encuesta y la ficha odontológica se realizó manualmente, construyéndose tablas de doble o triple entrada, con

la finalidad de analizar la relación de dependencia o independencia entre variables o factores presentes en el estudio. Dichos datos fueron registrados en tablas y gráficos para su interpretación.

Cruce de variables: Distribución por edades y sexo relacionados con los índices CPOD, ceo; IHOS; clasificación de la población por grupo social según inserción social; distribución por grupo social relacionados con los índices CPOD, ceo; IHOS, y Maloclusiones; distribución por grupo social relacionados con ocupación y salario; distribución por grupo social relacionados con educación, vivienda, alimentación; distribución por grupo social relacionados con servicios odontológicos.

Resultados y análisis. La descripción y análisis de la información obtenida se realizó tomando en cuenta los objetivos planteados en la investigación. Para la interpretación de los de los datos se realizaron tablas de doble entrada, donde se realizó el vaciados de los datos para realizar un análisis cualitativo a través de porcentajes, según el siguiente orden:

-Distribución de la Muestra de acuerdo a: sexo y edad en los tres planteles escolares seleccionados.

-Distribución de los grupos familiares según inserción social en los tres planteles escolares seleccionados.

Proceso Productivo

Ingreso del jefe de familia

- a.- Fuente de ingresos del jefe de la familia.
- b. -Ingreso mensual del grupo familiar.

Proceso de consumo

- Educación
- Instrucción educativa del Jefe de familia.

Bienes. Vivienda

- a- Tipo de vivienda
- b- Tenencia vivienda

Consumo. Servicios Básicos intra –familiares

- a.- Acceso a servicio de agua potable
- b.- Acceso de disposición de la basura
- c.- Acceso de electricidad
- d.- Acceso disposición de las excretas.

Conocimiento sobre salud bucal.

- a.- Adquisición de conocimiento sobre salud bucal
- b.- Marco teórico del conocimiento de salud bucal. Por socialización (de tipo familiar), conocimiento popular (Cultural), conocimiento científico- técnico adquirido en la escuela

Práctica del conocimiento

- a.- Organización de la práctica. Ocasión en que el niño se cepilla
- b.- Medios utilizados por el niño para su higiene bucal
- c.- Razones por las que se lleva al niño al odontólogo

Servicios odontológicos

- a.- Tipo de servicio de asistencia al que se lleva al niño
- b.- Facilidades de acceso a servicios odontológicos
- c.- Frecuencia de asistencia del niño al odontólogo
- d.- Tiempo desde la casa hasta donde está el odontólogo al que acude.

Alimentación

1.-Cotidiana

- a.- Alimentos que consumió el niño en el desayuno
- b.- Alimentos que consumió el niño en el almuerzo
- c.- Alimentos que consumió el niño en la cena
- d.- Alimentos que consumió el niño en la merienda.

Criogénica

- a.- Frecuencia en que sus hijos consumen dulces.
- b.- Tipo de golosina o chucherías más frecuentemente consumidas por el niño.

Perfil de salud –enfermedad bucal.

Comportamiento de los índices odontológicos.

a.- CPOD-ceo.

b.- HIOS.

c.- presencia o ausencia de maloclusiones.

4. Relación del perfil epidemiológico bucal con los grupos sociales.

-Grupo social con CPOD.

-Grupo social con ceo

-Grupo social con HIOS.

Grupo social con presencia y ausencia de maloclusiones.

Capítulo IV

Resultados y análisis

Según edad y sexo por escuela". Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza. Estado

Ergara	José Rafael Pocaterria												Total de grupo etario por sexo				total
	Femenino				total				Masculino				Femenino				
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
8	7	9.09	19	24.68	5	6.41	10	12.82	15	19.23	31	11.03	23	8.19	54	19.22	
9	5	6.49	11	14.29	8	10.26	4	5.13	12	15.38	25	8.90	14	4.98	39	13.88	
9	6	7.79	13	16.88	6	7.69	8	10.26	14	17.95	23	8.19	25	8.90	48	17.08	
9	4	5.19	12	15.58	8	10.26	7	8.97	15	19.23	26	9.25	25	8.90	51	18.15	
9	5	6.49	7	9.09	9	11.54	8	10.26	17	21.79	18	6.41	20	7.12	38	13.52	
9	3	3.90	7	9.09	5	6.41	0	0.00	5	6.41	17	6.05	19	6.76	36	12.81	
9	6	7.79	8	10.39	0	0.00	0	0.00	0	0.00	4	1.42	11	3.91	15	5.34	
9	36	46.75	77	100	41	52.56	37	47.44	78	100	144	51.25	13	48.75	281	100	

1. -Distribución general de la Muestra

La muestra estuvo comprendida por 281 alumnos entre 7 años a 13 años, los cuales se clasificaron tomando en cuenta sexo, edad y proporción de la siguiente forma:

-Menca de Leoni II (plantel educativo nacional) con 126 alumnos que correspondió al 44.83%.

-Zenobia Vergara (plantel educativo estatal) con 77 alumnos que correspondió al 27.40%.

-José Rafael Pocaterra (plantel educativo privado) con 78 alumnos que correspondió al 27.75% de la muestra.

Según la variable de género la muestra contó de:

144 niños del sexo masculino, es decir el 51.25% y 137 niños del sexo femenino que correspondió al 48.75% de la muestra.

Tomando en cuenta la edad la muestra estudiada estuvo comprendida por:

54 niños de 7 años, 39 niños de 8 años, 48 niños de 9 años, 51 de 10 años, 38 de 11 años, 36 de 12 años y 15 niños de 13 años.

El mayor porcentaje total de 19.22% se halló ubicado en la edad de los 7 años con un total de 54 niños, distribuido de la siguiente forma 11.03% del sexo masculino y el 8.19% del sexo femenino y el menor porcentaje de

3.9% correspondió a los escolares de 13 años representado por 15 escolares, donde el 1.42% (4 niños) son de sexo masculino y el 3.91% (11 niños) son de sexo femenino.

Al examinar las características generales de la muestra comprendida por niños de edades de 7 años a 13 años provenientes de las tres instituciones educativas seleccionadas al azar (privada, nacional y estatal). Se observó que la educación básica en su primer grado se inicia alrededor de los 7 años de edad características común de las tres instituciones educativas seleccionadas, haciéndose también la aclaratoria que el levantamiento de los datos fue durante los meses de mayo, junio y julio del 2008 que correspondió a la culminación del año escolar 2007-2008.

En el plantel privado se destacó por la ausencia de niños de 13 años lo que indica que la escolaridad en estos planteles se inicia igual que los otros plantel (nacional y estatal) termina entre mayor proporción a los 11 años y en una menor proporción a los 12 años, ocurriendo lo inverso otros planteles donde la escolaridad termina entre los 12 años y 13 años de edad. Esta diferencia puede deberse al grado de repitencia observada en los cursantes de estos planteles, o por razones económicas a pesar de ser exonerados de la inscripción y las mensualidades. Por otra parte al examinar el porcentaje de estudiantes desde los 7 años hasta los 13 años se hace evidente que la proporción de alumnos disminuye a medida que se avanza con la edad,

siendo más evidente en los niños de sexo masculino que en los niños de sexo femenino Este comportamiento es similar a los datos presentados por el Ministerio de Educación Cultura y Deporte en la zona educativa del Estado Miranda para el Municipio Plaza año 2000/2001 donde señalan un porcentaje de matrícula inicial disminuye a medida que se avanza en su escolaridad, siendo una causa la repitencia del niño. Por otra parte PROVEA en su informe octubre 2007-septiembre 2008, señala que la reducción a nivel nacional se debe a la repitencia y a razones económicas ya que muchos de los niños pertenecientes a estratos bajos salen a trabajar para ayudar a la manutención de sus hogares. Afirmando también en la educación inicial, básica y media la tasa de escolaridad femenina continúan siendo más altas que la masculina.

2. -Distribución de los grupos familiares según inserción social

Los grupos familiares de cada uno de los planteles educativos se clasificaron por separado, por considerar que presentaban diferencias particulares entre ellos:

1.-Ubicación geográfica.-Zenobia Vergara se encuentra ubicado en una zona de crecimiento urbanístico desorganizado, zonas invadidas con construcciones de casas tanto de bloque como de tablas, de difícil acceso vehicular, en las afueras del Municipio Plaza, mientras que El Menca de

Leoni II y José Rafael Pocaterra se encuentran ubicados en una zona de gran actividad comercial y de fácil acceso de tránsito automotor y servicios públicos y numerosos edificios.

2.-Origen de asignación de presupuesto.- La asignación del Zenobia Vergara proviene del estado Miranda, Menca de Leoni II la asignación es Nacional y se encuentra adscrito al Programa de Alimentación Estudiantil, mientras que el José Rafael Pocaterra la asignación de recursos proviene de la cancelación de matrícula y mensualidades de padres y representantes.

3.-Horario de permanencia del niño en el plantel: en el José Rafael Urdaneta y en el Zenobia Vergara los niveles educativos se encuentran distribuidos en turnos de la mañana y turno de la tarde mientras que en Menca de Leoni el niño permanece desde la 7:30 am hasta las 3:00 pm, debido a la aplicación del programa nacional dirigido a la nutrición de los niños en la etapa básica donde el Estado Venezolano garantiza el desayuno, almuerzo y merienda .

Clasificación de los grupos sociales

Tabla II .Distribución de la muestra según inserción social de las familias de los estudiantes de la Escuela Nacional Menca de Leoni II. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza Estado Miranda .Año 2008

Grupo Social.	Ocupación	Total	%
II Vinculada a la producción mercantil simple	Comerciante, taxista, contratista de obras civiles, chofer de camión de mudanzas, Mototaxi, Plomero, Pequeño empresario	23	18.25
III Vinculada directamente a la producción	Obrero especializado, mecánico de diesel, carnicero, telefonista-recepcionista, Chequeador de almacén, vigilante, electricista, auxiliar de lab., pastelero, mecánico, empleado de fábrica, bibliotecario, herrero, empleado de servicio público, costurera de fabrica de pantalones, secretaria, tejedor de alfombras, carpintero, camarera de hospital.	52	41.26
IV Subproletariado	Buhonero, chofer de camioneta sin vehículo, obrero de construcción no especializado, cobrador, planchadora, limpieza, doméstica, ayudante de cocina, ocupación no definida	37	29.36
V Capas Medias	Profesor de primaria, analista de sistema, contador, Inspector transito-terrestre.	5	3.96
VII Sin ubicación con entrada económica fija	Jubilados (del hogar), incapacitado, estudiante de Misiones.	5	3.96
VIII Sin ubicación sin entrada económica fija	En condición de desempleo	2	1.58
IX Sin ubicación con 2 ocupaciones y entrada económica fija.	Vigilante y buhonero, obrero y estudiante de Misiones	2	1.58
Total		126	100%

De los 126 representantes de los niños de la escuela Menca de Leoni se encontró que la mayor proporción se encuentra ubicada en el grupo social III correspondiente al 41.26% relacionado directamente con la producción. Le sigue el grupo social IV relacionado con el subproletariado en un 29.36%. El grupo II relacionado con la producción mercantil simple en un 18.25%, El grupo social V integrado por la clase media urbana en una proporción de 3.96%.grupo social VII correspondiente a Jubilados (del hogar), incapacitado, estudiante de misiones de fue 3.96%, el grupo VIII condición

de desempleo 1.58% y el grupo IX con un 1,58% correspondiente al jefe de familia con 2 ocupaciones y entradas fijas.

Tabla III. Distribución de la muestra según inserción social de las familias de los estudiantes de la Escuela. Estadal Zenobia Vergara .Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda.Año 2008

Grupo Social	Ocupación	Total	%
II Vinculada a la producción mercantil simple	Taxista, chofer de transporte público con camioneta, soldador cooperativista, plomero, costurera, albañil, Herrero, vendedor de verduras en coche.	14	18.18
III Vinculada directamente a la producción	Mecánico de taller de vehículos, obrero especializado, obrero de construcción, vigilante, empleado de oficina, chofer de fábrica.	21	27.27
IV Subproletariado	Obrero no especializado, agricultor a destajo, ayudante de construcción, ocupación no definida, chofer de avance, supervisor de camionetas de transporte público, buhonero, limpieza, planchadora, vendedora de empanadas, ayudante de panadería, cuidador de casa ,ayudante de cocina, pintor de casa, peluquera, domestica	36	46.75
VII Sin ubicación con entrada económica fija	Pensión por jubilación	1	1.29
VIII Sin ubicación sin entrada económica fija	En condición de desempleado	4	5.19
IX Sin ubicación con 2 ocupaciones	Obrero de mantenimiento y estudiante de misión	1	1.29
Total		77	100

De los 77 representantes de los niños de la escuela Zenobia Vergara se encontró que la mayor proporción se encuentra ubicada en el grupo social IV correspondió 46.75% relacionado con el subproletariado. Le sigue el grupo social III con un 27.27% relacionado directamente con la producción correspondido El grupo II relacionado con la producción mercantil simple en un 18.18%.

No se encontró el grupo social V. El grupo social VII correspondiente a Jubilados fue 1.29%; el grupo VIII en condición de desempleo con 5. 19% y el grupo IX con un 1,29%.

Tabla IV. Distribución de la muestra según inserción social de las familias de los estudiantes de la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008

Grupo Social	Ocupación	Total	%
II Vinculada a la producción mercantil simple	Comerciante, pequeño empresario, Taxista, chofer integrante de una cooperativa, albañil, Importador de artículos deportivos.	11	14.10
III Vinculada directamente a la producción	Chofer de empresa, profesor de carpintería, obrero especializado, secretaria, policía de plaza, enfermera, supervisor de línea de supermercado, vendedor de repuestos de automóvil, encargado de restaurant, técnico en electrónica, electricista, encargado de una tienda, operario de laboratorio.	36	46.15
IV Subproletariado	Mensajero motorizado, manicurista, peluquera, vendedor de abasto, obrero no especializado, chofer de transporte público sin vehículo.	6	7.69
V Capas Medias urbana	Profesionales independientes, empleados públicos, Abogado, Militar activo, Docente, Contador, Administrador, Médicos, Economista	22	28.20
VII Sin ubicación con entrada económica fija	Jubilado	2	2.56
VIII Sin ubicación sin entrada económica fija	En condición de desempleo	1	1.28
Total		78	100

De los 78 representantes de los niños del “José Rafael Pocaterra”. La mayor proporción se ubicó en el grupo social III con un porcentaje de 46.15% relacionado directamente con la producción. Le sigue el grupo social V integrado por la clase media urbana en una proporción de 28.20% El grupo II relacionado con la producción mercantil simple en un 14.10 %, El grupo social IV relacionado con el subproletariado en un 7.69%. Grupo social VII correspondiente a Jubilados de fue 2.56 %, el grupo VIII condición de desempleo 1.28%.

Tabla V. Distribución porcentual general de los grupos familiares de cada plantel educativo según inserción social. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008

Grupo social	Plantel Educativo Menca de Leoni		Zenobia Vergara		José Rafael Pocaterra		Total	%
	Total	%	Total	%	Total	%		
II Vinculada a la producción mercantil simple	23	8.18	14	4.98	11	3.91	48	17.08
III Vinculada directamente a la producción	52	18.50	21	7.47	36	12.81	109	38.79
IV Subproletariado	37	13.16	36	12.81	6	2.13	79	28.11
V Capas Medias urbana	5	1.77	-	-	22	7.82	27	9.60
VII Sin ubicación con entrada económica fija	5	1.77	1	0.35	2	0.71	8	2.84
VIII Sin ubicación sin entrada económica fija	2	0.71	4	1.42	1	0.35	7	2.49
IX Sin ubicación con 2 ocupaciones	2	0.71	1	0.35	-	-	3	1.06
Total	126	44.83	77	27.40	78	27.75	281	100

En la distribución porcentual general de los grupos familiares de cada plantel educativo según inserción social podemos afirmar que la mayor concentración corresponde al grupo III con un 38.79% vinculado directamente a la producción y a la plusvalía relativa con cierta estabilidad social, observándose la mayor concentración en el plantel Menca de Leoni II con un porcentaje de 18.50. % la menor concentración se ubicó en el Zenobia Vergara con un porcentaje de 12.81% El segundo lugar el grupo social IV representado por un 28.11% por el subproletariado el cual no posee un empleo permanente .a destajo, ocasional o temporal donde la mayor concentración corresponde a los grupos familiares de Menca de

Leoni con un porcentaje 13.16, la menor concertación fue de 2.13% del Plantel José Rafael Pocaterra.

El grupo social II obtuvo un porcentaje de un 17.8%, alcanzando la mayor concentración porcentual los grupos familiares pertenecientes a la institución educativa Menca de Leoni II con un 8.18% y el menor porcentaje correspondió a los grupos familiares de los niños que estudiaban en la institución educativa José Rafael Pocaterra con un 3.91%

El grupo social V constituido capas medias urbana de nivel alto alcanzó un porcentaje de 9.60%, distinguiéndose el mayor porcentaje de 7.82% en el instituto educativo José Rafael Pocaterra y el menor en Menca de Leoni con un porcentaje de 1.77%.

El grupo social VII por los jefe de familia presentaba una condición de Jubilados (del hogar), incapacitado, estudiante de misiones que poseen una entrada fija, alcanzó un porcentaje de 2.84%, donde el mayor porcentaje fue de 1,77% correspondiente a los grupos familiares cuyos hijos estudian en Menca de Leoni II y el menor porcentaje fue de 0.35% el cual se ubicó en el plantel educativo Zenobia Vergara.

El grupo social VIII representado por los jefes de familia que en los actuales momentos se encontraban desempleados, estuvieron un porcentaje

de 2.49%, donde el mayor porcentaje fue de 1.42% correspondiente a la institución educativa Zenobia Vergara y el menor porcentaje se ubicó en el instituto educativo José Rafael Pocaterra con un porcentaje de un 0.35%.

El grupo IX representado por los grupos de familias en donde el jefe de familia tiene la necesidad de buscar una segunda entrada económica alcanzó un porcentaje de un 1.06%, donde el mayor porcentaje fue de 0.71% encontrándose en la institución educativa Menca de Leoni II y el menor porcentajes fue de 0.35% el cual correspondió a la institución educativa Zenobia Vergara.

Constituidos los grupos a nivel general, de acuerdo a su proporción presentaban el siguiente orden: en primer lugar el grupo social III (38.79%), en segundo lugar el grupo social IV (28.11%), en tercer lugar el grupo social II y en cuarto lugar el grupo social V. Debido a las particularidades del uso de esta clasificación, se añadieron otros grupo como fueron el grupo VII donde el jefe de familia presentaba una condición de Jubilados (del hogar), incapacitado, colaboradores de las Misiones, el grupo VIII representados por los jefes de familia que en los actuales momentos se encontraban desempleados y el grupo IX conformado por el jefe de familia con dos entradas fijas. Estos resultados presentan cierta similitud con el estudio hecho 1994, por el seminario Docencia–Servicio Guarenas quienes en aquella oportunidad señalaban que el 36.53% correspondía al grupo III, al

compararlo se puede observar un aumento de 2,26 y el grupo IV en 21.9% que al ser comparado presenta un aumento 6,21%. Estos puede deberse al paso de un grupo social otro. La razón del aumento del grupo social III puede deberse a la búsqueda beneficios salariales contemplados en la Ley Orgánica del Trabajo y el aumento registrado en el salario mínimo durante los últimos años.

Al comparar estos resultados con los datos obtenidos en el censo en el 2001 para el Municipio Plaza en donde la categoría ocupacional más alta estaba representada por empleados y obreros, observamos que al sumar los porcentajes de los grupos sociales III y IV representada por empleados y obreros sin importar sus condiciones de contratación es de 67,58 %, cercanos a los obtenidos en aquel momento el cual era de un 72%. Al comparar el porcentaje del grupo II de 17.8% con el estudio del 1994 podemos observar el aumento en un 9.54% ya que para ese entonces era de 8.26%. el aumento de los grupos sociales IV y II puede reflejar dos situaciones en el caso del grupo social IV la ausencia de empleos obliga al jefe de familia a desempeñar cualquier trabajo ocasional de baja remuneración, mientras que el aumento del grupo II puede deberse a la migración de la fuerza laboral al sector de la economía mercantil simple, también por la baja oferta de empleos atractivos, bien remunerados, en donde se busca mejores remuneraciones económicas, control en el tiempo

de trabajo a pesar de no encontrarse amparados por la seguridad laboral del trabajador.

El grupo V constituido como capa media urbana de nivel alto fue de 9.60% el cual tuvo un aumento de 2.17 en relación al 7.43% para aquel momento, sin embargo esta condición nos hace pensar que una de las razones por la que el grupo social V presente una relación proporcional en relación a los grupos anteriores, en un espacio de 14 años sigue siendo el desplazamientos del grupo social a fuentes laborales ubicadas en la Capital que ofrezcan mejores condiciones salariales. Una particularidad importante de este grupo social fue que su mayor proporción se encontró en el plantel José Rafael Pocaterra, tal vez la razón radique en el valor que le da este grupo social en relación a calidad de la educación impartida y la garantía que ofrecen estos planteles en relación a la continuidad de sus actividades académicas, mientras que un 1.77% se encontró en Menca de Leoni en donde dos de los niños seleccionados eran hijos de Docentes del Plantel.

Los grupos VII y VIII fueron grupos minoritarios de la población estudiada pero que por su diferente perfil reproductivo no pueden clasificarse en los grupos anteriores. Al analizar el grupo IX representados por los grupos de familias en donde el jefe de familia tiene la necesidad de buscar una segunda entrada económica se puede detallar que por su ocupación pertenece al grupo más vulnerable como es el grupo IV.

No consiguiéndose en ninguno de los tres planteles representantes del grupo I vinculados a la descomposición de la economía ganadera y agrícola de auto-subsistencia, junto con el grupo VI dominante dueño de los medios de producción, lo que confirmaría que la presencia de éste grupo social en el Municipio Plaza ha disminuido en relación a los datos señalados por el Censo del 2001 donde se señalaba que el 3.5% eran propietarios de los medios de producción.

3.-Proceso Productivo.

Ingreso del jefe de familia

Tabla VI. Distribución general porcentual de la muestra según inserción social con relación a fuente de ingresos del jefe de las familias

Fuente de ingresos del jefe de familia	Grupo Social														Total	%
	II	%	III	%	IV	%	V	%	VII	%	VIII	%	IX	%		
Subsidio por participación en misiones									2	0.71					2	0.71
Salario por la venta de su Trabajo			2	0.71	64	22.77									66	23.48
Percibe un sueldo fijo con todos los beneficios de ley			106	37.72	6	2.13	23	8.18							135	48.04
Desempeña un trabajo propio	35	12.45	1	0.35	2	0.71	4	1.42							42	14.94
Obtiene ganancias de transacciones de comercio	9	3.20													9	3.20
Invierte recursos propios para generar ganancias	4	1.42			7	2.49									11	3.91
No posee fuente de ingreso											7	2.49			7	2.49
Posee 2 fuente de ingresos													3	1.06	3	1.06
Ingreso derivado de Pensión									6	2.13					6	2.13
Total	48	17.08	109	38.79	79	28.11	27	9.60	8	2.84	7	2.49	3	1.06	281	100

Fuente de ingreso del jefe de familia.- Con relación a la fuente de ingresos del jefe de familia el mayor porcentaje se encuentra en los que perciben sueldos fijos con todos los beneficios de la ley con un total porcentual de 48.04 % concentrándose el 37.72% en el grupo social III

seguido por el 8.18 % del grupo social V, el menor porcentaje se encontró en el grupo IV con un 2.13%. El segundo porcentaje total correspondió al salario por venta de trabajo con un 23.48% ubicándose el mayor porcentaje en el grupo social IV con un 22,22% el menor porcentaje en el grupo social III con un 0.71%.

El 14.94 % al desempeño de un trabajo propio, el mayor porcentaje 12.45% del grupo social II; el menor dato al grupo social III con un 0.35%. Invierte recursos propios para generar ganancias le correspondió el 3.91%, con un 2.49% en el grupo IV y un 1.42 en el grupo II. Obtiene ganancias de transacciones de comercio correspondió el 3.20% ubicado en el grupo II.

El 2.49% correspondió a los grupos familiares que en los actuales momentos no poseen ingreso fijo, grupo VIII, y el 2.13% a aquellos que su ingreso es derivado de una pensión, 1.06 % correspondió al jefe de familia que posee 2 ingresos, grupo IX y el 0.71% correspondió a los que poseen un subsidio ubicado en el grupo VII.

En el grupo social V por una proporción de 9.60 % se aprecia que el 8.18% percibe un sueldo fijo, mientras que el 1.42% desempeña un trabajo propio. En el grupo social II representado por una proporción de 17.08%, se observa que el 12.45% desempeña un trabajo propio, el 3.20% se dedica a

transacciones comerciales y un 1.42% invierte recursos propios para generar ganancias.

Tabla VII. Distribución porcentual general de la fuente de ingresos de los grupos familiares de cada plantel educativo .Distrito SanitarioNº3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008

Fuente de ingresos del jefe de familia	Menca de Leoni		José Rafael Pocaterra		Zenobia Vergara		total	%
	Total	%	total	%	total	%		
Subsidio por participación en Misiones	2	0.71	-	-	-	-	2	0.71
Salario por la venta de su trabajo	30	10.67	4	1.42	32	11.38	66	23.48
Percibe un sueldo fijo con todos los beneficios de ley	60	21.35	55	19.57	20	7.11	135	48.04
Desempeña un trabajo propio	16	5.69	10	3.55	16	5.69	42	14.94
Obtiene ganancias de transacciones de comercio	3	1.06	6	2.13	-	-	9	3.20
Invierte recursos propios para generar ganancias	8	2.84	-	-	3	1.06	11	3.91
No posee fuente de ingreso	2	0.71	1	0.35	4	1.42	7	2.49
Posee 2 fuente de ingresos	2	0.71	-	-	1	0.35	3	1.06
Ingreso derivado de Pensión	3	1.06	2	0.71	1	0.35	6	2.13
Total	126	44.83	78	27.75	77	27.40	281	100

En la distribución porcentual general de la fuente de ingresos de los grupos familiares de cada plantel educativo, observamos que el 48.04% correspondió a un sueldo fijo con todos los beneficios de ley y al desglosarlo la mayor concentración se ubicó en los grupos familiares de los niños de la escuela Menca de Leoni con un 21.35% la menor concentración se encuentra ubicado en la escuela Zenobia Vergara 7.11%.

Seguido por el 23.48% correspondió salario por la venta de su trabajo, donde el mayor porcentaje se ubicó en la escuela Zenobia Vergara 11.38%, si tenemos en cuenta que esta modalidad de ingreso corresponde por lo

general al grupo social IV se justificaría que la mayor proporción de este grupo estuviera ubicada en este plantel y el menor porcentaje de 1.42% se ubicó en el José Rafael Pocaterra.

El 14.94% corresponde a los que desempeñan un trabajo propio, observándose igual porcentaje en las escuelas Menca de Leoni II y Zenobia Vergara de 5.69%, mientras que la menor concentración correspondió a José Rafael Pocaterra con un porcentaje de 3.55%.

Le sigue el 3.91% que correspondió a inversión de recursos propios para generar ganancias, cuya mayor concentración fue los grupos familiares de Menca de Leoni con un 2.84% y el menor para el Zenobia de 1.06%. Un 3.20% correspondió a la obtención de ganancias de transacciones de comercio ubicándose su mayor valor en el José Rafael Pocaterra. 2.13 % y la menor en Menca de Leoni con un porcentaje de 1.06%.

El 2.49% correspondió para aquellos grupos familiares cuyo jefe de familia se encuentra desempleados cuya mayor concentración se encontró en Zenobia Vergara, recordemos que el plantel se encuentra ubicado en una zona de gran desorganización urbanística, con construcciones de casas tanto de bloque como de tabla y zinc, de difícil acceso vehicular, en las afueras del Municipio Plaza y el menor porcentaje en el José Rafael

Pocaterra con un porcentaje de 0.35. Un 2.13% al ingreso derivado de Pensión donde la mayor concentración se encontró en la escuela Menca de Leoni y la menor se encontró en Zenobia Vergara con 0.35%. El 0.71% correspondió a los grupos familiares cuyos jefes poseen subsidio por participación en Misiones y correspondió a la escuela Menca de Leoni.

Demostando una situación laboral grave con relación a la fuente de ingreso, debido que solo un 48.04% menos de la mitad goza de empleos estables amparados por los beneficio de la Ley Orgánica del Trabajo, observándose gran parte de la población cubriendo fuentes alternativas, conduciéndolo a aceptar empleos ocasionales sin ninguna garantía laboral con un gran desgaste para el trabajador, o a la situación de buscar fuente de trabajo propia que aunque pueden generar mayores ingresos no lo amparan como masa laboral, hallándose un pequeño porcentaje de jefes de familia en condición de desempleo o que recibe algún subsidio.

Podemos observar también dos particularidades realmente importantes que son en primer lugar el ligero paso del grupo social III al grupo IV o del grupo social IV al grupo III y en segundo lugar ambos grupos el grupo social II, lo que de muestra un menoscabo de sus condiciones de vida que lo han obligado a buscar otras fuentes de ingresos. En el grupo social V (grupo de mayor capacitación intelectual) observamos que el 8.18% percibe un sueldo fijo mientras que el 1.42% desempeña un trabajo propio o

independiente, esta situación evidencia la necesidad buscar un mayor ingreso, de acuerdo a su exigencias económicas, políticas y culturales. El grupo social II representado por un 17.08%, dedicado a la producción mercantil simple encontramos varias fuentes de ingreso, lo cual evidencia una vez más la integración de otros grupos sociales, donde observamos que el 12.45% desempeña un trabajo propio es decir, es dueño de su fuerza de trabajo y medio de trabajo, el 3.20% se dedica a transacciones comerciales y un 1.42% invierte recursos propios para generar ganancias.

De tal manera que la fuente de ingreso de los grupos familiares de cada plantel educativo refleja la vulnerabilidad de los grupos sociales III y IV en donde al sumar los porcentaje de los planteles estatal y nacional de los jefes de familia que perciben un sueldo fijo, correspondió a un 28.46%; mayor al observado en el plantel José Rafael Pocaterra que fue de 19.57%; esta superioridad se debe a la necesidad de asegurar la educación de sus hijos en institutos gratuitos y que en el caso de plantel educativo Menca de Leoni II fue mayor el porcentaje debido a la integración del plantel al Plan Nacional de alimentación al escolar, asegurando también así la alimentación del niño, recordemos que ese 19.57% en el plantel privado no solo estuvo constituido por el grupo social III sino también por el grupo social V, con relación a los grupos familiares que percibe salario por la venta de su trabajo, se encontró que al sumar los porcentajes de los planteles nacional y estatal alcanzó un porcentaje de un 22.05%, y al compararlo

con el plantel privado de un 1,42% la diferencia fue mayor debido a que su condición de ser privado lo hace inaccesible para los jefes de familia que presentan esta modalidad de ingreso.

Tabla VIII. Distribución de la muestra según inserción social con relación a Ingreso mensual del grupo familiar de los estudiantes de la Escuela Nacional Menca de Leoni II. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, año 2008 Estado Miranda. Año 2008

Ingreso mensual de grupo familiar Bs.F	Grupo Social														Total	%	
	II	%	III	%	IV	%	V	%	VII	%	VII I	%	I X	%			
500,00 o menos Bs.F										1	0.79	2	1.58			3	2.38
500,01 a 1.000,00 Bs.F	4	3.17	21	16.66	32	25.39			3	2.38						60	47.61
1.000,01 a 2.000,00 Bs.F	8	6.34	29	23.01	5	3.96	4	3.17	1	0.79			2	1.58	49	38.88	
2.000,01 a 4.000,00 Bs.F	11	8.73	2	1.58			1	0.79							14	11.11	
4.000,01 a 8.000,00 Bs.F																	
Total	23	18.25	52	41.26	37	29.36	5	3.96	5	3.96	2	1.58	2	1.58	126	100	

Ingreso mensual del grupo familiar. El ingreso mensual de los grupos familiares de los niños que estudian en Menca de Leoni el mayor porcentaje 47.61% correspondió al ingreso de Bs.F 500,01 a 1.000,00 donde la mayor concentración se ubicó en los grupos sociales IV y III con un 25.39% y un 16.66 y el menor porcentaje fue de 2.38% que correspondió al grupo social VII.

El 38.88% del porcentaje total con un ingreso de Bs.F 1.000,01 a 2.000,00, donde la mayor concentración la presentó en el grupo social III con

un 23.01% y la menor con un porcentaje de 0.79% el cual correspondió al grupo social VII. El 11.11% correspondió a un ingreso de Bs.F 2.000,01 a 4.000,00 donde al ser desglosado se observó que el mayor porcentaje de 8.73% lo presentaba el grupo II y el menor el grupo social V con un 0.79%.

Mientras que el menor porcentaje total es de 2.38% correspondió Bs.F 500,00 o menos donde el mayor porcentaje fue de 1.58% que correspondió al grupo VIII y el menor al grupo VII con un 0,79%.

Tabla IX .Distribución de la muestra según inserción social con relación a Ingreso mensual del grupo familiar de los estudiantes de la Escuela Estatal Zenobia Vergara. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda, año 2008

Ingreso de grupo familiar Bs.F	Grupo Social II		Grupo Social III		Grupo Social IV		Grupo Social VII		Grupo Social VIII		Grupo Social IX		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bs.F 500,000 o menos					6	7.79			4	5.19			10	12.98
Bs.F 500,01 a 1.000,00	8	10.38	15		27	35.06	1	1.29					51	66.23
Bs.F 1.000,01 a 2.000,00	6	7.79	6	7.79	3	3.89					1	1.29	16	20.77
Bs.F 2.000,01 a 4.000,00														
Bs.F 4.000,01 a 8.000,00														
Bs.F 8.000,01 o más														
Total	14	18.18	21	27.27	36	46.75	1	1,29	4	5.19	1	1.29	77	100

Ingreso mensual de los grupos familiares. De los niños que estudian en Zenobia Vergara el mayor porcentaje 66.23% correspondió al ingreso de Bs.F 500,01 a 1.000,00 donde la mayor concentración se ubicó en el grupo social IV con un 35.06% y la menor con un 1.29 % que correspondió

al grupo social VII. El 20.77% del porcentaje total con un ingreso de Bs.F 1.000,01 a 2.000,00, donde la mayor concentración a los grupos sociales III y II con un 7.79% un porcentaje de 1.29% al grupo social IX. El 12.98% correspondió a Bs.F 500,00 o menos donde el mayor porcentaje fue de 7.79% que correspondió al grupo IV y el menor al grupo VIII con un porcentaje de 5.19%.

Tabla X. Distribución de la muestra según inserción social con relación a Ingreso mensual de grupo familiar de los estudiantes de la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008

Ingreso de grupo familiar	Grupo Social												Total	
	II		III		IV		V		VII		VIII		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bs.F 500,00 o menos											1	1.28	1	1.28
Bs.F 500,01 a 1.000,00			3	3.84	3	3.84			1	1.28			7	8.97
Bs.F 1.000,01 a 2.000,00	6	7.69	31	39.74	3	3.84	14	17.94	1	1.28			55	70.51
Bs.F 2.000,01 a 4.000,00	4	5.12	2	2.56			8	10.25					14	17.94
Bs.F 4.000,01 a 8.000,00	1	1.28											1	1.28
Bs.F 8.000,01 o más														
Total	11	14.01	36	46.15	6	7.69	22	28.20	2	2.56	1	1.28	78	100

El ingreso mensual de los grupos familiares de los estudiantes de la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra” presentaron las siguientes características: el mayor valor de 70.51% correspondió Bs.F 1.000,01 a 2.000,00 de los cuales el mayor porcentaje 39.74% se encontró ubicado en el grupo social III y el menor en el grupo social VII con un 1.28%. Un 17.94% en Bs.F 2.000,01 a 4.000,00 que al ser desglosado el mayor valor se encontró en el grupo social V con un 10.25% y el menor porcentaje al grupo

III con un 2.56% y con un 8.97% correspondió el ingreso de Bs.F 500,01 a 1.000,00 encontrándose el mayor valor en los grupos sociales III y IV y el valor menor en el grupo social VII. El menor porcentaje total se encontró en los extremos del cuadro con un valor de 1.28% para el grupo social VIII con un ingreso Bs.F 500,00 o menos, como también para el grupo social II con un ingreso mensual de Bs.F 2.000,01 a 4.000,00.

Tabla XI. Distribución porcentual general de ingresos de los grupos familiares de cada plantel educativo .Distrito SanitarioNº3.Municipio Plaza, Estado Miranda.Año 2008

Ingreso mensual de grupo familiar	Menca de Leoni II		Zenobia Vergara		José Rafael Pocaterra			
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Bs.F 500,00 o menos	3	1.06	10	3.55	1	0.35	14	4.98
Bs.F 500,01 a 1.000,00	60	21.35	51	18.14	7	2.49	118	41.99
Bs.F 1.000,01 a 2.000,00	49	17.43	16	5.69	55	19.57	120	42.70
Bs.F 2.000,01 a 4.000,00	14	4.98	-	-	14	4.98	28	9.96
Bs.F 4.000,01 a 8.000,00	-	-	-	-	1	0.35	1	0.35
Total	126	44.83	77	27.40	78	27.75	281	100

En la distribución porcentual general de ingresos de los grupos familiares de cada plantel educativo se aprecia un 42.70% posee un ingreso Bs.F 1.000,01 a 2.000,00 a pesar que en el José Rafael Pocaterra se ubica 19.57% lo que indicaría que al inscribir a sus hijos en el plantel privado encarece el poder adquisitivo de estos grupos familiares ,en Menca de Leoni

se ubica un 17.43% la cual posee una diferencia de 2.14% con relación a la primera y el Zenobia Vergara presenta un 5.69 %.

El 41.99% correspondió a los grupos familiares que poseen ingresos entre Bs.F 500,01 a 1.000,00, ingresos al alrededor del sueldo mínimo para ese momento, donde la mayor concentración se ubicó en los grupos familiares de Menca de Leoni II con un porcentaje de 21.35 y en Zenobia Vergara el porcentaje fue de 18.14 % la menor en la escuela José Rafael Pocaterra con un 2.49%. El 9.96%.

Correspondió a Bs.F 2.000,01 a 4.000,00 ubicado con un mismo porcentaje de 4.98% en Menca de Leoni y José Rafael Pocaterra pertenecientes a los grupos sociales II y V

El 4.98% con un ingreso de 500,00 o menos Bs.F estuvo ubicado en su mayor valor en la escuela Zenobia Vergara con un porcentaje de 3.55% el menor valor correspondió al José Rafael Pocaterra. El menor valor total fue de 0.35% con un ingreso que correspondió a los desempleados que por razones obvias fue mayor en el Zenobia Vergara.

De Bs.F 4.000,01 a 8.000,00 ubicado en la escuela José Rafael Pocaterra, correspondió a un porcentaje de 0.35% perteneciente al grupo social II.

Con relación al Ingreso mensual de grupo familiar no solo se debe comparar los cuadros que tienen relación con el ingreso mensual de los tres planteles, sino también relacionar la variable ingreso con la posibilidad de acceso a bienes y servicios, permitiendo el desarrollo del individuo y su familia, razón por lo cual debe relacionarse el sueldo mínimo de ese momento con el costo de la canasta alimentaria. Según datos oficiales para el momento del estudio el sueldo mínimo a partir del 1 de mayo del 2008 era de 799.44 Bs F y según datos oficiales, éste estaba por debajo de la canasta familiar 0.4% es decir la canasta tenía un costo de 800 Bs F. calculada en base a alimentos regulados, vendidos por Mercal, lo cual pudiera indicar accesibilidad a los productos que contemplan la canasta básica por parte de los grupos más vulnerables como serían grupos sociales III, IV, VII, VIII y IX disminuyendo por supuesto la pobreza, sin embargo los datos no oficiales indican todo lo contrario ubicando el costo de la canasta básica en 1.473,17 Bs F lo que nos indica un déficit del ingreso familiar, el cual no cubre el costo de la canasta básica afectando a todos los grupos sociales principalmente aquellos cuyo ingreso es menor a 1.000 BsF. Si detallamos la proporción de los grupos sociales que ganan alrededor del sueldo mínimo podemos señalar que está conformado por el grupo III, IV y VIII, de 1.001 a 2000 lo conforman en su gran parte el grupo III y V, mientras que los ingresos entre Bs.F 2.000,01 a 4.000,00 ubicado con un mismo porcentaje de 4.98% en Menca de Leoni y José Rafael Pocaterra pertenecientes a los

grupos sociales II y V, grupos sociales totalmente diferentes, principalmente en su preparación académica, pero que perciben el mismo sueldo. Al analizar la ubicación de los de los grupos sociales con relación al plantel y su ingreso observamos:

El 4.98% con un ingreso de 500,00 o menos Bs.F estuvo ubicado en su mayor valor en la escuela Zenobia, debido a su gratuidad y a su ubicación.

En el grupo social IV se ubicaron 32 niños, mientras que 27 niños se ubicaron en el Zenobia Vergara.

Tanto la mayor proporción del grupo III y II se ubicaron en Menca de Leoni II, esta situación pareciera indicar el atractivo del plantel gratuitos para ayudar a cubrir el déficit en el presupuestario familiar, donde se busca garantizar por una parte la educación y por la otra la alimentación al niño.

De acuerdo a esto en el grupo V se observó que su mayor porcentaje se ubicó en el plantel privado tal vez sea debido a la garantía que ofrecen dichos planteles a la continuidad y calidad clases impartidas, mientras que una pequeña proporción se ubicó en Menca de Leoni debido al deterioro del poder adquisitivo. Otra característica con relación al grupo II y V es que a pesar de su ingreso es de 2.001 4000 BsF el grupo II tiene a sus hijos estudiando en un plantel gratuito, en comparación con el grupo V tiene a su hijo estudiando en un plantel privado lo cual nos hace pensar en el valor y

la importancia que le da esta clase social a la educación impartida en estos planteles.

4.-Proceso de Consumo.

Educación

Tabla XII. Distribución de la muestra según inserción social con relación a la Instrucción del Jefe de familia de la Escuela Nacional Menca de Leoni II. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008

Instrucción del Jefe de familia	Grupo Social															
	II	%	III	%	IV	%	V	%	V	%	VII	%	IX	%	Total	%
Sin nivel					3	2.38									3	2.38
Primaria	1	0.79	2	1.58	18	14.28			3	2.38	1	0.79	1	0.79	26	20.63
Secundaria	19	15.07	33	26.19	16	12.69			2	1.58			1	0.79	71	56.34
Técnico	2	1.58	17	13.49											19	15.07
Superior	1	0.79					5	3.96			1	0.79			7	5.55
Total	23	18.25	52	41.26	37	29.36	5	3.96	5	3.96	2	1.58	2	1.58	126	100

Instrucción educativa del Jefe de Familia. Con relación a la instrucción al jefe de familia para la escuela Menca de Leoni el mayor porcentaje fue de 56.34% para la instrucción secundaria donde el porcentaje mayor fue de 26.19% ubicado en la clase social III el menor correspondió al grupo social IX con un 0.79%

El 20.63 % corresponde a la primaria donde el mayor valor se ubicó en el grupo social IV con un 14.28% y el menor se ubicó para los grupos sociales VIII y IX con un porcentaje de 0.79% para cada uno.

La instrucción técnica presentó un 15.07% donde el mayor porcentaje se ubicó en el grupo III con un 13.49% y la menor se encontró en el grupo II con 1.58%. El 5.55% correspondió a la educación superior cuyo porcentaje mayor de 3.96% se encontró en el grupo social V y el menor valor de 0.79% se ubicó en los grupos sociales II y VIII respectivamente.

El menor porcentaje de 2.38 % correspondió a sin nivel de instrucción al grupo social IV con un porcentaje 2.38 %.

Tabla XIII. Distribución de la muestra según inserción social con relación a la Instrucción del Jefe de familia de la Escuela. Estadal Zenobia Vergara. Distrito Sanitario Nº3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008

Instrucción del Jefe familia	Grupo Social												Total	
	II		III		IV		VII		VIII		IX			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sin nivel					6	7.79							6	7.79
Primaria	4	5.19	5	6.49	21	27.27							30	38.96
Secundaria	8	10.38	12	15.58	8		1	1.29	4	5.19	1	1.29	34	44.15
Técnico Superior	2	2.59	4	5.19	1	1.29							7	9.09
Total	14	18.18	21	27.27	36	46.75	1	1.29	4	5.19	1	1.29	77	100

Para el Zenobia Vergara el mayor porcentaje fue 44.15 % correspondiente a la secundaria donde el porcentaje mayor fue de 15.58% ubicado en la clase social III; el menor correspondió al grupo social VII y IX con un porcentaje de 1.29% para cada uno.

El 38.96% corresponde a la primaria donde el mayor se ubicó en el grupo social IV con un porcentaje 27.27 y el menor se ubicó en el grupo social II con un 5.19%

La instrucción técnica presentó un porcentaje de 9.09%, donde el mayor porcentaje se ubicó en el grupo III con un 5.19% y la menor se encontró en el grupo IV con un porcentaje de 1.29%. El menor porcentaje de 7.79% correspondió a sin nivel de instrucción correspondió al grupo social IV con un porcentaje de 7.79%.

Tabla XIV. Distribución de la muestra según inserción social con relación a la Instrucción del Jefe de familia de la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.

Instrucción del Jefe familia	Grupo Social													
	II		III		IV		V		VII		VIII		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sin nivel														
Primaria														
Secundaria	5	6.41	18	23.07	4	5.12			2	2.56	1	1.28	30	38.47
Técnico	4	5.12	17	21.79	2	2.56	2	2.56					25	32.05
Superior	2	2.56	1	1.28			18	23.07					21	26.92
Avanzada							2	2.56					2	2.56
Total	11	14.01	36	46.15	6	7.69	22	28.20	2	2.56	1	1.28	78	100

En el José Rafael Pocaterra fue de 38.47% que correspondió a la instrucción secundaria donde el mayor valor porcentual fue de 23.07 % que correspondió al grupo social III y el menor de 1.28% al grupo VIII.

32,05 % correspondió al nivel técnico, ubicándose el mayor porcentaje de 21.79% al grupo social III y el menor porcentaje correspondió a 2.56% grupos sociales IV y V.

El nivel superior alcanzó un porcentaje de 26.92%, hallándose el mayor porcentaje en el grupo social V con un 23.07 % y el menor de 1.28% en el grupo social III.

El 2.56% correspondió al nivel educativo avanzado que se ubicó en el grupo V, nivel que no apareció en ninguna otra de las escuelas estudiadas. El nivel educativo primario o sin nivel no tuvo representación.

Tabla XV. Distribución porcentual general de la instrucción del jefe de familia por planteles educativos

Instrucción del Jefe familia	Menca De Leoni II		Zenobia Vergara		José Rafael Pocaterra		Total	%
	total	%	total	%	total	%		
Sin nivel	3	1.06	6	2.13	-	-	9	3.20
Primaria	26	9.25	30	10.67	-	-	56	19.92
Secundaria	71	25.26	34	12.09	30	10.67	135	48.04
Técnico	19	6.76	7	2.49	25	8.89	51	18.14
Superior	7	2.49	-	-	21	7.47	28	9.96
Avanzada	-	-	-	-	2	0.71	2	0.71
Total	126	44.83	77	27.40	78	27.47	281	100

En la distribución porcentual general de la instrucción del Jefe familia por plantel educativo, se aprecia que la mayor concentración se encuentra en la secundaria con un 48.04% donde la mayor representación se encuentra

en el jefe de familia de Menca de Leoni con un 25,26%, mientras que el menor porcentaje 10.67% se encuentra en el José Rafael Pocaterra.

El 19.92% pertenece a la primaria donde la mayor representación se encontró en los jefes de familia de la escuela Zenobia Vergara con un 10.67% y el menor se encuentra ubicado en los jefe de familia de Menca de Leoni con 9,25% no observándose representación en el José Rafael Pocaterra.

Para el nivel técnico correspondió el porcentaje de 18.14% observándose la mayor concentración en el jefe de familia del José Rafael Pocaterra con un porcentaje de 8.89 y la menor en el Zenobia Vergara con un porcentaje de 2,49%.

La Educación Superior alcanzó con un porcentaje de 9.96% encontrándose la mayor concentración en el José Rafael Pocaterra con un porcentaje de 7.47% y el menor para Menca de Leoni II con un porcentaje de 2.49%, no se encontró representación en el Zenobia Vergara.

Los dos últimos porcentajes correspondieron a los jefes de familia que no tenían grado de instrucción con 3.20% se observaron en los planteles Menca de Leoni II un 1.06% y un 2.13% en el Zenobia Vergara, mientras

que la educación avanzada solo se observó en el José Rafael Pocaterra con un porcentaje de 0.71%.

Tabla XVI. Distribución porcentual general de la instrucción del Jefe familia por grupo social.

Instrucción del Jefe familia	Grupo Social														Total	%
	II	%	III	%	IV	%	V	%	VII	%	VIII	%	IX	%		
Sin nivel					9	3.20									9	3.20
Primaria	5	1.77	7	2.49	39	13.87			3	1.06	1	0.35	1	0.35	56	19.92
Secundaria	32	11.38	63	22.41	28	9.96			5	1.77	5	1.77	2	0.71	135	48.04
Técnico	8	2.84	38	13.52	3	1.06	2	0.71							51	18.14
Superior	3	1.06	1	0.35			23	8.18			1	0.35			28	9.96
Avanzada							2	0.71							2	0.71
Total	48	17.08	109	38.79	79	28.11	27	9.60	8	2.49	7	2.49	3	1.06	281	100

Al examinar la distribución porcentual general de la instrucción del Jefe familia por grupos familiares podemos señalar el 48.04 % correspondió a la educación secundaria, teniendo su mayor representación en el grupo social III con un 22.41% y la menor en el grupo IX con un 0.7%. El 19.92% correspondió a la educación primaria donde el porcentaje mayor correspondió al grupo social IV con un 13.87 % y el menor al grupo IX con un 0.35%.

El nivel técnico correspondió a un 18.14% ubicándose con un 13.52% en el grupo social III y el menor valor se ubicó en el grupo social IV con un

1.06%. El 9.96% correspondió a la instrucción superior, donde el mayor porcentaje fue para el grupo social V y el menor al grupo III con un 0.35%. Sin nivel correspondió al grupo social IV y su porcentaje fue de 3.20%

Al examinar la preparación educativa por grupo social encontramos. El grupo social III correspondió al 38.79%, donde el mayor grado de instrucción de los jefes de familia correspondió a la secundaria con 22.41% seguido de la instrucción técnica con 13.52%, existiendo el Sin Nivel y Superior en muy baja proporción.

El 28.11 % lo obtuvo el grupo social IV conformado por jefe de familia de muy baja preparación educativa y donde el mayor porcentaje correspondió a la primaria con un 13.87%.

El 17.08% correspondió al grupo social II donde podemos apreciar que el grado de instrucción puede ir desde primaria hasta superior donde su mayor concentración se encuentra en la secundaria con un 11.38%

El grupo social V fue el que presentó mayor grado de instrucción, pues el 8.18% correspondió a la educación superior.

El grupo social VII donde se ubicaron los jefes de familia pensionados o con algún tipo de subsidio también presenta poca preparación educativa donde el grado de instrucción va desde la primaria a la secundaria,

observándose el mayor grado de instrucción a nivel la secundaria con un 1.77%.

El grupo social IX corresponde a los jefes de familia que poseen dos entradas económicas donde se puede observar también que su grado de instrucción va desde la primaria a la secundaria donde se encuentra la mayor concentración con un 0.71%.

El grupo social VIII corresponde a los jefes de familia desempleados donde podemos apreciar que hay uno de educación superior mientras que la mayor concentración está a nivel de la secundaria con un 1.77%.

Podemos concluir que el 71.16 % de los jefes de familia no llegan a concretar estudios técnicos o universitarios, situación grave, la cual repercute en la obtención de empleos calificados, afectando por ende la seguridad laboral y el poder adquisitivo de los grupos familiares, los grupos sociales más afectados son el III y IV, correspondiendo a la mayor parte de la población de Guarenas, constituidos por empleados y obreros, donde sus ingresos económicos no cubre la totalidad de sus necesidades básicas.

La educación es una necesidad básica de los seres humanos dentro de toda sociedad, podemos señalar también, que un número importante de

niños que estudian en Menca de Leoni II y en el Zenobia Vergara pertenecen a los grupos sociales III y IV donde se le garantiza la gratuidad educativa.

Con respecto al grupo social V es el que mejor está preparado académicamente encontrando que de un total de 9.60% , un el 8.18% correspondió a la educación superior y un 0.71% a educación avanzada y cuyo ingreso económico se encuentra alrededor de 2.000 a 4.000 Bs F. este ingreso puede no estar llenando la totalidad de las necesidades debido a que las necesidades básicas varían de acuerdo al tiempo y al patrón de valores que surgen durante el aprendizaje educativo o la socialización del individuo , observándose que la mayor parte de los niños que estudian en el plantel privado pertenecen a este grupo pero también existe un pequeño porcentaje de niños que estudian en el plantel público, lo cual puede indicar deterioro en su poder adquisitivo.

Bienes. Vivienda

Tabla XVII. Distribución de la muestra según inserción social con relación al tipo de vivienda.

Tipo de vivienda	Grupo Social														Total	
	II		III		IV		V		VII		VIII		IX		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
Casa	18	6.40	49	17.43	30	10.67	3	1.06	2	0.71	2	0.71	1	0.35	105	37.36
Apartamento	21	7.47	47	16.72	12	4.27	24	8.54	4	1.42	1	0.35	1	0.35	110	39.14
Rancho	8	2.84	13	4.62	36	12.81			2	0.71	4	1.42	1	0.35	64	22.77
Habitación	1	0.35	-	-	1	0.35									2	0.71
Total	48	17.08	109	38.79	79	28.11	27	9.60	8	2.84	7	2.49	3	1.06	281	100

Tipo de vivienda.- En la distribución de la muestra según inserción social con relación al tipo de vivienda podemos señalar que al sumar los porcentajes totales de apartamentos y casas nos dio un resultado de 76.50% vive en este tipo de viviendas adecuadas, mientras que el 22.77% vive en ranchos, correspondiendo a un 39.14% a viviendas tipo apartamento, concentrándose el mayor porcentaje en el grupo social III con un 16.72%, seguido de un 7.47% del grupo social II y el menor con un porcentaje de 0.35 % al grupo IX.

El 37.36% lo constituyeron casas, en donde los valores mayores correspondieron en un 17.43% al grupo social III, seguido del grupo IV con un 10.65%, y el menor al grupo IX con un 0.35%.

Para aquellos grupos familiares que viven en ranchos, el 12.81% correspondió grupo social IV y un 0.71 % vive en Habitación distribuidos con un 0.35% para cada uno de los grupos sociales II y IV.

Si analizamos los porcentajes por grupo social podemos señalar que el 28.11% que correspondió al grupo social IV solo el 14.94% vive en viviendas aptas, mientras que el 13.16% en ranchos o habitación junto con el grupo social VIII que de un total del 2.49% solo el 1.06% vive en viviendas aptas, mientras el 1.42% vive en ranchos, lo que demuestra que son los grupos más afectados en cuanto a sus condiciones de vida.

En relación a los demás grupos sociales se observa que solo una pequeña proporción es la que vive en viviendas no aptas.

Grupo social II representado por un total de 17.08% solo un 3.19% vive en ranchos o habitación. Grupo social III representado por un total de 38.79% solo el 4.72% vive en ranchos.

Grupo social VII representado por un total de 2.84% solo el 0.71% vive en ranchos, por último el grupo social IX representado por un 1.06 sólo el 0.35% vive en ranchos lo que nos da una idea de que su nivel de vida se está degradando. Sólo el grupo social V representado por un total de 9.60% vive en viviendas apropiadas.

Recordemos que la vivienda es un bien de consumo natural y social, básico para la reproducción del grupo familiar, el cual debe poseer las mínimas condiciones, capaces de brindar al grupo familiar el reposo, aseo y la posibilidad de compartir con tranquilidad entre ellos.

En la distribución de la muestra según inserción social con relación al tipo de vivienda podemos señalar que al sumar los porcentajes totales de apartamentos y casas nos dio un resultado de 76.50% vive en este tipo de viviendas adecuadas, mientras que el 22.77% vive en ranchos, es decir en viviendas que no llenan las condiciones de infraestructura. La respuesta a

este dato se debe al desarrollo urbanístico sufrido, debido a su cercanía y facilidad de acceso que posee Guarenas con relación a Caracas, que han visto en ella una solución habitacional, convirtiéndola en ciudad dormitorio.

AL estudiar los porcentajes por grupo social podemos señalar, que los grupos sociales más afectados son el grupo social IV con un porcentaje de 13.11% en relación a un total de 28.11% casi cercano a la mitad y el grupo social VIII que presentó un porcentaje de 1.42% en base a un total de 2.49%, lo cual representa más de la mitad, esto demuestra que son los grupos más afectados en cuanto a sus condiciones de construcción de su vivienda. En relación a los grupos sociales II, III, VII y IX se observa que sólo una pequeña proporción es la que vive en viviendas no aptas

Tabla XVIII. Distribución porcentual general del tipo de vivienda de los grupos familiares con relación al plantel educativo

Tipo de vivienda	Plantel Educativo						Total	
	Menca de Leoni		Zenobia Vergara		José Rafael Pocaterra			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Casa	50	17.79	37	13.16	18	6.40	105	37.36
Apartamento	51	18.14	-	-	59	20.99	110	39.14
Rancho	24	8.54	40	14.23	-	-	64	22.77
Habitación	1	0.35	-	-	1	0.35	2	0.71
Total	126	44.83	77	27.40	78	27.75	281	100

Distribución porcentual general del tipo de vivienda de los grupos familiares con relación a los planteles educativos encontramos que del 39.14% que vive en apartamento el 20.99% tiene a su hijo estudiando en el

José Rafael Pocaterra (Plantel Privado) , mientras que el 18.14% tiene a su hijo estudiando en Menca de Leoni II (plantel educativo nacional), En relación con 37.36% que vive en casas, el 17.79% tiene a su hijo estudiando en Menca de Leoni II (plantel educativo Nacional), el 6.40% en el José Rafael Pocaterra (Plantel Privado).

El 22.77 que correspondió a los grupos familiares que viven en ranchos, el 14.23% tiene a su hijo estudiando en el Zenobia Vergara y el 8.54% en el Menca de Leoni .

El menor porcentaje total fue de 0.71% representado por aquellos grupos familiares que en los actuales momentos vive en habitación, resultando con un porcentaje igual para Menca de Leoni y para el José Rafael Pocaterra de un 0.35%.

Al desglosar la distribución porcentual general con el tipo vivienda no apta encontramos que más de la mitad de los grupos familiares tienen sus hijos estudiando en el plantel estatal, demostrando carencias en relación a su estilo de vida; por el contrario, al ser comparado con el plantel privado observamos que el 99% vive en viviendas aptas, donde el 76% vive en apartamentos y una pequeña proporción en casa, para el plantel nacional el 80.15% de los grupos familiares viven en apartamentos o casas mientras que un 19,94% vive en viviendas no aptas, lo cual puede demostrar que a

pesar que los grupos familiares viven en viviendas aptas, tienen la necesidad de asegurar la educación y alimentación de sus hijos

Tabla XIX. Distribución de la muestra según inserción social con relación a la tenencia de la vivienda

Tipo de tenencia de la vivienda	Grupo Social															
	II	%	III	%	IV	%	V	%	V I I	%	VIII	%	I X	%	Total	%
Propia	38	13.52	81	28.82	50	17.79	23	8.18	6	2.13	3	1.06	3	1.06	204	72.56
Alquilada	4	1.42	21	7.47	16	5.69	4	1.42	1	0.35	1	0.35			47	16.75
Compartida	3	1.06	2	0.71	1	0.35					1	0.35			7	2.49
Invadida	1	0.35	1	0.35	3	1.06			1	0.35	1	0.35			7	2.49
Cedida	2	0.71	4	1.42	9	3.20					1	0.35			16	5.69
Total	48	17.08	109	38.79	79	28.11	27	9.60	8	2.84	7	2.49	3	1.06	281	100

Tenencia de la vivienda. El 72.56% viven en viviendas propias, donde el mayor porcentaje se ubicó en el grupo social III con un 28.82%, seguido con un 17.79% al grupo IV, el menor valor correspondió al 1.06% para el grupo social VIII y IX. El 16.75% se ubicó en alquiler, con un porcentaje mayor para el grupo III con un 7.47%, y un porcentaje menor para los grupo VII y VIII de un 1.06% para cada uno.

Compartida con un porcentaje de 2.49% con un 1.06% para el grupo social II y un 0.35% para cada uno de los grupos sociales IV y VIII. Invadida con un 2.49%, donde el 1.06% se ubicó en el grupo IV y un 0.35% correspondiente por igual a los grupos II, III, VII y VIII.

Para el grupo social V cuyo total correspondió a un 9.60%, presentó dos modalidades de tenencia de viviendas el 8.18% vivía en vivienda propia y solo un 1.42%, vivía alquilado. En cuanto a la tenencia de la vivienda se observó que el mayor porcentaje fue de 72.56% que correspondió a propia, mientras que el 27.41% vive en forma alquilada o en otra situación.

Consumo Servicios Básicos intra –familiares

Tabla XX. Distribución de la muestra según inserción social con relación a la Disponibilidad de Agua Potable en la vivienda del niño.

Disponibilidad de agua potable en la vivienda del niño	Grupo Social														Total	%
	II	%	III	%	IV	%	V	%	VII	%	VIII	%	IX	%		
Pila pública	4	1.42	6	2.13	14	4.98			1	0.35	2	0.71			27	9.60
Por cisterna			2	0.71	7	2.49							1	0.35	10	3.35
Directa	44	15.65	99	35.23	49	17.43	27	9.60	7	2.49	5	1.77	2	0.71	233	82.91
Pipotes			2	0.71	9	3.28									10	3.35
Total	48	17.08	109	38.79	79	28.11	27	9.60	8	2.84	7	2.49	3	1.06	281	100

Acceso a servicio de agua Potable. En lo que respecta a los servicios públicos la mayor concentración se obtuvo en la disponibilidad de agua directa con un 82.91%, dentro de este renglón los porcentajes más altos correspondieron al grupo III con un 35.23%, seguido por el 17.43% que correspondió al grupo IV y el 15.65 % al grupo II y el menor se ubicó en el grupo IX con un porcentaje de 0.71%, mientras que aquellas viviendas que no disponían de agua directa en sus hogares obtuvieron un porcentaje de 17.09%, distribuidas de la siguiente forma el 9.60% obtenía el agua de la

pila pública, donde el mayor valor correspondió al grupo social IV con un 4.98 % el menor valor correspondió al 0.35% ubicado en el grupo VII.

Por cisterna con un 3.35%, donde el mayor porcentaje se ubicó en el grupo IV con un 2.49% y el menor de 0.35% para el grupo IX.

Pipotes con un 3.35%, con el mayor valor al grupo IV con un 3.28% y el menor al 0.71% del grupo III

Al examinar los porcentajes por grupo social se observó:

El grupo social II de un total de 48 familias, el 91.66% (44 familias) posee agua directa, solo el 8.33% no la posee.

El grupo social III de un total de 109 familias, el 90.82% (99 familias) posee agua directa, solo el 9.17% posee agua por otros medios.

El grupo social IV de un total de 79 familias, 62.02% (49 familias) posee agua directa, solo el 37.97% no la posee

El grupo social V de un total de 27 familias todas poseen agua directa

En lo que respecta al servicio de agua potable se puede afirmar que una parte importante de la población estudiada goza de acceso directo de agua potable en una proporción de 82.91% y solo el 17.09% de los grupo familiares no poseían el servicio de agua potable, destacándose en mayor proporción el grupo social IV donde el 37,97% no tenía acceso directo al servicio, en contra posición al grupo social V que lo posee en su totalidad.

Tabla XXI. Distribución de la muestra según inserción social con relación a la Disposición de la Basura en la vivienda del niño

Medios de disposición de la basura en la vivienda del niño	Grupo Social														Total	%
	II	%	III	%	IV	%	V	%	VII	%	VII I	%	I X	%		
Acumulada	1	0.35	6	2.13	6	2.13									13	4.62
Quemada	3	1.06	2	0.71	12	4.27							1	0.35	18	6.40
Contenedor	7	2.49	12	4.27	15	5.33			1	0.35	2	0.71	2	0.71	39	13.87
Aseo urbano	37	13.16	89	31.67	46	16.37	27	9.60	7	2.49	5	1.55			211	75.08
Total	48	17.08	109	38.79	79	28.11	27	9.60	8	2.84	7	2.49	3	1.06	281	100

Acceso a servicio de recolección de basura. Con relación a la disposición de la basura se obtuvo que el mayor renglón se localizó en el aseo urbano con un porcentaje de un 75.08% cuyo mayor valor se presentó en el grupo social III con un 31.65%, seguido de un 16.37% que correspondió al grupo IV el menor valor se observó en el grupo social VII. El 24.89 corresponde a aquellos hogares que tienen que valerse de otros medios para desechar la basura, el cual surge de la sumatoria de los demás renglones, donde encontramos:

Contenedor con un 13.87% cuyo mayor valor correspondió al grupo social IV con un 5.33% y el menor valor correspondió al grupo social VII. Quemada con un 6.40%, donde el mayor valor correspondió al grupo IV con un 4.27% y el menor porcentaje se ubicó en el grupo IX con un .35%. Acumulada con un 4.62% con un 2.13% para ambos grupos sociales III y IV, el menor porcentaje correspondió al grupo II con un 0.35%.

Al examinar los porcentajes por grupo social se observó:

El grupo social II de un total de 48 familias, el 77.08%(37 familias) sus hogares tienen acceso al aseo urbano, solo el 22.95% no goza del servicio. El grupo social III de un total de 109 familias, el 81.65%(89 familias) posee servicio acceso al aseo urbano, solo el 18.34% no goza del servicio. El grupo social IV de un total de 79 familias, 58.22% (46 familias) posee servicio acceso al aseo urbano, mientras que el 41.77% no goza del servicio.

El grupo social V de un total de 27 familias todas poseen servicio de aseo urbano. Los grupos sociales VII, VIII y IX son grupos minoritarios donde se pudo observar que solo una pequeña fracción de ellos no posee servicio de aseo urbano directo.

Entre los grupos sociales que tienen mayor problema para desechar su basura se encuentran el grupo social IV representado por el 28.11% donde el 11.73% utiliza otros medios para deshacerse de la basura seguido del grupo social IX con un 1.06% que representa el total del grupo, mientras que los demás grupos solo una pequeña proporción se deshace de la basura a través de otros medios; el grupo V en su totalidad disfruta del servicio de aseo urbano.

Los datos demuestran que el grupo social IV es el que presenta mayor problema para desechar su basura utilizando otros medios, los demás grupos solo una pequeña proporción utiliza otros medios, el grupo V en su totalidad disfruta del servicio de aseo urbano.

Tabla XXII. Distribución general de la muestra según inserción social con relación al Suministro de Electricidad en la vivienda del niño.

Medios de suministro de electricidad en la vivienda del niño	Grupo Social														Total	%
	II	%	III	%	IV	%	V	%	VII	%	VIII	%	IX	%		
Tomada	1	0.35	5	1.77	12	4.27			2	0.71	3	1.06			23	8.18
Planta casera	2	0.71	1	0.35	6	2.13									9	3.20
Instalada	45	16.01	103	36.65	60	21.35	27	9.60	6	2.13	3	1.06	3	1.06	247	87.90
Vela		-	-	-	1	0.35					1	0.35			2	0.71
Total	48	17.08	109	38.79	79	28.11	27	9.60	8	2.84	7	2.49	3	1.06	281	100

Acceso a servicio de iluminación. En cuanto a los medios de suministro de electricidad la mayoría de los hogares poseen luz instalada, la cual correspondió en un 87.90% donde los mayores porcentajes se ubican en los siguientes grupos, con un 36.65% para el grupo III, seguido del 12.35% del grupo IV, el menor valor se ubicó en los grupos VIII y IX con un 1.06% cada uno.

El 12.09% obtiene el servicio eléctrico a través de otros medios (dato que surge de la sumatoria de los demás renglones). Tomada con un 8.18%, con

un 4.27% correspondió al grupo social IV y el menor porcentaje al grupo al grupo I con un 0.35%.

Planta casera con un 3.20%, donde el mayor valor lo obtuvo el grupo IV con un 2.13% y el menor con un 0.35% del grupo III. Se alumbran con Velas con un 0.71%, con un 0.35% para los grupos IV y VIII.

Al examinar los porcentajes por grupo social se observó:

El grupo social II de un total de 48 familias, el 93.75% (45 familias) posee servicio de luz directa; sólo el 6.25% no la posee.

El grupo social III de un total de 109 familias, el 94.49% (103 familias) posee servicio de luz directa, solo el 5.50% no la posee.

El grupo social IV de un total de 79 familias, 75.94% (60 familias) posee servicio de luz directa, solo el 24.05% no la posee

El grupo social V de un total de 27 familias todas poseen servicio de luz directa

Los grupos sociales VII, VIII y IX son grupos minoritarios, observándose que una mayor proporción de familias del grupo social VII afirmaron tener luz directa en sus hogares, para el grupo social VIII se observó que más del 50% no poseían el servicio y para el grupo social IX de las 3 familias clasificadas en este grupo, todas gozaban del servicio.

En relación al servicio de luz, 87.90 % de la población estudiada posee luz directa; sólo el 12,1 % no posee el servicio, destacándose el grupo social V cuyos hogares en su totalidad contaban con el servicio, mientras que el mayor porcentaje se de familias que no contaban con el servicio de luz directa se encontró en el grupo social IV con un porcentaje de 24.05%.

Por otro lado los grupos sociales III, VII se observó que solo una pequeña proporción dijeron no tener luz directa en sus hogares, solo en el grupo social VIII se observó más de un 50% no poseía el servicio lo cual es lógico por su condición de desempleo.

Tabla XXIII. Distribución de la muestra según inserción social con relación a los medios de Disposición de las Excretas en la vivienda del niño. Escuela Nacional Menca de Leoni II. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008

Medios de disposición de las excretas en la vivienda del niño	Grupo Social												Total	%		
	II	%	III	%	IV	%	V	%	VII	%	VIII	%			IX	%
Directo	44	15.65	102	36.29	61	21.60	27	9.60	8	2.84	5	1.77	3	1.06	250	90.74
Pozo séptico	4	1.42	7	2.49	16	5.68					1	0.35			28	9.96
Bota en bolsas					2	0.71					1	0.35			3	1.06
Total	48	4.27	109	38.79	79	28.11	27	9.60	8	2.84	7	2.49	3	1.06	281	100

Acceso a servicio de recolección de Excretas. Con relación a los medios de disposición de las excretas en la vivienda se obtuvo que el 90.74% se encuentra conectado al servicio de cloacas, donde el 36.29% lo

obtuvo los hogares del grupo social III, seguido por un 21.60% del grupo IV y un 15,65% del grupo II el menor valor se ubicó en el grupo IX con un 1.06%.

Pozo séptico con un 9.96%, donde el porcentaje mayor lo obtuvo el grupo IV con un 5.68% y el menor con un 0.35 del grupo VIII.

Bota en bolsas con un 1,06% donde el mayor porcentaje correspondió al grupo IV con un 0.71% y el menor al grupo VIII con un 0.35%.

Al examinar los porcentajes por grupo social se observó:

El grupo social II de un total de 48 familias, el 91.66% (44 familias) posee acceso a servicio de recolección de excretas, solo el 8.33% (4 familias) no la posee. El grupo social III de un total de 109 familias, el 93.57% (102 familias) posee acceso a servicio de recolección de excretas; sólo el 6.42% (7 familias) no lo tiene. El grupo social IV de un total de 79 familias, el 77.21% (61 familias) posee acceso a servicio de recolección de excretas, solo el 22.78% (18 familias) no la posee. El grupo social V de un total de 27 familias todas poseen acceso a servicio de recolección de excretas. Los grupos sociales VII, VIII y IX son grupos minoritarios, pero que en su totalidad posee acceso al servicio de recolección de excretas.

En lo que respecta al Acceso a Servicio de Recolección de Excretas se puede señalar que una parte importante de la población estudiada goza de este servicio representado por un 90.74 %; sólo el 9,96 no posee el servicio, Observándose el mismo comportamiento que en los servicios

anteriores , en donde es el grupo social V el que se destaca por poseer en su totalidad este servicio mientras que es el grupo social IV donde se observa el mayor porcentaje de familias que no lo poseen con un porcentaje de 22.78%, el grupo III junto con los grupos sociales minoritarios se observa sólo un mínimo porcentaje de familias que no lo poseen.

Conocimiento sobre salud bucal.

Tabla XXIV. Distribución porcentual general según inserción social con relación al Origen del Conocimiento sobre Salud Bucal de los representantes

Fuente de conocimiento sobre salud bucal	Grupo Social														Total	%
	II	%	III	%	IV	%	V	%	VI I	%	VI II	%	IX	%		
Lo aprendió en campañas o centros de salud	7	2.19	13	4.07	6	1.88	7	2.19	1	0.31	3	0.94	1	0.31	38	11.91
Lo aprendió en centros educativos	12	3.76	37	11.59	27	8.46	9	2.82	1	0.31	3	0.94	1	0.31	90	28.21
Lo aprendió de sus padres	28	8.77	81	25.39	39	12.22	17	5.32	6	1.88	2	0.62	3	0.94	176	55.17
No contestó	2	0.62	2	0.62	9	2.82	-	-	-	-	2	0.62	-	-	15	4.70
Total	49	15.36	133	41.69	81	25.39	33	10.34	8	2.50	10	3.13	5	1.56	319	100

Adquisición de conocimiento sobre salud bucal. Al analizar los datos vemos que el 55.17% de los representantes señalaban que lo que sabía sobre salud bucal se lo habían enseñado sus padres, destacándose que fue una de las preguntas que alcanzó los mayores valores en todos los grupos sociales estudiados , ubicándose la mayor concentración a nivel del grupo

social III con un 25.39% (81 representantes sobre un total de 133 representantes); seguido del grupo social V con un 5,32% (17 representantes sobre un total de 33 representantes).

El 28.21% lo aprendió de los centros educativos, encontrándose la mayor concentración en el grupo social III con un 11.59%. El 11.91% correspondió a campañas o en los centros de salud, donde la mayor concentración se ubicó en el Grupo III con un 4.07%. El 4.70% correspondió a representantes que no contestaron.

Recordemos que el conocimiento es la información que posee el hombre para dar respuesta a las cosas y que puede ser utilizado por éste para la resolución de problemas, en tal sentido a través de esta preguntas se trató de determinar el origen del conocimiento sobre Salud Bucal que poseen los representantes de los niños, según su inserción social, observándose que más de la mitad de los representantes señalaban que lo que sabía sobre Salud Bucal se lo habían enseñado sus padres y al alcanzar los mayores valores en todos los grupos sociales nos indica la importancia en la socialización familiar, debido que es en el seno familiar donde se transmiten, intercambian y perpetúan las primeras informaciones practicadas por el niño de manera inmediata.

La segunda respuesta en importancia la obtuvo la pregunta “Lo aprendió en centros educativos” con un porcentaje de 28,21% observándose también

un comportamiento similar en todos los demás grupos sociales si lo comparamos con la pregunta anterior, lo que nos indica que el proceso de aprendizaje pudiera cambiar conductas aprendidas en el seno familiar. Por último se ubicó “Lo aprendió en campañas o centros de salud” y con un porcentaje bastante inferior al compararlo con las respuestas anteriores de 11, 91% lo que indica el poco alcance en el fomento y prevención de los centros dispensadores de salud y las fallas en su campaña.

Tabla XXV. Distribución porcentual general según inserción social con relación al Conocimiento sobre Presencia de Caries

La presencia de caries se debe:	Grupo Social														Total	%
	II	%	III	%	IV	%	V	%	VI I	%	VI II	%	IX	%		
No sabe	1	0.28			2	0.57									3	0.83
mala suerte / hechicerías / mal de ojo																
Herencia	2	0.57	1	0.28	2	0.57									5	1.43
Los dulces	19	5.45	47	13.50	48	13.79	15	4.31	5	1.43	4	1.14	1	0.28	139	39.94
Las bacterias	2	0.57	5	1.43	3	0.86			1	0.28					11	3.16
Falta de aseo de sus dientes	17	4.88	60	17.24	40	11.49	12	3.44	3	0.83	2	0.55	2	0.55	136	39.08
El agua					1	0.28									1	0.28
Falta de recursos económicos	4	1.14	8	2.29	4	1.14	2	0.57	1	0.28	1	0.28			20	5.74
Falta de medios de higiene bucal	6	1.72	8	2.29	6	1.72					2	0.55			22	6.32
Falta de información en escuelas o centros de salud	3	0.86	1	0.28	2	0.57			2	0.55					8	2.29
Falta de programas educativos			2	0.55	1	0.28									3	0.83
Total	54	15.64	132	37.43	109	31.56	29	8.65	12	3.35	9	2.51	3	0.83	348	100

Marco teórico del conocimiento de salud bucal. Socialización (de tipo Familiar). Popular (Cultural). Científico- Técnico Adquirido en la escuela. A continuación procederemos a describir los resultados sobre el conocimiento que poseen los representantes de los niños sobre la consecuencia inicial de la enfermedad bucal, como son las caries. Entre las respuestas que tuvieron mayores porcentajes se encuentran las de tipo científico como fueron los dulces con un 39.94% y dentro de ésta la mayor concentración la obtuvo el grupo social IV con un 13.79%, seguido de un 13.50% del grupo III.

La segunda respuesta, fue la falta de aseo de sus dientes con un 39.08% observándose mayor concentración a nivel del grupo social III con un 17.24% seguido con un 11.49% del grupo IV. Al detallar los porcentajes de los demás grupos podemos afirmar que son mayores en estas dos respuestas en comparación con los demás ítems.

La tercera causa señalada fue Falta de Medios de Higiene Bucal con un 6.32%, con un 2.29% ubicado en el grupo social III y un 1.72% para los grupos sociales II y IV respectivamente, y un 5.74% correspondió a la Falta de Recursos Económicos con un 5.74% con un 2.29% que obtuvo grupo social III y un 1.14% de los grupos IV. Las otras causas no obtuvieron porcentajes mayores a 5%.

Dentro del perfil epidemiológico de salud bucal nos interesaría conocer el tipo de conocimiento que manejan los representantes con respecto al componente bucal, para así determinar las características del conocimiento ya que éstas pueden influir en el comportamiento del individuo con relación a las prácticas o acciones sobre la salud bucal. El conocimiento además de ser una acumulación de información puede ser de diferentes tipos entre los que tenemos hereditario, cultural, empírico o científico, social, público, individual o simplemente presentar una combinación de los anteriores.

Como se detalla en los datos anteriores en el 40% correspondiente a los dulces, los mayores porcentajes se encontraron en los grupos sociales IV y III, observándose también que el mismo comportamiento en los demás grupos sociales al estudiarlo por individual.

En la falta de aseo de sus dientes los mayores porcentajes se encontraron en los grupos sociales III y IV. Al detallar los porcentajes de los demás grupos podemos afirmar que tuvieron un comportamiento similar a la respuesta anterior, mientras que la preguntas Falta de Medios de Higiene Bucal y Falta de Recursos Económicos los mayores porcentajes se encontraron en los grupos sociales III y IV.

Cabría entonces hacernos la siguiente pregunta, ¿Si el conocimiento de los representantes en gran parte provienen de sus padres, por qué la

mayoría de los grupos sociales señalan que la caries se debe a causas de orden científico? Tal vez la respuesta estriba en la deseabilidad social, es decir en el medio social donde el conocimiento científico puede mezclarse con informaciones sociales de aceptación, como por ejemplo la apariencia personal difundidas en los medios de comunicación.

Observemos las 2 últimas respuestas son respuestas de tipo social las cuales nos indican la relación coyuntural relacionada con el consumo ampliado, más cuando son observados por los grupos sociales III y IV donde el poder adquisitivo es menor.

Práctica de conocimiento

Tabla XXVI. Distribución porcentual general de la muestra según inserción social con relación a la Frecuencia de Cepillado de los niños

Frecuencia de cepillado del niño	Grupo Social														Total	%
	II	%	III	%	IV	%	V	%	VII	%	VIII	%	IX	%		
No contestó	1	0.29			1	0.29									2	0.59
No se cepilla	1	0.29			2	0.59									3	0.88
al levantarse	11	3.25	25	7.39	26	7.69	3	0.88	3	0.88	5	1.47	2	0.59	75	22.18
Al acostarse y levantarse	30	8.87	76	23.07	43	12.72	23	6.80	5	1.47	2	0.59	2	0.59	181	53.55
Después de comer	14	4.14	24	7.10	18	5.32	8	2.36	1	0.29	1	0.29	2	0.59	68	20.11
Cada vez que come dulce	1	0.29	2	0.59	-		6	1.77							9	2.66
Total	58	17.15	127	37.57	90	26.62	40	11.83	9	2.66	8		6	1.77	338	100

Organización de la práctica. Ocasión en que se cepilla. Al examinar los datos recogidos en la frecuencia de cepillado del niño, el mayor porcentaje correspondió al ítem: Al Acostarse y Levantarse con un porcentaje de 53.55%; al comparar los porcentajes de todos los grupos sociales con las demás respuestas observamos que fue la que más se destacó, la mayor concentración se encontró en el grupo social III con un 23.07%, seguido por un 12.72% que correspondió al grupo social IV.

La segunda respuesta que se destacó fue: Al Levantarse con un porcentaje de 22.18%, el mayor porcentaje se ubicó en 7.69% del grupo social IV, seguido de un 7.39% del grupo III. Y presenta un comportamiento similar a la primera respuesta cuando observamos los porcentajes obtenidos en los demás grupos sociales.

Un 20.11% correspondió a Después de Comer, donde el mayor porcentaje fue para el grupo social III con un 7.10%, seguido de un 5.34% del grupo IV. El 2.66% correspondió A Cada Vez que Come Dulces; ubicándose la mayor concentración porcentual en el grupo social V con un 2.36% y su menor concentración correspondió al grupo social II.

El 0.88% correspondió a la respuesta No se Cepilla donde el 0.59% correspondió al grupo social IV y la respuesta No Sabe correspondió a un

0.59% distribuido de igual forma para los grupos sociales IV y II con un 0.29%.

El cepillado es una práctica repetitiva que tiene como finalidad la desorganización de la placa bacteriana, para que ésta no sea capaz de metabolizar ácidos capaces de causar daños al diente como al periodonto. Al examinar los datos recogidos se aprecia que al ítems: Al Acostarse y Levantarse fue la respuesta más importante, donde la mayor concentración se encontró en el grupo social III y grupo social IV. En la segunda respuesta Al Levantarse el mayor porcentaje se ubicó en el grupo social IV, seguido del grupo III. Lo que nos demuestran que un gran porcentaje de niños se cepillan de una a dos veces al día. Cada Vez que Come Dulces rompió con los esquemas anteriores, pues la mayor concentración porcentual correspondió al grupo V y la menor al grupo social II, recordemos que el grupo social V es el mejor preparado académicamente y que el grupo social II está también conformado por personas de educación superior, lo que indica mayor conocimiento de estos grupos con relación a la dieta criogénica.

Podemos concluir que es en el hogar donde se promulga y se aprenden los hábitos y costumbres relacionados con la higiene oral y puede estar influenciada por los medios de comunicación social quienes pueden propagar la importancia del cepillado, no garantizando la práctica del hábito, pues lo ideal es cepillar los dientes después de cada comida y antes de acostarse,

esta información es manejada por los odontólogos en los centros de salud y por los maestros en los centros educativos en el área de ciencias de la naturaleza y tecnología para la educación básica.

Tabla XXVII. Distribución porcentual general de la inserción social con relación a los medios utilizados por el niño para su higiene bucal.

Medios utilizados por el niño para su higiene bucal	Grupo Social														Total	%
	II	%	III	%	IV	%	V	%	VII	%	VII I	%	I X	%		
No usa	1	0.31			8	2.48									9	2.79
Enjuagues	8	2.48	15	4.65	8	2.48	10	3.10	2	0.62	1	0.31			44	13.66
Cepillo	38	11.80	94	29.19	69	21.42	22	6.83	8	2.48	8	2.48	5	1.55	244	75.77
Hilo dental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hilo dental y cepillo	3	0.93	4	1.24	1	0.31									8	2.48
Todas las anteriores	3	0.93	6	1.86	1	0.31	6	1.86			1	0.31			17	5.27
Total	53	16.45	119	36.95	87	27.01	38	11.80	10	3.10	10	3.10	5	1.55	322	100

Medios utilizados por el niño para su higiene bucal .Al analizar los resultados, encontramos que el 83.52% utiliza el "Cepillo dental" para el aseo de sus dientes; este dato surge de la sumatoria de aquellos que sólo utilizan este medio, con los que utilizan el "Cepillo junto con otros medios de higiene", en donde el 75.77% "Sólo usa cepillo". Observamos que todos los grupos obtuvieron porcentajes mayores si lo comparamos con las demás respuestas, con un porcentaje mayor de 29.19% que correspondió al grupo III, seguido de un porcentaje de 21.42% que correspondió al grupo social IV. El 13.66% correspondió al "Uso de enjugues" donde la mayor

concentración se encuentra en el grupo III con un 4.65% y en segundo lugar con un 2.48% el grupo V. El 5.25% correspondió a la categoría todas las anteriores donde el 1.86% correspondió a los grupos III y V y en segundo lugar al grupo II con un 0.93%. Hilo Dental y Cepillo obtuvo un 2.48%, con un porcentaje mayor de 1.24% para el grupo III, seguido con un 0.93% para el grupo II. El 2.79% correspondió a la categoría No Usa, con un mayor porcentaje de 2.48% del grupo IV.

Al analizar los resultados se encontró que el 83.52% utiliza el cepillo dental para el aseo de sus dientes; este dato surge de la sumatoria de aquellos que sólo utilizan el cepillo con los que utilizan el cepillo junto con otros medios de higiene, en donde el 75.77% sólo usa cepillo, respuesta que obtuvo mayor porcentaje al ser comparada con las demás respuestas.

La segunda respuesta de mayor concentración correspondió al uso de enjuagues, destacándose los grupos sociales III y V.

Estos resultados hacen pensar que un número importante de niños, por lo menos cepilla sus dientes una vez al día, pero la segunda respuesta nos lleva a reflexionar y a preguntarnos ¿por qué es el enjuague el segundo medio más utilizado y no el hilo dental que es el segundo medio más recomendado por los odontólogos para eliminar la Placa Bacteriana? la respuesta pudiera estar a la comercialización de ciertos productos de

higiene bucal y la poca acción que han tenido los odontólogos y las campañas preventivas dirigidas al cuidado de los dientes

Tabla XXVIII. Distribución porcentual general según inserción social con relación a las razones por la que se lleva al niño al odontólogo.

Razones por las que se lleva al niño al odontólogo	Grupo Social														Total	
	II		III		IV		V		VII		VIII		IX		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Por dolor y molestias	26	8.78	41	13.85	41	13.85	6	2.02	3	1.01	3	1.01	2	0.67	122	41.21
Por razones estéticas	4	1.35	11	3.71	1	0.33	1	0.33	1	0.33			1	0.33	19	6.41
Recambio Dentario	1	0.33	2	0.67			1	0.33							4	1.35
Referencias profesionales o de amigos									1	0.33					1	0.33
Traumatismo					1	0.33									1	0.33
Control y razones salud	12	4.04	48	16.21	15	5.06	20	6.75	2	0.67	3	1.01	1	0.33	101	34.12
No contestó	9	3.04	14	4.72	22	7.43	1	0.33	1	0.33	1	0.33			48	16.21
total	52	17.56	116	39.18	80	27.02	29	9.79	8	2.70	7	2.36	4	1.35	296	100

Razones por las que se lleva al niño al odontólogo. El mayor porcentaje correspondió Dolor y Molestias Dentarias con un 41.21% ubicándose los mayores porcentajes en los grupos sociales III y IV. Por Control y Razones de Salud obtuvo un porcentaje de 34.12%, donde la mayor concentración porcentual 16.21% se ubicó en el grupo III seguido a un 6.75% del grupo V. El 16.21% que correspondió a No Contestó con un 7.43%, ubicado el mayor porcentaje en el grupo IV y el menor en los grupos

sociales, V, VII y VIII con un porcentaje 0.33% para cada uno. Las Razones Estéticas obtuvo un porcentaje de 6.41%, observándose el mayor porcentaje en el grupo III con un 3.71%. Las otras respuestas como Recambio Dentario, Referencias Profesionales y Traumatismo obtuvieron porcentajes muy bajos.

Analizaremos entonces las tres respuestas que obtuvieron mayor puntuación. La primera respuesta "Dolor y Molestia Dentarias" y tercera respuesta "No Contesto" pudieran expresar el desconocimiento de la importancia de las acciones preventivas con relación a su salud bucal, quedando abierto el tema para futuros trabajos de investigación. La segunda respuesta "Control y razones de salud" pudiera indicar que los grupos sociales más interesados por el cuidado de sus dientes son los que tienen mayor preparación educativa, lo que indicaría el estrecho vínculo entre el cuidado de sus dientes y la preparación educativa.

Tabla XXIX. Distribución de la muestra según inserción social con relación a las razones por la que se lleva al niño al odontólogo. Escuela Nacional Menca de Leoni II. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008

Razones por las que se lleva al niño al odontólogo	Grupo Social														Total	%
	II	%	III	%	IV	%	V	%	VII	%	VII I	%	I X	%		
Por dolor y molestias	14	10.52	24	18.04	24	18.04	2	1.50	2	1.50	1	0.75	2	1.50	69	51.87
Por razones estéticas	2	1.50	4	3.00	1	0.75							1	0.75	8	6.01
Referencias profesionales o de amigos									1	0.75					1	0.75
Recambio dentario	1	0.75	2	1.50											3	2.25
Control y razones de salud	8	6.01	15	11.27	9	6.76	3	2.25	2	1.50	1	0.75	1	0.75	39	29.32
No contestó	2	1.50	7	5.26	4	3.00									13	9.77
total	27	20.30	52	39.09	38	28.57	5	3.75	5	3.75	2	1.50	4	3.00	133	100

Observemos el comportamiento la misma variable por plantel. Recordemos que cada plantel posee características particulares otorgadas por los diferentes grupos sociales que lo conforman.

En el plantel Menca de Leoni, la respuesta por “dolor o por molestia” obtuvo el mayor porcentaje total con un 51.87% donde los mayores porcentajes estuvieron ubicados en el grupo social IV y III con un 18.04% para ambos, seguido con un 10.52% ubicado en el grupo II. “Control y razones de salud” obtuvo el 29.32% ubicándose los mayores porcentajes en el grupo III con un 11.27% y en el grupo IV con un 6.76%. No Contestó obtuvo un 9.77% donde el mayor porcentaje se ubicó en el grupo Social III

con un 5.26% y en el grupo IV con un 3.00%. Las demás respuestas obtuvieron valores muy bajos.

Tabla XXX. Distribución de la muestra según inserción social con relación a las razones por la que se lleva al niño al odontólogo. Escuela Estatal Zenobia Vergara. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008

Razones por las que se lleva al niño al odontólogo	Grupo Social												Total	
	II		III		IV		VII		VIII		IX		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Por dolor o por molestias	8	10.38	11	14.28	15	19.48			2	2.59	1	1.29	37	48.05
Control o razones de salud			4	5.19	3	3.89							7	9.09
No contestó	6	7.79	6	7.79	18	16.88	1	1.29	2	2.59			33	42.85
total	14	18.18	21	27.27	36	46.75	1	1.29	4	5.19	1	1.29	77	100

En el Zenobia Vergara el mayor porcentaje lo obtuvo “por dolor o por molestias” con un porcentaje de 48.05% donde el grupo IV fue el que más se destaca con un 19.48% y el grupo III con un 14.28%.

“No contestó” obtuvo el 42.85% destacándose con un porcentaje de 16.88% el grupo social IV, seguido de un 7.79% para los grupo sociales III y II respectivamente. “Por control” o “razones de salud” obtuvo un porcentaje de 9.09% ubicándose el mayor porcentaje en el grupo social III con 5.19%.

Tabla XXXI. Distribución de la muestra según inserción social con relación a las razones por la que se lleva al niño al odontólogo. Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008

Razones por las que se lleva al niño al odontólogo	Grupo Social												Total	
	II Nº	%	III Nº	%	IV Nº	%	V Nº	%	VII Nº	%	VIII Nº	%	Nº	%
Por dolor o por molestias	4	4.70	6	7.05	2	2.35	4	4.70	1	1.17			18	21.17
Por razones estéticas	2	2.35	7	8.23			1	1.17	1	1.17			11	12.94
Recambio dentario							1	1.17					1	1.17
traumatismo					1	1.17							1	1.17
Control o por razones de salud	4	4.70	29	34.11	3	3.52	15	17.64					51	60.00
No contestó	1	1.17	1	1.17			1	1.17			1	1.17	3	3.52
Total	11	12.94	43	50.58	6	7.05	22	25.88	2	2.35	1	1.17	85	100

En la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra por Control o por Razones de Salud obtuvo un 60.00% donde los mayores porcentajes lo obtuvieron los grupos sociales III con 34.11% y el grupo social V con un 17.64%.

“Por dolor o por molestias” obtuvo un porcentaje de 21.17%, mientras que el mayor porcentaje se ubicó en el grupo social III, seguido por 4.70 % planteado para los grupos sociales II y V. El 12.94% correspondió a “razones estéticas”, nuevamente el mayor porcentaje lo obtuvo el grupo social III con 8.23%; las demás respuestas obtuvieron bajo porcentaje.

El conocimiento que se tenga sobre la salud bucal motivará al grupo familiar a tomar una determinada acción como por ejemplo la asistencia del

niño al odontólogo. Al observar el comportamiento por planteles por separado llama la atención la manera cómo varía la respuesta de los representantes según su grupo social y características del plantel educativo

En el plantel nacional la distribución fue similar a la general destacándose que un 52% respondió “Dolor y molestias”, seguido “Control y razones de salud” con un 29% mientras que no contestaron se ubicó en un porcentaje de un 10%, destacándose el grupo IV sobre el III, con relación al grupo social V, teniendo presente que su proporción fue menor a los dos grupos sociales anteriores (5 familias) se observó que 2 familias afirmaron llevar a sus hijos por “Dolor y molestias” (40%) y 3 (60%) por “Control y razones de salud.”

En el plantel estatal el 48% señaló llevaba a su hijo al odontólogo al sentir “Dolor y molestias” destacándose el grupo III sobre el IV, hallándose un grupo importante de cuestionarios en donde no hubo respuesta, encontrándose un 50% en el grupo IV sobre el III que fue de un 28%; a pesar que “Control y razones de salud” alcanzó el menor valor si lo comparamos con las respuestas anteriores observada en el plantel el grupo social III se destaca con un 19% por sobre un 8.33% en el grupo IV lo cual pudiera indicar que sea debido a la información sobre salud bucal.

El plantel privado en cambio presentó la mayor concentración en “Control o por razones de salud” presentándose más de la mitad (60%), destacándose el grupo V sobre el III, mientras que por “Dolor y molestias” alcanzo un porcentaje de un 21% destacándose mayor de nuevo el grupo V sobre el III, solo se observó un cuestionario no contestado tanto para el grupo III como para el grupo V.

A pesar que la concentración del grupo IV fue muy reducida (encontrándose 6 familias), 3 familias señalaron por “Control o por razones de salud” y 2 por “Dolor y molestias”. Podemos señalar que la actuación en relación a las razones que se tengan para acudir al odontólogo variará de acuerdo a las condiciones de vida de los grupos familiares, al origen conocimiento en donde forman parte importante los centros educativos y de Salud.

Servicio Odontológico.

Tabla XXXII. Distribución general porcentual según inserción social con relación al tipo de servicio de asistencia que se lleva al niño.

Tipo de servicio de asistencia al que se lleva al niño	Grupo Social															
	II	%	III	%	IV	%	V	%	VII	%	VIII	%	IX	%	Total	%
No usa	12	4.24	16	5.65	26	9.18	2	0.70	3	1.06	3	1.06	1	0.35	63	22.26
IVSS	2	0.70	30	10.60	4	1.41	1	0.35	2	0.70					39	13.78
Público	22	7.77	35	12.32	46	16.25	3	1.06	4	1.41	4	1.41	2	0.70	116	40.98
Privado	10	3.53	23	8.12	3	1.06	20	7.06							56	19.70
NC	2	0.70	6	2.12			1	0.35							9	3.18
Total	48	16.96	110	38.86	79	27.91	27	9.54	9	3.18	7	2.47	3	1.06	283	100

Tipo de servicio de asistencia al que se lleva al niño. En Tipo de Servicio Asistencial a que se lleva al niño, el 40.98% fue el más alto porcentaje y correspondió al servicio público. Entre los grupos que obtuvieron mayor porcentaje se encuentran el grupo IV con un 16.25%, el grupo III le correspondió 12.32%, el menor porcentaje se ubicó en el grupo IX con un 0.70%. El 22.26% lo obtuvo “No Usa Servicio Asistencial Odontológico” ubicándose el mayor porcentaje en el grupo social IV con un 9.18, seguido de 5.65% que correspondió al grupo social III, mientras que el menor correspondió al grupo social IX con un 0.35%.

El 19.70% correspondió a los grupos familiares que llevan a sus niños a “servicios asistenciales privados” donde los mayores porcentajes correspondieron al grupo social III con un 8.12%, seguido del 7.06% que se ubicó en el grupo social V y 3.53% correspondió al grupo II. El IVSS obtuvo

un 13.78% ubicándose el mayor porcentaje en el grupo social III con un porcentaje de 10.60%, mientras que el menor valor correspondió al grupo social V con un 0.35%. La categoría “No Contestó” alcanzó un porcentaje total de 3.18%, correspondiendo el mayor porcentaje al grupo social III 2.12%.

Al examinar el comportamiento de cada grupo social observamos:

Grupo social II, con un total de 48 respuestas, el 45.83% asiste a “servicio odontológico público”, el 25% “no usa el servicio odontológico”, el 20.83% señaló utilizar un “servicio odontológico privado”, mientras que el 25% “no contestó”, el 4.16% utiliza “el IVSS”. Grupo social III, con un total de 110 respuestas, el 31.81% asiste a “servicio odontológico público”, el 27.27% utiliza “el IVSS”, el 20,90% señaló utilizar un “servicio odontológico privado”, mientras que el 14.54% “no usa” y el 5.45% “no contestó”.

Grupo social IV, con un total de 79 respuestas, el 58.22% asiste a “servicio odontológico público”, el 32.91% “no usa el servicio odontológico”, el 5.06% utiliza “el IVSS”, el 3.79% señaló utilizar un “servicio odontológico privado”. Grupo social V, con un total de 27 respuestas, el 74.07% asiste a “servicio odontológico privado”, el 7.40% “no usa el servicio odontológico”, el 3.70% utiliza “el IVSS”, y el 3.70% “no contestó”.

Los grupos sociales VII, VIII y IX fueron grupos minoritarios observándose que más del 50% señalaron utilizar servicios odontológicos públicos.

Podemos resumir que un porcentaje importante de todos los grupos sociales acuden a los servicios públicos, destacándose el grupo social IV a diferencia del grupo social V cuyo porcentaje fue muy pequeño, lo que nos indica que todos los grupos sociales tienen acceso a dicho servicio destacándose una mayor asistencia de grupo social IV que es uno de los grupos más vulnerables.

“No usa servicio odontológico”, fue la segunda respuesta en el orden de importancia a pesar de que tuvo representación en todo los grupos sociales los porcentajes que más se destacan son los obtenidos en los grupos sociales IV y II, el hecho de que tuviera representación en todos los grupos sociales demuestra el poco interés que se le da a la visita al odontólogo, como medida preventiva de enfermedades bucales.

Acude al servicio odontológico privado tuvo mayor porcentaje en el grupo social V (74.07%), aunque se observó un porcentaje alrededor de un 20% en los grupos sociales II y III lo que demuestra que asistencia dependerá por un lado con el poder adquisitivo de cada grupo familias y por el otro el criterio social sobre la calidad de servicio que se presta en estos centros. En el servicio asistencial dependiente del IVSS se conserva representación en los grupos sociales II, III, IV y V destacándose el grupo III lo que demuestra el uso de estos servicios como beneficio laboral.

Tabla XXXIII. Distribución porcentual general según inserción social con relación a la Facilidades de acceso al servicio odontológico.

Facilidades de acceso a servicios odontológicos	Grupo Social															
	II	%	III	%	IV	%	V	%	VII	%	VIII	%	IX	%	Total	%
Cobertura de seguro medico odontológico	1	0.35	2	0.71	1	0.35	7	2.49							11	3.91
Acude a un consultorio odontológico de Barrio Adentro	17	6.04	21	7.47	30	10.67	1	0.35	3	1.06	3	1.06	1	0.35	76	27.04
Acude a un consultorio odontológico de Sanidad	5	1.77	12	4.27	16	5.69			1	0.35	1	0.35			35	12.45
Acude a consultorio Seguro social	2	0.71	29	10.32	4	1.42	1	0.35	1	0.35					37	13.16
Acude a consultorio Privado IPSME	10	3.55	21	7.47	2	0.71	13	4.62							46	16.37
Hospital militar UCV							2	0.71							2	0.71
NP			1	0.35									1	0.35	1	0.35
NC	11	3.91	17	6.04	26	9.25	2	0.71	3	1.06	3	1.06	1	0.35	63	22.41
total	2	0.71	6	2.13			1	0.35					3	1.06	9	3.20
	48	17.08	109	38.79	79	28.11	27	9.60	8	2.84	7	2.49	3	1.06	281	100

Facilidades de acceso a servicios odontológicos. Encontramos que el 27.04% señaló que acude a los “consultorios odontológico de Barrio Adentro” correspondiendo el mayor porcentaje el del grupo social IV con un 10.67%, seguido del 7.47% que correspondió al grupo social III, el menor porcentaje correspondió a los grupos sociales V y IX respectivamente.

El 22,41% estuvo representado por aquellos que “No Usan”, donde el 9.25% se ubicó en el grupo social IV y la menor en el grupo social IX con un 0.35%. El 16.37% correspondió a los grupos familiares que llevan a sus hijos al “Servicio Asistencial Privado”, donde el mayor porcentaje correspondió al grupo social III con un 7.47%, seguido de un 4.62% ubicado

en el grupo social V, el menor porcentaje correspondió al grupo social IV con un 0.71%.

“El IVSS” obtuvo un porcentaje de 13.16%, ubicándose el 10.32% para el grupo III y el menor porcentaje en el grupo en el grupo V y VII con un 0.35% para cada uno. El 12.45% acuden a un consultorio odontológico de Sanidad, donde es el grupo IV el que utiliza el servicio con un 5.69%, mientras que el menor porcentaje se ubicó en los grupos sociales VII y VIII con un 0.35% para cada uno.

La cobertura de “Seguro Médico Odontológico” obtuvo 3.91%, ubicándose su mayor porcentaje en el grupo social V con un 2.49%.

“No contestaron” obtuvo el 3.20%. Otros servicios tales como, “IPSME, Hospital Militar y UCV” obtuvieron porcentajes bajos. NP (no procede) tiene relación con el grupo que señalaba que no utilizaba el servicio.

Con relación a la tabla XXXIII. Facilidad de Acceso al Servicio Odontológico, se halló que uno de los servicios más utilizado es el “servicio público de Barrio Adentro”, beneficiándose de su uso, los grupos sociales IV y III. Se observa también que el grupo social V tiene mayor accesibilidad a los “servicios odontológicos privados”, otro hecho que llama la atención fue el bajo porcentaje que obtuvo los “servicios públicos de Sanidad” presente en el Municipio Plaza, esta situación pudiera ser debido al deterioro sufrido por

estos organismos, por el poco presupuesto asignado, para cubrir las demandas de salud.

Tabla XXXIV. Distribución porcentual general según inserción social con relación a la frecuencia de asistencia del niño al odontólogo.

Frecuencia de asistencia del niño al odontólogo	Grupo Social														Total	%
	II	%	III	%	IV	%	V	%	V	%	V	%	I	%		
Nunca	11	3.91	18	6.40	26	9.25	2	0.71	3	1.06	3	1.06			63	22.41
	3	1.06	14	4.98	11	3.91	1	0.35	1	0.35					30	10.67
Cada dos o más años																
Anualmente	19	6.76	33	11.74	18	6.40	14	4.98	3	1.06			3	1.06	90	32.02
Cada seis meses	6	2.13	28	9.96	12	4.27	8	2.84	1	0.35	3	1.06			58	20.64
Cuando tiene dolor	1	0.35	4	1.42	2	0.71									7	2.49
	4	1.42	8	2.84	3	1.06	1	0.35							16	5.69
No tiene tiempo específico																
	4	1.42	4	1.42	7	2.49	1	0.35			1	0.35			17	6.04
No contesto																
Total	48	17.08	109	38.79	79	28.11	27		8	2.84	7	2.49	3	1.06	281	100

Frecuencia de asistencia del niño al odontólogo. En la frecuencia del niño al odontólogo se puede señalar que el 32.02% dijo acudir al odontólogo “anualmente” donde el 11.74% se ubicó en el grupo social III, seguido de un 6.76% ubicado en el grupo social II.

El 22.41% señaló que “no iba nunca” ubicando el mayor porcentaje en el grupo social IV, seguido del grupo social III con un 6.40%, la menor concentración se ubicó en el grupo V con un 0.71%. El 20.64% correspondió

a “cada 6 meses”, ubicándose el mayor porcentaje al grupo social III con un 9.96% y el menor con un 0.35 al grupo social VII. “Cada dos o más años” obtuvo el 10.67% ubicándose el mayor porcentaje en el grupo III con un 4.98% y el menor con un 0.35% para los grupos V y VII. El 6.04% correspondió a “No Contestó” ubicándose el mayor porcentaje en el grupo social IV. “No Tiene Tiempo Especifico” correspondió el 5.69%, donde la mayor concentración correspondió al grupo III con 2.84% y el 2.49%, “Cada Vez que Tiene Dolor” también se ubicó el mayor porcentaje en el grupo III con un 1.42%. Observamos que en grupos sociales II, III, IV, V y VIII se presentó un pequeño porcentaje en “No Contesto”, tal vez porque no asistía con frecuencia.

Al desglosar los porcentajes por grupo encontramos, el grupo II representado por el 17.08% de la muestra sólo el 8.89% lleva a sus hijos al odontólogo periódicamente en un lapso de tiempo de “un año a 6 meses”. El 2.83% “no lo lleva con frecuencia” o lo “lleva cuando el niño tiene dolor”. El 3.91% correspondió a los representantes que señalaron que “no lo llevan”. Para el grupo III representado por el 38.79% se observó que el 21.70% acudía “con frecuencia”, el 9.24% dice “no lo lleva con frecuencia” o “lo lleva cuando el niño tiene dolor” y el 6.40% “no lo lleva”.

El grupo IV representado por un 28.11% del total de la muestra, sólo el 10.67% acude “con frecuencia”, el 5.68% “no lo lleva con frecuencia” o “lo lleva cuando el niño tiene dolor” y el 9,25 % no lo lleva.

El grupo V representado por el 9.60% del total de la muestra, se observa que el 7.82% “acude con frecuencia”, 0.71% lleva al niño “con poca frecuencia” mientras que el 0.71 “no lo lleva”.

El grupo VII representado por el 2.84 % del total de la muestra, se observa que el 1.41% “acude con frecuencia”, 0.35% lleva al niño con poca frecuencia. El grupo VIII representado por el 2.49% del total de la muestra, se observa que el 1.06 % “acude con frecuencia” y 1.06% “nunca”. El grupo social IX representado por el 1.06 % del total de la muestra, se observa que en su totalidad “acude con frecuencia”.

Entra las respuesta que más se destacaron en la totalidad de los grupos sociales se encontraron la que señalaba acudir al odontólogo “anualmente” ubicada en primer lugar, seguida de “cada 6 meses”, la tercera respuesta correspondió a la afirmación que “nunca habían llevado al niño al odontólogo”, destacándose el grupo IV, solo el grupo V obtuvo el menor porcentaje.

Al analizar la periodicidad en que los diferentes grupos sociales asisten al odontólogo en un lapso de tiempo de “6 meses a un año” se distingue el

grupo social V, mientras que el que menos asiste regularmente es el grupo social IV, lo que indica poco o ningún conocimiento formal de la mayoría de los grupos sociales para la prevención y control de la enfermedad.

Podemos concluir, que es el grupo social V el que lleva con mayor frecuencia en contra posición al grupo social IV, esto indica por un lado la poca importancia formativa en la educación sobre salud bucal y por otro deficiencia en la accesibilidad educativa sobre prevención y control de la enfermedad (consumo ampliado) que influye a su vez en el establecimiento de contravalores que influyen en el establecimiento de la enfermedad.

Tabla XXXV. Distribución general de la muestra según inserción social con relación al tiempo desde la casa hasta donde está el odontólogo. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008

Tiempo desde la casa hasta donde está el odontólogo al que acude	Grupo Social														Total	%
	II	%	III	%	IV	%	V	%	VII	%	VIII	%	IX	%		
3 horas o más			1	0.35	5	1.77	1	0.35					2	0.71	9	3.20
2 a 3 horas	4	1.42	4	1.42											8	2.84
1 hora a 2 horas	5	1.77	16	5.69	6	2.13	4	1.42	2	0.71					28	9.96
1 hora o menos	27	9.60	64	22.77	37	13.16	19		3	1.06	4	1.42	1	0.35	155	55.16
NC	4	1.42	6	2.13	5	1.77	1	0.35			1	0.35			17	6.04
NP	11	3.91	18	6.40	26	9.25	2	0.71	3	1.06	2	0.71			62	22.06
Total	48	17.08	109	38.79	79	28.11	27	9.60	8	2.84	7	2.49	3	1.06	281	100

Tiempo desde la casa hasta donde está el odontólogo al que acude.

El 55.16% más de la mitad de los representantes encuestados señalaron que tiempo desde la casa hasta donde está el odontólogo era de “una hora o menos” ubicándose la mayor concentración en el grupo social III con un 22.77% seguido del 13.16% del grupo social IV. “1 hora a 2 horas” obtuvo un 9.96% donde el mayor porcentaje se ubicó en el grupo social III con un 5.69% y el menor en el VII con un 0.71%.

El 22.06% correspondió a aquellos que “no iban” al odontólogo, el 6.04% a los que “no contestaron” y el 3.20% a aquellos que tardaban de “tres horas o más”, concentrándose el mayor porcentaje al grupo social IV con un 1.77%.

Podemos concluir que los centros odontológicos están cercanos a la residencia de los diferentes grupos sociales, sin embargo se puede observar que existe un porcentaje en cada uno de los grupos sociales II, III, IV, V y VIII que no contestó.

Alimentación cotidiana

Tabla XXXVI. Distribución de la muestra según inserción social con relación a los alimentos que consume los niños en el desayuno la Escuela Estatal Zenobia Vergara. Distrito Sanitario N°3.

respuestas	Grupo Social												Total		
	II		III		IV		VII		VIII		IX		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
No contestó	2	1.16	2	1.16	5	2.90							9	5.23	
No desayuna	2	1.16	3	1.74	3	1.74							8	4.65	
desayuno	Consumió alimentos del grupo 1	10	5.81	16	9.30	28	16.27	1	0.58	4	2.32	1	0.58	60	34.88
	Consumió alimentos del grupo 2							1	0.58	1	0.58			2	1.16
	Consumió alimentos del grupo 3	9	5.23	16	9.30	24	13.95	1	0.58	2	1.16	1	0.58	53	30.81
	Consumió alimentos del grupo 4														
	Consumió alimentos del grupo 5	6	3.48	10	5.81	20	11.62			4	2.32			40	23.25
total	29	16.86	47	27.32	80	46.51	3	1.74	11	6.39	2	1.16	172	100	

Alimentos que consumió el niño en el desayuno. Antes de desglosar los datos numéricos obtenidos en la Tabla XXXVI, distribución de la muestra para Escuela Estatal Zenobia Vergara según inserción social con relación a los alimentos que consumen los niños en el desayuno, se hace necesario destacar que de un total de 77 cuestionarios solo 9 representantes no contestaron la pregunta, mientras que 8 señalaron que su hijo no desayuna lo que representaría 17 cuestionarios es decir un 22.07% donde no se pudieron clasificar los alimentos por grupos, mientras que 60 representantes si la contestaron lo que representó un 77.09%

El mayor porcentaje se encontró en el consumo de “alimentos del grupo 1”(carbohidratos) el cual alcanzó un 34.88%, es decir que de un total de 60 niños consumieron el día anterior durante el desayuno carbohidratos, destacándose el mayor porcentaje en el grupo social IV con un porcentaje de 16.27%, seguido del grupo social III con un porcentaje 9.30% y los menores porcentajes se encontraron en el grupo social VIII con un 2.32 % y los grupos sociales VII y IX con un 0.58% para ambos grupos.

El 30.81% correspondió al consumo de “alimentos del grupo 3” (proteínas), que correspondió a las proteínas, en donde la mayor concentración se situó en el grupo social IV con un porcentaje de 13.95% y el menor porcentaje se ubicó en el grupo social VIII con un 1.16% y en los grupos sociales VI y IX con un 0.58% para ambos.

El 23.25% correspondió al consumo de “alimentos del grupo 5” (grasas y aceites), es decir consumo de grasas o aceites, hallándose su mayor porcentaje en el grupo social IV con un 11.62% y el menor porcentaje en el grupo VIII con un 2.32% “No contestó” obtuvo un porcentaje de 5.29%, donde el mayor valor fue para el grupo IV con 2.90% y los menores se ubicaron en el grupo III y II con un porcentaje de 1.16%.

“No desayuna” alcanzó un porcentaje de 4.65% donde su mayor representación se encontró en los grupos sociales IV y III con un valor de

1.74% para cada uno y el menor porcentaje correspondió al grupo social II con un 1.16%. El 1.16% correspondió al consumo de alimentos clasificados en el grupo 2 representado por las hortalizas y frutas donde los grupos sociales VII y VIII obtuvieron 0.58% para cada uno.

Es evidente que la distribución de los grupos sociales no es homogénea por lo cual se hace necesario detallar cada grupo, por separado. El grupo social II con un total de 14 cuestionarios, presentó un consumo de un 71% de carbohidratos, 64% de proteínas y un 43% grasas. El grupo social III con un total de 21 cuestionarios, se observó un consumo de un 76% de carbohidratos, 76% de proteínas y un 48% grasas. Para el grupo social IV con un total de 36 cuestionarios; alcanzó un consumo de un 77% de carbohidratos, 66% de proteínas y un 55% grasas

Es innegable que es el grupo social III es el que presenta mayor equilibrio en la ingesta de carbohidratos y proteínas, mientras que los dos grupos restantes presentaron una leve diferencia porcentual entre los carbohidratos y las proteínas destacándose el grupo IV sobre el grupo II; mientras que sólo 2 representantes perteneciente al grupo social VII y VIII señalaron que le dieron una fruta en el desayuno, tal vez su condición económica no le permitió dar otro tipo de alimento, en el consumo de grasa se destacó el grupo IV.

Tabla XXXVII. Distribución de la muestra según inserción social con relación a los alimentos que consumió el niño, el día anterior en el desayuno. Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”. Distrito Sanitario N°3.

		Grupo Social													
desayuno	respuestas	II		III		IV		V		VII		VIII		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	No contestó	1	0.60			1	0.60	2	1.20					4	2.40
	No desayuna	1	0.60	3	1.80	2	1.20	3	1.80	1	0.60			10	6.02
	Consumió alimentos del grupo 1	9	5.42	33	19.87	3	1.80	17	10.24	1	0.60	1	0.60	64	38.55
	Consumió alimentos del grupo 2			2	1.20	2	1.20	7	4.21					11	6.62
	Consumió alimentos del grupo 3	6	3.61	29	17.46	2	1.20	13	7.83	1	0.60	1	0.60	52	31.32
	Consumió alimentos del grupo 4	1	0.60	1	0.60			1	0.60					3	1.80
	Consumió alimentos del grupo 5	3	1.80	14	8.43	1	0.60	4	2.40					22	13.25
	Total	21	12.63	82	49.39	11	6.6	47	28.31	3	1.80	2	1.20	166	100

Para la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra” el total de la muestra estuvo comprendido por 78 grupos familiares, en donde solo 4 representantes “no contestaron” la pregunta y 10 representantes señalaron que su hijo “no desayunaba” lo cual correspondió a 14 cuestionarios que no se pudieron clasificar, lo correspondió a un porcentaje de 17.94% en contraposición a 64 representantes es decir el 82.05% que si contestaron.

En la distribución de la muestra según inserción social con relación a los alimentos que consumió el niño, el día anterior en el desayuno, se destacaron los siguientes porcentajes:

El porcentaje mayor se situó en el consumo de “alimentos del grupo 1” con un 38.55%, encontrándose los mayores porcentajes en el grupo social III y V con un 19.87% y un 10.24% respectivamente y los menores porcentajes se encontraron en los grupos sociales VII y VIII con un 0.60% para ambos grupos.

El 31.32% correspondió al consumo de “alimentos del grupo 3”, que correspondió a las proteínas, en donde la mayor concentración se situó en el grupo social III y V con porcentaje de 17.46% y 7.83% respectivamente, y los menores porcentajes se encontraron en los grupos sociales VII y VIII con un 0.60% para ambos grupos.

El 13.25% correspondió al consumo de “alimentos del grupo 5”, es decir consumo de grasas o aceites, hallándose su mayor porcentaje en el grupo III con un 8.43% y el menor porcentaje en el grupo V con un 2.40%. El 6.62% perteneció al consumo de “alimentos del grupo 2”, el cual correspondió al grupo de hortalizas y frutas, donde el mayor porcentaje se encontró en el grupo social V con un 4.21% y el menor a los grupos sociales III y IV con un porcentaje de 1.20% para ambos grupos.

“No desayuna” alcanzó un porcentaje de 6.02% donde el mayor porcentaje se encontró en el grupo social III y V con un 1.80% para cada uno y el menor para los grupos sociales VII y II con un porcentaje de

0.60% para cada uno. “No contestó” obtuvo un porcentaje de 2.40 %, ubicándose un porcentaje 1.20%.para el grupo social V y el menor valor de 0.60% para los grupos sociales II y IV respectivamente. Un porcentaje 1.80% lo obtuvo el consumo de “alimentos del grupo 4” el cual corresponde a azúcares, donde los grupos II, III, V lograron porcentajes de 0.60% para cada uno.

Ahora bien la desproporción de los 4 principales grupos sociales (II, III, IV, V) hace necesario estudiarlo por separado, no incluyéndose los demás por ser grupos sociales minoritarios:

El grupo social II (con un total de 11 cuestionarios); obtuvo un consumo de un 82% de carbohidratos, 55 % de proteínas, azúcares 9 % y un 27% grasas. El grupo social III (con un total de 36 cuestionarios) indicaba un consumo de un 92% de carbohidratos, frutas 6%, 80% de proteínas, azúcares 3% y un 38% grasas. El grupo social IV (con un total de 6 cuestionarios); se observó un 50% de carbohidratos, frutas 33%, proteínas 33 % y un 16. % de grasas

El grupo social V (con un total de 22 cuestionarios); presentó un consumo de un 77% de carbohidratos, 32% de frutas, 59% de proteínas, azúcares 5% y un 18% grasas. Se debe destacar que el consumo de nutrientes por parte de los niños pertenecientes a los grupos sociales II, III, IV y V en la Unidad

Educativa “José Rafael Pocaterra” presentaron un comportamiento similar es decir que la ingesta de carbohidratos fue mayor a la de proteínas, sin embargo el consumo de alimentos del grupo 5 fue mucho menor. En los alimentos que consumió el niño en el desayuno no fue posible incluir al instituto escolar Menca de Leoni II debido a que es una de las escuelas incorporadas al plan de alimentación escolar nacional, por ser una escuela bolivariana.

Al comparar los datos de ambos planteles escolares con los datos de INN sobre el consumo de caloría y nutrientes se presentan evidencias de un aumento en la ingesta de carbohidratos, seguida de la ingesta de proteínas. Por otro lado se debe reconocer el factor cultural del pueblo venezolano con relación a la ingesta de harina de maíz en el desayuno, al confrontar los datos de ambos planteles se encontró en la escuela Zenobia Vergara una ligera diferencia entre el consumo de carbohidratos y proteínas entre los grupos IV y II, encontrándose un cierto equilibrio en el consumo de proteínas y carbohidratos en el grupo social III, lo que fue similar inclusive en los grupos minoritarios, mientras que en la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra” el consumo de carbohidratos fue más acentuado en los grupos sociales II, III, IV y V, demostrando así que ha mejorado la situación nutricional de las clases más desprotegidas, recordemos que la escuela Zenobia Vergara es gratuita y se encuentra en una zona deprimida socialmente.

Ahora bien al comparar el consumo de los “alimentos del grupo 5” (aceite y grasas), se encontró que el consumo fue menor en la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra, el cual tenía relación con la forma de preparación de dichos alimentos, encontrándose como dato curioso, el consumo de empanadas, pastelitos o tequeño; otro dato sería que los representantes de ambos planteles no señalaron qué bebieron los niños durante el desayuno, tal vez el error estuvo en el planteamiento de la pregunta o que el representante no relacionó la bebida como otra fuente de alimento.

Un dato curioso fue que 11 representantes la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra” señalaron que sus hijos en el desayuno consumieron frutas, destacándose el grupo social V, sin embargo se observó la misma respuesta pero en menor proporción en los grupos sociales III y IV lo cual nos hace pensar que el factor cultural puede estar influyendo en cierto modo en estos estratos, al compararlo con la Escuela Estatal Zenobia Vergara solo 2 representantes señalaron que sus hijos consumieron fruta los cuales pertenecían a los grupos sociales VII y VIII.

En relación a los cuestionarios que no pudieron ser clasificados dentro de las tablas se encontró un que el mayor porcentaje de representantes que “no contestaron” pertenecía a la Escuela Estatal Zenobia Vergara la razón pudiese estar relacionada a la poca importancia que se le da al desayuno o a carencias económicas, mientras que el mayor número de niños que no

desayunaban se encontró en la Educativa “José Rafael Pocaterra” pudiendo estar relacionada a falta de tiempo para preparar los alientos o también a la poca importancia.

Tabla XXXVIII. Distribución de la muestra según inserción social con relación a los alimentos que consume los niños en el almuerzo la Escuela Estatal Zenobia Vergara. Distrito Sanitario N°3.

respuestas	Grupo Social												Total	
	II Nº	%	III Nº	%	IV Nº	%	VII Nº	%	VIII Nº	%	IX Nº	%	Nº	%
No contestó	1	0.71	3	2.14	5	3.57							9	6.42
No almuerza	1	0.71											1	0.71
Consumió alimentos del grupo 1	12	8.57	18	12.85	31	22.14	1	0.71	4	2.85	1	0.71	67	47.85
Consumió alimentos del grupo 2			2	1.42					1	0.71	1	0.71	4	2.85
Consumió alimentos del grupo 3	11	7.85	18	12.85	24	17.14	1	0.71	4	2.85			58	41.42
Consumió alimentos del grupo 4					1	0.71							1	0.71
Consumió alimentos del grupo 5														
Total	25	17.84	41	29.28	61	43.57	2	1.42	9	6.42	2	1.42	140	100

Para la realización del cuadro distribución de la muestra para Escuela Estatal Zenobia Vergara según inserción social con relación a los alimentos consumidos por los niños durante el almuerzo el día anterior se debe señalar que de un total de 77 cuestionarios, 9 representantes no contestaron y un representante escribió no almuerza lo que representa 10 cuestionarios que porcentualmente representaría 13%, mientras que 67 representantes si contestaron que representaría 87%.

Al desglosar los datos porcentuales recogidos en este cuadro se observó que el mayor porcentaje se encontró en el consumo de los “alimentos del grupo 1” (carbohidratos) con un porcentaje de 47.85%, hallándose el mayor porcentaje en el grupo social IV con un 22.14% y el menor porcentaje en los grupos VII y IX con un porcentaje de 0.71% para ambos grupos.

El 41.42% lo obtuvo el consumo de “alimentos del grupo 3”, que correspondió a las proteínas, en donde la mayor concentración se situó los grupos sociales IV y III con un porcentaje de 17.14% y 12.85% respectivamente, los menores porcentajes lo obtuvieron los grupos VIII y VII con porcentajes de 2.85% y 0.71%.

El 2.85% correspondió el consumo de los “alimentos del grupo 2”, es decir consumo de frutas y hortalizas, hallándose su mayor porcentaje en el grupo social III con un 1.42% y el menor porcentaje en los grupos sociales VIII y IX con un porcentaje de 0.71% para ambos.

“No contestó” obtuvo un porcentaje de 6.42%, donde el mayor porcentaje fue para el grupo IV con un porcentaje de 3.57%; seguido del grupo social III con un 2.14%; mientras que el menor valor correspondió al grupo II 0.71%.

“No almuerza” alcanzó un porcentaje de de 0.71 ubicado en el grupo social II “Alimentos del grupo 5” sólo obtuvo un porcentaje de 0.71% ubicado en el grupo social IV.

Debido a la desproporción de los grupos sociales hace necesario detallar el comportamiento de cada grupo por separado para poder compararlo entre si, donde el grupo social IV de un total de 36 cuestionarios, alcanzó un consumo de 86% carbohidratos, 67% de proteínas. El grupo social II de un total de 14 cuestionarios, obtuvo un consumo de un 85% de carbohidratos, 78% de proteínas. El grupo social III con un total de 21 cuestionarios, logró un valor de 86% en el consumo de carbohidratos, 86% de proteínas.

Los datos observados en la ingesta de alimentos en el almuerzo por parte de los niños de la Escuela Estatal Zenobia Vergara demuestran mayor un consumo de carbohidratos que de proteínas en los grupos sociales II y IV , acentuándose en aun más en el grupo social IV; llegando a equilibrarse el consumos de los “grupos alimenticios 1y 3” en el grupo social III y en los grupos minoritarios , con relación a los “alimentos del grupo 2” fue reducida.

Tabla XXXIX. Distribución de la muestra según inserción social con relación a los alimentos que consumió el niño, el día anterior en el almuerzo. Unidad Educativa “José Rafael Pocatererra”. Distrito Sanitario N°3.

respuestas	Grupo Social												Total	
	II		III		IV		V		VII		VIII		Nº	%
No contestó	1	0.62	3	1.86									4	2.48
No almuerza														
Alimentos del grupo 1	10	6.21	33	20.49	6	3.72	22	13.66	2	1.24	1	0.62	74	45.96
Alimentos del grupo 2	3	1.86	7	4.34			3	1.86					13	8.07
alimentos del grupo 3	10	6.21	32	19.87	4	2.48	20	12.42	2	1.24	1	0.62	69	42.85
Alimentos del grupo 4							1	0.62					1	0.62
Alimentos del grupo 5														
Total	24	14.90	75	46.58	10	6.21	46	28.57	4	2.48	2	1.24	161	100

Para la Unidad Educativa “José Rafael Pocatererra” en la distribución de la muestra según inserción social con relación a la clasificación por grupo de los alimentos consumidos en el almuerzo se destacaron los siguientes porcentajes, en esta ocasión 74 cuestionarios fueron respondidos correspondiendo a un 95%, mientras que el 5% “no contestó” lo que correspondió a 4 cuestionarios.

El porcentaje mayor se situó en el consumo de “alimentos del grupo 1” (carbohidratos) con un 45.96%, encontrándose los mayores porcentajes en los grupos sociales III y V con un 20.49% y un 13.66% respectivamente y los menores porcentajes se encontraron en los grupos sociales VII y VIII con un 1.24% y un 0.62%

El 42.85% correspondió al consumo de “alimentos del grupo 3” (proteínas), en donde la mayor concentración se situó en los grupos sociales III y V con 19.87% y 12.42% correspondientemente, y los menores valores se encontraron en los grupos sociales VII y VIII con un 1.24% y un 0.62%. El 8.07% correspondió al consumo de los “alimentos del grupo 2”, es decir consumo de frutas y hortalizas, hallándose su mayor porcentaje en el grupo social III con un 4.34% y el menor porcentaje en los grupos sociales II y V con un 1.86% para ambos. El 0.62 % fue el porcentaje del “grupo de alimentos nº4” (azúcares), correspondiendo al grupo social V.

Ahora bien la desproporción de los 4 principales grupos sociales hace necesario estudiarlo por separado para poderlos comparar entre si. Se excluyeron los demás grupos debido a que al ser minoritarios no pueden ser representativos.

El grupo social II con un total de 11 cuestionarios, alcanzó un consumo de un 91% de carbohidratos, 91% de proteínas y un 27% hortalizas y frutas.

El grupo social III con un total de 36 cuestionarios se observó un consumo de un 92% de carbohidratos, 88% de proteínas y un 19% ensaladas y frutas.

El grupo social IV con un total de 6 cuestionarios, todos fueron respondidos encontrándose 100% de carbohidratos, 66% de proteínas. El grupo social V de un total de 22 cuestionarios todos fueron respondidos presentando un consumo de un 100% de carbohidratos, 91% de proteínas, un 16% un

consumo de “alimentos del grupo 2” (frutas y hortalizas) y un 1% de azúcares.

Los resultados obtenidos en el total de cuestionarios contestados demuestran que no existe una marcada diferencia entre los carbohidratos y las proteínas consumidas en horas del almuerzo entre los grupos sociales estudiados, no así con el consumo de “alimentos del grupo 2” donde de un total de 74 cuestionarios respondidos sólo 13 indicaron que consumían hortalizas o frutas, encontrándose pequeñas proporciones en los grupos II, III y V.

Los porcentajes de ambos centros educacionales pareciera afianzar una ligera diferencia entre el consumo de los carbohidratos y las proteínas, observándose en el grupo social IV de la Escuela Estatal Zenobia Vergara una diferencia bastante marcada, lo que refleja cierta vulnerabilidad de este grupo social, si embargo los resultados obtenidos al ser comparados con la alimentación consumida por los niños de la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterria” pudieran reflejar mejoras en consumo alimenticio de los grupos más vulnerables.

En relación con “el grupo alimenticio n2” a pesar de que se observó un mayor consumo en los niños pertenecientes a la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterria” no fue significativo, mucho menos para los niños de la

Escuela Estatal Zenobia Vergara, los datos expresan que la alimentación en horas del mediodía a pesar de que se puede señalar que es nutritiva no es balanceada debido a que sólo se encuentran presentes dos grupos de alimentos en el consumo por parte de los niños de ambos planteles educativos.

Con relación a los cuestionarios que no fue posible incluir en la clasificación se observó un mayor número en la Escuela Estatal Zenobia Vergara tal vez tenga que ver las razones económicas, el cual fue menor en la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra” según los datos recogidos en ambos planteles durante el almuerzo. Tampoco pudo incluirse la Escuela Nacional Menca de Leoni II por razones antes señalada.

Tabla XL. Distribución de la muestra según inserción social con relación a alimentos consumidos en la cena de los estudiantes de la Escuela Nacional Menca de Leoni II. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008

	Grupo Social														Total	%
	II	%	III	%	IV	%	V	%	V I I	%	VII I	%	I X	%		
Respuestas																
No contestó	2	0.86	7	3.03	7	3.03	1	0.43	1	0.43					18	7.79
No cena	3	1.29	3	1.29	2	0.86									8	3.46
Alimentos del grupo 1	18	7.79	42	18.18	28	12.12	4	1.73	4	1.73	2	0.86	2	0.86	100	44.29
Alimentos del grupo 2	2	0.86	8	3.46	2	0.86	2	0.86							14	6.06
Alimentos del grupo 3	15	6.49	36	15.58	23	12.55	4	1.73	3	1.29	1	0.43	2	0.86	84	36.36
Alimentos del grupo 4			1	0.43	1	0.43	1	0.43							3	1.29
Alimentos del grupo 5	2	0.86	1	0.43	1	0.43									4	1.73
Total	42	18.18	98	42.42	64	27.70	12	5.18	8	3.46	3	1.29	4	1.73	231	100

En la Escuela Nacional Menca de Leoni el consumo de los alimentos por grupo presentó los siguientes resultados: de un total de 126 cuestionarios 18 que representan un 14,28% dejaron en blanco la pregunta y 8 cuestionarios es decir 6.24% indicaban que el niño no cenaban lo que da un total de 26 cuestionarios que representan un porcentaje de 20.63%, que no entraron en la clasificación de los alimentos, mientras 100 sí respondieron, lo cual representa un porcentaje 79.36% el cual presentó las siguientes características:

El consumo del grupo “alimenticio número 1” (carbohidratos) obtuvo un porcentaje de un 43.29%, encontrándose los mayores porcentajes en los

grupos sociales III y IV con un 18.18% y un 12.12% respectivamente, mientras que el menor porcentaje fue de 0.86% situado en los grupos sociales VIII y IX.

El consumo de los alimentos del “grupo alimenticio número 3” (proteínas) presentó un porcentaje de 36.36%, donde se destacaron los mayores porcentajes en los grupos sociales III y IV con 15.58% y 9.95%, encontrándose los menores porcentajes en el grupo social IX con un 0.86% y el grupo social VIII con un 0.43%.

El 7.79% correspondió al ítems “no contestó” en donde el mayor porcentaje se situó en el grupo social IV y III con un 3.03% para cada uno y el menor fue 0.43% ubicado en los grupos sociales V y VII respectivamente.

El consumo del “grupo alimenticio número 2” (frutas y hortalizas) mostró un porcentaje de 6.06%, situándose el mayor porcentaje en el grupo social III con un 3.46% y el menor porcentaje de 0.86% para los grupos sociales II, IV y V.

El 3.46% correspondió a los representantes que colocaron en el cuestionario no cena donde el mayor valor se ubicó en los grupos sociales II y III con un 1.29% y el menor porcentaje lo obtuvo el grupo social IV.

El consumo del grupo “alimenticio número 5” (aceites y grasas) le correspondió un porcentaje de 1.73% el cual obtuvo bajos porcentajes destacándose, un porcentaje de 0.86% para el grupo II y un 0.43% para los grupos III y IV.

El consumo del “grupo alimenticio 4” (azúcares) obtuvo un porcentaje de 1.29%, el cual se caracterizó por presentar un bajo porcentaje de 0.43% ubicándose en los grupos sociales III, IV y V respectivamente.

Ahora bien, para poder caracterizar los grupos sociales, se hace necesario estudiarlos por separado.

El grupo social II representado por un total de 23 cuestionarios, se caracterizó por presentar los siguientes porcentajes: carbohidratos 78%, Hortalizas y frutas 7%, proteínas 65%, aceites o grasas 7%. El grupo social III representado por 52 cuestionarios en total, presentó los siguientes porcentajes: carbohidratos 81%, Hortalizas y frutas 15%, proteínas 69%, azúcares 2% aceites o grasas 2%. El grupo social IV de un total de 37 se caracterizó por presentar los siguientes porcentajes: carbohidratos 76%, Hortalizas y frutas 5%, proteínas 62%, azúcares 3%, aceites o grasas 3%. El grupo social V con un total de 5 cuestionarios se caracterizó por presentar los siguientes porcentajes: carbohidratos 80%, Hortalizas y frutas 40%, proteínas 80%, azúcares 20%

Los datos demuestran un mayor consumo del “grupo alimenticio nº1” (carbohidratos) en horas de la cena, en relación con el “grupo alimenticio nº3” (proteínas) por parte de todos los grupos sociales presente en la Escuela Nacional Menca de Leoni II, acentuándose en el grupo social IV, en relación a la ingesta de los nutrientes del “grupo alimenticio nº2” los porcentajes fueron bajos destacándose los grupos sociales III y V.

En relación al grupo de cuestionarios que no fue contestado o el representante señaló que su hijo no cenaba, se destacó en una mayor proporción al grupo social IV y en una menor proporción al grupo II.

Tabla XLI. Distribución de la muestra según inserción social con relación a los alimentos que consume los niños en la cena. Escuela Estatal Zenobia Vergara. Distrito Sanitario Nº3. Año 2008

respuestas	Grupo Social												Total	
	II		III		IV		VII		VIII		IX		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No contestó	2	1.49	2	1.49	6	4.47							10	7.46
No cena	2	1.49	1	0.74	2	1.49							5	3.73
Consumió alimentos del grupo 1	10	7.46	18	13.43	28	20.89	1	0.74	4	2.98	1	0.74	62	42.26
Consumió alimentos del grupo 2									1	0.74			1	0.74
Consumió alimentos del grupo 3	7	5.22	18	13.43	23	17.16	1	0.74	4	2.98	1	0.74	54	40.29
Consumió alimentos del grupo 4														
Consumió alimentos del grupo 5	1	0.74			1	0.74							2	1.49
Total	22	16.41	39	29.10	60	44.77	2	1.49	9	6.71	2	1.49	134	100

De un total de 77 cuestionarios, 10 representantes no contestaron la pregunta lo que representaría a un 13%, 5 señalaron que su hijo no cena lo que representaría un 6%, dando un total de 15 cuestionarios es decir 19% donde no se pudieron clasificar los alimentos por grupos, mientras que 62 representantes si la contestaron lo que representaría un 81%. En la Escuela Estatal Zenobia Vergara el consumo de los alimentos por grupo presentó los siguientes resultados:

El “grupo alimenticio número 1” (carbohidratos) obtuvo un porcentaje de un 42.26%, encontrándose los mayores porcentajes en los grupos sociales IV y III con un 20.89% y un 13.43% respectivamente, mientras que el menor porcentaje fue de 0.74% situado en los grupos VII y IX.

El “grupo alimenticio número 3” (proteínas) presentó un porcentaje de 40.29%, donde se destacaron los mayores porcentajes en los grupos sociales IV y III con 17.16 % y 13.43%, encontrándose los menores porcentaje de 0.74% en los grupos sociales VII y IX.

El 7.46% correspondió al ítems “no contestó” en donde el mayor porcentaje se situó en el grupo social IV con un 4.47% y el menor fue 1.49% ubicado en los grupos sociales II y III. El ítems “no cena” presentó un porcentaje de 3.73%, encontrándose el valor mayor de 1.49% para los grupos sociales IV y II y el menor de 0.74 al grupo social III.

El “grupo alimenticio número 2” (frutas y hortalizas) mostró un porcentaje de 0.74 %, el cual correspondió al grupo social VIII. Donde los dientes atacados por caries van disminuyendo a medida que aumenta la edad, hasta llegar culminar con el recambio dentario, que termina entre los 11 y 12 años.

Tabla XLII. Distribución de la muestra según inserción social con relación a los alimentos que consumió el niño, el día anterior en la cena. Unidad Educativa “José Rafael Pocatererra”. Distrito Sanitario N°3.

respuestas	Grupo Social												Total	
	II		III		IV		V		VII		VIII		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
No contestó	2	1.36	1	0.68			1	0.68					4	2.73
No cena	1	0.68	1	0.68									2	1.36
Consumió alimentos del grupo 1	8	5.47	34	23.28	6	4.10	21	14.38	2	1.36	1	0.68	72	49.31
Consumió alimentos del grupo 2	1	0.68	1	0.68	1	0.68	2	1.36					5	3.45
Consumió alimentos del grupo 3	8	5.47	26	17.80	6	4.10	18	12.32	2	1.36	1	0.68	61	41.78
Consumió alimentos del grupo 4							2	1.36					2	1.36
Consumió alimentos del grupo 5														
Total	20	13.69	63	43.15	13	8.90	44	30.13	4	2.73	2	1.36	146	100

De un total de 78 cuestionarios, 4 representantes no contestaron la pregunta, 2 señalaron que su hijo no cena lo que representaría 6 cuestionarios es decir 8% donde no se pudieron clasificar los alimentos por grupos, mientras que 72 representantes si la contestaron lo que representaría un 92%.

La Unidad Educativa “José Rafael Pocatererra el consumo de los alimentos por grupo presentó los siguientes resultados:

El “grupo alimenticio número 1” (carbohidratos) obtuvo un porcentaje de un 49.31%, encontrándose los mayores porcentajes en los grupos sociales III y V con un 23.28% y un 14.38% respectivamente, mientras que los menores se hallaron en el grupo social VII con un 1.40% y 0.70% para el grupo social IX.

El “grupo alimenticio número 3 (proteínas) presentó un porcentaje de 41.78%, donde se destacaron los mayores porcentajes en los grupos sociales III y V con 17.80 % y 12.32 %, encontrándose los menores porcentajes de un 1.36% en grupo social VII y 0.68% para el grupo social IX.

El “grupo alimenticio número 2” (frutas y hortalizas) obtuvo un porcentaje bajo de 3.45%, alcanzando el grupo social V un 1.36% y un 0.68% para cada uno de los grupos II, III y IV. El grupo alimenticio 4 (azúcares) obtuvo un porcentaje de 1.36%, el cual correspondió al grupo V.

El ítem “no contestó” alcanzó un valor de 2.73%; donde el mayor valor fue para el grupo social II con un 1.36% y el menor porcentaje se encontró en los grupos sociales III y V con un 0.68% respectivamente y “no cena” presentó un porcentaje de 1.36% el cual correspondió a 0.68% ubicándose los grupos Sociales II y III.

Al estudiar los grupos sociales por separado Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra encontramos la siguientes características:

El grupo social II representado por un total de 11 cuestionarios, se obtuvo un consumo de un 72 % carbohidratos, Hortalizas y frutas 9%, proteínas 72%. El grupo social III representado por 36 cuestionarios en total, presentó los siguientes porcentajes: carbohidratos 94%, Hortalizas y frutas 3%, proteínas 72%. El grupo social IV de un total de 6 cuestionarios, se caracterizó por presentar los siguientes porcentajes: carbohidratos 100%, hortalizas y frutas 16%proteínas 100%, El grupo social V de un total de 22 cuestionarios, presentó los siguientes porcentajes: carbohidratos 95%, hortalizas y frutas 9%, proteínas 82%, azúcares 9%.

Los porcentajes anteriores reflejan mayor consumo del “grupo alimenticio 1” en relación con el “grupo alimenticio 3” en los grupos sociales III y V y equilibrándose en el grupo social II y IV tal vez la razón de este comportamiento sea que la proporción de cuestionarios de estos dos grupo fue menor. En relación al grupo de cuestionarios de los ítem “no contesto” o “no cena” los porcentajes fueron bastante bajos, encontrándose la mayor proporción en el grupo social II.

Al analizar los datos obtenidos de los tres planteles educativos, encontramos que la proporción de cuestionarios donde el representante “no contesto” o señaló que su hijo “no cenaba” fue bastante similar, correspondiendo a los grupos sociales II y IV condición que pudiera estar relacionada a la falta de importancia en la realización de esta comida o

simplemente a la carencia de alimentos mientras que los porcentajes de estos mismos ítem en la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra fueron bajo lo que demuestra la preocupación y la importancia de que el niño realice esta comida.

Se puede señalar que el consumo de alimentos a base de carbohidratos en la mayoría de los grupos sociales fue mayor en comparación al consumo de proteínas, haciéndose más evidente en los grupos sociales II y IV de la Escuela Estatal Zenobia Vergara y en la Escuela Nacional Menca de Leoni II, observándose igual condición en los grupos minoritarios es decir VII, VIII y IX, hallándose también en estos mismos 4 grupos sociales un consumo muy reducido de frutas y hortalizas, lo cual nos demuestra una vez más, que la dieta básica de los niños en la cena es en base a carbohidratos y proteínas, afianzando lo señalado por el INN en su informe del 2007. Por otro lado al comparar los porcentajes de consumo de carbohidratos por parte de los niños de la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra con las otras dos escuelas se observó una mayor proporción, destacándose los grupos sociales III y V, mientras que el consumo de proteínas aumentó en los grupos sociales II y IV disminuyó en los grupos sociales III y V, en relación al consumo de hortalizas o frutas se observó en la mayoría de los grupos pero en pequeña proporción.

Los datos demuestran que el poder adquisitivo de los grupos II, III y IV ha mejorado debido a su alimentación, pero se observa una desproporción si lo comparamos con el grupo de las proteínas y aun más si lo comparamos con los demás grupos alimenticios como son por ejemplo los vegetales o las frutas. Al comparar los grupos II, III y IV con el comportamiento del grupo social V se observa que la desproporción es más marcada en este último.

Los resultados en cuanto a la proporción de alimentos consumidos pudieran estar relacionados con los siguientes aspectos: En un primer lugar a que los alimentos del grupo 3 son menos accesibles. Falta de conocimiento sobre la importancia de una alimentación balanceada. Razones de cultura popular donde la alimentación es basada consumo de harinas de maíz.

Ahora bien es evidente el deterioro que está sufriendo el poder adquisitivo del grupo V que a pesar de tener mayor preparación educativa su alimentación la está basando en un mayor consumo de carbohidratos.

Tabla XLIII. Distribución de la muestra según inserción social con relación a merienda de los estudiantes de la Escuela Nacional Menca de Leoni II. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008

respuestas	Grupo Social														Total	%
	II	%	III	%	IV	%	V	%	VII	%	VIII	%	IX	%		
No contestó	15	11.90	38	30.15	22	17.46	2	1.58	4	3.17	2	1.58	2	1.58	85	67.46
Le prepara la merienda			2	1.58			1	0.79							3	2.38
Le compra la merienda	6	4.76	3	2.38	8	6.34	2	1.58							19	15.07
Le da dinero para la compra de la merienda al niño	2	1.58	9	7.14	7	5.55			1	0.79					19	15.07
Total	23	18.25	52	41.26	37	29.36	5	3.96	5	3.96	2	1.58	2	1.58	126	100

Alimentos que consumió el niño, en la merienda. El mayor porcentaje de 67.46% estuvo ubicado en el número de cuestionarios que “no fueron contestados”, donde el mayor porcentaje se ubicó en el grupo social III con un 30.15% y los menores porcentajes en los grupos sociales VIII y IX con un 1.58% para ambos.

“Le da dinero para la compra de la merienda al niño”, presentó un porcentaje de 15.07%, encontrándose el mayor valor en el grupo social III y el menor en el grupo social VII con un 0.79%. “Le compra la merienda a su hijo”, obtuvo un porcentaje de 15.07%, observándose el mayor valor en el grupo social IV con un 6.34% y el menor en el grupo V con un 1.58%.

“Le prepara la merienda obtuvo” un 2.38%, donde se observó un porcentaje de 1.58% para el grupo social III y un porcentaje de 0.79% para el grupo social V.

Tabla XLIV. Distribución de la muestra según inserción social con relación al grupo de alimentos que conforman la merienda de los estudiantes de la Escuela Nacional Menca de Leoni II. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008

consumo	Grupo Social														Total	%
	II	%	III	%	IV	%	V	%	VII	%	VIII	%	IX	%		
grupo 1	1	0.75	1	0.75	3	2.27	2	1.51							7	5.30
grupo 2			1	0.75											1	0.75
grupo 3	1	0.75	1	0.75	2	1.51									4	3.03
grupo 4	8	6.06	12	9.09	10	7.57	4	3.78	1	0.75					35	26.51
grupo 5																
No Procedió	15	11.36	38	28.78	22	16.66	2	1.51	4	3.03	2	1.51	2	1.51	85	64.39
Total	25	18.93	53	40.15	37	28.03	7	5.30	5	3.78	2	1.51	2	1.51	132	100

Distribución de la muestra según inserción social con relación al grupo de alimentos que conforman la merienda de los estudiantes de la Escuela Nacional Menca de Leoni II: se destacaron los siguientes porcentajes de mayor a menor:

El 64.39% estuvo representado por 85 cuestionarios donde “no fue contestada la pregunta” (de 126 en total) y solo 41 contestaron la pregunta. El consumo de “alimentos del grupo 4” (azúcares) obtuvo el 26.51%,

destacándose el mayor porcentaje de 9.09% el cual se ubicó en el grupo social III y el menor en el grupo social VII con un 0.75%.

El consumo de “alimentos del grupo 1” (carbohidratos) alcanzó un porcentaje de 5.30%, el cual se distribuyó de la siguiente forma para el grupo social IV un 2.27%, un 1.51%, para el grupo social V y un 0.75% para los grupos II y III.

EL grupo 3 (Proteínas) solo obtuvo un 3.03%, donde el mayor porcentaje se encontró en el grupo social IV con un porcentaje de 1.51%, mientras que los grupos sociales II y III solo alcanzaron 0.75%.

Tabla XLV. Distribución de la muestra según inserción social con relación al origen de los alimentos que forman la merienda de los niños .Escuela Estatal Zenobia Vergara. Distrito Sanitario N°3, Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008

respuestas	Grupo Social													
	II		III		IV		VII		VIII		IX%		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No contestó	7	9.09	12	15.58	10	12.98			2	2.59			31	40.25
Le prepara la merienda	3	3.89			3	3.89							6	7.79
Le compra la merienda	1	1.29	5	6.49	11	14.28	1	1.29			1	1.29	19	24.64
Le da dinero para la compra de la merienda al niño	3	3.89	4	5.19	12	15.58			2	2.59			21	27.27
Total	14	18.18	21	27.27	36	46.75	1	1.29	4	5.19	1	1.29	77	100

En la Tabla XLV, que se refiere a la inserción social con relación al origen de los alimentos que consume el niño en la merienda se puede

observar que de un total de 77 niños, el 40.25% “no contestaron la pregunta” (31 representantes) donde la mayor concentración se encontró en el grupo social III con un 15.58% y el menor porcentaje se ubicó en el grupo VIII con un 2.59%, el 59.74% (46 representantes) si contestaron .

Al desglosar la distribución de las respuestas contestadas de mayor a menor, encontramos que la mayor concentración se encontró en la respuesta,, “le da dinero para la compra de la merienda al niño” con un 27,27%(21 representantes), ubicándose la mayor concentración en el grupo social IV con un porcentaje de 15.58% y el menor porcentaje se ubicó en el grupo VIII con un 2.59%.

“Le compra la merienda a su hijo”, alcanzó un porcentaje de 24.64% (19 representantes) donde el mayor porcentaje se situó en el grupo IV con un 14.28%, y el menor porcentaje se ubicó en los grupos sociales VII y IX con un porcentaje de 1.29% para cada uno.

“Le prepara la merienda”, consiguió 7.79% alcanzando un porcentaje de 3.89% para el grupos sociales II y IV respectivamente.

Tabla XLVI. Distribución de la muestra según inserción social con relación a los alimentos que consumen la merienda. Escuela Estatal Zenobia Vergara. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008

respuestas	Grupo Social												Total	
	II		III		IV		VII		VIII		IX		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Consumió alimentos del grupo 1	4	4.34	6	6.52	4	4.34							14	15.21
Consumió alimentos del grupo 2														
Consumió alimentos del grupo 3	4	4.34	4	4.34	4	4.34							12	13.04
Consumió alimentos del grupo 4	4	4.34	6	6.52	21	22.82	1	1.08	2	2.17	1	1.08	35	38.04
Consumió alimentos del grupo 5														
No Procede	7	7.60	12	13.04	10	10.86			2	2.17			31	33.69
Total	19	20.65	28	30.43	39	42.39	1	1.08	4	4.34	1	1.08	92	100

En inserción social con relación a los alimentos que consumen la merienda. Escuela Estatal Zenobia Vergara. Al analizar los valores de cuadro de los alimentos consumidos por el niño en la hora destinada a la merienda con relación al grupo social al cual pertenece el niño encontramos:

El 33.69% correspondió a aquellos representantes que “dejaron en blanco la pregunta”, ubicándose el mayor porcentaje en el grupo social III con un 13.04% y el menor porcentaje se encontró en el grupo social VIII con un 2.17% .Mientras que el 66.29% conocían que habían consumido su hijo a la hora de la merienda.

En base a esta respuesta se pudo clasificar los alimentos en grupos dando los siguientes resultados de mayor a menor:

El 38.04% lo obtuvo el consumo de “alimentos pertenecientes al grupo 4” (azúcares), encontrándose el mayor porcentaje en el grupo social IV con un 22.82%, mientras el menor porcentaje lo alcanzaron los grupos sociales VII y IX con un 1.08% para cada uno.

El 15.21% se localizó en los “alimentos pertenecientes al grupo 1” (carbohidratos), encontrándose el mayor porcentaje en el grupo social III con un 6.52% y el menor porcentaje se ubicó en los grupos sociales II y IV con un porcentaje de 4.34% para cada uno.

El 13.04% correspondió a los alimentos del grupo 3(proteínas), donde el grupo II, III y IV alcanzaron el mismo porcentaje de 4,34% para cada uno.

Tabla XLVII:. Distribución de la muestra según inserción social con relación al origen de los alimentos que forman la merienda de los niños. Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008

	respuestas	Grupo Social										Total			
		II		III		IV		V		VII		VIII		Nº	%
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Merienda	No contestó	1	1.28	2	2.56	1	1.28	1	1.28					5	6.41
	Le prepara la merienda	2	2.56	2	2.56	2	2.56	2	2.56					8	10.25
	Le compra la merienda	1	1.28	7	8.97			6	7.69			1	1.28	15	19.23
	Le da dinero al niño para la compra de la merienda	7	8.97	25	32.05	3	3.84	13	16.66	2	2.56			50	64.10
	Total	11	14.10	36	46.15	6	7.69	22	28.20	2	2.56	1	1.28	78	100

En la distribución de la muestra según la inserción social con relación al origen de los alimentos que forman la merienda de los

niños. Encontramos que la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”, se destacan los siguientes porcentajes: de un total de 78 cuestionarios realizados sólo el 6.41% “no contestó”, en donde el grupo social III obtuvo un 2.56%, mientras que los grupos sociales II, IV y V alcanzaron un 1.28% respectivamente.

El 93.58% el cual correspondió a 73 representantes que sí contestaron se distribuyó de la siguiente forma de mayor a menor:

El 64.10% “le da dinero al niño para la compra de la merienda” donde el mayor porcentaje se ubicó en el grupo social III con un 32.05% y el menor porcentaje se encontró en el grupo social VII con un 2.56%.

El 19.23% correspondió a “le compra la merienda”, encontrándose el mayor porcentaje en el grupo social III y el menor en el II con un 1.28% .

10.25% lo alcanzó la respuesta “le prepara la merienda”, obteniendo el mismo porcentaje de 2.56% los grupos sociales II, III, IV.

Tabla XLVIII. Distribución de la muestra según inserción social con relación a los alimentos que consumen la merienda. Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda. Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008

	Consumió	Grupo Social													
		II		III		IV		V		VII		VIII		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Merienda	grupo 1	7	5.22	10	7.46	3	2.23	18	13.43	2	1.49	1	0.74	41	30.59
	grupo 2														
	grupo 3	4	2.98	10	7.46	3	2.23	18	13.43	2	1.49	1	0.74	38	28.35
	grupo 4	5	3.73	26	19.40	3	2.23	13	9.70	2	1.49	1	0.74	50	37.31
	grupo 5														
	No Procede	1	0.74	2	1.49	1	0.74	1	0.74					5	3.73
Total	17	12.68	48	35.82	10	7.46	50	37.31	6	4.47	3	2.23	134	100	

Al analizar Tabla XLVIII, que tiene que ver con la clasificación de los alimentos que consume el niño de acuerdo al grupo social al cual pertenece la familia del niño encontramos:

El 37.31% consumen “alimentos del Grupo 4” (azúcares), donde el mayor porcentaje se encontró en el grupo III con un 19.40% y el menor porcentaje se encontró en el grupo social VIII con un 0.74%.

El 30.59% se ubicó en “el grupo 1” (carbohidratos) encontrándose el mayor porcentaje en el grupo social V con un 13.43% y el menor porcentaje en el grupo social VIII con un 0.74%. El 28.35% lo alcanzó “el grupo 3” (proteínas) encontrándose el mayor en el grupo social V con un 13.43% y el menor porcentaje en el grupo social VIII con un 0.74%.

El 3.73% correspondió a aquellos representantes que “no contestaron”, ubicándose un 1.49% para el grupo social III y un 0,74% para los grupos sociales II, IV y V.

En La Tabla XLIII, que se relaciona con el origen de la merienda del estudiante de la Escuela Nacional Menca de Leoni II se hace necesario destacar en primer lugar, que por pertenecer a una de las escuelas Bolivarianas se encuentra dentro del Plan Nacional de alimentación estudiantil (PAE), por lo que gozan de un menú de merienda, en segundo lugar no posee cantina por lo que el estudiante dependiendo de su selección compra algún alimento para la merienda antes de entrar a clases o la trae de su casa. Lo que explica por qué el porcentaje fue tan amplio con relación al número de cuestionarios “no contestados” de un 67.46% (85 cuestionarios) donde solo 41 contestaron el cuestionario.

El 15.07% (15 cuestionarios) que señalaron “comprar la merienda de sus hijos” siendo los grupos más representativos el grupo social II y IV y un porcentaje de 15.07% y porcentaje de 15.07% que indicaron que “le daban dinero al niño para la compra de su merienda”.

Al preguntar qué alimentos conformaban su merienda, el mayor porcentaje se ubicó en “el grupo 4” representado por los alimentos ricos en

azúcares, como son los dulces, los refrescos y chucherías. Lo que indica que se le refuerza al niño la ingesta de estos alimentos dentro del plantel.

Con relación al origen de los alimentos que consume el niño en la merienda del plantel educativo Zenobia Vergara se puede observar que de un total de 77 niños, el 40.25% “no contestaron la pregunta” (31 representantes) Mientras que los representantes que sí contestaron, representaban un 59.74% (46 representantes), las respuestas que alcanzaron mayor porcentaje fueron

Le da dinero para la compra de la merienda al niño” y “le compra la merienda a su hijo” destacándose con mayor porcentaje el grupo social IV, tal vez la razón se deba a la carencia de una cantina o lugar de expendio de alimentos dentro del área escolar. La mayor proporción se ubicó en primer lugar por los alimentos del “grupo 4”, en segundo lugar por los alimentos del “grupo 1” y en tercero por los alimentos del “grupo 3”

En relación al origen de los alimentos que forman la merienda de los niños la unidad Educativa “José Rafael Pocaterra” sólo el 6.41% “no contestaron” la pregunta (5 cuestionarios) mientras que el mayor porcentaje se ubicó en “le da dinero a su hijo”, recordemos que la escuela posee cantina también se destacó, “le compra la merienda a su hijo” fue la segunda en importancia aunque la “preparación de la merienda” fue mayor que en los otros 2 planteles anteriores. Al igual que en Zenobia Vergara la relación el

consumo de los alimentos tuvo la misma proporción, primer lugar por los alimentos del “grupo 4” destacándose los niños del grupo social III como los principales consumidores, en segundo lugar se observó una distribución homogénea en el consumo de “los alimentos del grupo 1 y 3” en relación a la mayoría de los grupos.

Cariogénica

Tabla XLIX. Distribución de la muestra según inserción social con relación a la frecuencia con que el niño consume dulces. Escuela Nacional Menca de Leoni II. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008

Frecuencia con que el niño consume dulces	Grupo Social														Total	%
	II	%	III	%	IV	%	V	%	V	%	V	%	I	%		
Solo en las fiestas	1	0.62	5	3.10	2	1.24	1	0.62	1	0.62			1	0.62	11	6.83
Solo los fines de semana			1	0.62	6	3.76							1	0.62	8	4.96
Una vez cada dos días	1	0.62			1	0.62									2	1.24
Una vez al día	3	1.86	2	1.24	2	1.24	3	1.86	1	0.62					11	6.83
En las mañanas	6	3.76	6	3.76	11	6.83									23	14.28
En las tardes	12	7.45	18	11.10	18	11.10	3	1.86	3	1.86	1	0.62	1	0.62	56	34.78
En las noches	5	3.10	10	6.21	3	1.86	2	1.24	1	0.62					21	13.04
No contestó	1	0.62	10	6.21	13	8.07	1	0.62	2	1.24	1	0.62	1	0.62	29	18.01
total	29	18.01	52	32.29	56	34.78	10	6.21	8	4.96	2	1.24	4	2.48	161	100

Frecuencia en que sus hijos consumen dulces. Las respuestas que más se destacaron para Menca de Leoni II fueron:

“Por la tarde” con un porcentaje de 34.78% destacándose los grupos III y IV con un porcentaje de 11.10%, seguido por un 7.45% del grupo II; el menor porcentaje se ubicó en los grupos VIII y IX con un porcentaje de 0.62% para cada uno, lo cual es razonable debido al horario escolar.

El 18.01% correspondió a “No Contestó”, donde el mayor porcentaje lo obtuvo el grupo IV con un 8.07%, seguido 6.21% perteneciente al grupo

social III, el menor porcentaje lo obtuvieron los grupos sociales II, V, VIII y IX con un 0.62% para cada uno.

Un 14.28% lo obtuvo la respuesta “en la mañana”, donde el mayor porcentaje lo alcanzó el grupo IV, con un 6.83% y el menor porcentaje se situó en los grupos III y II con un porcentaje de 3.76% para cada uno; esta respuesta nos hace dudar de su veracidad debido a que el niño no puede adquirir golosinas dentro del plantel a no ser que las traiga de su casa o sea comprado antes de ingresar al plantel.

“En las noches” obtuvo un 13.04% donde la mayor concentración se ubicó grupo social III con un 6.21% y el menor en el grupo VII con un 0.62%. El 6.83% lo obtuvo “Sólo en Fiestas”, donde la mayor concentración la tuvo el grupo social III con un 3.10% y la menor los grupos II, V, VII y IX.

“Una vez al día” obtuvo 6.83% alcanzando el mayor porcentaje los grupos sociales V y II con un 1.86% para cada uno y el menor el grupo social VII con un 0.62%. Las demás respuestas presentaron porcentajes muy bajos.

Tabla L. Distribución de la muestra según inserción social con relación a la frecuencia con que el niño consume dulces. Escuela Estatal Zenobia Vergara. Distrito sanitario N°3.Municipio Plaza. Estado Miranda. Año 2008

Frecuencia con que el niño consume dulces	Grupo Social												Total	
	II		III		IV		VII		VIII		IX		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Solo en las fiestas	2	2.53	1	1.26	2	2.53			1	1.26			6	7.59
Solo los fines de semana	3	3.79	2	2.53	2	2.53					1	1.26	8	10.12
Una vez cada dos días	1	1.26			3	3.79							4	5.06
Una vez al día			3	3.79	2	2.53			1	1.26			6	7.59
En las mañanas	2	2.53			10	12.65	1	1.26					13	16.45
En las tardes	4	5.06	9	11.39	12	15.18	1	1.26	1	1.26			27	34.17
En las noches	1	1.26			3	3.79	1	1.26					5	6.32
No contestó	1	1.26	6	7.59	2	2.53			1	1.26			10	12.65
total	14	17.72	21	26.58	36	45.56	3	3.79	4	5.06	1	1.26	79	100

Frecuencia con que el niño consume dulces Escuela Estatal

Zenobia. Las respuestas que obtuvieron mayores porcentajes fueron las siguientes:

“En las Tardes” obtuvo un porcentaje total de 34.17% situándose la mayor concentración en el grupo social IV con un 15.18% y el menor porcentaje lo alcanzaron los grupos VII y VIII con un 1.26% para cada uno.

“En las Mañanas” obtuvo un porcentaje total de 16.45% encontrándose el mayor porcentaje en el grupo social IV con un 12.65% y el menor en el VII con un 1.26%. “No Contestó” obtuvo el 12.65% ubicándose el mayor

porcentaje en el grupo social III con un 7.59% y el menor a los grupos II y VIII con un 1.26%.

Un 7.59% lo obtuvo “Sólo en las Fiestas”, alcanzando el 2.53% los grupos sociales IV y II mientras que el menor lo lograron los grupos sociales III y VIII con un 1.26% para cada uno.

“Una Vez al Día” obtuvo un porcentaje con un 7.59% ubicándose el mayor porcentaje en el grupo social III con un 3.79% y el menor en el grupo social VIII con un 1.26%. Las demás respuestas obtuvieron porcentajes muy bajos.

Tabla LI. Distribución de la muestra según inserción social con relación a la frecuencia con que el niño consume dulces. Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008

Frecuencia con que el niño consume dulces	Grupo Social										Total	%		
	II	III	IV	V	VII	VIII								
Solo en las fiestas	1	1.20	2	2.40	2	2.40	3	3.61				8	9.63	
Solo los fines de semana			1	1.20	1	1.20	2	2.40				4	4.81	
Una vez cada dos días	1	1.20								1	1.20	2	2.40	
Una vez al día	3	3.61	4	4.81			3	3.61	1	1.20		11	13.25	
En las mañanas			3	3.61			2	2.40	1	1.20		6	7.22	
En las tardes	4	4.81	42	18.07	4	4.81	10	12.04	1	1.20		34	40.96	
En las noches			1	1.20	1	1.20	1	1.20	1	1.20		4	4.81	
No contesto	2	2.40	10	12.04			2	2.40				14	16.86	
total	11	13.25	36	43.37	8	9.63	23	27.71	4	4.81	1	1.20	83	100

La frecuencia con que el niño consume Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”. dulces arrojó los siguientes resultados:

“En las tardes” obtuvo un porcentaje de 40.96% ubicándose la mayor concentración en el grupo social III con un porcentaje de 18.07% seguido de un 12.04% del grupo social V el menor porcentaje correspondió al grupo social VII con un 1.20%.

“No contestaron” obtuvo un porcentaje total de 16.86% donde el mayor valor fue para el grupo III y el menor valor para los grupos II y V con un porcentaje de 2,40 % para ambos.

El 13.25% lo obtuvo “una vez al día”, donde el mayor porcentaje lo logró el grupo social III con un porcentaje de 4.81% y el menor porcentaje correspondió al grupo social VII con un 1.20%. “Solo en fiestas” obtuvo un porcentaje total de 9.63 % correspondiendo el mayor porcentaje al grupo social V con 3.61% y un porcentaje menor de 1.20% del grupo social II. Las demás respuestas obtuvieron porcentajes muy bajos

El motivo de la pregunta era conocer las veces en que sus hijos consumen dulces y si hay alguna diferencia en la frecuencia de consumo de dulces entre los niños de los diferentes grupos sociales. Se realiza por planteles debido a que cada plantel educativo presenta diferentes características.

Recordemos que los niños en Menca de Leoni permanecen en la institución desde la 7:30 am hasta las 3:00 pm , la Institución Educativa se encuentra adscrita al programa del PAE (Programa de Alimentación Escolar) donde se le garantiza a los niños inscritos en dicha institución desayuno, almuerzo y merienda. La institución no posee cantina por lo tanto no hay venta de ningún alimento dentro del plantel, implicando que el consumo de golosinas u otro tipo de alimentos proviene del hogar del niño o es comprado antes de ingresar a la institución.

Se observó un 18.01% de cuestionarios “no contestados” el motivo al respecto fue debido a que los niños permanecen la mayor parte del día en la institución lo que dificulta la ingesta de golosinas.

Todos los grupos sociales coincidieron en que sus hijos consumían golosinas o chucherías luego de su salida de la institución educativa, y todos los grupos presentaron una proporción de representantes que no contestaron a esta pregunta lo cual puede indicar que no saben en qué momento consumen chucherías

La escuela Estatal Zenobia Vergara presenta doble turno el de la mañana y el de la tarde, no posee cantina, observándose que los niños traen su merienda o compran chucherías a una señora que llega en horas del

recreo al plantel o simplemente compran en los negocios improvisados de las casas cercanas a la institución educativa.

Al observar los grupos podemos señalar que la mayoría de los grupos sociales indicaron que sus hijos consumen golosinas en horas de la tarde (34.17%) donde se destaca el grupo social IV, seguido por un porcentaje importante representantes que afirma que sus hijos consumen chucherías en la mañana (16.45%) destacándose de nuevo el grupo IV y II; estas dos situaciones nos hace reflexionar que la ingesta de chucherías o de golosinas pueda relacionarse con el turno de escolaridad del niño, y con la falta de control por parte de los representantes para su consumo, por otra parte se presentó un grupo de cuestionarios “no contestados” (12.65%) lo que afirmaría el desconocimiento o falta de control de la ingesta de este renglón por parte de los niños. En todas las respuestas se destaca el grupo IV lo que nos indica que es uno de los grupos sociales con mayor representación debido a la ubicación del plantel.

Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra es un plantel donde la educación primaria se imparte en el turno de la mañana y posee dentro de sus instalaciones la cantina.

En este cuadro se observa una particularidad muy importante que los representantes de los niños del grupo social III y V señalan que sus hijos consumen chucherías” frecuentemente por las tardes”.

Pareciera que la frecuencia de consumo de golosinas o chucherías pudiera tener relación con el conocimiento que tengan los representantes sobre este tipo de alimentos, debido que la mayoría de los representantes señalaron que sus hijos consumen chucherías fuera de la escuela, no tomando en cuenta si lo consumen durante el recreo. Otra dato importante es que todos los grupos sociales aceptan el consumo de chucherías en sus hijos.

Tabla LII. Distribución porcentual general según inserción social con relación a las Chucherías más frecuentemente consumidas por el niño.

Chucherías más frecuentemente consumidas por el niño	Grupo Social														Total	%
	II	%	III	%	IV	%	V	%	VII	%	VIII	%	IX	%		
Chicles	2	0.54	9	2.43	5	1.35	5	1.35	2	0.54	2	0.54	1	0.27	26	7.06
Galletas	20	5.43	30	8.15	28	7.60	11	2.98	1	0.27	2	0.54	1	0.27	93	25.27
Chocolates	10	2.71	19	5.16	9	2.44	6	1.63	1	0.27	2	0.54			47	12.77
Chupetas	12	3.26	14	3.68	20	5.43	7	1.09	1	0.27	2	0.54	1	0.27	57	15.48
Caramelos	12	3.26	33	8.96	19	5.16	5	1.35	2	0.54					71	19.29
Todas las anteriores	4	1.08	11	2.98	13	3.53	2	0.54	2	0.54	1	0.27	1	0.27	34	9.23
Otros	5	1.35	17	4.61	7	1.09	4	1.08	1	0.27	1	0.27	1	0.27	36	9.78
No contestó	1	0.27			2	0.54	1	0.27							4	1.08
Total	66	17.93	133	36.14	103	27.98	41	11.14	10	2.71	10	2.71	5	1.35	368	100

Tipo de golosina o chucherías más frecuentemente consumidas por el niño. En el tipo de golosina o chucherías más frecuentemente consumidas por el niño se encontró que el 25.27 % del porcentaje total consume “galletas”, donde el mayor porcentaje correspondió al grupo social III con un 8.15 %, seguido 7.60% para el grupo IV, un 5.43% para el grupo II, un 1.63% para el grupo social V. un 0.54% para el grupo social VII y un 0.27

% los grupos VII y IX para cada uno, lo cual demuestra que las galletas es uno de los renglones más consumidos por los niños sin distinción de grupo social.

“Caramelos” obtuvo un porcentaje total de 19.29%, ubicándose el mayor porcentaje en el grupo social III con un 8.96%, seguido de un 5.16% del grupo IV y el valor menor de 0.54 % correspondió al grupo social VII.

“Chupetas” con un porcentaje total de 15.48%, observándose un porcentaje mayor de 5.43% en el grupo social IV, seguido de un 3.68% para el grupo social III y porcentaje menor 0.27% para los grupo sociales VII y IX respectivamente.

“Chocolates” obtuvo un porcentaje de 15.48%, donde el mayor porcentaje lo obtuvo el grupo social III con un 5.46%, seguido de un 2.71% para el grupo social II y el menor porcentaje lo obtuvo el grupo social VII con un 0.27%.

El 9.78% lo obtuvo la categoría otros donde se agruparon chucherías tales como: “los tostoncitos, papitas, Tostitos, Pepitos” donde el mayor porcentaje se ubicó en el grupo social III con un porcentaje de 4.61%.

Todos los anteriores obtuvo un porcentaje total de 9.23%, logrando el mayor porcentaje el grupo social IV con un 3.53%, seguido del 2.98% del grupo III. Chicles alcanzó un porcentaje total de 7.06%, obteniendo el mayor porcentaje el grupo social III con un 2.43%

Podemos concluir que las galletas es uno de los productos más consumidos en la mayoría de los niños de los diferentes grupos sociales, tal vez sea, que se piense que es más alimenticio, no conociendo las consecuencias del contacto prolongado al degradarse en la boca.

Se puede observar que los niños del grupo III se destacan por el mayor consumo de chucherías, tal vez la respuesta se encuentre en la falta de control en la ingesta de este tipo de alimento por parte de los representantes, por la falta de conocimiento. En el grupo social IV y II el consumo de chucherías se localizó en caramelos y chupetas

En los demás grupos se observa un consumo general menor tal vez porque la representación de estos grupos fue menor.

5.-Perfil Patológico de Salud-Enfermedad Bucal.

Tabla LIII. Distribución de la muestra por edades con relación al Índice ceo del grupo escolar de la Escuela Nacional Menca de Leoni II. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza. Estado Miranda .año 2008

Ceo	GrupoEscolar Menca de Leoni II														Total	
	Grupo Etario														Nº	%
	7		8		9		10		11		12		13			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
0	2	1.59	3	2.38	5	3.96	8	6.34	4	3.17	5	3.96			27	21.42
De 1 a 3	10	7.93	4	3.17	6	4.76	11	8.73	3	2.38					34	26.98
De 4 a 6	3	2.38	8	6.34	9	7.14	2	1.59	1	0.79					23	18.25
7 a más	5	3.96	1	0.79	1	0.79			1	0.79			-		8	6.34
NP							3	2.38	5	3.96	19	15.07	7	5.55	34	26.98
Total	20	15.87	16	12.69	21	16.66	24	19.04	14	11.11	24	19.04	7	5.55	126	100

Presencia de caries en dientes temporales. Índice ceo. La descripción numérica del ataque de la caries a los dientes temporales y permanentes se realizará por separado debido a las razones antes mencionadas. En la Escuela Nacional Menca de Leoni II se obtuvieron los siguientes resultados con relación al ataque de la caries en la dentición temporal, de un total de 126 niños examinados, el 26.98% representando por 34 niños no poseían dentición temporal, mientras que el 72,99% representado por 92 niños poseían dientes temporales.

Al revisar los porcentajes observamos que del 21.42% representado por 27 niños en edades comprendidas entre 7 años y 12 años no presentaban lesiones por caries en su dentición temporal, encontrando que

el 51.57% representado por 65 niños presentaba caries en su dentición temporal, distribuyéndose de la siguiente forma:

El 26.98% (34 niños) presentaban de “1 a 3 caries en” dentición temporal, ubicándose los mayores porcentajes a los 10 años con un porcentaje de 8.73% y a los 7 años con un porcentaje de 7.93% respectivamente y los menores a los 11 años y 8 años con un porcentaje de 2.38%(3 niños) y 3.17% (4 niños).

El 18.25% (23 niños) presentaban de “4 a 6 caries en dentición temporal”, situándose los mayores porcentajes a los 9 años con un porcentaje de 7.14% y a los 8 años con un porcentaje de 6.34% el menor correspondió a los 11 años con un porcentaje de 0.79%.

El 6.34% (8 niños) presentaban entre “7 dientes cariados o más caries”, encontrando el mayor porcentaje a los 7 años con un 3.96% y el menor porcentaje de 0.79 (1 niño) correspondió para las edades 8,9 y 11 años.

Estos datos demuestran que el grupo etario más afectado por la enfermedad fue el de 7 años, destacándose también la mayor concentración de niños que poseía de una a tres caries y de 7 a más caries, presentando una ligera disminución con relación al número de dientes afectados a partir de los 8 años lo cual es lógico ya que la mayoría de los niños se encuentran

en la etapa cambio dentario de los dientes anteriores , para luego aumentar en número dientes con experiencia cariosa a medida que se acerca a los 10 años y disminuir a los 11 años a 12 años , debido a que en estas edades culmina el cambio de dentición temporal a permanente

Tabla LIV. Distribución de la muestra por edades con relación al Índice ceo del grupo escolar de la Escuela Estatal Zenobia Vergara. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008

ceo	Grupo Escolar Zenobia Vergara.														Total	
	Grupo Etario														N°	%
	7		8		9		10		11		12		13			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
0	3	3.89	1	1.29	5	6.49	3	3.89	2	2.59			1	1.29	15	19.48
De 1 a 3	6	7.79	6	7.79	4	5.19	6	7.79					1	1.29	23	29.87
De 4 a 6	8	10.38	2	2.59	2	2.59	1	1.29							13	16.88
7 a mas	2	2.59	2	2.59	2	2.59							-		6	7.79
NP							2	2.59	5	6.49	7	9.09	6	7.79	20	25.97
Total	19	24.67	11	14.28	13	16.88	12	15.58	7	9.09	7	9.09	8	10.39	77	100

En la Escuela Estatal Zenobia Vergara que de un total de 77 niños de ambos sexos examinados, el 25.97% representado por 20 niños “no presentaban dentición temporal”, mientras que el 74.02% representado por 57 niños” presentaban dentición temporal”.

Al revisar los porcentajes encontramos que el 19.48% representados por 15 niños en edades comprendas entre 7 años y 11 años” no presentaban caries en su dentición temporal”, al igual que en un niño de 13 años. Se debe aclarar que entre los niños examinados se encontraron 2 niños de 13 años que presentaban dientes temporales en boca, lo cual es poco frecuente

debido a que el cambio dentario culmina generalmente a los 12 años, esta particularidad hace pensar en la posibilidad de que puedan estar implicados factores nutricionales, hereditarios o ausencia de antecesor permanente, mientras que el 54.48% representado por 42 niños “si presentaban dientes afectados por la enfermedad”, distribuidos de la siguiente forma:

El 29.87% (23 niños) presentaban de “1 a 3 caries en dentición temporal”, donde se pudo observar que el menor porcentaje de 5.19% correspondió a los niños que tenían 9 años de edad, mientras que los niños cuyas edades estaban comprendidas entre 7, 8, 10 años presentaron un porcentaje similar de 7.79%. El 16.88% (13 niños) presentaban de “4 a 6 caries en dentición temporal”, situándose el mayor porcentaje a los 7 años con un 10.38% y el menor a los 10 años con un porcentaje de 1.29% (1 niño). El 7.79% (6 niños) presentaban de “7 o más caries”, encontrando una distribución pareja entre las edades de 7, 8, 9 con un porcentaje de 2.59% para cada uno.

Teniendo en cuenta las condiciones de ubicación y las características de este plantel educativo podemos apreciar que la enfermedad afectó a un mayor número de niños, como de dientes temporales.

Al comparar los porcentajes totales por edades, el mayor número de niños afectados por la enfermedad se encontró a los 8 años encontrándose

un niño sin caries, seguido por el de los 7 años, observándose también un comportamiento similar al observado en Menca de Leoni II donde los dientes atacados por caries van disminuyendo a medida que aumenta la edad, hasta llegar culminar con el recambio dentario, que termina entre los 11 y 12 años .

Tabla LV. Distribución de la muestra por edades con relación al Índice ceo del grupo escolar de la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”. Distrito sanitario N°3. unicipio PlazaEstado Miranda año 2008

Ceo	Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”. Grupo Etario												Total	
	7		8		9		10		11		12		Nº	%
	Nº	%	N	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
0	9	11.53	3	3.84	7	8.97	6	7.69	6	7.69	1	1.28	32	41.02
De 1 a 3	2	2.56	7	8.97	5	6.41	4	5.12	2	2.56	1	1.28	21	26.92
De 4 a 6	3	3.84	1	1.28	1	1.28	1	1.28					6	7.69
7 ó más	1	1.28	1	1.28			1	1.28			-		3	3.84
NP					1	1.28	3	3.84	9	11.53	3	3.84	16	20.51
Total	15	19.23	12	15.38	14	17.94	15	19.23	17	21.79	5	6.41	78	100

En la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra” presenta un total de 78 niños de ambos sexos examinados, el 20.51% representado por 16 niños “no presentaban dentición temporal”, mientras que el 79.47% representado por 62 niños “presentaban dentición temporal”.

Al revisar los porcentajes encontramos que el 41.02% representados por 32 niños en edades comprendas entre 7 años y 12 años “no presentaban caries en su dentición temporal”.

El 26.92% (21 niños) presentaban de “1 a 3 caries en dentición temporal”, ubicándose el mayor porcentaje a los “8 años” con un porcentaje de 8.97% el menor correspondió a los “12 años” con 1.28%(1 niño) seguido de un 2.56% (2 niños) ubicado en la edades de “7 y 11 años”.

El 7.69 % (6 niños) presentaban de “4 a 6 caries en dentición temporal”, situándose el mayor porcentaje a los “7 años” con un porcentaje de 3.84% y el menor porcentaje de 1.28%(1 niño) se ubicó en la edades de “8, 9 y 10 años”.

El 3.84 % (3 niños) presentaban de “7 o más de caries”, encontrando una distribución pareja entre las edades de “7, 8, 10” con un porcentaje de 1.28% para cada uno.

Los porcentajes obtenidos la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra” podemos apreciar que el grupo etario más afectado por caries en su dentición temporal fue el de “8 años”. A pesar que el número de niños de “7 años” afectados por caries fue menor no lo fue en el número de dientes atacados por caries.

También se observó que a medida que aumenta la edad, disminuye el número de dientes temporales afectados, terminando con el recambio dentario que culmina a los 12 años.

Al comparar los datos obtenidos en este plantel educativo con los anteriores es evidente que el número de niños como el número de dientes afectados fue menor, lo cual pareciera indicar que el número de dientes afectados por la enfermedad pudiera estar sujeto al conocimiento del grupo familiar, como al conocimiento sobre cuidado de sus dientes adquirido por el niño, ingreso familiar, recordemos que es un plantel privado.

Sin embargo al comparar el comportamiento de la enfermedad en los grupos de niños que presentaron caries en dentición temporal se observó cierta similitud con otros estudios realizados, en donde la enfermedad se acentúa en edades tempranas con un rápido desarrollo del proceso carioso, observándose un aumento en número de dientes a medida que el niño se acerca a los 10 años, pudiendo disminuir ligeramente en número a los 8 años debido a la erupción de los dientes anteriores y a los 11 años y 12 años debido a la pérdida fisiológica de caninos y molares temporales para ser sustituidos por los caninos permanente y los premolares, culminando con la erupción del segundo molar permanente.

Presencia de caries en dientes permanentes. Índice CPOD

Tabla LVI. Distribución de la muestra según las edades con relación al Índice CPOD del grupo escolar de la Escuela Nacional Menca de Leoni II. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda. año 2008

CPOD	Grupo Escolar Menca de Leoni II														Total	
	Grupo Etario														Nº	%
	7		8		9		10		11		12		13			
	Nº	%	N	%	Nº	%										
0	15	11.90	8	6.34	12	9.52	11	8.73	5	3.96	12	9.52	2	1.58	65	51.58
1 a 3	5	3.96	7	5.55	8	6.34	11	8.73	7	5.55	6	4.76	2	1.58	46	36.51
4 a 6			1	0.79	1	0.79	2	1.58	2	1.58	6	4.76	2	1.58	14	11.11
7a más													1	0.79	1	0.79
Total	20	15.87	16	12.69	21	16.66	24	19.04	14	11.11	24	19.04	7	5.55	126	100

Índice CPOD del grupo escolar de la Escuela Nacional Menca de Leoni II. En la descripción del ataque de la caries a los dientes permanentes se obtuvieron los siguientes resultados, de un total de 126 niños examinados todos poseían dientes permanentes.

Al revisar los porcentajes observamos que del 51.58 % representado por 65 niños en edades comprendidas entre “7 años y 13 años” “no presentaban lesiones por caries en su dentición permanente”, encontrando que el 48.41% representado por 61 niños presentaban caries en su dentición permanente, distribuyéndose de la siguiente forma:

El 36.51% (46 niños) presentaban de “1 a 3 caries en dentición permanente”, ubicándose los mayores porcentajes a los “10 años” con un porcentaje de 8.73%(11 niños), seguido de un 6.34%(8 niños) a los “9 años”.

El 11.11% (14 niños) presentaban de “4 a 6 caries en dentición permanente”, situándose los mayores porcentajes a los “12 años” con un porcentaje de 4.76% (6 niños). El 0.79% representado por un niño de “13 años” que presentaba de 7 o más de caries en su dentición permanente.

Al detallar el comportamiento de los grupos etarios se puede señalar que a partir de los 7 años, 5 niños de un total de 20 presentaron una relación de “1 a 3 caries en dientes permanentes”, observándose que a medida que se llegaba a los 10 años el mayor número de niños presentaban una relación de “1 a 3 caries en dientes permanentes”, mientras que 2 niños (10 años) presentaron una relación de “2 a 4 caries en dientes permanentes”, proporción que aumentaba a medida que se llegaba a los 13 años, hallándose inclusive un niño de 13 años con “más de 7 caries”, lo que demuestra que en este grupo escolar el proceso carioso afecta un mayor número de dientes permanentes a medida que el niño aumenta la edad.

Se puede señalar que la caries en la dentición permanente aumenta con la edad, observándose un aumento en número de niños a partir de los 10 años y un incremento en el número de dientes afectados a medida que se llega a los 12 y 13 años.

Tabla LVII. Distribución de la muestra según las edades con relación al Índice CPOD del grupo escolar de la Escuela Estadal Zenobia Vergara. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda .Año 2008

CPOD	Grupo Escolar Zenobia Vergara												Total			
	7		8		9		10		11		12		13		Nº	%
	Nº	%	N	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
0	19	24.64	7	9.09	8	10.39	10	12.98			3	3.89	1	1.29	48	62.33
1 a 3			4	5.19	4	5.19	1	1.29	6	7.79	3	3.89	2	2.59	20	25.97
4 a 6					1	1.29	1	1.29	1	1.29	1	1.29	3	3.89	7	9.09
7a mas													2	2.59	2	2.59
Total	19	24.64	11	14.28	13	16.88	12	15.58	7	9.09	7	9.09	8	10.39	77	100

Índice CPOD del grupo escolar de la Escuela Estadal Zenobia Vergara. Al revisar los porcentajes la Escuela Estadal Zenobia Vergara observamos que un total de 77 niños examinados todos poseían dientes permanentes.

Al detallar los porcentajes obtenidos encontramos que un 62.33% representado por 48 niños en edades comprendidas entre “7 años y 13 años” “no presentaban lesiones por caries en su dentición permanente”, encontrando que el 37.65% representado por 29 niños “presentaba caries en su dentición permanente”, distribuyéndose de la siguiente forma:

El 25.97% (20 niños) presentaban de “1 a 3 caries en dentición permanente”, ubicándose el mayor porcentaje a los “11 años” con un 7.79%. El 9.09% (7 niños) presentaban de “4 a 6 caries en dentición permanente”, ubicándose el mayor porcentaje a los “13 años” con un porcentaje de 3.83% (3 niños), para luego distribuirse homogéneamente a los “9, 10, 11, 12 años” con un porcentaje de 1.29% representado por un niño para cada grupo etario respectivamente. El 2.59% representado por dos niños de “13 años” que

presentaban de “7 o más caries” en su dentición permanente. Al detallar el comportamiento del grupo etarios de 13 años se pude señalar que la agresividad del proceso carioso afecta un mayor número de dientes permanentes a medida que el niño llega a esta edad, debido a que de un total 8 niños representado por un porcentaje de 10.39%, 7 niños presentaban esta enfermedad, es decir el 87.29% encontrándose inclusive 2 niños de “13 años con más de 7 caries”.

Concluyendo que la caries en la dentición permanente aumenta con la edad, observándose un aumento en número de niños a partir de los 11 años y un incremento en número de dientes afectados a medida que se llega a los 13 años.

Tabla LVIII. Distribución de la muestra según las edades con relación al Índice CPOD del grupo escolar de la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008

CPOD	Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”.										Total			
	Grupo Etario										N°	%		
	7		8		9		10		11				12	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
0	12	19.2	8	10.25	12	19.23	8	10.25	10	12.82	2	2.56	52	66.66
1 a 3	2	2.56	4	5.12	1	1.28	7	8.97	7	8.97	3	3.84	24	30.76
4 a 6					1	1.28							1	1.28
7a ms														
NP	1	1.28											1	1.28
Total	15	19.2	1	19.23	14	17.94	15	19.23	17	21.79	5	6.41	78	100

Índice CPOD del grupo escolar de la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”. De un total de 78 niños de ambos sexos examinados, el

1.28% representado por 1 niño “no presentaba dentición permanente”, mientras que el 98.7% representado por 77 niños “presentaban dientes permanentes”.

Al revisar los porcentajes encontramos que el 66.66% representados por 52 niños en edades comprendidas entre “7 años y 12 años” “no presentaban caries en su dentición permanente”, mientras 32.04% representados por 25 niños “poseía dientes permanentes afectados con caries”.

La distribución de los dientes con experiencia cariosa se presentó de la siguiente forma:

El 30.76% (24 niños) presentaban de 1 a 3 caries en dentición permanente, ubicándose los mayores porcentajes a los 10 años y 11 años con un valor de 8.97 % correspondiente a 7 niños para cada uno respectivamente. El 1.28% (1 niño) presentaba de “4 a 6 caries” en dentición permanente, situándose a “los 9 años”.

No se observaron niños con “7 o más caries”.

Al comparar los datos obtenidos con los dos planteles educativos anteriores se observa un mayor número de niños y de dientes sanos, y un número importante de niños solo presentaban una relación de 1 a 3 caries

en dentición permanente lo que demuestra mejores condiciones de salud bucal, reafirmando lo señalado anteriormente para la dentición temporal.

Sin embargo al comparar el comportamiento de la enfermedad en los grupos de niños que presentaron caries en dentición permanente de los planteles de Menca de Leoni II y Zenobia Vergara, se observó cierta similitud con otros estudios realizados, en donde la enfermedad ataca a mayor número de dientes permanentes a medida que el niño se acercaba a los 12 años y 13 años, es decir a medida que avanzaba en la edad; al comparar el número de dientes sanos y la proporción de dientes afectados por la caries en las primeras edades de los niños se evidencia mejorías en la salud bucal de los niños, para luego presentar cierta similitud a medida que el niño entra a los 12 y 13 años, lo que pudiera tener relación con los actuales programas implementados por el actual gobierno dirigido en los sectores más vulnerables; en la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra no se puede afirmar que la enfermedad ataca a mayor número de dientes permanentes a medida que el niño avanza en edad, ya que de un total de 5 niños examinados de “12 años”, 3 presentaron caries en una relación de “1 a 3” dientes permanentes debido a que el número de niños examinados fue reducido.

Tabla LIX. Distribución porcentual según las edades con relación a la condición de los dientes temporales del grupo escolar de la Escuela Nacional Menca de Leoni II. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda. año 2008

Escala Etaria	Dientes temporales											
	c	O	ei	Sanos		afectados		presentes				
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
7 años	53	18.46	21	7.31	14	4.87	199	69.33	88	30.66	287	100
8 años	41	21.69	15	7.93	1	0.52	132	69.84	57	30.15	189	100
9 años	39	20.63	13	6.87	6	3.17	131	69.31	58	30.68	189	100
10 años	16	12.90	6	4.83	3	2.41	99	79.83	25	20.16	124	100
11 años	11	19.29	4	7.01	1	1.75	41	80.39	16	28.07	57	100
12 años	0	0	0	0	0	0	6	100.00	0	0	6	100
13 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	160		59		25		608	71.36	244	28.50	852	100

Distribución porcentual según las edades con relación a la condición de los dientes temporales del grupo escolar de la Escuela Nacional Menca de Leoni II. La condición de los dientes temporales en el grupo escolar de la Escuela Nacional Menca de Leoni II podemos observar el comportamiento de la experiencia cariosa para los dientes temporales por edades, recordemos que 72,99% presentaba dientes temporales. Pasaremos a describir los porcentajes obtenidos por grupos de edades:

Para los niños de “7 años de edad” se examinaron un total de 287 dientes temporales encontrándose un 30.66%(88 dientes) afectados donde el 18,46% (53 dientes) “presentaba caries”, un 7.31% (21 dientes) “obturaciones” y un 4.87% (14 dientes) tuvieron un “diagnóstico de extracción indicada”.

En los niños de “8 años de edad” se examinaron un total 189 dientes temporales, encontrándose un 30.15%(57dientes) “con experiencia cariosa”, correspondiendo a un 21.69% (41dientes) con “caries”, mientras que el 7.93% (15 dientes) presentaba “obturaciones” y uno tuvo un diagnóstico de “extracción indicada” representado por el 0.52%

Para los niños de “9 años” de edad se examinaron un total de 189 dientes temporales, encontrándose 30.68 % “dientes afectados” representado por 58 dientes, donde observamos 20.63 % es decir 39 dientes con “caries” y 6.87% representado por 13 dientes “obturados” y 3.17% representado por 6 dientes para “extracción indicada”.

En los niños de “10 años de edad” se examinaron un total 124 dientes temporales encontrándose un 20.16 % (25 dientes) presentaban “experiencia cariosa”, correspondiendo a un 12.90 % (16 dientes) con caries, mientras que el 4.83% (6 dientes) presentaba obturaciones y el 2.41% (3 dientes) tenía “extracción indicada”.

En los niños con “11 años de edad” se examinaron un total de 57 dientes temporales, observándose un 28.07% de “dientes afectados” representados por 16 dientes, en donde el 19.29 %(11 dientes) presentaba “caries” y el 7.01% (4 dientes) presentaban “obturaciones” y un 7.01% (1 diente) tenía “extracción indicada”.

Los resultados demuestran que la experiencia cariosa en dientes temporales disminuye a medida que el niño llega a los 12 años, observándose el mismo comportamiento en las obturaciones de dientes temporales y en las extracciones indicadas. Es evidente la poca importancia que se le da a la presencia de caries y curación de los dientes temporales debido a la pérdida fisiológica.

Tabla LX. Distribución porcentual según las edades con relación a la condición de los dientes permanentes del grupo escolar de la Escuela Nacional Menca de Leoni II. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda año 2008.

Escala Etaria	Dientes Permanentes										afectados		presentes		
	C N°	C %	O N°	O %	E N°	E %	EI N°	EI %	S N°	S %	N°	%	N°	%	
7 años	7	4.04	0	0	0	0	0	0	0	166	95.95	7	4.04	173	100
8 años	9	4.97	6	3.31	0	0	0	0	0	166	91.71	15	8.28	181	100
9 años	15	5.19	5	1.73	0	0	0	0	0	269	93.07	20	6.92	289	100
10 años	21	4.72	3	0.67	0	0	1	0.34	0	419	94.36	25	5.63	444	100
11 años	18	6.04	4	1.34	0	0	0	0	0	276	92.61	22	7.38	298	100
12 años	29	4.52	5	0.78	4	0.62	1	0.15	0	602	93.91	39	6.08	641	100
13 años	19	9.79	3	1.54	1	0.51	0	0	0	171	88.14	23	11.85	194	100
Total	118	5.31	26	1.17	5	0.22	2	0.09	0	2069	93.19	151	6.80	2.220	100

Distribución porcentual según las edades con relación a la condición de los dientes permanentes del grupo escolar de la Escuela Nacional Menca de Leoni II. De un total de 126 niños examinados todos poseían dientes permanentes donde sólo el 48.41% de los niños presentaron caries. Pasaremos a describir los porcentajes obtenidos por grupos de edades:

Para los niños de “7 años de edad” se examinaron un total de 173 dientes permanentes encontrándose sólo 7 dientes con caries que representaba 4.04% de dientes afectados. En niños de “8 años de edad” se examinaron un total 181 dientes permanentes encontrándose el 8.24% (15 dientes) “presentaban experiencia cariosa”, correspondiendo a un 4.97% (9 dientes) con “caries”, mientras que el 3.31% (6 dientes) presentaba “obturaciones”.

Para los niños de “9 años de edad” se examinaron un total de 289 dientes permanentes encontrándose 6.92% representado por 20 dientes, donde observamos 5.19%, es decir, 15 dientes con “caries” y 1.73% representado por 5 “dientes obturados”. En los niños de “10 años de edad” se examinaron un total 444 dientes permanentes encontrándose un 5.63% (25 dientes) “presentaban experiencia cariosa”, correspondiendo a un 4.72 % (21 dientes) con “caries”, mientras que el 0.67% (3 dientes) presentaba “obturaciones” y el 0.34% (1 diente) tenía “extracción indicada”.

En los niños con “11 años de edad” se examinaron un total de 298 dientes permanentes, observándose un 7.38% de “dientes afectados” representados por 22 dientes, en donde el 6.04% presentaba “caries” y el 1.34% presentaba “obturaciones”. Para los niños de “12 años” de edad se examinaron un total de 641 dientes permanentes encontrándose el 6.08% representado por 39 dientes afectados con experiencia cariosa, donde observamos 4.52% es decir 29 dientes con caries, un 0.78%, representado

por 5 dientes obturados, un 0.62% (4 dientes) extraídos y un 0.15% correspondiente a un diente con extracción indicada.

A los “13 años de edad” de un total de 194 dientes permanentes encontrándose el 11.85% representado por 23 “dientes afectados con experiencia cariosa”, donde observamos 9.79 % es decir 19 dientes con “caries2 un 1.54% representado por 3 dientes “obturados”, un 0.51% (1diente) “extraído”.

Estos datos demuestran tres hechos importantes, el primero que la caries en dentición permanente aumenta con la edad.

Las obturaciones presentaron un comportamiento parejo es decir con un porcentaje alrededor de 1% en la mayoría de las edades estudiadas; solo a los 8 años presentó un ligero aumento de un 3.31%.

Por último, que a medida el niño se acerca a los 12 años presenta como tratamientos curativos extracciones de sus piezas dentarias.

Tabla LXI. Distribución de la muestra según las edades con relación a la condición del los dientes temporales afectados del grupo escolar de la Escuela Estatal Zenobia Vergara .Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. año 2008

Escala Etaria	Dientes Temporales											
	c		o		ei		Afectados		s		presentes	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
7 años	64	23.02	6	2.15	11	3.95	81	29.13	197	70.96	278	100
8 años	26	19.54	8	6.01	6	4.51	41	30.82	92	69.17	133	100
9 años	23	19.32	4	3.36	3	2.52	29	24.36	90	75.63	119	100
10 años	12	18.46	0	0	3	4.61	15	23.07	50	76.92	65	100
11 años	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	2	100
12 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13 años	2	40	0	0	0	0	2	40	3	60	5	100
total	127	21.09	18	2.99	23	3.82	168	27.90	434	72.09	602	100

Distribución de la muestra según las edades con relación a la condición del los dientes temporales afectados del grupo escolar de la Escuela Estatal Zenobia Vergara El comportamiento de la experiencia cariosa para el grupo escolar de la Escuela Estatal Zenobia Vergara fue el siguiente: de un total de 77 niños sólo el 74.03% representado por 57 niños poseían dentición temporal en donde un 19.48% representado por 15 niños “no poseían caries”, mientras que un 54.54%, representado por 42 niños, “si poseían caries”. Pasaremos a describir los porcentajes obtenidos por grupos de edades:

Para los niños de “7 años de edad” se examinaron un total de 278 dientes temporales encontrándose un 29.13 % (81 dientes) afectados donde el 23.02% (64 dientes) presentaba “caries”, un 2.15% (6 dientes) “obturaciones” y un 3.95% (11 dientes) para “extracción indicada”. En los

niños de “8 años de edad” se examinaron un total 133 dientes temporales, encontrándose un 30.82% (41dientes) “con experiencia cariosa”, correspondiendo a un 19.54% (25dientes) con “caries”, mientras que el 6.01% (8 dientes) presentaba “obturaciones” y 6 dientes presentaban “extracción indicada” representado por el 4.51%.

Para los niños de “9 años de edad” se examinaron un total de 199 dientes temporales, encontrándose 24.36 % “dientes afectados” representado por 29 dientes, donde observamos 19.32 % es decir 23 dientes con “caries”, el 3.36% representado por 4 dientes, presentaban “obturación”, y un 2.52% representado por 3 dientes para “extracción indicada”.

En los niños de “10 años de edad” se examinaron un total 65 dientes temporales encontrándose un 23.07%(15 dientes) presentaban “experiencia cariosa”, correspondiendo a un 18.46% (12 dientes) con “caries” mientras que el 4.61% (3 diente) tenía “extracción indicada”.

En los niños de “11 años de edad” que se examinaron solo se encontraron 2 dientes temporales los cuales estaban sanos. En el grupo de los “12 años” no se consiguieron dientes temporales sin embargo en el grupo de los 13 años se observaron 5 dientes temporales que

representarían para este grupo el 100% donde se apreció que 2 tenían caries y 3 se encontraban sanos.

Los resultados demuestran que la experiencia cariosa en dientes temporales disminuyó a medida que el niño avanzaba en edad, lo cual es lógico que ocurra debido al proceso de exfoliación dentaria que termina por lo general entre 12 y 13 años, observándose pocos dientes temporales obturados y en las extracciones indicadas se observó el mayor número de dientes en esta condición a los 7 años, disminuyendo a medida que el niño avanza en edad, debido al recambio dentario.

Tabla LXII. Distribución de la muestra según las edades con relación a la condición del los dientes permanentes afectados del grupo escolar de la Escuela Estatal Zenobia Vergara .Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008

	Dientes Permanentes													
	C		O		E		EI		Afectados		S		presentes	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
7 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	157	100	157	100
8 años	2	1.62	2	1.62	0	0	0	0	4	3.25	116	94.30	123	100
9 años	3	1.80	8	4.81	0	0	0	0	11	6.62	154	92.77	166	100
10 años	3	1.64	1	0.54	0	0	1	0.54	5	2.74	177	97.25	182	100
11 años	4	2.28	8	4.57	0	0	2	1.14	14	8.00	161	92.00	175	100
12 años	7	4.21	0	0	2	1.20	1	0.60	10	6.02	156	93.97	166	100
13 años	20	10.41	6	3.12	5	2.60	4	2.08	35	18.22	158	82.29	192	100
Total	39	3.36	25	2,15	7	0.60	8	0.69	79	6.82	1079	93.17	1158	100

Distribución de la muestra según las edades con relación a la condición del los dientes permanentes afectados del grupo escolar de la Escuela Estatal Zenobia Vergara En el grupo escolar de la Escuela Estatal Zenobia Vergara se encontró que de los 77 niños examinados todos

poseían dientes permanentes pero solo un 33.66% representado por 29 niños presentaba “caries” en sus dientes permanentes; el 66.33% “no presentaba caries en sus dientes permanentes”. Pasaremos a describir los porcentajes obtenidos por grupos de edades:

Para los niños de “7 años” de edad se examinaron un total de 157 dientes permanentes no encontrándose “experiencia cariosa”. En los niños de “8 años” de edad se examinaron un total 123 dientes permanentes, encontrándose el 3.25% (24dientes) presentaban “experiencia cariosa”, correspondiendo a un 1.62% (2 dientes) con “caries”, mientras que un 1.62% (62dientes) presentaba “obturaciones”.

Para los niños de “9 años” de edad se examinaron un total de 166 dientes permanentes encontrándose 6.62% de dientes afectados representado por 11 dientes, donde observamos 1.80% es decir 3 dientes con “caries” y 4.81% representado por 8 dientes “obturados”. En los niños de “10 años de edad” se examinaron un total 182 dientes permanentes encontrándose un 2.74% (5 dientes)”presentaban experiencia cariosa”, correspondiendo a un 1.64% (3 dientes) con “caries”, mientras que el 0.54% (1diente) presentaba “obturación” y uno presentaba “extracción indicada” representado por un porcentaje de 0.54%.

En los niños con “11 años de edad” se examinaron un total de 175 dientes permanentes, observándose un 8.00%, 14 “dientes afectados”, en donde el 2.28% (4 dientes) presentaba “caries” y el 4.57% (8 dientes) presentaba “obturaciones” y 1.14% (2 dientes) “extracción indicada”.

Para los niños de “12 años de edad” se examinaron un total de 166 dientes permanentes encontrándose el 6.02% representado por 10 dientes afectados con “experiencia cariosa”, donde observamos 4.21 % es decir 7 dientes con “caries”, un 1.20% representado por 2 dientes “extraídos” y un 0.60% correspondiente a un diente con “extracción indicada”

A los “13 años de edad” de un total de 192 dientes permanentes, encontrándose un porcentaje de 18.22% representado por 35 dientes afectados con experiencia cariosa, donde observamos un 10.41% es decir 20 “dientes con caries”, un 3.12% representado por 6 dientes “obturados”, un 2.60% (5 dientes) “extraídos” y un 2.08% (4 dientes) “extracción indicada”.

Estos datos demuestran que los dientes con experiencia de caries aumentan con la edad, observándose también que el número de extracción indicada presenta la misma condición, el cual se inició para este grupo de niños a partir de los diez años, evidenciando la ausencia de programas preventivos y de fomento de salud bucal. Sin embargo reflejan que las

obturaciones aumentaron si los comparamos con los dientes que tenían caries hasta los 11 años observándose una disminución en las obturaciones a los 13, lo cual pudiera indicar que el niño deja de asistir a los servicios odontológicos a medida que llega a la adolescencia. Otro dato importante es el número de exodoncias que aparecen a partir de los 12 años.

Tabla LXIII. Distribución de la muestra según las edades con relación a la condición del los dientes temporales del grupo escolar de la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, año 2008 Estado Miranda

Escala Etaria	Dientes Temporales											
	c		o		ei		afectados		s		presentes	
		%		%		%		%		%		%
7 años	22	10.00	4	1.81	2	0.90	28	12.72	192	87.27	220	100
8 años	17	12.23	6	4.31	0	0	23	16.54	116	83.45	139	100
9 años	10	10.41	2	2.08	0	0	12	12.50	84	87.50	96	100
10 años	10	11.90	5	5.95	5	5.95	20	23.80	64	76.19	84	100
11 años	4	9.09	1	2.27	0	0	5	11.36	39	88.63	44	100
12 años	1	12.50	0	0	0	0	1	12.50	7	87.50	8	100
total	64	10.82	18	3.04	7	1.18	89	15.05	502	84.94	591	100

Distribución de la muestra según las edades con relación a la condición del los dientes temporales del grupo escolar de la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”. Encontramos el siguiente comportamiento en relación a la experiencia cariosa.

El 20.51% (16 niños) no presentaban dentición temporal, mientras que el 79.47% (62 niños) presentaban dentición temporal, donde solo 38.45% (30 niños) presentaron “caries” en su dentición permanente, 41.02% (32 niños)

“no presentaban caries” en su dentición temporal. Pasaremos a describir los porcentajes obtenidos por grupos de edades:

Para los niños de “7 años de edad” se examinaron un total de 220 dientes temporales encontrándose un 12.72% (28 dientes) afectados donde el 10.00% (22 dientes) presentaba “caries”, un 1.81% (4 dientes) “obturaciones” y un 0.90% (2 dientes) para “extracción indicada”. En los niños de “8 años de edad” se examinaron un total 139 dientes temporales, encontrándose un 16.54% (23dientes) con experiencia cariosa, correspondiendo a un 12.23% (17 dientes) con “caries”, mientras que el 4.31% (6 dientes) presentaba “obturaciones”.

Para los niños de “9 años de edad” se examinaron un total de 96 dientes temporales, encontrándose 12.50% “dientes afectados” representado por 12 dientes, donde observamos 10.41 %, es decir, 10 dientes con “caries”, 2.08% representado por 2 dientes “obturados” y 3.17% representado por 6 dientes para “extracción indicada”. En los niños de “10 años de edad” se examinaron un total de 84 dientes temporales encontrándose un 23.80% (20 dientes) “presentaban experiencia cariosa”, correspondiendo a un 11.90% (10 dientes) con “caries”, mientras que el 5.95% (5 dientes) presentaba “obturaciones” y el 5.95% (5 dientes) tenía “extracción indicada”.

En los niños con “11 años de edad” se examinaron un total de 44 dientes temporales, observándose un 11.36% de “dientes afectados” representados por 5 dientes, en donde el 9.09 % (4 dientes) presentaba “caries” y el 2.27% (1 diente) presentaban “obturaciones”.

En los niños de “12 años” se examinaron un total de 8 dientes temporales, en donde sólo uno presentaba “caries” obteniendo un porcentaje de de 12.50%

Los resultados demuestran que la experiencia cariosa en dientes temporales disminuye a medida que el niño llega a los 12 años, en los dientes temporales observamos un menor número de dientes cariados y un mayor número de dientes obturados; si lo comparamos con los dos planteles educativos anteriores, las extracciones indicadas se observaron en dos edades importantes: a los 7 y a los 10 años; este dato coincide con el momento en que se observa mayor actividad eruptiva, es decir, a los 7 de edad se observa la erupción de los centrales y a los 10 se observa el inicio de la erupción de los premolares.

Tabla LXIV. Distribución de la muestra según las edades con relación a la condición de los dientes permanentes del grupo escolar de la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008

Escala Etaria	Dientes Permanentes													
	C		O		E		EI		afectados		S		presentes	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
7 años	4	3.60	0	0	0	0	0	0	4	3.60	107	96.39	111	100
8 años	4	2.85	2	1.42	0	0	0	0	6	4.28	134	95.71	140	100
9 años	1	0.43	4	1.73	1	0.43	0	0	6	2.60	224	97.39	230	100
10 años	10	3.54	5	1.77	0	0	0	0	15	5.31	267	94.68	282	100
11 años	10	2.62	1	0.26	0	0	0	0	11	2.88	370	97.11	381	100
12 años	7	5.73	0	0	0	0	0	0	7	5.73	115	94.26	122	100
Total	36	2.84	12	0.94	1	0.43	0	0	49	3.87	1217	96.12	1266	100

En el grupo escolar de la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra” encontró que de los 78 niños examinados, 77 poseían dentición permanente pero solo un 32.04% representado por 25 “niños presentaba caries” en sus dientes permanentes, el 66.66% “no presentaba caries en sus dientes permanentes”. Pasaremos a describir los porcentajes obtenidos por grupos de edades:

Para los niños de “7 años de edad” se examinaron un total de 111 dientes permanentes encontrándose que en 3.60% (4 dientes) estaban afectados por caries. En los niños de “8 años de edad” se examinaron un total 140 dientes permanentes encontrándose el 4.28% (6 dientes) “presentaban experiencia cariosa”, correspondiendo a un 2.85% (4 dientes) con caries, mientras que un 1.42% (2dientes) “presentaba obturaciones”.

Para los niños de “9 años de edad” se examinaron un total de 230 dientes permanentes encontrándose 2.60% representado por 6 dientes “afectados con experiencia cariosa”, donde observamos 0.43%, es decir, 1diente con “caries”, 1.73% representado por 4 dientes “obturados” y 0.41 representado por un diente con “extracción indicada”. En los niños de “10 años de edad” se examinaron un total 282 dientes permanentes encontrándose un 5.31% (15 dientes) “presentaban experiencia cariosa”, correspondiendo a un 3.54% (10 dientes) con “caries”, mientras que el 1.77% (5 dientes) presentaban “obturaciones”.

En los niños con “11 años de edad” se examinaron un total de 381dientes permanentes, observándose un 2.88% (11 dientes)” afectados”, en donde el 2.62% (10 dientes) presentaba “caries” y el 0.26% (1 diente) presentaba “obturaciones”. Para los niños de “12 años de edad” se examinaron un total de 122 dientes permanentes encontrándose el 5.73% representado por 7 dientes “afectados con caries”. No se examinaron niños de 13 años en la muestra seleccionada.

Si comparamos estos datos con los obtenidos en los planteles anteriores podemos señalar que los niños de este plantel educativo presentaron un menor número de caries y un mayor número de dientes obturados observándose una sola extracción en un niño de 9 años lo cual demuestra

un mayor interés en el conservación de sus dientes en relación a la experiencia cariosa.

Al comparar los datos obtenidos con el estudio realizado por Barboza (1997), titulado: "La Dinámica Socio-Histórica en el Área Metropolitana y su Impacto en las Condiciones de Vida de la Familia y el Perfil Salud Enfermedad Bucal del Escolar. Caracas" en donde se señalaba que de la población estudiada el 79% presentaba una caries en dientes temporales y para dentición permanente un 72.5 % están afectados por caries, podemos señalar que de un total de 211 niños con dentición temporal, sólo el 64.92% (137 niños) presentaron caries en su dentición temporal, mientras que de un total de 280 niños con dentición permanente el 41.07% (115 niños) presentó caries en su dentición permanente, lo evidencia que ha disminuido el número de dientes afectados por la caries en una proporción de un 14.04% para dentición temporal y de 31.43% para dientes permanentes .

Si bien es cierto que los Índices de CPOD y ceo mejoraron a nivel general en la muestra de la población de Guarenas se observaron diferencias entre los planteles educativos para dentición temporal; Zenobia Vergara obtuvo un porcentaje de 73.68%, Menca de Leoni II obtuvo un 70.65% y José Rafael Pocaterra un porcentaje de 48.38%, es evidente que la experiencia cariosa fue menor en los dientes temporales en la unidad educativa José Rafael Pocaterra lo cual demuestra que existe un mayor

interés en la conservación de los dientes temporales en los grupos familiares de los niños que estudian en este plantel educativo, lo cual pudiera estar relacionado con el conocimiento y el ingreso familiar.

Para dentición permanente Menca de Leoni II obtuvo un 48.41%, Zenobia Vergara un porcentaje de 33,66% y Josa Rafael Pocaterra el 32.46%, aquí podemos apreciar que a pesar que el porcentaje en el José Rafael Pocaterra fue menor, la diferencia entre los planteles gratuitos con el privado no fue tan amplia, como el obtenido en los dientes temporales lo cual hace pensar que la presencia de caries puede estar sujeta al conocimiento del niño y grupo familiar, a la condición económica, al valor e ideología presente en el grupo familiar y a la asignación de mayor responsabilidad al niño en relación a la práctica de hábitos de higiene bucal, debido a que se observó aumento de las caries en dientes permanentes a medida que el niño llega a los 12 y 13 años de edad. Por otro lado se debe resaltar que el rango de edades contemplados en los estudios anteriores fue más amplio es decir entre los 6 años hasta los 15 años, mientras que en este estudio el rango de edades estuvo comprendido entre 7 y 13 años de edad, no encontrándose niños de 13 años en la unidad educativa José Rafael Pocaterra, lo cual demuestra que en la actualidad los niños culminan su primaria alrededor de los 12 a 13 años de edad

Tabla LXV. Descripción del comportamiento de los Índice CPOD grupal y ceo grupal por edades de los niños en los centros educativos. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza. Estado Miranda, año 2008

Escala Etaria	Menca de Leoni II										Jose Rafael Pocaterra									
	Dientes Permanentes					Dientes Temporales					Dientes Permanentes					Dientes Temporales				
	Total dientes afectados	niños examinados	CPOD grupal	Total dientes afectados	Exa minal dos	Exa ceo grupal	Total dientes afectados	Exa minal dos	Exa ceo grupal	Total dientes afectados	Exa minal dos	Exa ceo grupal	Total dientes afectados	Exa minal dos	Exa ceo grupal	Total dientes afectados	Exa minal dos	Exa ceo grupal		
7 años	7	20	0.35	88	20	4.40	0	19	0	81	19	4.26	4	14	0.28	28	15	1.86		
8 años	15	16	0.94	57	16	3.56	4	11	0.36	41	11	3.72	6	12	0.50	23	12	1.91		
9 años	20	21	0.95	58	21	2.76	11	13	0.84	29	13	2.23	6	14	0.42	12	13	0.92		
10 años	25	24	1.04	25	21	1.19	5	12	0.41	15	10	1.5	15	15	1	20	12	1.66		
11 años	22	14	1.57	16	9	1.77	14	7	2	0	2	0	11	17	0.64	5	8	0.62		
12 años	39	24	1.63	0	5	0	10	7	1.42	0	0	0	7	5	1.40	1	2	0.5		
13 años	23	7	3.28	0	0	0	35	8	4.37	2	2	1	0	0	0	0	0	0		
Total	151	126	1.19	244	92	2.65	79	77	1.25	168	57	2.49	49	77	0.63	89	62	1.42		

Tabla LXV. Descripción del comportamiento de los Índice CPOD grupal y ceo grupal por edades de los niños en los centros educativos. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza. Estado Miranda, año 2008

Escala Etaria	Menca de Leoni II																		
	Dientes Permanentes				Dientes Temporales				Dientes Permanentes				Dientes Temporales						
	Total dientes afectados	niños examinados	CPOD grupal	Total dientes afectados	Examina dos	ceo grupal	Total afectados	Exam inados	CPOD grupal	Total afectados	Examina dos	ceo grupal	Total afectados	Examina dos	ceo grupal				
7 años	7	20	0.35	88	20	4.40	0	19	0	0	81	19	4.26	4	14	0.28	28	15	1.86
8 años	15	16	0.94	57	16	3.56	4	11	0.36	41	11	3.72	6	12	0.50	23	12	1.91	
9 años	20	21	0.95	58	21	2.76	11	13	0.84	29	13	2.23	6	14	0.42	12	13	0.92	
10 años	25	24	1.04	25	21	1.19	5	12	0.41	15	10	1.5	15	15	1	20	12	1.66	
11 años	22	14	1.57	16	9	1.77	14	7	2	0	0	2	0	11	17	0.64	5	8	0.62
12 años	39	24	1.63	0	5	0	10	7	1.42	0	0	0	0	7	5	1.40	1	2	0.5
13 años	23	7	3.28	0	0	0	35	8	4.37	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0
Total	151	126	1.19	244	92	2.65	79	77	1.25	168	57	2.49	49	77	0.63	89	62	1.42	

José Rafael Pocaterra

Zenobia Vergara

Tabla LXV. Descripción del comportamiento de los índices CPOD grupal y ceo grupal por edades de los niños en los centros educativos. Distrito Sanitario N°3, Municipio Plaza, Estado Miranda, año 2008

Escala Etaria	Menca de Leoni II										Zembla Vergara										José Rafael Pucatera															
	Dientes Permanentes			Dientes Temporales			Dientes Permanentes				Dientes Temporales			Dientes Permanentes				Dientes Temporales			Dientes Permanentes				Dientes Temporales											
	Total dientes afectados	CPOD grupal	Examinados	Total dientes afectados	Examinados	Examen	Total dientes afectados	Examinados	Examen	Total dientes afectados	Examinados	Examen	Total dientes afectados	Examinados	Examen	Total dientes afectados	Examinados	Examen	Total dientes afectados	Examinados	Examen	Total dientes afectados	Examinados	Examen	Total dientes afectados	Examinados	Examen									
7 años	7	20	0.35	88	20	4.40	0	19	0	81	19	4.26	4	14	0.28	28	15	1.86	7	20	0.35	88	20	4.40	0	19	0	81	19	4.26	4	14	0.28	28	15	1.86
8 años	15	16	0.94	57	16	3.56	4	11	0.36	41	11	3.72	6	12	0.50	23	12	1.91	15	16	0.94	57	16	3.56	4	11	0.36	41	11	3.72	6	12	0.50	23	12	1.91
9 años	20	21	0.95	58	21	2.76	11	13	0.84	29	13	2.23	6	14	0.42	12	13	0.92	20	21	0.95	58	21	2.76	11	13	0.84	29	13	2.23	6	14	0.42	12	13	0.92
10 años	25	24	1.04	25	21	1.19	5	12	0.41	15	10	1.5	15	15	1	20	12	1.66	25	24	1.04	25	21	1.19	5	12	0.41	15	10	1.5	15	15	1	20	12	1.66
11 años	22	14	1.57	16	9	1.77	14	7	2	0	2	0	11	17	0.64	5	8	0.62	22	14	1.57	16	9	1.77	14	7	2	0	2	0	11	17	0.64	5	8	0.62
12 años	39	24	1.63	0	5	0	10	7	1.42	0	0	0	7	5	1.40	1	2	0.5	39	24	1.63	0	5	0	10	7	1.42	0	0	0	7	5	1.40	1	2	0.5
13 años	23	7	3.28	0	0	0	3.5	8	4.37	2	2	1	0	0	0	0	0	0	23	7	3.28	0	0	0	3.5	8	4.37	2	2	1	0	0	0	0	0	
Total	151	126	1.19	244	92	2.65	79	77	1.25	168	57	2.49	49	77	0.63	89	62	1.42	151	126	1.19	244	92	2.65	79	77	1.25	168	57	2.49	49	77	0.63	89	62	1.42

Descripción del comportamiento de los índice CPOD grupal por edades de los niños en los centros educativos . En Menca de Leoni II se observó el CPOD grupal para dientes permanentes es muy bajo a partir de los 7 años de edad a medida que aumenta la edad también aumenta el índice llegando a 1 diente afectado en relación al número examinado de niños de 10 años, observándose 3 dientes afectados en los niños de 13 años.

Para el ceo grupal se obtuvo 4 dientes temporales afectados en el grupo de niños de 7 años de edad; este valor disminuye hasta llegar a 2 dientes afectados a medida que el niño entra a los 10 años de edad, llegando a cero dientes afectados a medida que el niño entra a los 12 años de edad.

Zenobia Vergara el CPOD grupal para dientes permanentes, se observó ausencia de experiencia cariosa en los niños de 7 años de edad a medida que aumenta la edad también aumenta el índice llegando 2 dientes afectados en niños de 11 años, observándose 4 dientes afectados en los niños de 13 años

Para el ceo grupal se obtuvo 4 dientes temporales afectados en el grupo de niños de 7 años de edad; este valor disminuye hasta llegar a 1.5 dientes afectados a medida que el niño entra a los 10 años de edad, llegando a cero a los 12 años; sin embargo en esta institución se examinaron 2 niños de 13 años que todavía poseían dientes temporales, obteniéndose un índice de ceo grupal de 1, es decir que tenían un diente temporal afectado por caries; tal vez esta situación se deba a: ausencia de germen permanente, retención de dientes temporales o a que el niño presentó un retraso en la erupción de su dentición permanente.

José Rafael Pocaterra el CPOD grupal para dientes permanentes es más bajo que en los dos planteles anteriores, observándose que la experiencia cariosa en los niños de 7, 8 y 9 años de edad es menos de uno, solo llega a tener un diente afectado a medida que el niño llega a los 10 años de edad y se mantiene así hasta que llega a los doce.

El ceo grupal en este plantel fue menor si lo comparamos con los 2 anteriores, observándose 2 dientes afectados en el grupo de los 7 años el cual va disminuyendo a medida que avanza en edad, hasta tener 1 diente afectado a los 11 años hasta llegar a menos de 1 a los doce años.

Podemos concluir que la experiencia los dientes temporales afectados por caries disminuye considerablemente a medida que el niño entra a los 10

y 11 años, lo cual es lógico debido al proceso fisiológico de cambio de dientes temporales a dientes permanentes, iniciado en la mayoría de los casos a los 10 años de edad, ocurriendo lo contrario para los dientes permanentes donde se observó que para los niños de 10 años de la escuela Menca de Leoni II presentaban 1 diente permanente con caries, 2 dientes afectados a los 11 años tanto de Menca de Leoni II como de Zenobia Vergara y de 3 a 4 dientes afectados en los niños de 13 años de ambas instituciones. En dentición temporal se observó 4 dientes afectados con caries a los 7 años, lo cual disminuye a 1 diente temporal a medida que el niño se acerca a los 10 años en ambas instituciones educativas. Con respecto al José Rafael Pocaterra obtuvo menores índices de CPOD y ceo grupal observándose un diente permanente afectado a los 10, 11 y 12 años y 1.86 a los 7 años hasta llegar 1.66 a los 10 años de edad.

Presencia de placa o cálculo IHOS.

Tabla LXVI. Distribución de la muestra según las edades con relación a la placa y cálculo del grupo escolar de la Escuela Nacional Menca de Leoni II. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008

Edad	Grupo Escolar Menca de Leoni II															
	0.0-0.5		0.5-1		1-2.5		Más de 2.5		total							
	Placa	Cálculo	Placa	Cálculo	Placa	Cálculo	Placa	Cálculo	Placa	Cálculo	Placa	Cálculo	Placa	Cálculo	Placa	Cálculo
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
7 años			2	1.58	16	12.69	2	1.58	20	15.8						
8 años			1	0.79	12	9.52	3	2.38	16	12.6						
9 años					16	12.69	5	3.96	21	16.6						
10 años			1	0.79	23	18.25			24	19.0						
11 años	1	0.79	3	2.38	11	9.52			14	11.1	1	0.79				

años														
12 años	2	1.58	3	2.38		19	15.07	2	1.58	24	19.0	2	1.58	
13 años	1	0.79			1	0.79	6	3.96	1	0.79	7	5.55	2	1.58
años														
Total	4	3.17	10	7.93	1	0.79	103	81.74	13	10.31	126	100	5	3.96

Distribución de a la placa y cálculo según las edades del grupo escolar de la Escuela Nacional Menca de Leoni II . Para la descripción del índice de higiene oral simplificado (IHOS) se realizará por separado, se describirán los resultados tanto para “placa” como para “cálculo” por cada uno de los planteles educativos debido a las razones antes mencionadas.

Para la Escuela Nacional Menca de Leoni II con relación a la “placa dental” se obtuvo un porcentaje del 81.74% ubicándose en la escala del 1 - 2.5, la cual equivale a un “grado moderado de placa dental”, mientras que los porcentaje más altos correspondieron a los niños de 10 y 12 años con un 18.25% y 15.07%.El 10.31% se ubicó en una escala mayor a 2.5 que equivale a un “grado abundante de placa dental”, donde el mayor porcentaje se encontró en los niños de 9 años.

El 7.93% correspondió al “grado leve de placa dental” ubicándose los más altos porcentaje en los niños de 11 y 12 años con un 2.38% para cada uno de los grupos. Con relación al “cálculo”, 3.17% representado por 4 niños se encontraban en la “escala más baja” (0.0-0.5) es decir estos niños prácticamente poseían una “mínima cantidad de cálculo”, en la “escala leve” (0.5-1) sólo se encontró un niño que representaba un porcentaje de 0.79, a

pesar que la presencia de cálculo en estos niños fue muy reducida, no pudiéndose relacionar con enfermedades periodontales. Se tiene que destacar que los pocos acúmulos sólidos, se encontraron en niños de 11, 12 y 13 años, lo cual pudiera indicar que si no se controlan la maduración y calcificación de la placa dental estos niños pudieran sufrir en un futuro de enfermedades periodontales.

Tabla LXVII. Distribución de a la placa y cálculo según las edades del grupo escolar de la Escuela Estatal Zenobia Vergara. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008

Edad	Grupo Escolar Zenobia Vergara																	
	Escala 0.0-0.5				0.5-1				1-2.5				Más de 2.5				total	
	Placa		Cálculo		Placa		Cálculo		Placa		Cálculo		Placa		Cálculo		Placa	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
7 años					2	2.59			11	14.28			6	7.79			19	24.67
8 años									6	7.79			5	6.49			11	14.28
9 años					1	1.29			9	11.68			3	3.89			13	16.88
10 años					1	1.29	1	1.29	9	11.68			2	2.59			12	13.58
11 años									5	6.49			2	2.59			7	9.09
12 años					1	1.29	1	1.29	4	5.19			2	2.59			7	9.09
13 años									6	7.79			2	2.59			8	10.38
Total					2	2.59	5	6.49	2	2.59	50	64.94			22	28.57	77	100

Distribución de a la placa y cálculo según las edades del grupo escolar. Para la Escuela Estatal Zenobia Vergara con relación a la “placa dental” se observó que el 64.94% se ubicó en la escala del 1-2.5, la cual equivale a un “grado moderado de placa dental”, donde los más altos porcentaje se encontraron en los niños de 7 años con un 14.28%, seguido un porcentaje de 11.68 % para los niños de 9 y 10 años respectivamente.

El 28.57 % se ubicó en una escala mayor a 2.5 que equivale a un “grado abundante de placa dental”, obteniendo el mayor porcentaje en los niños 7 de años con un 7.79%. El 6.49% correspondió al “grado leve” de 0.5-1, en placa dental ubicándose el más alto porcentaje en los niños de 7 años con un 2.59% para cada uno de los grupos.

Con relación al “cálculo” 2.59% representado por 2 niños se encontraban en “la escala más baja” (0.0-0.5) es decir estos niños prácticamente poseían una mínima cantidad de cálculo, en “la escala leve” (0.5-1) sólo se encontró 2 niños que representaba un porcentaje de 2.59% la presencia de cálculo en estos niños fue muy reducida, no pudiéndose relacionar con enfermedades periodontales. Se tiene que destacar que los pocos acúmulos sólidos se encontraron en niños de 10, 12 y 13 años, lo cual pudiera indicar que si no se controla la maduración y calcificación de la placa dental estos niños pudieran sufrir en un futuro de enfermedades periodontales.

Tabla LXVIII. Distribución de la muestra según las edades con relación a la placa y cálculo del grupo escolar de la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda. año 2008.

Edad	Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”.																	
	Escala																	
	0.0-0.5 Placa		Cálculo		0.5-1 Placa		Cálculo		1-2.5 Placa		Cálculo		Más de 2.5 Placa		total Placa		Cálculo	
N	%	N	%	N	%	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
7 años				2	2.56		10	12.82			3	3.84			15	19.23		
8 años	1	1.28					10	12.82			1	1.28			12	15.38		
9 años			1	1.28	3	3.84		8	10.25		3	3.84			14	12.82	1	1.28
10 años			1	1.28				12	15.38		3	3.84			15	19.23	1	1.28
11 años	1	1.28	1	1.28			1	1.28	13	16.66		3	3.84		17	21.79	2	2.56

años																	
12 años		1	1.28					2	2.56			3	3.84	5	6.41	1	1.28
Tota	2	2.56	4	5.12	5	6.41	1	1.28	55	70.51		16		78	100	5	6.41
I													20.51				

Distribución de a la placa y cálculo según las edades del grupo escolar. Para la Unidad Educativa “José Rafael Pocatererra con relación a la “placa dental” se observó que el 70.51% se situó en la escala del 1-2.5, la cual equivale a un “grado moderado de placa dental”, ubicándose los más altos porcentajes en los niños de 11 y 10 años con un 16.66% y 15.38 %. El 41.02 % se ubicó en una escala mayor a 2.5 que equivale a un “grado abundante de placa dental” situándose un porcentaje similar de 3.84% para los niños de 7, 9, 10,11 y 12 años

El 6.41% correspondió al “grado leve” (0.5-1) de placa dental ubicándose los más altos porcentajes en los niños de 9 años con un 3.84%

El 2.56% correspondió a “ausencia de materia alba” ubicándose un porcentaje de 1.28% en los niños de 8 y 11 años.

Con relación al “cálculo”, 5.12% representado por 4 niños de 9, 10, 11 y 12 años se encontraron en la escala más baja (0.0-0.5) es decir estos niños prácticamente poseían una mínima cantidad de cálculo; en la escala leve (0.5-1) solo se encontró un niño que representaba un porcentaje de 1.28% a pesar que la presencia de cálculo en estos niños fue muy reducida, no pudiéndose relacionar con enfermedades periodontales. Se tiene que

destacar que los pocos depósitos sólidos, se encontraron en niños de 9, 10,11 y 12 años, lo cual pudiera indicar que si no se controla la maduración y calcificación de la placa dental estos niños pudieran sufrir en un futuro de enfermedades periodontales

Tabla LXIX. Distribución porcentual total de las edades con relación al Índice de Higiene Oral Simplificado de los grupos escolares

Edad	Grupo Escolar									
	IHOS									
	0.0-0.5		0.5-1		1-2.5		Más de 2.5		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
7 años			6	2.13	37	13.16	11	3.91	54	19.21
8 años	1	0.35	1	0.35	28	9.96	9	3.20	39	13.87
9 años			3	1.06	34	12.09	11	3.91	48	17.08
10 años			2	0.71	43	15.30	6	2.13	51	18.14
11 años	1	0.35	2	0.71	30	10.67	5	1.77	38	13.52
12 años			3	1.06	26	9.25	7	2.49	36	12.81
13 años					11	3.91	4	1.42	15	5.33
Total	2	0.71	17	6.04	209	74.37	53	18.86	281	100

Distribución porcentual total de las edades con relación al Índice de Higiene Oral Simplificado de los grupos escolares. se obtuvieron los siguientes resultados:

Para la escala 1-2.5, la cual equivale a un “grado moderado” se observó un 74.37 % el cual correspondió a 209 niños examinados Ubicándose los más altos porcentajes en los niños de 10 y 7 años con un porcentaje de 15.30% y 13.16% representados por 43 y 37 niños respectivamente; el

menor valor se ubicó a los 13 años con un porcentaje de 3.91 % representado por 11 niños.

El 18.86% representado por 53 niños se situó en una escala mayor a 2.5 que equivale a un “grado abundante”, encontrándose el mayor porcentaje 3.91% para los niños de 7 y 9 años, representado por 11 niños; para cada uno el menor porcentaje se ubicó a los 13 años con un porcentaje de 1.42% representado por 4 niños.

El 6.04% representado por 17 niños correspondió a la “escala leve” (0.5-1) ubicándose el más alto porcentaje 2.13% a los niños de 7 años representado por 6 niños y el menor porcentaje a los 8 años con un porcentaje de 0.35% correspondiente a un niño.

En la “escala más baja” (0.0-0.5) se encontró un porcentaje de 0.71% representado por 2 niños ubicándose un 0.35% para los 8 y 11 años, es decir estos niños prácticamente poseían una mínima cantidad de materia alba y cálculo.

El dato más resaltante es la concentración de placa a los 7, 9, 10 años, observándose a los 7 años una concentración moderada y abundante lo cual coincide con la edad en que se observó mayor número de caries en dentición temporal y a los 10 y 9 años una concentración entre moderada y

abundante respectivamente. Este dato coincide con el momento en que inician el recambio dentario los premolares y caninos permanentes, lo que indica la necesidad de control de la placa bacteriana debido a la vulnerabilidad de los dientes que están erupcionando.

Con relación al “cálculo dentario”, en estos niños fue muy reducida, no pudiéndose relacionar con enfermedades periodontales, se tiene que destacar que los pocos depósitos sólidos se encontraron en niños de 10, 11, 12 y 13 años, lo cual pudiera indicar que si no se controla la maduración y calcificación de la placa dental estos niños pudieran sufrir en un futuro de enfermedades periodontales.

Se debe destacar que durante la recolección de los datos para el índice de higiene oral simplificado los niños se movilizaron en pequeños grupos a lo largo de horario de clases, pudiendo aumentar la placa bacteriana después de las horas de merienda o de alimentación de los niños, esta condición permitió apreciar que en ninguno de los planteles educativos es fomentado por parte de los educadores, ni practicado por parte de los niños los hábitos de higiene oral, observándose que el 74.34% presentaba una placa bacteriana moderada en los dientes seleccionados.

Recordemos que en la escuela Menca de Leoni II se le proporciona al niño su desayuno, almuerzo y merienda, en la escuela Zenobia Vergara el

niño trae su desayuno o merienda de su casa sin embargo o se ve en la necesidad de salir de la institución a comprar su merienda debido a que no hay cantina y en cambio en el José Pocaterra se goza de una cantina.

Presencia o ausencia de maloclusiones.

Tabla LXX. Distribución de la muestra según la edad con relación al índice de Maloclusión del los grupos escolares estudiados

Maloclusión	Grupos de Escolares														Total	
	7 años		8 años		9 años		10 años		11 años		12 años		13 años		Nº	%
	Nº	%	N	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Presencia	20	7.11	16	5.69	30	10.67	24	8.54	18	6.40	15	5.33	6	2.13	129	45.90
Ausencia	34	12.09	23	8.18	18	6.40	27	9.60	20	7.11	21	7.47	9	3.20	152	54.09
Total	54	19.21	39	13.87	48	17.08	51	18.14	38	13.52	36	12.81	15	5.33	281	100

Distribución de las maloclusiones por edades. En del presente estudio se apreció que 45.90% de la población infantil presenta evidencia de “mal posiciones dentarias”, mientras el 54.09% “no presentaba esta anomalía”.Entre los que más se destacaron por tener mayores porcentajes tenemos:

Los niños de 9 y 10 años, los cuales presentaron los mayores porcentajes de maloclusiones con un 10.67% (30 niños), un 8.54% (24 niños), y con un 6.40%(18 niños), mientras que el mayor número de niños que no presentaba maloclusiones se encontró a los 7 años con un porcentaje de 12.9% representado por 34 niños

Recordemos que un niño de 9, 10 y 11 presenta en boca los 8 incisivos y sus 4 primeros molares permanentes y esta edad coincide con la erupción de premolares y caninos.

6.-Relación del perfil epidemiológico bucal con los grupos sociales.

Tabla LXXI. Distribución general de la muestra según inserción social de los grupos escolares por edades .Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda año 2008

Edad	Grupo Escolar Grupo Social												Total			
	II		III		IV		V		VII		VIII		IX		Nº	%
	Nº	%	N	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
7 años	10	3.55	19	6.76	18	6.40	5	1.77			1	0.35	1	0.35	54	19.21
8 años	8	2.84	15	5.33	8	2.84	3	1.06	3	1.06	2	0.71			39	13.87
9 años	9	3.20	23	8.18	13	4.62	2	0.71					1	0.35	48	17.08
10 años	7	2.49	27	9.60	7	2.49	6	2.13	3	1.06	1	0.35			51	18.14
11 años	6	2.13	12	4.27	11	3.91	7	2.49			2	0.71			38	13.52
12 años	4	1.42	8	2.84	17	6.04	4	1.42	2	0.71	1	0.35			36	12.81
13 años	4	1.42	5	1.77	5	1.77							1	0.35	15	5.33
Total	48	17.08	109	38.79	79	28.11	27	9.60	8	2.84	7	2.49	3	1.06	281	100

Distribución general de la muestra según inserción social de los grupos escolares por edades. Al clasificar los niños por edades y grupo social encontramos que el mayor grupo de niños examinados tenían 7 años con un 19.21% (54 niños) y al desglosarlo se encontraron los siguientes porcentajes en orden decreciente: grupo social III , IV , II y V con 6.76%, 6.40% , 3.55% y 1.77% respectivamente, mientras que los menores porcentajes se encontraron en los grupos sociales VIII y IX con

0.35% (1 niño), seguido del grupo de niños de 10 años con un porcentaje de 18.14% (51 niños) donde la mayor concentración se encontró en el grupo social III con un 9.60% (27 niños) y la menor en el grupo VII con un porcentaje de 0.35% (1 niño).

El 17.08% representado por un total de 48 niños correspondió al grupo de los 9 años donde la mayor concentración porcentual se ubicó en el grupo social III con un 8.18% (23 niños), seguido de un 4.62% (13 niños) del grupo social IV y el menor porcentaje se ubicó en el grupo social IX con un 0,35% (1 niño)

El grupo de niños de 8 años obtuvo un porcentaje total de 13.87% (39 niños), donde el mayor valor lo obtuvo el grupo social III con un 5.33% (15 niños), mientras que el porcentaje menor se ubicó en el grupo social VIII con un 0.71%. El 13.52% (38 niños) lo obtuvo el grupo de 11 años, encontrándose los mayores porcentajes en los grupos sociales de III y IV con 4.27% representado por 12 niños y 3.91% representado 11 niños, y el menor porcentaje se encontró en el grupo social VIII con un 0.71% representado por dos niños

El grupo de 12 años obtuvo un porcentaje total de 12.81% (36 niños) ubicándose el mayor en el grupo social IV con 6.04% (17 niños) y el menor con un 0.35% (1 niño) en el grupo VIII. El grupo de 13 años obtuvo un

porcentaje total de 5.33% (15 niños) ubicándose los mayores en los grupos sociales III y IV, seguido del II con los siguientes porcentajes: 1.77 (5 niños) para los dos primeros y 1.42% (2 niños) para el tercero; el menor porcentaje se ubicó para el grupo social IX con un 0.35% (1 niño)

Se puede concluir que la muestra estudiada los grupos más representativos son el III y IV, con los porcentajes de 38.79% y 28.11% que conforman entre ambos el 66.90 % de la muestra, teniendo una amplia representación en todas las edades estudiadas, seguido del grupo social II con un porcentaje de 17.08% , el grupo social V obtuvo el 9.60%, los grupos minoritarios fueron VII, VIII y IX los cuales obtuvieron un porcentaje de 2.84%, 2.49% y 1.03% correspondiendo para ellos el 6.36% de la muestra total.

Inserción social con relación al ceo del grupo escolar

Tabla LXXII. Distribución de la muestra según inserción social con relación al ceo del grupo escolar de la Escuela Nacional Menca de Leoni II . Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008

ceo	Grupo Escolar Menca de Leoni II														Total	
	II		III		IV		V		VII		VIII		IX		Nº	%
	Nº	%	N	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
0	2	1.59	13	10.31	10	7.94	1	0.79	1	0.79					27	21.42
De 1 a 3	7	5.55	12	9.52	10	7.94	2	1.59	2	1.59	1	0.79			34	26.98
De 4 a 6	7	5.55	10	7.93	5	3.96					1	0.79			23	18.25
7 a más	1	0.79	5	3.96			1	0.79					1	0.79	8	6.34
NP	6	4.76	12	9.52	12	9.52	1	0.79	2	1.59			1	0.79	34	26.98
Total	23	18.25	52	41.26	37	29.36	5	3.96	5	3.96	2	1.58	2	1.58	126	100

Distribución general de la muestra según inserción social de los grupos escolares por edades. Recordemos que de un total de 126 niños examinados, el 26.98% representando por 34 niños no poseían dentición temporal, mientras que el 72,99% representado por 92 niños poseían dientes temporales.

Al revisar los porcentajes por grupo social encontramos que del 21.42% representado por 27 niños en edades comprendidas entre 7 años y 12 años no presentaban lesiones por caries en su dentición temporal, donde las mayores representaciones porcentuales se encuentran en los grupos sociales III y IV con un porcentaje de 10.31% y 7.94% es decir representado por 13 y 10 niños; los demás grupos sociales obtuvieron porcentaje menores como 1.59% para el grupo II (2 niños) y los grupos V y VII, solo obtuvieron 0.79% (1 niño) para cada uno.

Por otra parte se encontró que el 51.58% representado por 65 niños presentaban caries en su dentición temporal, distribuyéndose de la siguiente forma:

El 26.98% (34 niños) presentaban de 1 a 3 caries en dentición temporal, ubicándose los mayores porcentajes en el grupo social III con un 9.52%, seguido de un 7.94% para el grupo social IV y un 5.55% para el grupo II, los menores porcentaje lo obtuvieron el grupo social V y VII con un 1.59% y el grupo social VIII con un 0.79%

El 18.25% (23 niños) presentaban de 4 a 6 caries en dentición temporal, situándose los mayores porcentajes en el grupo social III y II con un porcentaje de 7.93% y 5.55%, de un 3.96% para el grupo IV y el menor porcentaje 0.79% para el grupo VIII.

El 6.34% (8 niños) presentaban de 7 o más de caries, encontrando el mayor porcentaje se ubicó en el grupo social III con un porcentaje de 3.96% representado por 5 niños, mientras que los menores porcentajes se situaron en los grupos sociales II, V y IX con un porcentaje de 0.79% para cada uno.

Tabla LXXIII. Distribución porcentual según inserción social con relación al ceo del grupo escolar de la Escuela Nacional Menca de Leoni II. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008

ceo	Grupo escolar Menca de Leoni II														Total	
	Grupo Social														Nº	%
	II		III		IV		V		VII		VIII		IX			
	Nº	%	N	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
No afectados	2	2.17	13	14.13	10	10.86	1	1.0	1	1.0					27	29.34
afectados	15	16.30	27	29.34	15	16.30	3	3.2	2	2.1	2	2.1	1	1.0	65	70.65
Total	17	18.47	40	43.47	25	27.17	4	4.3	3	3.2	2	2.1	1	1.0	92	100
							4		6		7		8			

Inserción social con relación al ceo del grupo escolar de la Escuela Nacional Menca de Leoni II. Al detallar los porcentajes por grupo social podemos distinguir, que los grupos más afectados de mayor a menor fueron:

El grupo social II, con un porcentaje total de 18.47 (17 niños), el 16.30% (15 niños) presentaba caries. El grupo social III, con un porcentaje total de 43.47% (40 niños), el 29.34% (27 niños) presentaba caries.

El grupo social IV, con un porcentaje total de 27.17% (25 niños), el 16.30% (15 niños) presentaba caries. El grupo V con un total de 4.34% (4 niños), el 3.26% (3 niños) presentaban caries.

El grupo VII de un total de 3.26%,(3niños), presentaba caries el 2.17%(2 niños). El grupo VIII de un total de 2.17%,(2niños), los dos niños presentaban caries y el grupo IX de un porcentaje total de 1.08 % el cual correspondió a un niño con caries.

Estos datos nos demuestran que el 70,65% (65 niños) por lo menos presentaba una caries en boca, donde el grupo social II fue el más afectados en relación a proporción de número de niños con caries, no siendo así en relación a número de dientes afectados por cada niño, ocupando el segundo lugar, donde se destacó el grupo III mostrándose éste como el segundo en cuanto a proporción de niños afectados por caries.

El grupo IV ocupó el tercer lugar en cuanto a niños con presencia de caries y en relación a número de dientes afectados

El grupo V, VII, VIII y IX fueron grupos minoritarios sin embargo se puede apreciar que la mayoría de los niños que integran estos grupos presentan caries, donde el grupo V presentó mayor número de dientes temporales con caries.

Tabla LXXIV. Distribución de la muestra según inserción social con relación al ceo del grupo escolar de la Escuela Estatal Zenobia Vergara. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008

ceo	Grupo Social												Total	
	II		III		IV		VII		VIII		IX		Nº	%
	Nº	%	N	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
0	3	3.89	3	3.89	9	11.68							15	19.48
De 1 a 3	4	5.19	9	11.68	8	10.38			1	1.29	1	1.29	23	29.87
De 4 a 6	2	2.59	3	3.89	7	9.09			1	1.29			13	16.88
7 a más	2	2.59	2	2.59	1	1.29	1	1.29					6	7.79
NP	3	10.38	4	5.19	11	14.28			2	2.59			20	25.97
Total	14	18.18	21	27.27	36	46.75	1	1.29	4	5.19	1	1.29	77	100

Inserción social con relación al ceo del grupo escolar de la Escuela Estatal Zenobia Vergara de un total de 77 niños de ambos sexos examinados, el 25.97% representado por 20 niños no presentaban dentición temporal, mientras que el 74.02% representado por 57 niños presentaban dentición temporal. Al revisar los porcentajes encontramos que el 19.48% representados por 15 niños no presentaban caries en su dentición temporal.

El 29.87% (23 niños) presentaban de 1 a 3 caries en dentición temporal, ubicándose el mayor porcentaje a los grupos sociales III, IV con un porcentaje de 11.68% y 10.38% seguido de un porcentaje de 5.19% del grupo II; los menores porcentajes correspondieron al grupo social VIII y IX con un 1.29% para cada uno. El 16.88% (13 niños) presentaban de 4 a 6

caries en dentición temporal, situándose el mayor porcentaje en el grupo social IV con un 9.09%, y el menor porcentaje de 1.29% para el grupo social VIII.

El 7.79% (6 niños) presentaban de 7 o más de caries, encontrando una distribución pareja entre los grupos sociales II y III con un porcentaje de 2.59% y para los grupos sociales IV y VIII con un porcentaje de 1.29% para cada uno.

Tabla LXXV. Distribución porcentual según inserción social con relación al ceo del grupo escolar de la Escuela Estatal Zenobia Vergara. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda.2008

ceo	Grupo Social										Total			
	II		III		IV		VII		VIII		IX		Nº	%
	Nº	%	N	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
No afectado	3	5.26	3	5.26	9	15.78							15	26.31
afectado	8	14.03	14	24.56	16	28.07	1	1.75	2	3.50	1	1.75	42	73.68
Total	11	19.29	17	29.82	25	43.85	1	1.75	2	3.50	1	1.75	57	100

Al detallar los porcentajes por grupo social podemos distinguir, que los grupos más afectados de mayor a menor fueron:

El grupo social II, con un porcentaje total de 19.29% (11 niños), el 14.03% (8 niños) presentaba caries. Mientras que grupo social III, con un porcentaje total de 29.82% (17niños), el 24.56% (14 niños) presentaba caries.

El grupo social IV, con un porcentaje total de 48.85% (25 niños), el 28.07% (16 niños) presentaba caries y el grupo VII de un total 1,75%,(1 niño), el cual presentaba caries El grupo VIII de un total de 3.50%, (2 niños), ambos niños presentaban caries y el grupo IX de un porcentaje total de 1.75% el cual correspondió a un niño con caries.

Es indiscutible que las proporciones de los grupos sociales varía de acuerdo a la ubicación del plantel escolar, en este caso el grupo social más representativo fue el grupo IV, el grupo social V no se encontró en este plantel, lo cual es lógico debido a la ubicación y condiciones económicas de las personas que habitan cerca de la institución educativa.

Encontrándose que solo el 73.68% de los niños presentaban por lo menos una caries, en donde el grupo social II presentó mayor número de dientes afectados por niño, seguido del grupo III y IV, mientras que los grupos minoritarios fueron VII, VIII y IX; sin embargo se puede apreciar que la mayoría de los niños que integran estos grupos presentan caries.

Tabla LXXVI. . Distribución de la muestra según inserción social con relación al ceo del grupo escolar de la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008

ceo	Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”.												Total	
	Grupo Social													
	II		III		IV		V		VII		VIII		N°	
	N°	%	N	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
0	5	6.41	14	17.94	3	3.84	8	10.25	2	2.56			32	41.02
De 1 a 3	3	3.84	10	12.82	2	2.56	6	7.69					21	26.92

De 4 a 6	1	1.28	3	3.84	1	1.28	1	1,28				6	7.69	
7 a más			2	2.56			1	1,28				3	3.84	
NP	2	2.56	7	8.97			6	7.69		1	1,28	16	20.51	
Total	11	14.10	36	46.15	6	7.69	22	28.20	2	2.56	1	1.28	78	100

Distribución de la muestra según inserción social con relación al ceo del grupo escolar de la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra.”

Con un total de 78 niños de ambos sexos examinados, el 20.51% representado por 16 niños no presentaban dentición temporal, mientras que el 79.47% representado por 62 niños presentaban dentición temporal.

Al revisar los porcentajes encontramos que el 41.02% representados por 32 niños en edades comprendas entre 7 años y 12 años no presentaban caries en su dentición temporal. El 26.92% (21 niños) presentaban de 1 a 3 caries en dentición temporal, ubicándose el mayor porcentaje en el grupo social III y V con los porcentajes de 12.82% y 7.69%, mientras que el menor porcentaje se ubicó en el grupo social IV con un 2.56%.

El 7.69 % (6 niños) presentaban de 4 a 6 caries en dentición temporal, situándose el mayor porcentaje en el grupo social III con un 3.82% y el menor porcentaje correspondió para los grupos II, IV y V con un porcentaje de 1.28% y un 3.84 % (3 niños) presentaban de 7 o más de caries, los porcentajes fueron bajos encontrándose en el grupo social III y V con un 2.56% (2 niños) y un 1.28% (1niño).

Tabla LXXVII. Distribución porcentual según inserción social con relación al ceo del grupo escolar de la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, año 2008 Estado Miranda

ceo	Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”.										Total	
	Grupo Social											
	II		III		IV		V		VII		Nº	%
	Nº	%	N	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No afectado	5	8.06	14	22.58	3	4.83	8	12.90	2	3.22	32	51.61
afectado	4	6.45	15	24.19	3	4.83	8	12.90			30	48.38
Total	9	14.51	29	46.77	6	9.67	16	25.80	2	3.22	62	100

Al detallar los porcentajes por dientes afectados por caries en relación al grupo social podemos observar que 51.61% no tenía caries y el 48.38% presentaba experiencia cariosa, los grupos más afectados de mayor a menor fueron:

El grupo social III, con un porcentaje total de 46.77% (29 niños), el 24.19% (15 niños) presentaba caries. El grupo social IV, con un total de 9.67% (6 niños), el 4.83% (3 niños) presentaba caries.

El grupo social V, con un porcentaje total de 25.80 % (16 niños), el 12.90% (8 niños) presentaba caries, mientras que el grupo II de un total de 14.51%, (9 niños), 6.45% (4 niños) presentaba caries y el grupo VII de un total 1,75%, (1 niño), el cual presentaba caries.

Es indiscutible que las proporciones de los grupos sociales varían de acuerdo a la ubicación del plantel escolar ya que por lo general es frecuente que los representantes inscriban a sus hijos en planteles educativos cercanos a su residencia, lo cual dependerá del ingreso familiar y tipo de institución educativa. En este caso el grupo social más representativo fue el grupo III y el grupo social V, seguido del grupo social II mientras que los grupos IV, VII y VIII fueron los grupos minoritarios debido a la condición privada de la institución educativa.

Los porcentajes obtenidos la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra” pudimos apreciar que el número de dientes afectados por caries fue menor en todos los grupos presentes en esta unidad educativa, lo cual hace pensar que los grupos familiares que tienen a sus hijos en este tipo de plantel le dan más importancia al cuidado de los dientes. Otro hecho que llama la atención fue la particularidad que de un total de 78 niños, 62 niños presentaban dentición temporal lo que reafirma que la mayoría de los niños termina la primaria antes de cumplir los 12 años, lo que demuestra que las actuaciones dependerán también de las relaciones sociales entre grupos, cuando tienen por ejemplo una misma finalidad como es la educación de sus hijos, demostrando el valor que se le da a la educación de los niños.

Los resultados demostraron que los grupos con mayor número de niños afectados por la enfermedad fueron III, IV y V, donde se observó un

porcentaje cercano a la mitad; sólo el grupo III estuvo por encima, donde el grupo V tuvo un comportamiento similar a los otros grupos, a pesar de que se le considera en esta clasificación el grupo con mejores condiciones de vida, seguido del grupo II.

Tabla LXXVIII. Distribución porcentual general según inserción social con relación al ceo en todas las unidades educativas.

ceo	Grupo Escolar general														Total	
	Grupo Social														Nº	%
II		III		IV		V		VII		VIII		IX				
Nº	%	N	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
0	10	4.73	30	14.21	22	10.42	9	4.26	3	1.42				74	35.07	
De 1 a 3	14	6.63	31	14.69	20	9.47	8	3.79	2	0.94	2	0.94	1	0.47	78	36.96
De 4 a 6	10	4.73	16	7.58	13	6.16	1	0.47			2	0.94			42	19.90
7 a más	3	1.42	9	4.26	1	0.47	2	0.94	1	0.47			1	0.47	17	8.05
Total	37	17.53	86	40.75	56	26.54	20	9.47	6	2.84	4	1.89	2	0.94	211	100

Distribución porcentual general según inserción social con relación al ceo. Teniendo presente que de un total de 281 niños estudiados, solo 211 niños tenían dentición temporal en donde el 35.07% (74 niños) no presentaban experiencia cariosa en su dentición temporal, mientras que el 64.92% sí presenta dientes afectados por la enfermedad. En la distribución general por grupo sociales por número de dientes y de niños observamos:

El 36.96 (78 niños) presentaban de 1 a 3 caries en dentición temporal, ubicándose el mayor porcentaje en el grupo social III y IV con los porcentajes de 14.69 % (31 niños) y 9.47% (20 niños) % mientras que el menor porcentaje se ubicó en el grupo social IX con un 0.47% (1 niño).

El 19.90% (42 niños) presentaban de 4 a 6 caries en dentición temporal, situándose el mayor porcentaje en el grupo social III y IV con un 7.58 % (16 niños) y 6.16% (13 niños) el menor porcentaje correspondió al grupo V con un porcentaje de 0.47%(1 niño).

El 8.05% (17 niños) presentaban de 7 o más de caries, el porcentaje mayor correspondió para el grupo social III y el menor 0.47% (1 niño) para los grupos IV, VII y IX .

Al detallar los porcentajes por grupo social los más afectados de mayor a menor fueron:

El grupo social II, con un porcentaje total de 17.53% (37 niños), el 12.79% (27 niños) presentaba caries. El grupo III de un total de 40.75% (86 niños), 26.54% (56 niños) presentaban caries.

El grupo social IV, con un porcentaje total de 26.54% (56 niños), el 17.06% (36 niños) presentaba caries.El grupo social V, con un porcentaje total de 9.47% (20 niños), el 5.21% (11 niños) presentaba caries.

Los grupos VII, VIII y IX en donde se observó un porcentaje de 1.42%(3 niños), 1.89%(4 niños) y 0.94% (2 niños) respectivamente, que por su condición de ser grupos minoritarios no pueden tomarse como representativos.

Al detallar los porcentajes por cada grupo observamos que los niños más afectados por la enfermedad son los niños grupo social II con un 73%, demostrando que sus condiciones de vida ha afectado de manera significativa su salud.

En relación el grupo social III con un 63% y al grupo social IV con un 61%, al comparar ambos valores se hace evidente que la diferencia entre ellos no es marcada lo que hace pensar un deterioro en el estilo de vida del grupo III, el cual ha afectado la salud bucal de los niños en su dentición temporal, mientras que la clase social IV considerada por sus características de gran fragilidad social ha mejorado sus condiciones de vida manifestándose en la proporción de dientes afectados llegando a obtener un valor menor a la obtenida por el grupo social III.

El grupo social V se encontró en menor proporción si lo comparamos con los grupos sociales II, III y IV, tal vez la razón se deba a la condición de ciudad dormitorio en que se encuentra Guarenas que al no poder ofrecer suficiente fuente de trabajo calificada ha causado un desplazamiento de este grupo social, lo que puede haberle traído como consecuencia la necesidad de inscribir a sus hijos en instituciones escolares cerca de sus trabajos para su comodidad y control de su representado. El grupo social V presentó un porcentaje de un 55% lo que demuestra que más de la mitad de

los niños clasificados dentro del grupo, se encuentran afectados por la enfermedad, circunstancia contradictoria si tomamos encuentra las características que lo distingue de los grupos anteriores, haciendo pensar que el motivo se deba a factores relacionados con el consumo ampliado que afecta a los jefe de familia y a los niños, como sería el estrés, falta de tiempo para controlar hábitos de higiene, control de ingesta de chucherías, a pesar que los representantes posean el conocimiento de la importancia de los dientes

En el grupo social VII se encontró que el 50% de los niños que lo conforman presentaban caries mientras que para los grupos VIII y IX se observo que todos los niños presentaban caries, estos grupos son minoritarios y por su condición no pueden tomarse como representativos, los cuales están constituidos por los jefe de familia que se encuentran jubilados, desempleados o los que realizan dos actividades económicas.

Inserción social con relación al CPOD del grupo escolar

Tabla LXXIX. Distribución de la muestra según inserción social con relación al CPOD del grupo escolar de la Escuela Nacional Menca de Leoni II. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008

CPOD	Grupo Escolar Menca de Leoni II												Total			
	Grupo Social															
	II		III		IV		V		VII		VIII		IX		N°	
	N°		N		N°		N°		N°		N°		N°			
0	8	6.34	27	21.42	23	18.25	3	2.38	4	3.17					65	51.58
1 a 3	12	9.52	19	15.7	12	9.52					2	1.58	1	0.79	46	36.51
4 a 6	3	2.38	5	3.56	2	1.58	2	1.58	1	0.79			1	0.79	14	11.11
7 ó			1	0.79											1	0.79

mas																		
Total	23	28.25	52	41.26	37	29.36	5	3.96	5	3.96	2	1.58	2	1.58	126	100		

Inserción social con relación al CPOD del grupo escolar de la Escuela Nacional Menca de Leoni II. En la descripción del ataque de la caries a los dientes permanentes por grupos sociales se realizó por planteles para luego describirlos de manera general como se hizo en la dentición temporal, obteniendo los siguientes resultados, de un total de 126 niños en edades comprendidas entre 7 años y 13 años para Menca de Leoni II todos poseían dientes permanentes.

Al revisar los porcentajes observamos que del 51.58 % representado por 65 niños no presentaban caries en dientes permanentes, pertenecientes a niños de los grupos sociales II, III, IV, V y VII, donde los porcentajes más altos se observaron en los grupos sociales III con un 21.42% (27 niños) y IV con un 18.25% (23 niños), mientras que un 48.41% representado por 61 niños presentaba caries en su dentición permanente, los cuales tenían representación en todos los grupos sociales estudiados, distribuyéndose de la siguiente forma:

El 36.51% (46 niños) presentaban de 1 a 3 caries en dentición permanente, ubicándose los mayores porcentajes en el grupo social III con un 15.7% (19 niños), seguido por los grupos sociales II y IV con un 9.52% (12 niños) para cada uno. El 11.11% (14 niños) presentaban de 4 a 6 caries en dentición permanente, situándose los mayores porcentajes en el grupo

social III con un 3.56% (5 niños) seguido por un porcentaje del grupo II con un 2.38% (3 niños), donde el menor porcentaje se observó en el grupo VII con un 0.79% (1 niño). El 0.79% que correspondió a 7 caries o más lo obtuvo un representado del grupo social III.

Al detallar los porcentajes por grupo social podemos distinguir que los grupos más afectados de mayor a menor fueron:

El grupo social II, con un porcentaje total de 28.25% (23 niños), el 11.90% (15 niños) presentaba caries.

El grupo social III, con un porcentaje total de 41.26% (52 niños), el 20.05 % (25 niños) presentaba caries. Seguido del grupo social IV, con un porcentaje total de 29.66% (37 niños), el 11.10 % (14 niños) presentaba caries. El grupo V con un total de 3.96% (5 niños), el 1.28% (2 niños) presentaban caries.

Los grupos VII de un total de 3.96% (5 niños), presentaba caries el 0.79% (1 niño). Los grupos VIII y IX de un porcentaje total de 1.58% (2 niños) para cada uno 1.58% presentaba caries.

En relación a los dientes permanentes, menos de la mitad es decir el 48,42% de la población estudiantil de Menca de Leoni II presenta caries en sus dientes permanentes, observándose que una proporción importante de niños de todos los grupos sociales presentaban una relación de 1 a 3 caries

en boca, solo un niño del grupo social III presento más de 7 caries en boca, destacándose el grupo social II sobre los demás grupos.

Tabla LXXX. Distribución de la muestra según inserción social con relación al CPOD del grupo escolar de la Escuela Estatal Zenobia Vergara. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008

CPOD	Escuela Estatal Zenobia Vergara.											Total		
	Grupo Social											Nº	%	
	II		III		IV		VII		VIII		IX			
	Nº		N		Nº		Nº		Nº		Nº			
0	9	11.68	15	19.48	23	29.87			1	1.29			48	62.33
1 a 3	3	3.89	4	5.19	8	10.38	1	1.29	3	3.89	1	1.29	20	25.97
4 a 6	1	1.29	2	2.59	4	5.19							7	9.09
7 ó mas	1	1.29			1	1.29							2	2.59
Total	14	18.18	21	27.27	36	46.75	1	1.29	4	5.19	1	1.29	77	100

Inserción social con relación al CPOD del grupo escolar de la Escuela Estatal Zenobia Vergara. Al revisar los porcentajes la Escuela Estatal Zenobia Vergara observamos que un total de 77 niños examinados todos poseían dientes permanentes.

Encontrando que un 62.33% representado por 48 niños en edades comprendidas entre 7 años y 13 años no presentaban lesiones por caries en su dentición permanente encontrándose el mayor porcentaje en el grupo IV con un 29.87% (23 niños) seguido un 19.48% (15 niños) del grupo social III, encontrando que el 37.65% representado por 29 niños presentaba caries en su dentición permanente, distribuyéndose de la siguiente forma:

El 25.97% (20 niños) presentaban de 1 a 3 caries en dentición permanente, ubicándose el mayor porcentaje en el grupo social IV con un

10.38%, seguido de un 5.19% (4 niños) del grupo II, el menor porcentaje lo obtuvieron los grupos sociales VII y IX con un 1.29% (1 niño) para cada uno.

El 9.09% (7 niños) presentaban de 4 a 6 caries en dentición permanente, ubicándose el mayor porcentaje en el grupo social IV con un porcentaje de 5.19% (4 niños) y el menor porcentaje de 1.29% (1 niño) para el grupo social II.

El 2.59% (dos niños) que presentaba de 7 o más de caries en su dentición permanente con un porcentaje de 1.29% (1 niño) para cada uno de los grupos sociales II y IV.

Al detallar los porcentajes por grupo social podemos distinguir que los grupos más afectados de mayor a menor fueron:

El grupo social II, con un porcentaje total de 18.18% (14 niños), el 6.49% (5 niños) presentaba caries.

El grupo social III, con un porcentaje total de 27.27% (21 niños), el 7.79% (6 niños) presentaba caries.

El grupo social IV, con un porcentaje total de 46.75% (36 niños), el 16.88% (13 niños) presentaba caries.

Los grupos VIII de un total de 5.19% (4 niños), presentaban caries, el 3.89 %.(3 niños)

Los grupos VII y IX de un porcentaje total de 1.29% (1 niño) presentaba caries.

En relación a la proporción de caries en la población estudiantil del Zenobia Vergara se halló que el 37.65% presentó caries en sus dientes permanentes, destacándose la mayor concentración de 1 a 3 caries en boca en los niños de todos los grupos sociales; solo 2 niños presentaron más de 7 caries en boca pertenecientes uno al grupo II y el otro al grupo IV, al igual que en Menca de Leoni II el grupo social II fue el más afectado por la caries.

Tabla LXXXI.. Distribución de la muestra según inserción social con relación al CPOD del grupo escolar de la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”. Distrito Sanitario N°3.Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008

CPOD	Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”.												Total	
	Grupo Social												Nº	%
	II		III		IV		V		VII		VIII			
	Nº	%	N	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0	6	7.79	27	35.86	5	6.49	14	18.18					52	67.66
1 a 3	5	6.49	7	9.09	1	1.49	8	10.38	2	2.59	1	1.29	24	31.16
4 a 6			1	1.29									1	1.29
7 ó más														
Total	11	14.28	35	45.45	6	7.79	22	28.57	2	2.59	1	1.29	77	100

Distribución de la muestra según inserción social con relación al CPOD. En la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra” presenta un total de 78 niños de ambos sexos examinados y de edades comprendidas de 7 a 12 años, el 1.28% representado por 1 niño no presentaba dentición permanente, mientras que el 98.7% representado por 77 niños presentaban dientes permanentes.

Al revisar los porcentajes encontramos que el 67.66% representados por 52 niños, no presentaban caries en su dentición permanente donde se encontraron representantes de los grupos sociales II, III, IV y V, mientras 31.46% representados por 25 niños poseía dientes permanentes afectados con caries.

La distribución de los dientes con experiencia cariosa se presentó de la siguiente forma:

El 31.16% (24 niños) presentaban de 1 a 3 caries en dentición permanente, ubicándose los mayores porcentajes en los grupos sociales V, III y II con un porcentaje de 10.38% (8 niños), 9.09% (7 niños) y 6.49 (5 niños). Los menores porcentajes se ubicaron en el grupo social VII con un porcentaje 2.59% (2 niños), IV y VIII presentaron un 1.29% (1 niño) para cada uno.

El 1.29% (1 niño) presentaban de 4 a 6 caries en dentición permanente, se situó en el grupo social III. No se observaron niños con 7 o más de caries.

Al detallar los porcentajes por grupo social podemos distinguir que los grupos más afectados de mayor a menor fueron:

El grupo social II, con un porcentaje total de 14.28% (11 niños), el 6.49% (5 niños) presentaba caries.

El grupo social V, con un porcentaje total de 28.57% (22 niños), el 10.38% (8 niños) presentaba caries

El grupo social III, con un porcentaje total de 45.45% (35 niños), el 10.38% (8 niños) presentaba caries

Los grupos IV de un total de 7.79%,(6 niños), presentaba caries el 1.49% (1 niño)

Los grupos VII y VII de un porcentaje total de 2.59% (2 niños) y 1.29% (1 niño) todos presentaban caries.

En relación a la proporción de caries en la población estudiantil del “José Rafael Pocaterra” se halló que el 31.46% presentó caries en sus dientes permanentes, destacándose la mayor concentración de 1 a 3 caries en boca en los niños de todos los grupos sociales; solo 1 niños presentó de 4 a 6 caries en boca perteneciente al grupo III y los grupos sociales más afectados por la caries fueron el II y el V.

Tabla LXXXII. Distribución porcentual general según inserción social con relación al CPOD de los grupos escolares

CPOD	Grupo Escolar												Total			
	II		III		IV		V		VII		VIII		IX		Nº	%
Grupo Social	Nº	%	N	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
0	23	8.21	69	24.64	51	18.21	17	6.07	4	1.42	2	0.71			16	59.2
1 a 3	20	7.14	30	10.71	21	7.50	8	2.85	3	1.07	5	1.78	2	0.71	89	31.7
4 a 6	4	1.42	8	2.85	6	2.14	2	0.71	1	0.35			1	0.35	22	7.85
7 ó mas	1	0.35	1	0.35	1	0.35									3	1.07
Total	48	17.14	108	38.57	79	28.21	27	9.64	8	2.85	7	2.50	3	1.07	280	100

Distribución porcentual general según inserción social con relación al CPOD Teniendo presente que de un total de 281 niños estudiados, solo 280 niños tenían dentición permanente, en donde el 59.28% (166 niños) no presentaban experiencia cariosa en su dentición permanente, mientras 40.71% (144 niños) si presenta dientes afectados por la enfermedad. En la distribución general por grupos sociales por número de dientes y de niños observamos:

El 31.78 (89 niños) presentaban de 1 a 3 caries en dentición permanente es decir el 62% presenta por lo menos un diente afectado, ubicándose el mayor porcentaje en los grupos sociales III, IV y II con los porcentajes de 10.71% (30 niños) ,7.50% (21 niños) y 7.14% (20 niños), mientras que el menor porcentaje se ubicó en el grupo social IX con un 0.71% (2 niños).

El 7.85% (22 niños) presentaban de 4 a 6 caries en dentición permanente, situándose el mayor porcentaje en los grupos sociales III, IV y II con un 2.85% (8 niños), 2.14% (6 niños) y 1.42% (4 niños), el menor porcentaje correspondió a los grupos VI y IX con un porcentaje de 0.35% (1 niño) para cada uno.

El 1.7% (3 niños) presentaban de 7 o más de caries, para los grupos sociales II, III y IV con un niño respectivamente.

Al detallar los porcentajes por grupo social los más afectados de mayor a menor fueron:

El grupo social II, con un porcentaje total de 17.14% (48 niños), el 9% (25 niños) presentaba caries, es decir el 52% del grupo.

El grupo social V, con un porcentaje total de 9.64% (27 niños), el 3.57% (10 niños) presentaba caries es decir el 37.03% del grupo y el grupo social

III, con un porcentaje total de 38.57% (108 niños), donde el 13.92% (39 niños) presentaba caries es decir el 35.77% del grupo.

El grupo IV de un total de 28.21% (79 niños), en donde el 10% (28 niños) presentaban caries es decir el 35.44 % del grupo.

El grupo VII, en donde se observó un porcentaje de 2.85% (8 niños) donde la mitad de los niños presentaron caries, el grupo VIII con un porcentaje de 2.50% (7 niños) donde más del 70% presentó caries, representado por 5 niños y el grupo IX con un porcentaje total de 1.07 (3 niños) donde todos los niños presentaron caries.

Se puede decir que la presencia de caries en dientes permanentes ha mejorado debido a que menos de la mitad de la población estudiantil presentó la enfermedad, sin embargo se debe tener en cuenta que esta condición se pudo ver afectada en primer lugar por el rango de edades estudiado (7años a 13 años) y en segundo lugar es alrededor de los 12 años cuando termina el recambio dentario, lo que indica la ausencia de algunos dientes permanentes o su proceso de erupción.

Pero al detallar los porcentajes por cada grupo se puede apreciar que los niños más afectados por la enfermedad fueron los del grupo II donde se observó que más de la mitad del grupo presentaba caries en su dentición permanente. El segundo porcentaje más importante lo obtuvo el grupo

social V a pesar que su representación fue inferior si lo comparamos con los grupos sociales II, III y IV; presentó un porcentaje de un 37% lo cual demuestra que la salud de los niños de este grupo está bastante comprometida a pesar que por las características del grupo se pensó que ésta debería ser mejor, lo que hace suponer en el deterioro de su consumo básico y ampliado, como serían alimentación, el estrés, falta de tiempo para controlar hábitos de higiene, control de ingesta de chucherías, a pesar que los representantes posean el conocimiento de los dientes

Los grupos sociales VII, VIII y IX son minoritarios y por su condición no pueden tomarse como representativos, los cuales están constituidos por los jefe de familia que se encuentran jubilados, desempleados o los que realizan dos actividades económicas.

Condición del los dientes temporales

Tabla LXXXIII. Distribución de la muestra según inserción social con relación a la condición del los dientes temporales de los escolares Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008

Grupo social	Dientes Temporales											
	c	%	o	%	ei	%	s	%	afectados	%	presentes	%
II	66	17.14	16	4.15	15	3.89	288	74.80	97	25.19	385	100
III	152	18.51	52	6.33	16	1.94	601	73.20	220	26.79	821	100
IV	85	16.47	17	3.29	9	1.74	405	78.48	111	21.51	516	100
V	25	11.84	4	1.89	7	3.31	175	82.93	36	17.06	211	100
VII	10	20.40	0	0	2	4.08	37	75.51	12	24.48	49	100
VIII	10	25.00	3	7.5	3	7.5	24	60.00	16	40.00	40	100
IX	3	13.04	3	13.04	3	13.04	14	60.86	9	39.13	23	100
Total	351	17.16	95	4.64	55	2.68	1544	75.50	501	24.49	2045	100

Condiciones de los dientes temporales de los niños según el grupo social a que pertenece. Teniendo presente que solo 211 niños poseían dientes temporales, donde el 64.95% presentaban caries en su dentición temporal. Pasaremos a describir los porcentajes obtenidos por grupos sociales de mayor a menor:

Para los niños del grupo social III se examinaron un total de 821 dientes temporales, encontrándose un 26.79 % (220 dientes) se encuentran afectados por la enfermedad, donde el 18,51% (152 dientes) presentaba caries, un 6.33% (252 dientes) obturaciones y un 1.94% (16 dientes) para extracción indicada

En los niños de grupo social II examinaron un total 385 dientes temporales, encontrándose un 25.19% (97 dientes) con experiencia cariosa, en donde el 17.14% (66 dientes) presentaban caries, un 4.15% (16 dientes) se encontraban obturados, mientras que el 3.98% (15 dientes) presentaban extracción indicada.

Para los niños del grupo social IV se examinaron un total de 516 dientes temporales, encontrándose un 21.51 % dientes afectados representado por 111 dientes, hallándose un porcentaje de 16.47% (85 dientes) con caries, 3.29% representado por 17 dientes obturados y 1.74 % representado por 9 dientes para extracción indicada.

En el grupo social V se examinaron un total 211 dientes temporales encontrándose un 17.06% (111dientes) presentaban experiencia cariosa, correspondiendo a un 11.84% (25 dientes) con caries, mientras que el 1,89% (4 dientes) presentaba obturaciones y un 3.31% (7 dientes) tenía extracción indicada.

En los niños del grupo social VII examinaron un total de 49 dientes temporales, observándose un 24.48% de dientes afectados representados por 12 dientes, en donde el 20.40% (10 dientes) presentaba caries y el 4.08% (2 dientes) tenía extracción indicada.

En el grupo social VIII se examinaron un total 40 dientes temporales encontrándose un 40.00% (16 dientes) presentaban experiencia cariosa, correspondiendo a un 25.00% (10 dientes) con caries, mientras que el 7.5% (3 dientes) presentaba obturaciones y un 7.5 % (3 dientes) tenía extracción indicada.

En los niños del grupo social IX se examinaron un total de 23 dientes temporales, observándose un 39.13% de dientes afectados representados por 9 dientes, en donde el 13.04 % (3 dientes) presentaba caries, un 13.04 % (3 dientes) presentaban obturaciones y 13.04% (3 dientes) tenía extracción indicada.

Si bien es cierto que los niños del grupo III son los que poseen mayor número de dientes temporales afectados (220 dientes con experiencia cariosa ya sea por destrucción parcial o total), son los que poseen mayor número de dientes con obturaciones es decir tratamiento aplicado, seguido del grupo II y IV.

A pesar de que el grupo social V teóricamente debería presentar mayor grado de salud bucal, debido a sus condiciones de vida, se observó que obtuvo un cuarto lugar al compararse con los tres anteriores, presentando que de un total de 36 dientes enfermos solo 4 dientes se encontraban obturados, lo cual nos indica la necesidad de tratamiento odontológico aplicado a los dientes temporales.

Las proporciones observadas para los grupos sociales VII, VIII y IX fueron mayores lo cual es lógico debido a que el número de niños examinados fue menor, sin embargo los grupos VIII y IX presentan un comportamiento similar a los tres primeros grupos, el grupo VII no se observaron dientes obturados, tal vez sea consecuencia a la condición actual del jefe de familia.

Condición de los dientes permanentes

Tabla LXXXIV. Distribución de la muestra según inserción social con relación a la condición de los dientes permanentes de los escolares Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008

Grupo social	Dientes Permanentes													
	C	%	O	%	E	%	EI	%	Afectados	%	S	%	Presentes	%
II	40	5.15	16	2.06	4	0.51	0	0	60	7.73	716	92.26	776	100
III	67	3.75	27	1.51	2	0.1	5	0.27	101	5.65	1685	94.34	1786	100
IV	50	3.61	14	1.01	4	0.28	3	0.21	71	5.13	1313	94.86	1384	100
V	17	3.77	3	0.66	1	0.22	0	0	21	4.66	429	95.33	450	100
VII	7	4.72	0	0	0	0	0	0	7	4.72	141	95.27	148	100
VIII	5	3.73	1	0.74	2	1.49	2	1.49	10	7.46	124	92.52	134	100
IX	7	13.46	2	3.84	0	0	0	0	9	17.30	43	82.69	52	100
Total	193	4.08	63	1.33	13	0.27	10	0.21	279	5.89	4451	94.10	4730	100

En la distribución de la muestra según inserción social con relación a la condición de los dientes permanentes de los escolares podemos observar las situación en que se encuentran los dientes de los niños según el grupo social a que pertenece, teniendo presente que solo 280 niños poseían dientes permanentes donde el 40.71% (144) presentaban caries en su dentición permanente. Pasaremos a describir los porcentajes obtenidos por grupos sociales de mayor a menor:

Para los niños del grupo social II se examinaron un total de 776 dientes permanentes, encontrándose un 7.73% (60 dientes) se encuentran afectados por la enfermedad, donde el 5.15% (40 dientes) presentaba “caries”, un 2.06% (16 dientes) “obturaciones” y un 0.51% (4 dientes) se encontraban “extraídos”.

En los niños de grupo social III se examinaron un total 1.786 dientes permanentes, encontrándose un 5.65% (101 dientes) con “experiencia cariosa”, un 3.75% (67 dientes) con caries , 1.51% (27 dientes) se encontraban “obturados”, 0.1% (2 dientes) se encontraban “extraídos”, mientras que el 0.27% (5 dientes) presentaban “extracción indicada”.

Para los niños del grupo social IV se examinaron un total de 1.384 dientes permanentes, encontrándose un 5.13% (71dientes) afectados, donde observamos 3.61% (50 dientes) con “caries”, 1.01% (14 dientes) “obturados”, 0.28% (4 dientes) se encontraban “extraídos” y 0.21% representado por 3 dientes para “extracción indicada”.

En el grupo social V se examinaron un total 450 dientes permanentes encontrándose un 4.66% (21 dientes) presentaban experiencia cariosa, correspondiendo a un 3.77% (17 dientes) con “caries”, mientras que el 0.66% (3 dientes) presentaba “obturaciones” y 0.22% (1 diente) se encontraba “extraído”.

Los grupos VII, VIII y IX son grupos minoritarios, donde se obtuvieron los siguientes porcentajes.

En el grupo social IX se examinaron un total 52 dientes permanentes encontrándose un 17.30% (9 dientes) presentaban experiencia cariosa,

correspondiendo a un 13,46% (7 dientes) con “caries”, mientras que el 3.84% (2 dientes) presentaba “obturaciones”

En los niños del grupo social VIII se examinaron un total de 134 dientes permanentes, observándose un 7.46% de dientes afectados representados por 10 dientes, en donde el 3.73% (5 dientes) presentaba “caries”, el 0,74% (1 diente) tenía “obturación”, 1.49% (2 dientes) se encontraban “extraídos” y 0.49% representado por 2 dientes para “extracción indicada”.

En el grupo social VII se examinaron un total 148 dientes temporales encontrándose un 4.72% (7 dientes) con “caries”.

Podemos indicar que el grupo III es el que posee mayor número de dientes permanentes afectados, pero también mayor número de dientes con tratamiento odontológico aplicado, como obturaciones y extracciones, seguido del grupo II y IV.

Para el grupo social V se observó un comportamiento similar al encontrado en los dientes temporales, donde el número de tratamiento aplicado fue mínimo si lo comparamos con el número de dientes con caries lo cual indica la necesidad de tratamiento odontológico en los niños de este grupo.

Los valores observados para los grupos sociales VII, VIII y IX fueron mayores, lo cual es lógico debido a que el número de niños examinados fue menor.

Sin embargo los grupos VIII y IX presentan un comportamiento similar a los tres primeros grupos y en el grupo VII no se observaron ni dientes obturados, ni con extracción indicada, similar al comportamiento presentado en la dentición temporal.

Inserción social con relación a la placa y cálculo del grupo escolar

Tabla LXXXV. Distribución de la muestra según inserción social con relación a la placa y cálculo del grupo escolar de la Escuela Nacional Menca de Leoni II. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008.

Grupo Social	Grupo Escolar Menca de Leoni II																			
	Escala 0.0-0.5				0.5-1				1-2.5				Más de 2.5				Total			
	Placa		Cálculo		Placa		Cálculo		Placa		Cálculo		Placa		Cálculo		Placa		Cálculo	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
II					1	0.79			21	16.66			1	0.79			23	18.25		
III			1	0.79	3	2.38	1	0.79	41	32.53			8	6.34			52	41.26	2	1.58
IV			2	1.58	1	0.79			31	24.60			5	3.96			37	29.36	2	1.58
V					2	1.58			3	2.38							5	3.96		
VII									5	3.96							5	3.96		
VIII									1	0.79			1	0.79			2	1.58		
IX			1	0.79					2	1.58							2	1.58	1	0.79
Total			4	3.17	7	5.55	1	0.79	104	82.54			15	11.90			126	100	5	3.96

Descripción de la inserción social con relación Índice de Higiene Oral simplificado (IHOS) Se describieron los resultados tanto para placa como

para cálculo por separado para cada uno de los planteles educativos estudiados en la muestra, debido a las razones antes mencionadas.

Para la Escuela Nacional Menca de Leoni II con relación a la “placa dental” se observó que el 81.74% se ubicó en la escala del 1-2.5, la cual equivale a un “grado moderado” de placa dental donde los más altos porcentajes se situaron en los grupos sociales:

Grupo social III con 32.53% correspondiente a 41 niños, grupo social IV con 24.60% para 31 niños.

El grupo social V obtuvo un 2.38% correspondiente a 3 niños, los otros grupos obtuvieron porcentajes bajos debido a que el número de representantes fue reducido, presentándose el menor porcentaje en el grupo social VIII con un 0.79% que correspondió a un niño.

El 11.90% representado por 15 niños se situó en una escala mayor a 2.5 que equivale a un “grado abundante” de placa dental ubicándose la mayor porcentaje en el grupo social III con un porcentaje de 6.34 equivalente a 8 niños seguido de un 3.96% comprendido por 5 niños pertenecientes al grupo IV, los menores valores se ubicaron en el grupo social II y VIII con un porcentaje de 0.79% para cada uno representado por un niño.

El 5.55% correspondió al “grado leve” de placa dental representado por 7 niños ubicándose los más altos porcentaje en los grupos III y V con los porcentajes 2.38% representado por 3 niños y un 1.58% representado por 2 niños; los menores porcentajes se ubicaron para el grupo social II y IV con un porcentaje de 0.79 % para cada uno.

Con relación al “cálculo” 3.17% representado por 4 niños se encontraban en la “escala más baja” (0.0-0.5) es decir los niños de los grupos sociales III, IV y IX; estos niños prácticamente poseían una mínima cantidad de cálculo, en la escala leve (0.5-1) solo se encontró un niño del grupo social III que representaba un porcentaje de 0.79.

Estos resultados nos indican que los niños con mayor presencia de placa dental fueron los pertenecientes grupos sociales el II, III y IV.

El grupo V obtuvo porcentajes muy bajos, al igual que los grupos sociales VII, VIII y IX tal vez porque fueron grupos minoritarios, a pesar que la presencia de cálculo en estos niños fue muy reducida, no pudiéndose relacionar con enfermedades periodontales, se tiene que destacar que los pocos acúmulos sólidos, se encontraron en los niños de grupos sociales III, IV y IX lo cual coincidió con los niños de los grupos sociales que presentaron placa abundante y moderada, este dato pudiera llevarnos a reflexionar que si no se controla la maduración y calcificación de la placa

dental estos niños pudieran sufrir en un futuro de enfermedades periodontales

Tabla LXXXVI. Distribución de la muestra según inserción social con relación a la placa y cálculo del grupo escolar de la Escuela Estadal Zenobia Vergara. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008

Grupo Social	Grupo Escolar Zenobia Vergara																				
	Escala																				
	0.0-0.5 Placa		Cálculo		0.5-1 Placa		Cálculo		1-2.5 Placa		Cálculo		Más de 2.5 Placa		Cálculo		total Placa		Cálculo		
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
II				1	1.29			8	10.38			5	6.49			14	18.18				
III				3	3.89	1	1.29	12	13.58			6	7.79			21	27.27	1	1.29		
IV		2	2.59	1	1.29	1	1.29	26	33.76			9	11.68			36	46.75	3	3.89		
VII												1	1.29			1	1.29				
VIII								3	3.89			1	1.29			4	5.19				
IX								1	1.29							1	1.29				
Total		2	2.59	5	6.49	2	2.59	50	64.93			22	28.57			77	100	4	5.19		

Inserción social con relación a la placa y cálculo del grupo escolar de la Escuela Estadal Zenobia Vergara Para la Escuela Estadal Zenobia Vergara. con relación a la “placa dental”, el 64.93% se ubicó en la escala del 1-2.5, la cual equivale a un “grado moderado” de placa dental encontrándose los más altos porcentaje en el grupo social IV con un 33.76 % (26 niños) y con un 13.58% (12 niños) para el grupo social III, el grupo social II obtuvo 10.38% (8 niños) y los menores porcentajes correspondieron a los grupos sociales VIII y IX con 3.89% (3 niños) y 1.29% (1 niño).

El 28.57 % se ubicó en una escala mayor a 2.5 que equivale a un “grado abundante” de placa dental, obteniendo el mayor porcentaje en los grupos

sociales IV con un 11.68% (9 niños) y con un 7.79% (6 niños) para el grupo III, el grupo social II obtuvo 6.49% (5 niños) y los menores porcentajes correspondieron a los grupos sociales VII y VIII con 1.29% (1 niño) para cada uno.

El 6.49% correspondió al “grado leve” de 0.5-1, en placa dental ubicándose el más alto porcentaje correspondió al grupo social III con un porcentaje de 3.89% (3 niños) y los menores porcentajes correspondieron a los grupos sociales II y IV con 1.29% (1 niño) para cada uno.

Con relación al cálculo, 2.59% representado por 2 niños se encontraban en la escala más baja (0.0-0.5) es decir estos niños poseían una mínima cantidad de cálculo, ubicado en el grupo social IV, en la “escala leve” (0.5-1) solo se encontró 2 niños que representaba un porcentaje de 2.59% ubicándose 1 niño en el grupo social III y 1 niño en el IV; la presencia de cálculo en estos niños fue muy reducida, no pudiéndose relacionar con enfermedades periodontales, se tiene que destacar que los pocos acúmulos sólidos, se encontraron en niños de los grupos sociales III y IV, lo cual pudiera indicar que si no se controla la maduración y calcificación de la placa dental los niños pudieran sufrir en un futuro de enfermedades periodontales.

El grupo social V no obtuvo representación debido a la ubicación geográfica del plantel. Los grupos sociales VII, VIII y IX tal vez obtuvieron porcentajes bajos debido a que su representación fue reducida.

Tabla LXXXVII. Distribución de la muestra según inserción social con relación a la placa y cálculo del grupo escolar de la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra” Escuela. Distrito Sanitario N°3. Municipio Plaza, Estado Miranda. Año 2008

Grupo Social	Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra”.																			
	Escala																			
	0.0-0.5 Placa		Cálculo		0.5-1 Placa		Cálculo		1-2.5 Placa		Cálculo		Más de 2.5 Placa		Cálculo		Total Placa		Cálculo	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
II			1	1.28			1	1.28	8	10.25			3	3.84			11	14.10	2	2.56
III	1	1.28	3	3.84	2	2.56			28	35.89			5	6.41			36	46.25	3	3.89
IV					1	1.28			2	2.56			3	3.84			6	7.69		
V	1	1.28			2	2.56			14	12.82			5	6.41			22	28.20		
VII									2	2.56							2	2.56		
VIII								1	1.28								1	1.28		
Total	2	2.56	4	5.12	5	6.41	1	1.28	55	70.51			16	20.51			78	100	5	6.41

inserción social con relación a la placa y cálculo del grupo escolar de la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra. Con relación a la placa dental se observó que el 70.51% (55 niños) se ubicó en la escala de 1-2.5, la cual equivale a un “grado moderado” de placa dental ubicándose los más altos porcentajes en los grupos sociales III y V correspondiente a los porcentajes de 35.89% (28 niños) y 12.82 (14 niños); el más bajo porcentaje correspondió al grupo social VIII con un 1.28% (1 niño).

El 20.51% se ubicó en una escala mayor a 2.5 que equivale a un “grado abundante” de placa dental, en donde el porcentaje mayor en los grupos sociales III y V correspondiente al porcentaje 6.41 % (5 niños) para cada

uno y el porcentaje menor correspondió a los grupos sociales II y IV con un 3.84% (3 niños) para cada uno.

El 6.41% correspondió al “grado leve” (0.5-1) de placa dental ubicándose el más alto porcentaje en los grupos sociales III y V correspondiente al porcentaje 2.56% (2 niños) para cada uno y el porcentaje menor correspondió al grupo social IV con un 1.28 % (1 niño)

El 2.56% correspondió a “ausencia de materia alba”, ubicándose un porcentaje de 1.28% para los grupos sociales III y V.

Con relación al cálculo, 5.12%(4 niños) encontraron en la “escala más baja” (0.0-0.5) es decir en los grupos sociales III y V con un porcentaje de 3.84% (3 niños) y 1.28% (1 niño) estos niños prácticamente poseían una mínima cantidad de cálculo. En la “escala leve” (0.5-1) solo se encontró un niño del grupo social II que representaba un porcentaje de 1.28% (1 niño).

La presencia de cálculo en estos niños fue muy reducida, no pudiéndose relacionar con enfermedades periodontales, Estos resultados nos indican que los niños con mayor presencia de placa dental siguen siendo los del grupo III, no apreciándose tan claramente en el grupo IV debido a que fue un grupo minoritario debido a las características del plantel educativo; sin embargo se apreció mejor el comportamiento del grupo social V representado por 22 niños, que si lo llevamos a porcentaje de un 100% podemos señalar que el 63.63% representado por 14 niños de este grupo

social presentaban un índice de placa moderado, un 22.72% presentaba “abundante placa”, un 9.09%, un “leve grado de placa” y un 4.45% prácticamente tenía “ausencia de placa”.

Tabla LXXXVIII. Distribución porcentual general según la inserción social con relación al Índice de Higiene Oral Simplificado de los Grupos Escolares

Edad	Grupo Escolar		0.0-0.5		0.5-1		1-2.5		Más de 2.5		Total	
	IHOS		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
II					2	0.71	37	13.16	9	3.20	48	17.08
III	1	0.35	8	2.84	81	28.82	19	6.76	109	38.79		
IV			3	1.06	59	20.99	17	6.04	79	28.11		
V	1	0.35	4	1.42	17	6.04	5	1.77	27	9.60		
VII					7	2.49	1	0.35	8	2.84		
VIII					5	1.77	2	0.71	7	2.49		
IX					3	1.06						
Total	2	0.71	17	6.04	209	74.37	53	18.86	281	100		

Distribución porcentual total de las edades con relación al Índice de Higiene Oral Simplificado de los grupos escolares. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Para la escala 1-2.5, la cual equivale a un “grado moderado” se observó un 74.37% el cual correspondió a 209 niños examinados ubicándose los más altos porcentajes en los grupos sociales III y IV con un porcentaje de 28.82% (81 niños) y un porcentaje de 20.99% (59 niños) seguido de un porcentaje de 13.16% (37 niños) del grupo II, el grupo V obtuvo un porcentaje de 6.04% (17 niños), mientras que el menor porcentaje 1.06% (3 niños) se ubicó en el grupo IX.

El 18.86% representado por 53 niños se encontraba en una escala mayor a 2.5 que equivale a un “grado abundante”, ubicándose el mayor porcentaje en el grupo social III seguido por el grupo social IV con un 6.76% (19 niños) y un 6.04% (17 niños).

El 6.04% representado por 17 niños correspondió a la “escala leve” (0.5-1) ubicándose el más altos porcentaje en el grupo social III y V con un 2.84% (8 niños) y un 1.42% (4 niños), y el menor porcentaje correspondió al grupo II con un 0.71% (2 niños).

En la “escala más baja” (0.0-0.5) se encontró un porcentaje de 0.71% representado por 2 niños ubicados en el grupo social III y V con un 0.35% para cada uno.

Estos resultados nos indican que los niños con mayor índice de higiene oral se encontraron en primer lugar en el grupo social III y IV con un 38.79%, 28.11%, seguido del grupo II con un porcentaje de 17.08%, donde una proporción importante de estos grupos se ubicó en la “escala moderada”. El grupo social V presentó un mejor índice de higiene oral.

Los grupos VII, VIII y IX presentaron los menores índices correspondiendo a los siguientes porcentajes de 9.60%, 2.84% y 2.49%;

estos grupos fueron minoritarios sin embargo la mayor proporción de niños se ubicó con un índice de higiene oral “moderado”.

Ahora bien los resultados demuestran que el 74.37% (209 niños) presentaron un índice de higiene oral “moderada”, mientras que el 18.86% (53 niños) se observó un índice de higiene oral “abundante”; las posibles causas pudieran encontrarse en:

1.- la mayoría de los niños no presenta hábitos de higiene oral establecidos como una conducta protectora de su salud bucal, lo cual demuestra el escaso conocimiento que posee el niño y su representante.

2.- los datos obtenidos reflejan a su vez el poco o ningún alcance de las acciones dirigidas a la promoción y prevención de enfermedades bucales.

TablaLXXXIX. Distribución porcentual total según la inserción social con relación al índice de Maloclusión de los escolares

maloclusion	Grupo Escolar Grupo Social														Total	
	II		III		IV		V		VII		VIII		IX		Nº	%
	Nº	%	N	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Presencia	21	7.47	52	18.50	37	13.16	12	4.27	2	0.71	3	1.06	2	0.71	129	45.90
ausencia	27	9.60	57	20.28	42	14.94	15	5.33	6	2.13	4	1.42	1	0.35	152	54.09
total	48	17.08	109	38.79	79	28.11	27	9.60	8	2.84	7	2.49	3	1.06	281	100

Hoy día se conoce que el desarrollo incorrecto del sistema estomatognático en los niños tiene mucho que ver con las relaciones sociales de los grupos sociales presentes en un espacio y tiempo determinado, entre las causas que pueden afectar el correcto desarrollo de los maxilares en los niños tenemos que tener presente, tipo de alimentación, hábitos de higiene, educación e intervención oportuna del odontólogo (Simoes,V,1988:174,175).

En la distribución de las maloclusiones por grupo social del presente estudio se apreció que 45.90% de la población infantil presenta mal posiciones dentarias, mientras el 54.09% no presentaba esta anomalía. Al analizar los resultados la totalidad de los grupos sociales presentaban una relación similar, en donde se observaron los mayores porcentajes en los grupos sociales III y IV con un 18.50% (52 niños) y un 13.16% (37 niños), seguido de un 7.47% del grupo social II (21 niños) y el grupo social V un 4.27% (12 niños), los demás grupos presentaron la misma tendencia pero en menor proporción por ser grupos minoritarios.

Esta situación evidencia que una parte importante de la población entre 7 y 13 años sufre de mal posiciones dentarias que pudieran agravarse con el tiempo, desencadenando pérdidas dentarias, problemas articulares, problemas funcionales, estéticos y psicológicos en la población.

Hoy día en que son conocidos las causas que pueden originar la presencia de las oclusopatias es importante prevenir o anticiparse a los diferentes factores que pueden desencadenar que la maloclusión aparezca, entre los que se pueden nombrar las enfermedades respiratorias, la alimentación, la higiene y una odontopediatria oportuna.

Si tenemos en cuenta que según las 10 primeras causas de morbilidad del Hospital Francisco Rafael García de Guarenas, para el 2001, era asma en niños que asistían al hospital esta alteracion respiratoria puede afectar la estructura del sistema estomatognático de los niños que la sufren.

Otra posible causa del alto índice de maloclusión en la población escolar se deba a la poca información por parte de los representantes sobre la importancia del tipo de alimentación apropiada para desarrollo adecuado de los maxilares, la cual debe ser dura y seca, demostrando el poco contacto social en cuanto a la promulgación de normas de promoción y prevención de los odontólogos presentes en centros de salud.

La falta de hábito de cepillado en los escolares fue una de las características más evidentes, observándose en estos niños un número importante de dientes temporales con caries que pueden alterar la oclusión en edades tempranas, pudiendo desencadenar la pérdida del órgano dentario causando rotaciones, migraciones del sistema dentario.

CONCLUSIONES

La situación de crisis en Venezuela durante las tres últimas décadas del siglo XX, trajo como resultado desigualdad social en todos los ámbitos entre los que se encuentran la salud, la educación, seguridad social y estabilidad laboral.

La estructura económica capitalista nos ha sumergido dentro de patrones sociales que responden a determinadas exigencias biológicas, ecológicas y sociales, que al no ser satisfechas determinan una condición dialéctica, que lleva a los individuos a un proceso de adaptación o desadaptación que responderá a la instalación de la salud o de la enfermedad. Razón por la cual se hace necesario conocer la inserción social y su proceso reproductivo.

Los datos analizados en el presente estudio nos permitió clasificar a la población que vive a diario en Municipio Plaza, según su proporción y en orden decreciente en:

1.-Grupo social III fue el de mayor número correspondiente a los grupos familiares vinculados directamente a la producción capitalista y plusvalía relativa constituidos en su mayor parte por empleados de oficina, de empresas públicas o privada, obreros especializados en el ramo de la construcción, operarios de fábricas.

2.-Grupo social IV conformado por el subproletariado, con poca o ninguna preparación educativa para un determinado oficio, enmarca dentro de una plusvalía absoluta, en este grupo encontramos, obrero o ayudante de construcción no especializado, chofer de avance, buhonero, persona que se dedica a trabajar en los hogares a destajo, cocineros.

3.-Grupo social II perteneciente a la producción mercantil simple encontrándose los trabajadores que dispensan un servicio y los que se dedican al comercio, dueños de sus medios de producción, pueden presentar o no nivel educativo superior

4.-Grupo social V se encontró un mayor porcentaje de profesionales de ejercicio independiente como abogados, médicos, odontólogos, economistas, contadores y un menor porcentaje de profesionales contratados por la coordinación estatal como docentes, administradores, abogados y médicos.

Debido a la flexibilidad de uso de esta clasificación se añadieron otros grupos sociales, donde se agruparon jefes de familia que a pesar de ser minoritarios no podían formar parte de los seis grupos básicos debido a sus características especiales entre los que se encuentran el grupo social VII donde el jefe de familia presentaba una condición de jubilado, incapacitado o estudiante de misiones, el grupo VIII constituidas por jefes de familia que presentan una situación de desempleo y el grupo social IX compuesto por

jefes de familia que presentan dos entradas fijas como por ejemplo Vigilante y Buhonero, obrero y trabajador en las misiones.

La ausencia del grupo social I vinculado a las actividades de auto-subsistencia como por ejemplo la agricultura actividad común practicada en el pasado, demostrando la proliferación urbana, al igual que del grupo social VI perteneciente a la clase dominante integrada por las diferentes fracciones de la burguesía, se encuentra en la actualidad ausente o disminuida aún más en relación a los datos del censo del 2001.

Con relación a la fuente de ingreso de los jefes de familia se encontró que menos de la mitad goza de empleos estables amparados por los beneficio de la Ley Orgánica del Trabajo, integrado en su mayor proporción por el grupo social III y un pequeño porcentaje del grupo social V, el resto de la fuerza activa realiza trabajos ocasionales, como es el caso del grupo social IV o se encuentra trabajando por cuenta propia formando parte del grupo social II

De acuerdo con ingreso familiar de los grupos sociales más vulnerable entre los cuales se encuentran un pequeño porcentaje de los grupos sociales II y III y la totalidad del grupo sociales IV al compararlo con sueldo mínimo y la canasta básica, se observa accesibilidad a los productos alimentarios regulados o subsidiados por el gobierno y expendidos en los Mercados se

podría señalar que el ingreso alrededor del sueldo mínimo cubre casi la totalidad de las necesidades alimentarias (consumo simple relacionado con la alimentación), basado en este programa social.

Ahora bien el mayor porcentaje del grupo III y del grupo V cubren 2 veces el costo de la canasta subsidiada. Los grupos sociales que presentan un ingreso mayor a 2.001 Bsf estarían en una posición bastante desahogada según los datos oficiales en comparación a los anteriores, encontrándose la mayor parte del grupo II y en menor proporción por el grupo V y III.

Sin embargo el deterioro del poder adquisitivo de los grupos sociales incluyendo el grupo V, ha obligado a compensar las deficiencias económicas colocando a sus hijos a estudiar en planteles gratuitos (correspondería al consumo ampliado), donde se destaca Menca de Leoni II sobre Zenobia Vergara debido al Plan Nacional de Alimentación del escolar.

Más de 2 tercios de la población constituidos por los grupos sociales II, III, IV y grupos minoritarios no culminan una preparación académica lo que indica que el nivel socio-cultural de población es deficiente (contemplado en el consumo ampliado), es decir no tiene acceso a la educación formal, solo la tercera parte del grupo III concreta estudios técnicos. El grupo social II se distingue de los anteriores por presentar una característica particular, mientras las tres cuartas partes lo conforman los jefes de familia sin

preparación educativa, el resto concreta estudios técnicos o inclusive superior, hecho que nos indica la búsqueda de mayores ingresos por falta de trabajos estables de acuerdo a la preparación académica. Solo el grupo V presenta una educación superior e inclusive avanzada.

Por otro lado la mayor proporción de población estudiantil que estudia en planteles gratuitos proviene de hogares cuyos jefes de familia poseen un nivel educativo incompleto, mientras que una pequeña proporción presenta educación técnica o superior, condición que destaca al plantel educativo Menca de Leoni II, hecho que consolida lo anteriormente señalado con el deterioro del poder adquisitivo, ocurriendo lo contrario en la población estudiantil del plantel privado donde dos tercios de los jefes de familia presenta una preparación completa, mientras que el resto solo concretaron un nivel de educación secundario lo que indica el valor y la importancia socio-cultural que se le da a la educación privada.

Dentro del consumo básico, el tipo de vivienda y la tenencia de la vivienda, manifiesta la calidad de vida y bienestar del grupo social, se encontró que menos de la mitad del grupo social IV vive en viviendas no aptas y más de las 2 terceras partes de la población son dueños de su vivienda. Con relación al consumo de servicios básicos intra-familiares, la mayor parte de estas viviendas tienen acceso directo a los servicios de luz

y excretas, encontrándose ciertas deficiencias en aseo urbano y agua potable.

Determinar el origen y tipo de conocimiento manejado por los grupos sociales estudiados establece una de las características más importantes del perfil epidemiológico de la salud bucal, en él se recoge la práctica y saberes necesarios para enfrentar el establecimiento o control de la enfermedad. Los datos reflejan que el conocimiento presente sobre la salud bucal, en la totalidad de los grupos sociales en especial el grupo social III y IV, proviene de experiencias particulares de cada grupo familiar, lo que determina un saber influenciado por valores culturales y sociales propios de la reproducción capitalista, condición que se evidenció cuando detallamos el tipo, práctica y uso de medios, donde se señala que el origen de las caries se debe al consumo de dulces y poco cepillado (causa científica), pero también se señala que los principales medios para su control son el cepillado y el enjuague.

Las razones que motivan a los grupos sociales a asistir a los servicios odontológicos es otro indicador que refleja el grado de información manejado, al señalar la mayoría de los grupos sociales “dolor y molestia” y solo destacándose en “control y razones de salud” los grupos III y V evidencian una vez más la carencia de formación educativa a nivel social (falta de accesibilidad al consumo ampliado)

Podemos concluir que es en el hogar donde se promulga y se aprenden los hábitos de higiene oral, esta información se encuentra influenciada por los medios de comunicación social, quienes pueden propagar la importancia del cepillado, basados en la comercialización de ciertos productos de higiene bucal, pero sin garantizar la práctica del hábito.

La utilización, frecuencia y cercanía de los servicios odontológicos determina la disponibilidad y la accesibilidad de los grupos sociales a ser atendidos (consumo ampliado en salud) haciéndose evidente que la mayoría de grupos sociales en especial los grupos más vulnerables utilizan los servicios públicos, destacándose los servicios odontológicos de Barrio Adentro por sobre los de Sanidad. El grupo social V se destacó por utilizar en gran parte los servicios odontológicos privados. Otro hecho importante fue la cercanía de los servicios en relación a los hogares de los diferentes grupos sociales.

La asistencia periódica del grupo V en contraposición al grupo social IV, indica la poca importancia formativa en la educación para la prevención y control de la enfermedad y la deficiencia en la accesibilidad educativa que influye a su vez en la accesibilidad a los servicios de salud (consumo ampliado), lo que determina el establecimiento de contravalores que influyen en la aparición de la enfermedad.

En base a los datos analizados con relación a los grupos de alimentos consumidos por los grupos sociales estudiados podemos concluir que el consumo de calorías y nutrientes de todos los grupos sociales ha mejorado en especial los grupos más vulnerables, destacándose mayor consumo de carbohidratos sobre el consumo de proteínas, hallándose un mayor consumo de carbohidratos en horas del desayuno en comparación con el almuerzo y la cena.

Al comparar el comportamiento de los demás grupos con relación al grupo V se puede señalar que el consumo de proteínas disminuye en el desayuno, durante el almuerzo y cena aumenta aún más el consumo de carbohidratos. En relación a los otros grupos sociales, estos datos evidencian el deterioro que está sufriendo el poder adquisitivo del grupo V, que a pesar de tener mayor preparación educativa y mayor ingreso, se ha visto afectado en su alimentación.

Debido a las características particulares de cada uno de los planteles estudiados, los resultados obtenidos en torno a los alimentos consumidos por el niño en el momento de su merienda, no puede tomarse como representativo de todos los grupos sociales estudiados, solo pudiéramos señalar que entre el grupo que contestó, se apreció que los representantes prefieren dar dinero a sus hijos para que compre la merienda, que comprar

ellos o prepararla en casa, hallándose mayor consumo de alimentos del grupo 4 que del grupo 1 o grupo 3.

Al determinar la frecuencia de la ingesta de alimentos del grupo 4, una parte importante de todos los grupos sociales coincidió en que sus hijos consumían golosinas o chucherías en horas de la tarde, hallándose que las galletas es uno de los alimentos más consumidos de los niños de los diferentes grupos sociales, lo que refleja la falta de conocimiento de los representantes sobre las consecuencia del contacto prolongado al degradarse en la boca.

Se puede resumir que el poder adquisitivo es insuficiente de los diferentes grupos sociales del Municipio Plaza, debido a los bajos ingresos, deficiente educación formal y la poca oferta de trabajo estable lo que ha obligado en gran parte de la población conformada por los grupos más vulnerables, a hacer uso de los diferentes programas sociales promovidos por el Gobierno Nacional, para compensar estas deficiencias, traducándose en un mayor consumo básico (alimentación y vivienda) y en el consumo ampliado (educación y salud). Con relación al grupo social V se evidenció el deterioro en su alimentación consecuencia de un poder adquisitivo que empieza a ser deficiente, distinguiéndose de los grupos anteriores por el poco uso de estos programas sociales, debido a las diferencias existentes

entre las clases sociales con relación al consumo ampliado, donde también intervienen el contenido ideológico, político y estatus.

Al analizar la inserción social y los procesos involucrados en el proceso salud enfermedad bucal de los escolares pertenecientes a los grupos sociales estudiados, se encontró las siguientes características:

Fue evidente la amplia representación en todas las edades de los grupos sociales III, IV y II, el grupo social V se caracterizó por presentar una representación baja si lo comparamos con los tres anteriores, la concentración de los niños de 7 años además de ser la mayor, se halló en todos los grupos sociales, lo que hace concluir que la educación primaria se inicia alrededor de esta edad en todos los grupos sociales, debiendo tener claro que al momento de la recolección de los datos se realizó durante los últimos cuatro meses de la finalización del año escolar estudiado, lo que indicaría que muchos de los niños pudieron haber ingresado con 6 años al primer grado. Los niños 13 años en su mayoría se encontraron cursando el sexto grado y pertenecían a los grupos sociales II, III, IV, mientras que los niños que estudiaban en la institución escolar privada terminaban su escolaridad en mayor porcentaje alrededor a los 11 y 12 años.

Los índices de ceo y CPOD señalan que la caries disminuyó en dentición temporal y aún más en dentición permanente al ser comparado con otros

trabajos, lo que pudiera estar relacionado con los programas sociales dirigidos a la clases sociales más vulnerables, si embargo al analizar el comportamiento del ceo se observó cierta similitud con otros estudios realizados, en donde la enfermedad se acentúa tanto en número de niños como en número de dientes en dentición temporal, iniciándose en edades tempranas (7 años y 8 años), lo que demuestra un rápido desarrollo del proceso carioso, a medida que se alcanza los 10 años, presentando como particularidad su disminución a medida que el niño entra a los 11 y 12 años debido a que en estas edades culmina el cambio de dentición temporal a permanente.

Con relación a la condición de los dientes temporales tratados, se debe señalar que la mayor proporción se encontró localizada en las tres instituciones escolares en las edades de los 7 años, 8 años y 9 años, aunque su proporción fue insignificante en relación a la cantidad de dientes afectados, lo que hace evidente la poca importancia a la presencia de caries y curación de los dientes temporales por parte del grupo familiar del niño, debido a la pérdida fisiológica y las fallas que siguen teniendo los programas odontológicos en su rol de educar, prevenir y restaurar la salud bucal en la etapa en que se inicia la enfermedad.

Al comparar los resultados obtenidos en la Unidad Educativa “José Rafael Pocaterra” con la Escuela Estatal Zenobia Vergara y la Escuela

Nacional Menca de Leoni II se apreció que la experiencia cariosa en los niños de los diferentes grupos sociales fue menor, observándose un ligero incremento de tratamientos realizados, lo que indicaría que la enfermedad está sujeta al conocimiento del grupo familiar, hábitos de higiene, ingreso familiar, conocimiento adquirido por el niño en la institución escolar y estilo de vida.

Al detallar los resultados de niños que presentaron enfermedad en su dentición temporal y clasificarlos por grupo social, se observó los niños más afectados por la enfermedad fueron los del grupo social II y el grupo social III, lo que demuestra que las condiciones de vida de estos grupos ha afectado de manera significativa la salud bucal, seguido del grupo IV considerada por sus características de gran fragilidad social, al comparar los valores del grupo social III y el grupo social IV, se hace evidente que la diferencia entre ellos no es marcada lo que hace pensar un deterioro en el estilo de vida del grupo III, y mejoras en las condiciones de vida del grupo social IV lo que implicó un valor menor de dientes temporales afectados por caries.

Un cuarto lugar lo obtuvo el grupo social V, cuya representación fue inferior si lo comparamos con los grupos sociales II, III y IV, a pesar de que por sus características debería ser el menos afectado, lo que hace pensar que el motivo se deba a factores relacionados con el consumo ampliado

que afecta a los jefe de familia y a los niños, como sería el estrés, falta de tiempo para controlar hábitos de higiene, control de ingesta de chucherías a pesar que los representantes posean el conocimiento de los dientes.

En el grupo social VII se encontró que el la mitad de los niños que lo conforman presentaban caries dentición temporal, mientras que para los grupos VIII y IX se observó que todos los niños presentaban caries dentición temporal, estos grupos son minoritarios y por su condición no pueden tomarse como representativos, los cuales están constituidos por los jefe de familia que se encuentran jubilados, desempleados o los que realizan dos actividades económicas.

Para la dentición permanente se observó un incremento en el número de dientes afectados a medida que se llega a los 12 y 13 años, observándose también pocas restauraciones y empiezan a aparecer la exodoncias y las exodoncias indicadas haciéndose evidente la poca participación odontológica en el área preventiva y curativa a medida que el niño entra a la adolescencia. Al comparar los índices CPOD entre los planteles educativos estudiados se hizo evidente mejores condiciones de salud bucal en los grupos sociales presentes en el plantel privado.

Se puede decir que la presencia de caries en dientes permanente ha mejorado debido a que menos de la mitad de la población estudiantil

presentó la enfermedad, sin embargo se debe tener en cuenta que esta condición se pudo ver afectada en primer lugar por el rango de edades estudiado (7años a 13 años) y en segundo lugar es alrededor de los 12 años cuando termina el recambio dentario, lo que indica la ausencia de algunos dientes permanentes o su proceso de erupción.

Al detallar los porcentajes por cada grupo se puede apreciar que los niños más afectados por la enfermedad fueron los del grupo II donde se observó que más de la mitad del grupo presentaba caries en su dentición permanente. El seguido del grupo social V a pesar que su representación fue inferior si lo comparamos con los grupos sociales II ,III y IV, lo cual demuestra que la salud de los niños de este grupo está bastante comprometida a pesar sus características, pudiendo ser consecuencia del deterioro de su consumo básico y ampliado, como serian alimentación, el estrés, falta de tiempo para controlar hábitos de higiene, control de ingesta de chucherías, a pesar que los representantes posean el conocimiento de los dientes

Los grupos sociales VII, VIII y IX son minoritarios y por su condición no pueden tomarse como representativos, los cuales están constituidos por los jefe de familia que se encuentran jubilados, desempleados o los que realizan dos actividades económicas.

Con relación al IHOS se determinó que un grupo importante de niños presentaban una concentración moderada de placa bacteriana, destacándose las edades 7, 9, 10 años, coincidiendo con la edad en que se observó mayor número de caries en dentición temporal.

Con relación al cálculo dentario, en estos niños fue muy reducida, no pudiéndose relacionar con enfermedades periodontales. Se tiene que destacar que los pocos depósitos sólidos, se encontraron en niños de 10, 11, 12 y 13 años, lo cual pudiera indicar que si no se controla la maduración y calcificación de la placa dental estos niños pudieran sufrir en un futuro de enfermedades periodontales.

Estos resultados nos indican que los niños de mayor índice de higiene oral se encontraron en primer lugar en el grupo social III y IV seguido del grupo II, donde una proporción importante de estos grupos se ubicó en la escala moderada. El grupo social V presentó un mejor índice de higiene oral. Los grupos VII, VIII y IX presentaron los menores índices por ser los grupos minoritarios sin embargo la mayor proporción de niños se ubicó con un índice de higiene oral moderado.

Ahora bien las posibles causas de que se encontrara un índice de higiene oral moderado podría deberse a:

1.- la mayoría de los niños no presenta hábitos de higiene oral establecidos como una conducta protectora de su salud bucal, lo cual demuestra el escaso conocimiento que posee el niño y su representante.

2.- los datos obtenidos reflejan a su vez el poco o ningún alcance de las acciones dirigidas a la promoción y prevención de enfermedades bucales.

En la distribución de las maloclusiones por grupo social del presente estudio se apreció que menos de la mitad de población infantil presenta mal posiciones dentarias, en donde se observaron los mayores porcentajes en los grupos III y IV seguido del grupo II y el grupo social V, los demás grupos presentaron la misma tendencia pero en menor proporción por ser grupos minoritarios.

El impacto de las políticas sociales ha mejorado la calidad de vida de los grupos sociales que en el pasado siglo se encontraban en condiciones de vulnerabilidad, con respecto a su alimentación, vivienda y salud, pero se sigue observando deficiencias en la educación formal que dificultan la accesibilidad de mejores condiciones laborales, por otro lado a pesar que la prevalencia de las patologías más frecuentes en boca como son las caries, las enfermedades periodontales y las maloclusiones, éstas han disminuido, se observa que la atención dispensada en los nuevos servicios odontológicos sigue teniendo un carácter curativo, encontrándose lejos de

lograr un verdadero cambio en relación a saberes y hábitos saludables capaces de controlar y prevenir las patologías bucales a edades tempranas.

RECOMENDACIONES

Las políticas de inclusión social ejecutadas por el actual gobierno han mejorado las condiciones de vida de los grupos sociales más vulnerables, observándose disminución en la prevalencia de las patologías bucales, sin embargo las enfermedades bucales siguen presentando las mismas características con relación a su inicio y desarrollo lo que demuestra que la atención dispensada en los servicios odontológicos sigue teniendo un carácter curativo, lejos de ser una atención integral dirigida a la prevención y control de éstas patologías.

La situación encontrada, nos lleva a sugerir un plan que tenga como objetivo general, el fortalecer las actividades que garanticen la eficacia y la eficiencia de la atención integral en salud bucal con énfasis en la promoción y prevención masiva, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de la población del Municipio Plaza, Estado Miranda, basado en tres ejes principales que serian:

1.-Capacitación educativa en Salud Pública dirigido al personal de salud, basada en necesidades reales de comunidades de la zona, lo cual promueve la reflexión y el análisis crítico de la problemática, facilitando la concientización y el empoderamiento de la realidad existente de la zona. A través de las siguientes actividades:

a.-Evaluando actividades clínicas en los diferentes servicios odontológicos del Municipio Plaza.

b.- Organizado equipos inter-disciplinario para conducir la capacitación educativa en Salud Pública dirigida al personal de salud

c.- Organizando Jornadas de Atención Odontológicas dirigidas a los centros educativos, guarderías, ancianatos, a comunidades que carezcan de centro odontológico cercano, partiendo del diagnóstico de sus necesidades.

d.- Fortaleciendo el sistema de atención integral en el centro de salud así como el sistema de referencia y contra referencia.

2.- Capacitación educativa en salud bucal dirigida a los educadores de nivel básico cuya finalidad es fortalecer el aprendizaje impartido en las escuelas como forma de hacer frente a la problemática de salud bucal. Incrementando en los docentes la destreza técnicas dirigidas a la promoción, prevención de la salud bucal y conocimiento sobre la práctica de hábitos saludables. En tal sentido se proponen las siguientes actividades:

a.-Organizar equipos de odontólogos que se encarguen de la capacitación educativa dirigida a los educadores

b.-Realizar visitas periódicas a los centros educativos, para reforzar la enseñanza de técnica de cepillado.

c.-Evaluar el aprendizaje de los niños con relación a hábitos de higiene implementadas por los educadores.

3.-Impulsar la participación social y comunitaria, a través de los comités de salud, favoreciendo la gestión educativa en salud y buscando mejorar las condiciones de vida de los integrantes de la comunidad a través de la promoción y la prevención.

REFERENCIAS

Artículos de revistas científicas.

Córdova, M.Y. (1991) *De la Problemática asistencial odontológica en Venezuela*. Revista Aula Magna, año 2, N° 2-3.

Córdova, M.Y. (1987). "Acerca de la Investigación Odontológica en Venezuela y su Relación con el Positivismo". Rev. Acta Odontológica Venezolana.

Libros y Monografías.

Arana, R.; Aria, M y otros (1994). *Estudio Socio- Epidemiológico sobre las Características de la Salud Bucal en la Población Escolar (1º a 6º grado) de la Ciudad de Guarenas del Estado Miranda*. Seminario Docencia-Servicio Guarenas.

Barboza. L.,(1997), *La Dinámica Socio-Histórica en el Área Metropolitana y su Impacto en las Condiciones de Vida de la Familia y el Perfil Salud Enfermedad Bucal del Escolar*. Trabajo presentado para optar al Grado Académico de Magíster Scientiarum en Odontología Social .Universidad Central de Venezuela, Facultad de Odontología. Caracas, Venezuela.

Balestrini, M. (1997), *Como se Elabora el Proyecto de Investigación*. Editorial BL Consultores Asociados, Servicio Editorial. Caracas, Venezuela.

Barrios, G. (1989), *Periodoncia y sus Fundamentos Biológicos* .Editorial Interamericana. S.A Bogotá Colombia

Barrios, R. (1996) *Estudio Perfil Epidemiológico Bucal de la Población Escolar del Distrito Sanitario No 6, Cariaco, Estado Sucre*. Trabajo presentado para optar al Grado Académico de Magíster Scientiarum en Odontología Social .Universidad Central de Venezuela, Facultad de Odontología. Caracas, Venezuela.

Bolivar, E (2006). *Desde Huerenas hasta Guarenas*. Publicado por la Alcaldía del Municipio Plaza. Guarenas. Estado Miranda. Venezuela.

Bolivar, E (2007). *Guarenas Ayer y Hoy Desde*. Publicado Concejo del Municipio Ambrosio Plaza. Guarenas. Estado Miranda. Venezuela.

- Bolivar, E (2007). *Guarenas Ayer y Hoy Desde*. Publicado Concejo del Municipio Ambrosio Plaza. Guarenas. Estado Miranda. Venezuela.
- Breilh, J.(1989). *Epidemiología, Economía, Medicina y Política*. Editorial Fontana, tercera edición México D.F.
- Breilh, J. y Granda, E. (1985). *Investigación de la Salud en la Sociedad. Guía pedagógica sobre un nuevo enfoque del método epidemiológico*. Edición de la Fundación Salud y Sociedad con el Auspicio del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. La Paz, Bolivia.
- Carranza, F. (1982). *Periodontología Clínica de Glickman*. Editorial Interamericana S. A. México, D. F.
- Cátedra de Odontología Pediátrica(1996). *Conceptos Básicos de Odontología* Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela. Ediciones Disinlimed, C.A. Caracas.
- Córdova, M.Y. (1989). *Estudio del Perfil de Salud-Enfermedad Bucal de la Zona de Zuata, Distrito Sanitario No. 6, Edo. Anzoátegui*. Trabajo presentado para optar al Grado Académico de Magister Scientiarum en Odontología Social, Universidad Central de Venezuela, Facultad de Odontología. Caracas, Venezuela.
- Córdova, Y; Colmenares L; Sánchez M. (1999) *La Salud en un Nuevo Proyecto de País*. Venezuela Impresores Macabú, C.A.
- FEDUPEL (2006). *Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis doctorales*. la editorial Impreupel 4ª edición Estado Aragua .Venezuela.
- Fernández. D. (1992). *Geohistoria de Guarenas*. Publicaciones de la Colección "Totumo". Impreso en los talleres de Stockprint,C.A. Guarenas.
- Fernández, Yhajaira (2003). *Gasto Público Social en Venezuela. Respuestas Institucionales a las Funciones del Gasto Público y una Revisión Empírica del Gasto Social en Venezuela*. [Documento de Trabajo]. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) / Cooperación Técnica Alemana (GTZ) / Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS)
- FUDACREDESA (1988). *Los Perfiles Culturales, Sociales y Económicos del Venezolano y sus Condiciones de Salud Bucal*. Departamento de Odontología.

- Finn.S., (1976) *Odontología Pediátrica*. Editorial Interamericana. S.A D.F., México
- Glass, G.V. y Stanley, J.C. (1980). *Métodos Estadísticos Aplicados a las Ciencias Sociales*. Barcelona, España: Prentice/Hall.
- Harnecker, G y Uribe Gabriela. (1971). *Explotados y Explotadores*. Empresa Editora Quimantu. Santiago de Chile.
- Hernández S., R.; Fernández C., C. y Baptista L., P. (1991). *Metodología de la Investigación*. 1º edición. México. McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2002). *XIII Censo General de Población y Vivienda*. Primeros Resultados. República Bolivariana de Venezuela.
- Iturraspe, F. (coord.) (1989). *Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo*. Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (ILDIS). 1º edición. Caracas: Nueva Sociedad.
- Kerlinger, F.N. (1985). *Investigación del comportamiento: Técnicas y metodología*. (2da. ed.). México: Nueva Editorial Interamericana.
- Lip, C; Rocabado, F.(2005). *Determinantes sociales de la salud en Perú*; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud. Lima.
- MacMahon, Brian (2001) *Epidemiología* (2da Ed) España Editorial Marban, S.L
- Maingon, Thais (2004). Política Social en Venezuela, 1999-2003. *Cuadernos del Cendes*, V. 21, No. 55.
- Martínez L., R. y Meléndez U., A. (1986). *Salud, Prevención y Condiciones del Medio Ambiente de Trabajo*. XI Congreso RAGA. Ponencia Oficial. Caracas, Venezuela.
- MSAS-OPS. (1972). *Estudio para la Planificación Integral de la Odontología*. Departamento de Odontología.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) (2001) *Modelo de Atención Integral Ambulatorio*. Manual de implantación. Caracas
- Nunnally, J.C. (1987). *Teoría Psicométrica*. Editorial Trillas, primera edición, México, D.F., pp. 435-91.

Organización Panamericana de la Salud (1984). *Usos y Perspectivas de la Epidemiología*. Publicación No. PNSP 84-47. Seminario organizado por la OPS en Buenos Aires, Argentina.

Organización Panamericana de la Salud (1986). *Enfermedades Ocupacionales: Guía para su diagnóstico*. Publicación Científica No. 480, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la OMS. Washington, DC, EUA.

Programa de Estudios Avanzados en Administración Hospitalaria y Sistemas de Salud (PROAHSA) (1990). *Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios*. Programa de Desarrollo de Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Primera edición en español. Sao Paulo, Brasil.

Ramírez, T. (1989) *Cómo Hacer un Proyecto de Investigación*. Editorial Panapo. Caracas. Venezuela

República de Venezuela (1961). *Constitución de la República de Venezuela*. G.O. No. 662 Extraordinario, 23 de enero de 1961.

República Bolivariana de Venezuela (1999). *La Constitución Bolivariana*. G.O. No. 5.453 del 24 de marzo del 2000.

Riutort, Matías y Balza, Ronald (2001). *Salario real, tipo de cambio real y pobreza en Venezuela: 1975-2000*. Caracas: UCAB, IIES.

Rojas, R. (1982) *Capitalismo y enfermedad*. Ediciones Folio. Impreso y hecho en México.

Sabino,C (1986) *El Proceso de la Investigación*. Editorial Panapo. Caracas. Venezuela

Seijas, F.(2006). *Investigación por Muestreo*. Ediciones FACES. Universidad Central de Venezuela. Caracas.

Simoies,W(1988) *Ortopedia Funcional de los Maxilares*. Ediciones Isaro. Caracas Venezuela.

Siegel, S. (1990). *Estadística no paramétrica, aplicada a las ciencias de la conducta*. Editorial Trillas, tercera edición en español. México, D.F.

Otros Trabajos Publicados.

Cátedra de Odontología Sanitaria. (S.F) *Guía Metodológica para la Construcción de los Grupos Sociales*. Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela.

Cátedra de Odontología Sanitaria. (S.F) *Manual del Encuestador*. (Para prueba piloto). Proyecto Amazonas. Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela.

Cátedra de Odontología Sanitaria. (S.F) *Manual de Levantamiento de Caries*. Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela.

Real Academia de la Lengua (1970). *Diccionario de la Lengua Española*. Editorial de la Real Academia de la Lengua. Madrid: autor.

República de Venezuela (1961). *Constitución de la República de Venezuela*. G.O. No. 662 Extraordinario, 23 de enero de 1961.

República Bolivariana de Venezuela (1999). *La Constitución Bolivariana*. G.O. No. 5.453 del 24 de marzo del 2000.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) (2001) Modelo de Atención Integral Ambulatorio. Manual de implantación. Caracas

Material Electrónico

ABN (2005). *Venezuela presenta el octavo mejor Índice de Desarrollo Humano de América Latina*. Caracas: 11/05/2005. [Documento en línea]. Disponible: www.abn.info.ve. [Consulta: 28/09/2006].

Alvarado.; Martínez, M.; Vivas, S. y otros (2008). *Cambio Social y Político en Venezuela*. [Documento en línea]. www.medicinasocial.info.

Bello, M. Oliveros, A y otros. (2009) *Breve Recuento de la Política en las Últimas tres Décadas* Volumen 5.N4. [Documento en línea]. Disponible Informe Mensual Ecoanalítico-Español www.ecoanalitica.net/newsite/uploads/im_04_2009_05_es.pdf

Boríssov, Zhamin y Makárova ((1965) *El Diccionario de Economía Política*. publicado en la Unión Soviética y traducido al español en 1965 (Documento en línea) Disponible www.eumed.net › Diccionarios

Canada Health-OPS/OMS, (2000). *Determinantes Sociales*, (Documento en línea). Disponible. www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd42/cuaderno17.df

España N., Luís Pedro (2004). *Las cifras de la pobreza en Venezuela. De las medias verdades a la utilidad verdadera* [Documento en línea]. Disponible: www.Acuerto-social.com/download/cdt_256.rtf.

- Goncalves D. Caricote, N. Prevalencia de Caries Dental en Escolares de 6 a 12 años de edad del Municipio Antolín del Campo, Estado Nueva Esparta, Venezuela.(2002-2003) Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Ortopedia. Edición electrónica Diciembre 2003.<http://www.ortodoncia.ws/>
- Informe del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2009) *Sobre el Desarrollo Humano* (Documento en línea). Disponible: aquevedo.wordpress.com/.../penud-informe-sobre-desarrollo-humano-2009-actualización/-Chile.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2006). Evolución del Índice de Desarrollo Humano en Venezuela. [Documento en línea]. Disponible: www.ine.gov.ve. [Consulta: 28/09/2006].
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2009). *Pobreza en Venezuela*. (Documento en línea). Disponible: www.vtv.gov.ve/noticias/economicas/21927. (15/09/2009)
- Instituto Nacional de Nutrición (INN) (2008). *Las Políticas Alimentarias y Nutricionales en la Revolución Bolivariana. Perfil nutricional 1990-2008* (Documento en línea). Disponible: www.inn.gov.ve
- Iturraspe, F. (coord.) (1989). *Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo*. Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (ILDIS). 1º edición. Caracas: Nueva Sociedad.
- Montiel, D; Tovar, V.,(2003) *Inserción social y perfil de salud enfermedad bucal del paciente con VIH/SIDA*. [Documento en línea]. Disponible [fundacta @ actaodontologica.com](mailto:fundacta@actaodontologica.com)
- MSAS-OPS. (1972). *Estudio para la Planificación Integral de la Odontología*. Departamento de Odontología.
- Ministerio de Comunicación e Información (2006). INE: *La Pobreza debe medirse tomando en cuenta las Condiciones de Vida*. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.mci.gov.ve/reportajes1.asp?id=116>. [Consulta: 28/09/2006].
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Subsanar las desigualdades en una generación - ¿Cómo?* [Documento en línea]. Disponible: www.who.int/social.../index.html
- Organización Panamericana de la Salud (1984). *Usos y Perspectivas de la Epidemiología*. Publicación No. PNSP 84-47. Seminario organizado por la OPS en Buenos Aires, Argentina.

- ONAPRE. (1990-2003) *Sistema Integrado de Indicadores Sociales de Venezuela (SISOV)* (Documento en línea) Disponible. (<http://www.venescopio.org.ve/docs/Gasto%20p%C3%BAblico%20social%20sectorial%20como%20porcentaje%20del%20PIB2.xls>)
- Provea (2007-2008) Informe Anual 2008. Situación de los Derechos Humanos en Venezuela, Informe Anual octubre 2007 / Septiembre 2008 .. www.derechos.org.ve/proveaweb/?page_id=109
- Reyes, E.(2007) *Historia de la Odontología.* (Documento en línea) Disponible. www.monografias.com/.../odontología/odontologia2.shtml
- Rojo, C (2007) *Evolución Histórica de la Salud Pública.* (Documento en línea) Disponible. <http://www.personal.us.es/cruz/EVOLUCION-SALUD-PUBLICA.pdf>
- Romero, Y (2005) *La salud bucal en el Marco de las Políticas Publicas en Venezuela.* (Documento en línea) Disponible. servicio.cid.uc.edu.ve/odontología/revista/v6n2/6-2-7.pdf
- Sosa, MC. (2003) *Evolución de la Fluoruración como Medida para Prevenir la Caries.* Revista Cubana de Salud Pública Julio/septiembre. Volumen 29. Nº 3.La Habana Cuba (Documento en línea) Disponible redalyc.uaemex.mx/pdf/214/21429306.pdf
- Wilkinson, R y Marmot,M (1998).*Social Determinants of health. The solid facts.* (Documento en línea) Disponible [www.euro.who.int/ __data/assets/pdf_file/0005/98438/ e81384.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf)

Anexo A.

En el siguiente cuadro se observa la distribución de la población por edades:

Clasificación de la población según las edades del Municipio Plaza.

EDADES	N°. DE PERSONAS
2 años	7.538
2-6 años	17.428
7-11 años	17.943
12-18 años	27.088
19-59 años	96.492
60 años y más	9.303
total	175.792

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Censo Nacional 2001.

Anexo B

Mortalidad por causas en el Municipio Plaza Estado Miranda 2006

Causas	Plaza
Tumores (otros) Neoplasias	94
Lesiones Autoinflingidas y Agresiones	88
Enfermedades del Corazón	82
Eventos de Intención no Determinados	81
Enfermedad Hipertensiva	64
Todas las Demás Causas Externas	60
Enfermedades Cerebro vasculares	49
Diabetes Mellitus	35
Septicemia	15
Ciertas Afecc. Orig. en el Periodo	11
Perinatal	
Neumonías	7
Cirrosis y Otras Enfermedades del	3
Hígado	
Enfermedad de chagas	3
Enteritis y Otras Enfermedades	2
Diarreicas	
Enfermedad Por VIH	2

Fuente: Estadística Vital. Dirección de Epidemiología. Estado Miranda 2006

. Anexo C

Operacionalización de la Variable Inserción Social según Breilh y Granda

DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Relación frente a los medios de producción (Relaciones de Propiedad)	Propiedad de los medios de producción	Nominal: a) Propietario medios de trabajo b) No propietario
Papel que desempeña en la organización social del trabajo (Relaciones Técnicas)	Grado de control del proceso de trabajo en el que participa	Nominal: a) Trabajador directo (con su fuerza y mente mueve los medios de trabajo) b) Trabajador indirecto (labor de coordinación o dirección técnica del trabajo de otros)
Relación ante otros trabajadores, modo en que percibe la parte de la riqueza social (Relaciones Sociales propiamente dichas)	Explotación Cooperación Grupo medio o vinculado a instituciones públicas	Nominal: a) Inversión de recursos propios en salarios, máquinas y materia prima b) Ventajas en transacciones de comercio (atesoramiento) c) Recibe salario (o asalariado en su propio taller o parcela) por la venta de su fuerza de trabajo d) Trabajo propio y/o con familia para subsistir (auto-subsistencia y/o solo cambio básico equivalente en mercado)

		e) Sueldo
Monto del ingreso resultante al que tiene acceso (Relación de Distribución Cuota)	Plus valor Atesoramiento o captación de intereses por crédito Salario Ingreso familiar Sueldo Pago por servicios	De Razón: Valor monetario ajustado a precios vigentes y clasificables en escala de razón

Fuente: adaptado de Breilh y Granda (1985, p. 77).

Anexo D

Privado	Número de Alumno
1. I. C. E. Luisa Cáceres de Arismendi	443
2. U. E. Colegio Jesús Niño de Mampote	215
3. U. E. Santa Rosa de Lima	43
4. U. E. Colegio Plaza	364
5. U. E. Libertadora Manuelita Sanz	90
6. U. E. La Milagrosa	146
7. U. E. Matea Bolívar	159
8. U. E. Adventista Oropeza Castillo	155
9. U. E. Terraza de Cepeda	78
10. U. E. Luís Maria Alazo	49
11. U. E. Colegio CEPA	657
12. C. E. T. Andrés Narvantes	104
13 U. E. Virgen del Rosario	162
14. U. E. C Parroquial Jesús Ma. Marrero	691
15. U. E. General Rafael Urdaneta	41
16. U. E. C. Campaña de Carabobo	45
17. U. E. Moral y Luces	6
18. U. E. Colegio Ciudad Casarapa	505
19. U. E. Fe y Alegría	972

20. U. E. P. El Roble	21
21. U. E. Manuel Ángel Puchi Fonseca	61
22. U. E. El Buen Pastor	144
23. U. E. Colegio Getsemaní	24
24. U. E. Aureliano Baldor	106
25. U. E. Santa Rosalía	212
26. U. E. José Rafael Pocaterra	292
27. U. E. Vicente Emilio Sojo	29
28. U. E. Pedro Camejo	56
Total	5.870

Estatad	Número de Alumno
1. I. E. E. Antonio María Piñate	433
2. U. E. E. Simón Rodríguez	799
3. U. E. E. Antonio José Rojas	433
4. U. E. E. Zenobia Vergara	277
5. U. E. E. Lino Bravo	251
6. U. E. E. Ángela Betancourt de Oropeza	257

7. U. E. Anita Yánez	323
8. U. E. Tito Cardozo	215
9. U. E. E. Cipriano Martínez	112
10. U. E. Creación Zumba	333
11. U. E. E. Regulo Rico	541
12. U. E. E. Nerys Rangel de López	358
13. U. E. E. Eulalia Burós	423
14. U. B. E. Andrés Bello	140
15. U. E. E. Rosendo purana Cumas	406
16. U. E. E. Arístides Bastidas	183
17. U. E. E. Martín Vera Guerra	355
18. U. E. E. Horacio Requena Quintero	153
total	<hr/> 5.992

1. U. E. B. El Tamarindo	612
2. E. N. B. Miguel Oropeza Silva	711
3. U. B. N. Lauderiano Mejías	700
4. U. E. N. Trapichito	1.117
5. U. B. I. Judith Dalo Sondon	388
6. U. E. I. B. Menca de Leoni I	1.453
7. U. E. I. B. Menca de Leoni II	857
8. E. B. I. B. Ricardo Montoya	520

9. E. B. I. B. Albano Sequin Vera	1.287
10. U. E. Carmen Cabrile	669
11. E. B. I. R Ambrosio Plaza	1.287
12. U. E. Ruiz Pineda	150
Total	<hr/> 9.797

Total Niños de I a II nivel

21.659

Anexo E

Sujetos Seleccionados

Privado No. 28	Estadal No. 4	Nacional No. 7
1	4	1
5	11	11
9	14	23
10	16	32
11	18	45
12	19	51
14	20	55
18	24	57
20	25	62
21	26	86
23	27	88
24	30	93
27	35	101
29	39	102
31	41	104
32	43	115
33	44	124
34	45	135

41	49	141
43	57	142
50	59	147
60	61	161
65	65	179
66	66	206
70	72	213
72	74	224
73	78	227
79	88	230
81	95	232
84	96	236
88	97	247
90	99	250
97	102	268
101	103	276
102	105	288
103	107	290
117	109	292
118	110	293
126	116	299
131	118	309

138	121	311
145	122	320
146	124	326
150	133	342
155	136	346
156	139	350
159	140	351
161	142	352
171	151	353
173	157	354
174	163	374
175	167	376
178	172	390
179	178	395
180	180	396
181	183	399
182	187	403
183	190	404
188	193	407
189	207	419
196	208	421
199	216	430

200	218	431
207	219	442
209	227	445
217	230	447
219	232	448
223	233	461
230	236	464
231	241	480
243	250	486
245	252	487
246	254	488
251	255	489
253	257	494
254	258	497
256	259	511
260	263	512
264	265	519
275	266	523
281	267	524
283	270	538
287	273	542
	275	550

565

567

575

581

584

592

598

628

631

634

636

682

684

687

705

719

725

728

729

730

732

733

746

748

754

757

758

778

784

790

798

810

812

817

822

830

849

850

856

862

864

868

872

875

880

887

891

895

922

945

953

954

Anexo F

Universidad Central de Venezuela
Facultad de Odontología
Escuela de Odontología
Maestría: Práctica Social y Salud

Ficha Clínica Odontológico

Numero del formulario		Fecha de examen	Día	Mes	Año
A.-Numero del Plantel		Número del examinador			
B.-Grado escolar		C.-Edad		D.-Sexo	M F

Índice de C.P.O.D

7	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	37	36	35	34	33	32	31	41	42	43	44	45	46	47
Índice ceo	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	F. Índice c.e.o					75	74	73	72	71	81	82	83	84	85	Índice ceo	

Diente	16v/17v	11v/21	26v/27v	36L/37L	31v/41v	46L/47L	total
Placa							
calculo							
Diente	55v	51v	65v	75L	71v	85L	total
Placa							
Calculo							

Resumen Índice CPOD/ceo					Dientes sanos	Dientes Presentes
C/c	O/o	E	EI/ei	CPOD/ceo		

I.H.O.S

.I.Tipo de Dentición		.Maloclosión	
1.Temporal		J.Tiene	
2.Mixta		2.No Tiene	
3.Permanente		3.No determinable	

		I.H.O.S
G.-Placa		
H.-Calculo		

Anexo G

Universidad Central de Venezuela
Facultad de Odontología
Escuela de Odontología
Maestría: Práctica Social y Salud

Información para llenado de formulario de evaluación de salud bucal

Fecha del examen: Debe escribirse en el momento del examen el año, fecha y día.

Examinador: Nombre del examinador.

Plantel: Nombre del plantel.

Nombre del niño examinado: El nombre debe escribirse con letra de molde y comenzando con los apellidos y luego con el nombre.

Grado: Grado de instrucción del niño examinado

Edad: registro de la edad correspondiente al último cumpleaños.

Sexo: Colocar el sexo del paciente el cual se registrará con:

M = masculino F = femenino

Recomendaciones generales Para el examinador.

Utilice lápiz de grafito para marcar la casilla correspondiente a la alternativa indicada por el informante o para asentar el dato aportado por este.

En cada pregunta observe la secuencia que debe seguir

Escriba de forma clara. Diferencie aquellos dígitos que tiendan a confundirse en la escritura: 0 y 6; 1 y 7; 4 y 9.

En caso de duda lea detenidamente el instructivo, si se le presentan situaciones no contempladas, comuníquese al responsable del proyecto.

Recuerde que todos estamos en la posibilidad de aportar ideas, pero no debe llevarlas adelante por cuenta propia, pues debemos garantizar la unicidad de los procedimientos.

Evite en lo posible tocar la boca del paciente. Esto evitara que tenga que ir a lavarse las manos

Cuando examine caries se omite el uso del explorador, ya que puede causar dolor innecesariamente.

Dicte claramente los códigos para evitar errores de anotación. Interrumpa las veces que considere necesario para aclarar dudas.

En caso de duda con algún diente recuerde la cronología de la erupción.

Al finalizar cada examen verifique las anotaciones.

Clasificación del CPOD/ceo.

El índice CPOD/ceo es un estudio sobre caries dentales que busca describir cuantitativamente el problema en personas a partir de los 3 años de edad en adelante. Se utiliza el índice CPOD de Kley y Palmer para dientes permanentes y el Índice ceo de Gruebbel para dientes Temporales.

El CPOD describe los resultados del ataque de la caries en los dientes permanentes de un grupo poblacional, el símbolo C se refiere al número de dientes permanentes que presenta lesiones de caries no restaurados.

El símbolo P se refiere a los dientes permanentes perdidos por caries. Además de los dientes permanentes extraídos por razón de caries, se acostumbra también clasificar como perdidos los dientes permanentes que tienen extracción indicada (por razón de caries). Así, los dientes permanentes estarán compuestos por los dientes extraídos (E) y los dientes con Extracción indicada (EI).

El símbolo O se refiere a los dientes permanentes que fueron atacado por caries pero que están ahora restaurados.

El símbolo D es usado para indicar que la unidad establecida es el Diente, o sea, el número de dientes permanentes afectados en vez de superficies afectadas o número de lesiones de caries existentes en boca.

El CPOD se expresa como promedio de dientes CPO por personas, en la población estudiada. El promedio es generalmente computado separado por la edad y sexo, ya que esos dos factores son importantes en la interpretación correcta de los datos. Sabemos por ejemplo, que las niñas, en promedio, presentan una erupción precoz en relación con los niños en el mismo grupo etario. También sabemos que a mayor edades del niño mayor CPOD promedio. El niño mayor tiene un número mayor de dientes permanentes expuestos al ataque de caries y también posee dientes que fueron expuestos al ataque por un tiempo más largo. Además del CPOD

promedio, es posible calcular otros datos estadísticos a través de de las investigaciones CPO.

En un le levantamiento realizado en una población de niños que presentan dentición mixta, es utilizado también el índice ceo para describir la prevalencia de la caries en los dientes temporales. El símbolo **c** significa el número de dientes temporales presentes cariados y no restaurados.

El símbolo **e** representa el número de dientes deciduos con extracción indicada .el símbolo **o** representa el numero de dientes temporales obturados. El promedio deberá ser computado separadamente para cada edad y sexo, en grupos de niño menores de 12 años.

Esta clasificación toma en cuenta los dientes permanentes y temporales o espacios dentarios donde se excluyen los terceros molares.

En este sistema de clasificación se incluye la categoría “**extracción indicada**” el cual corresponde a dientes presentes en boca donde la estructura dentaria este muy destruida por la caries y se tenga que extraer.

Esta categoría no altera el valor numérico del CPOD, pero la categoría C puede estar disminuida cuando es comparada con los datos obtenidos sin su inclusión.

Procedimiento de Examen

Se iniciara el examen por el ultimo molar presente en boca del niño ya sea el segundo o primer molar permanente, derecho hasta el segundo o primer molar Izquierdo, seguir con el segundo primer molar inferior izquierdo finalizando en el segundo o primer molar inferior derecho.

En este examen siempre que se termine de dictar los códigos de cada cuadrante, se verifica que las anotaciones correspondientes a cada espacio hayan sido correctamente registradas por el anotador.

El examen de cada diente debe hacerse con el espejo, no s Nombre del examinador.e amerita el uso del explorado, se revisan las superficies del diente en el siguiente orden: oclusal, lingual, vestibular, mesial y distal.

Cada superficie debe recorrerse completamente hasta llegar a un diagnóstico

Criterio para examen y reglas para el registro

Código:

10 Espacio vacío

11 Diente permanente cariado

12 Diente permanente Obturado

13 Diente permanente extraído

14 Diente permanente con extracción indicada

15 Diente permanente sano

16 Diente temporal cariado

17 Diente temporal Obturado

18 Diente temporal con extracción indicada

19 Diente temporal sano

Espacio vacío: registrar el espacio dental como “0” (cero) cuando la ausencia del diente es debida a:

Ausencia del diente temporal por cualquier razón

Diente permanente no erupcionado

Diente temporal no erupcionado

Diente permanente o temporal impactado o ausente congénitamente

Diente temporal extraído

Diente permanente extraído por otras causas que no son caries dental

Diente permanente cariado: utilizar el código “1” cuando existan las siguientes evidencias de caries:

Evidencia clínica de esmalte socavado; debe existir una cavidad definida con decoloración u opacidad en los márgenes.

Cicatriculas o fisuras será calificado como cariado solamente si fueron encontradas algunas de las condiciones abajo señaladas.

1. Presencia evidente de tejido reblandecido en la base de la cicatrícula o fisura.
2. Opacidad en los márgenes o una mancha indicando presencia de caries subyacente.
3. En caso de superficie proximales

Diente permanente Obturado: atribuir el código “2” cuando el diente este obturado con material permanente, sin tener en cuenta el tipo de material restaurador.

Un diente que está al mismo tiempo obturado y cariado se clasifica como cariado “1”

Diente permanente extraído: atribuir el código “3” De acuerdo con la edad del paciente, el diente debería estar presente y fue extraído debido a caries.

En caso de dudas preguntar al paciente si la ausencia del diente es debido a extracción, examinar la forma del reborde alveolar y la presencia o ausencia de diente homólogo. Este criterio no es utilizado para dientes temporales

Se tomarán en cuenta varias condiciones para esta clasificación:

-Diente ausente congénitamente.

-Diente Incluido.

-diente permanente.

Diente permanente con extracción indicada: Atribuir el código "4" cuando el diente permanente solamente presenta raíces o corona parcial destruida; habrá siempre evidencia que la cámara pulpar fue afectada.

Se tomarán en cuenta varias condiciones para esta clasificación:

-Evidencia visible de absceso periapical.

-evidencia visible de socavamiento extenso de todas las paredes del esmalte con exposición pulpar.

-Presencia de tumefacción o de tracto fistuloso.

El código siguiente son para los dientes temporales. Los criterios de clasificación son los mismos que para los dientes permanentes.

Registrar de la siguiente manera

Diente temporal cariado se registra con el espacio dental como "6" se utilizará el mismo criterio de clasificación 1 utilizado para diente permanente.

Diente temporal Obturado "7" se utilizará el mismo criterio de clasificación 2 utilizado para diente permanente.

Diente temporal con extracción indicada “8” Un diente cariado se considera como extracción indicada (no funcional) cuando presenta una o varias de las características siguientes:

-Caries extensa que amerita una restauración de toda la corona con o sin exposición pulpar, pero con movilidad.

-Tumefacción facial asociada a caries en dientes primarios.

-Caries extensa hasta cuello del diente.

Diente temporal sano. Condigo “9” si al momento del examen, el diente presente no presenta evidencias señaladas en la clasificación 6, 7, 8.

Criterios a tomar en cuenta cuando se realiza estas clasificaciones

Cuando el diente primario y el diente secundario que lo remplazará se encuentra ocupado el mismo espacio, se anotará solamente el secundario.

Cuando exista dudas entre dos puntos:

(a) Diente sano y cariado, debe calificarse el diente como sano.

(b) Diente cariado y Obturado, debe clasificarse como cariado.

(c) Diente cariado y extracción indicada, debe calificarse el diente como cariado.

(d) Cuando existe duda entre si el diente permanente presente es un primer premolar, o un segundo premolar, se tomará siempre como un primer premolar y se asignará la condición hallada a éste. En general en caso de duda se anota el valor menor.

Condiciones de salud Periodontal

Índice de Higiene Oral Simplificado (I.H.O.S)

El índice fue ideado para estudiar y medir la epidemiología de la Placa dental bacteriana y el cálculo, evaluar las eficiencias del cepillado y la atención odontológica de una comunidad y los efectos inmediatos y mediatos de programas de educación para la salud bucal.

Para que el índice sea usado como evaluador de las condiciones de higiene bucal de una población, deberá permitir una medición cuantitativa de los diferentes grados de higiene bucal y establecer criterios específicos para el diagnóstico cuantitativo. El índice de higiene oral simplificado lleva esas finalidades.

Se compone de dos partes: un índice de placa (P.D.B) y un índice de cálculo (IC) para cada uno de estos componentes es evaluado según una escala de 0 a 3 y se registran las mediciones en 6 superficies de los dientes permanentes por vestibular 11,31, 16, 26 y por lingual 46,36 y de los dientes temporarios por vestibular 55, 65,51 31 y por lingual 75 y 85

Se adjudica puntaje a la superficie vestibular de los molares superiores y las superficies linguales de los inferiores. En el segmento anterior se consideran la superficie vestibular del incisivo central superior derecho e inferior izquierdo. Se puede utilizar el incisivo central del lado opuesto si esta ausente el diente por evaluar.

Concepto:

Placa dentobacteriana. Es una materia blanca adherida a la superficie de los dientes, formada por mucina, bacteriana y alimentos y puede ser de color blanco, verde o naranja.

Mancha extrínseca. Es una película fina de sustancia extraña adherida firmemente a la superficie del diente, pero que puede ser removida raspándose las superficies con la punta del explorador. Su color puede variar desde el negro al marrón oscuro, verde o naranja rojizo.

Cálculo. Es un depósito de sales inorgánicas constituidas principalmente de carbonato y fosfato de calcio, más restos de alimentos, bacterias y células epiteliales descamadas.

Cálculo supra-gingival. Es generalmente blanco o marrón amarillento que se deposita en sentido ocluso-apical alrededor de la región cervical del diente.

Procedimiento de examen:

La falta de un conjunto de criterios simples y objetivos que minimizaron la viabilidad introducida por el examinador, llevaron a Greene y Vermillion a crear el índice de higiene oral. Su meta fue la de elaborar una técnica de medición sencilla para el procedimiento del examen bucal.

(a) El examen bucal será realizado con auxilio un espejo bucal plano y una sonda periodontal.

(b) El Examen obedecerá la secuencia siguiente:

(c) Dientes 16, 11, 26, 36,31 y 46 o 55, 51, 65, 75,71 y 85

Si cualquiera de los dientes arriba citados estuviese ausente, restaurado con coronas totales o presenta una superficie reducida en altura debido a caries o traumas, deberá sustituirse por otro diente disponible de acuerdo con lo siguiente:

Para los dientes 16, 26, 36y 46 seleccionar el primer diente localizado distalmente por ejemplo: segundo molar

Si no existe ningún diente hacia distal o disminuida en superficie no efectuar la sustitución.

Para el diente nº 11 sustituirlo por el 21, o 51 sustituirlo por el 61 y por el 31 hacerlo por el 41 o 71 hacerlo por el 81. Sin ambos estuvieran ausentes o se encuentran restaurados por coronas totales o disminuida su superficie no utilizar otro diente como sustituto.

Diente y superficie a evaluar.

16/55 (vest), 26/65(vest), 46/85(ling), 36/75(ling), 11/51(vest), 31/71(vest).

El diente es examinado en relación a la placa bacteriana y después al cálculo.

1.- El examen de presencia de placa bacteriana es realizado deslizando la sonda periodontal lo largo de la superficie cubierta por la materia alba (por tercios del incisal al cervical, en dirección mesio-distal o disto-mesial). En la ausencia de materia alba y en presencia de mancha, ésta es considerada extrínseca cuando puede ser removida raspándose la superficie del diente con la punta del explorador.

2.-El examen de la presencia de calcula es hecho a través de la utilización del espejo y por la sonda periodontal para identificar y estimar la extensión del área cubierta por el cálculo o bien para determinar la presencia de calculo sub-gingival. Si un diente sustituido, fuese examinado, el número del diente

debe ser dictado en primer lugar y en segundo la puntuación correspondiente a la placa bacteriana y calculo.

Este índice es aplicable a personas de 3 años de edad en adelante (niños, adolescentes y adultos)

Código de criterio para índice de placa.

0 = Ausencia de pigmentación.

1 = Denditrus blanco que no cubre más de un tercio de la superficie dentaría

2 = Denditrus blanco que cubre más de un tercio de la superficie dentaría

3 = Denditrus blanco que no cubre más de dos tercios de la superficie dentaría

9 = No registrado (cuando el diente no está presente por no haber erupcionado ser extraído.

Código de criterio para índice de Cálculo

0 = Ausencia de Calculo

1 = Calculo que no cubre más de un tercio de la superficie dentaría (calculo supragingival)

2 = Calculo que cubre más de un tercio de la superficie dentaría

3 = Calculo que no cubre más de dos tercios de la superficie dentaría, con calculo alrededor de la zona gingival.

9 = No registrado (cuando el diente no está presente por no haber erupcionado ser extraído.

La casilla total de placa es la suma de todos los índices de placa individuales dividido por el total de personas examinadas, exacto el 9 que corresponde a no registrado .Para determinar el promedio se divide entre el número de dientes examinados.

Se sigue el mismo procedimiento con la puntuación del cálculo, el promedio se expresa con 2 lugares decimales

Las siguientes categorías que aparecen en el cuestionario deberán ser contestadas con una afirmación o negación.

Aspectos de oclusión. Relación Molar Anteroposterior: Esta evaluación se basa en la relación de los primeros molares. Si la evaluación no se puede basar en los primeros molares porque falta uno o dos, no han salido completamente, o están deformados por a consecuencia de una caries u obturación extensa, se evalúa la relación entre los caninos y los premolares permanentes. Se evalúa el lado derecho e izquierdo en la posición de oclusión céntrica.

Oclusión Posterior llave de Angle. El sistema de Angle se basa en las relaciones anteroposteriores de ambos maxilares de más específicamente a la relación entre los primeros molares permanentes, maxilares y mandibulares.

Neutro-Oclusión o Clase I: Corresponde a la relación que existe entre la cúspide mesivestibular del primer molar superior está en oclusión con el surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior. Existe una

relación normal entre el maxilar superior y la mandíbula. Solo los dientes presentan alteraciones.

Disto-Oclusión o Clase II: En este grupo la mandíbula se encuentra en posición distal con respecto al maxilar superior (hacia atrás).

La cúspide distovestibular del primer molar superior está en oclusión con el surco mesiovestibular del primer molar inferior.

La oclusión de los dientes se verifica cuando los inferiores se hallan en posición posterior respecto a los superiores.

Mesio-Oclusión o Clase III: En la oclusión, el surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior está en oclusión anterior a la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior. A veces se asocia hiperplasia de la mandíbula, mordida cruzada anterior y linguoversión (hacia atrás) de los incisivos Inferiores.

Tipo de dentición: señale con el número correspondiente el tipo de dentición del paciente:

1. Para dentición Temporal
2. Para dentición Mixta
3. Para dentición Permanente

Anexo H

Universidad Central de Venezuela
Facultad de Odontología
Escuela de Odontología
Maestría: Práctica Social y Salud

Información para llenado de formulario de evaluación de la condición social del representante del niño seleccionado

Este cuestionario tiene por objeto recopilar información para determinar la relación que existe entre el perfil de salud enfermedad bucal y la inserción social, en la población escolarizada comprendida entre los 7 y los 13 años de edad, en el Municipio Plaza del Estado Miranda, durante el periodo escolar 2007 -2008; como parte de una investigación para la elaboración de una tesis de grado con la finalidad exclusivamente académica

Las preguntas que usted conteste serán usadas para un estudio científico, es importante su colaboración y que responda de una forma verdadera y exacta. Le rogamos a tal fin su amable colaboración. Escriba o marque con una equis (x) todas sus respuestas, según corresponda en cada caso. No existen respuestas correcta o incorrecta. Se respetara el secreto estadístico de la información recopilada.

Por su tiempo y valiosa colaboración muchas gracia.

Nombre del niño examinado: El nombre debe escribirse con letra de molde y comenzando con los apellidos y luego con el nombre.

Pregunta 1

Tipo de Plantel: señalará la condición económica del plantel en cual cursa estudios el niño.

Pregunta 2

Grado: Grado de instrucción del niño examinado

Pregunta 3

Edad: Registro de la edad correspondiente al último cumpleaños.

Pregunta 4

Sexo: Colocar el sexo del niño el cual se registrará con:

M = masculino F = femenino

A continuación se formulan una serie de preguntas dirigidas al jefe de familia, entendiéndose por este aquel que tiene la mayor responsabilidad económica en el hogar (si no está presente llénelo usted en su nombre.

La siguiente pregunta tiene relación con la ocupación

Se entiende por ocupación: trabajo o actividad realizada para adquirir ciertas cosas de la que se carece.

Pregunta 5

Marque con una "X" sobre la línea correspondiente la alternativa que Ud. considere.

Situación ocupacional del Jefe de familia en la actualidad

Pregunta 6

Marque con una "X" sobre la línea correspondiente la alternativa que Ud. considere

Tipo de oficio que desempeña el jefe de familia. Si su oficio no se encuentra entre las señaladas especifique su ocupación en otros

La siguiente pregunta tiene relación con el grado de control que posee el trabajador al realizar un trabajo, siendo diferente el control del trabajo terminado por una sola persona por ejemplo un odontólogo, un contador, una costurera al control del trabajo terminado donde participan varias personas a la vez , donde se divide el trabajo en partes , secciones o complementos por ejemplo un restaurante de comida rápida ,una fabrica ensambladora de carros, una fabrica de ropa .

Pregunta 7

Marque con una "X" sobre la línea correspondiente la alternativa que Ud. considere

El padre /madre o quien lo sustituya es respecto a su medio de trabajo. Al realizar su trabajo señale si posee o no control

Pregunta 8

Marque con una "X" sobre la línea correspondiente la alternativa que Ud. considere

El padre /La madre o quien lo sustituya es respecto a la relación social existente entre las personas que trabajan con Ud. si es un trabajador directo o indirecto.

En todo proceso de trabajo donde existe especialización del trabajo debemos distinguir, por lo tanto, dos tipos de trabajadores: aquellos que trabajan con cumplimiento de tareas parciales en la transformación directa de la materia prima, por una parte, que nosotros llamamos Trabajadores directos, y aquellos que cumplen funciones de coordinación, vigilancia y control trabajadores no directos.

Pregunta 9

Marque con una "X" sobre la línea correspondiente la alternativa que Ud. considere

Esta pregunta tiene que ver con la relación con el medio de producción existente en su trabajo

Es la relación se establece entre el propietario de los medios de producción y los productores directos o trabajadores

Podemos distinguir dos tipos fundamentales de relaciones sociales de producción: La relación explotador /explotado y la relaciones de colaboración reciproca.

Pregunta 10

Marque con una "X" sobre la línea correspondiente la alternativa que Ud. considere

Padre/ madre o quien lo sustituye .Diga cuál es el tipo de desgaste cree Ud. realiza al ejecutar su trabajo.

Mental y físico: es aquel donde el trabajador al ejecutar su oficio o trabajo produce un esfuerzo completo es el caso por ejemplo, de un odontólogo, cirujano, profesor, un artista, músico,

Mental: es aquel donde el trabajador al ejecutar su oficio o trabajo produce un esfuerzo puramente mental, un contador, un físico, un poeta

Físico: es aquel donde el trabajador al ejecutar su oficio o trabajo produce un esfuerzo puramente físico un obrero, peón

Pregunta 11

Marque con una "X" sobre la línea correspondiente la alternativa que Ud. considere

Padre/ madre o quien lo sustituye tiene relación con Venta y Valor de fuerza de trabajo para obtener remuneración en dinero o asignación regular por trabajo realizado.

Pregunta 12

Marque con una "X" sobre la línea correspondiente la alternativa que Ud. considere

Tiene relación con el ingreso familiar mensual que recibe el grupo familiar para cubrir sus necesidades básicas.

Pregunta 13

Marque con una "X" sobre la línea correspondiente la alternativa que Ud. considere

Grado de instrucción del Padre/ madre o quien lo sustituye.

Pregunta 14

Marque con una "X" sobre la línea correspondiente la alternativa que Ud. considere

Las siguientes preguntas tienen relación con la fuente con la cual a obtenido la información o el saber sobre la salud bucal debe indicar la procedencia de su conocimiento si es de origen familia, popular, científico, o social

Pregunta 15

La siguiente pregunta tiene relación con basamento teórico que Ud. posee sobre el origen de las caries.

Marque con una "X" sobre la línea correspondiente la alternativa que Ud. considere o especifique otros

Las siguientes preguntas tienen relación con el ejercicio de acciones que van en pro de su salud bucal

Pregunta 16

Marque con una "X" sobre la línea correspondiente la alternativa que Ud. considere

Ocasión en que en que se cepilla

Pregunta 17

Marque con una "X" sobre la línea correspondiente la alternativa que Ud. considere

Medios que utiliza para su higiene bucal

Pregunta 18

Marque con una "X" sobre la línea correspondiente la alternativa que Ud. considere o especifique otros

Tiene relación con el motivo por el que lleva su hijo al odontólogo.

Pregunta 19

Marque con una "X" sobre la línea correspondiente la alternativa que Ud. considere o especifique otros

Tiene relación con el valor que le da a la conservación de la salud bucal

Las siguientes preguntas tienen relación con el acceso a los servicios odontológicos

Pregunta 20

Marque con una "X" sobre la línea correspondiente la alternativa que Ud. considere o especifique otros

Tipo Servicio de asistencial al que lleva a su hijo

Pregunta 21

Marque con una "X" sobre la línea correspondiente la alternativa que Ud. considere

Tiene relación con las veces en que lleva a su hijo al odontólogo

Pregunta 22

Marque con una "X" sobre la línea correspondiente la alternativa que Ud. considere

Tiene relación con el tiempo que transcurre desde el momento que sale de su casa hasta donde esta el odontólogo

Pregunta 23

Marque con una "X" sobre la línea correspondiente la alternativa que Ud. considere o especifique otros

Tiene relación al tipo de servicio odontológico al que lleva a su hijo.

Pregunta 24

Marque con una "X" sobre la línea correspondiente la alternativa que Ud. considere

Gasto promedio cada vez que acude al Odontólogo

Las siguientes preguntas tienen relación con los servicios intra-domiciliarios

Pregunta 25

Marque con una "X" sobre la línea correspondiente la alternativa que Ud. considere

Disponibilidad de agua potable

Pregunta 26

Marque con una "X" sobre la línea correspondiente la alternativa que Ud. considere

Disponibilidad de recolección de basura

Pregunta 27

Marque con una "X" sobre la línea correspondiente la alternativa que Ud. considere

Disponibilidad de electricidad.

Pregunta 28

Marque con una "X" sobre la línea correspondiente la alternativa que Ud. considere

Disponibilidad de recolección de excretas.

Pregunta 29

Marque con una "X" sobre la línea correspondiente la alternativa que Ud. considere

Tipo de vivienda en que vive con su familia

Pregunta 30

Marque con una "X" sobre la línea correspondiente la alternativa que Ud. considere

Tiene relación con la tenencia de su vivienda

Pregunta 31

Señale los alimentos que consumió en el desayuno de ayer

Pregunta 32

Señale los alimentos que consumió en el almuerzo de ayer

Pregunta 33

Señale los alimentos que consumió en la cena de ayer

Pregunta 34

Marque con una "X" sobre la línea correspondiente la alternativa que Ud. considere

Indique cuantas veces su niño consume dulces o chucherías

Pregunta 35

Que Chucherías consume su hijo con más frecuencia

Marque con una "X" sobre la línea correspondiente la alternativa que Ud. considere o especifique otros

Pregunta 36

Indique que alimentos conforman la merienda de su hijo

Pregunta 37

Indique que alimentos compra su hijo en la cantina de su escuela

Anexos I

Universidad Central de Venezuela
Facultad de Odontología
Escuela de Odontología
Maestría: Práctica Social y Salud

Cuestionario

Instrucciones: Este cuestionario tiene por objeto recopilar información para determinar la relación que existe entre el perfil de salud enfermedad bucal y la inserción social, en la población escolarizada comprendida entre los 7 y los 13 años de edad, en el Municipio Plaza del Estado Miranda, durante el periodo escolar 2007 -2008; como parte de una investigación para la elaboración de una tesis de grado con la finalidad exclusivamente académica. Las preguntas que usted conteste serán usadas para un estudio científico, es importante su colaboración y que responda de una forma verdadera y exacta. Le rogamos a tal fin su amable colaboración. Escriba o marque con una equis (x) todas sus respuestas, según corresponda en cada caso. No existen respuestas correcta o incorrecta. Se respetará el secreto estadístico de la información recopilada.

Por su tiempo y valiosa colaboración muchas gracias...

Número de Identificación del niño				
1	Plantel	<input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Nacional		
2	Grado Escolar	<input type="checkbox"/> Primero <input type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/> Quinto <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/> Sexto		
3	___ Edad	4	sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
5	Situación ocupacional del Jefe de familia		<input type="checkbox"/> Estudiante con beca. <input type="checkbox"/> Estudiante sin beca. <input type="checkbox"/> Trabajo Fijo <input type="checkbox"/> Trabajo Destajo <input type="checkbox"/> Sin Trabajo <input type="checkbox"/> Buscando Trabajo <input type="checkbox"/> incapacitado <input type="checkbox"/> oficios del Hogar <input type="checkbox"/> Otros	
6	Principal ocupación, oficio del padre y/o representante sustituto <input type="checkbox"/> pago diario por trabajo de tierras <input type="checkbox"/> Obrero no especializado <input type="checkbox"/> Buhoner <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Minifundista <input type="checkbox"/> Del Hogar <input type="checkbox"/> Empleado de oficina no calificado <input type="checkbox"/> Obrero especializado Chofer de Transporte <input type="checkbox"/> Artesano <input type="checkbox"/> Agricultor <input type="checkbox"/> Empleado de Oficina Calificada <input type="checkbox"/> Comerciante Vendedor Profesional, técnico <input type="checkbox"/> Pequeño y mediano empresario /propietario <input type="checkbox"/> Gerente <input type="checkbox"/> Administrador <input type="checkbox"/> Director <input type="checkbox"/> Gran Empresario/propietario <input type="checkbox"/> Ocupación no definida <input type="checkbox"/> Otra especifique _____			
6	Principal ocupación, oficio de la madre y/o representante sustituto <input type="checkbox"/> pago diario por trabajo de tierras <input type="checkbox"/> Obrero no especializada <input type="checkbox"/> Buhonero <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Del Hogar <input type="checkbox"/> Minifundista <input type="checkbox"/> Empleado de oficina No calificado <input type="checkbox"/> Obrero especializado <input type="checkbox"/> Chofer de Transporte <input type="checkbox"/> Artesano <input type="checkbox"/> Agricultor <input type="checkbox"/> Empleado de Oficina Calificada <input type="checkbox"/> Comerciante Vendedor <input type="checkbox"/> Profesional, técnico <input type="checkbox"/> Pequeño y mediano empresario /propietario <input type="checkbox"/> Gerente <input type="checkbox"/> Administrador <input type="checkbox"/> Director <input type="checkbox"/> Gran Empresario/propietario <input type="checkbox"/> Ocupación no definida <input type="checkbox"/> Otra especifique _____			

7	El padre/La madre o quien lo sustituya es respecto a su medio de trabajo. Al realizar su trabajo señale si posee o no control : <input type="checkbox"/> Ningún tipo de control. <input type="checkbox"/> Solo realiza modificaciones simples <input type="checkbox"/> Puede realizar cambio en el proceso de trabajo. <input type="checkbox"/> Posee el control	
8	El padre /La madre o quien lo sustituya es respecto a la relación social existente entre las personas que trabajan con Usted. <input type="checkbox"/> Trabajador directo (elabora, modifica o tiene un contacto directo con la de materia prima) <input type="checkbox"/> Trabajador Indirecto (y aquellos que cumplen funciones de coordinación, vigilancia y control trabajadores no directos)	
9	El Padre / La madre o quien la sustituya es respecto a la relación con el medio de producción existente en su trabajo <input type="checkbox"/> Propietario de los medios de Producción. <input type="checkbox"/> Obrero <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> colaboración reciproca con otros miembros para realizar un trabajo <input type="checkbox"/> Trabaja para una cooperativa	
10	Padre/ madre o quien lo sustituye	Diga cuál es el tipo de desgaste cree usted realiza al ejecutar su trabajo. <input type="checkbox"/> Mental y físico <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> físico
11	El padre/ La madre o quien lo sustituye <input type="checkbox"/> Recibe salario por la venta de su trabajo. <input type="checkbox"/> Desempeña un trabajo propio <input type="checkbox"/> Desempeña un trabajo con la Familia <input type="checkbox"/> Percibe un sueldo fijo con todos los beneficios de ley <input type="checkbox"/> Obtiene ganancia de transacciones de comercio <input type="checkbox"/> Invierte recursos propios para generar ganancias	
12	Ingreso mensual Promedio del Grupo familiar	<input type="checkbox"/> Bs. 500.000 o menos <input type="checkbox"/> Bs. 500.001 a 1.000.000 <input type="checkbox"/> Bs. 1.000.001 a 2.000.000 <input type="checkbox"/> Bs. 2.000.001 a 4.000.000 <input type="checkbox"/> Bs. 4.000.001 a 8.000.000 <input type="checkbox"/> Bs. 8.000.001 0 más
13	Nivel educativo del padre	<input type="checkbox"/> Sin nivel <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Avanzada
	Nivel educativo de la madre	<input type="checkbox"/> Sin nivel <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Avanzada
	Otro representante	<input type="checkbox"/> Sin nivel <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Avanzada

14	La adquisición de conocimiento sobre la salud bucal la obtuvo en:	1.- A través de saberes e información sobre higiene bucal realizados en la zona tales como: <input type="checkbox"/> Utilización de bicarbonato. <input type="checkbox"/> Utilización de ceniza <input type="checkbox"/> Utilización de otros medios. Especifique Cuáles _____ 2. Nociones sobre salud bucal aprendida a través de su representante. 3. Nociones sobre salud bucal aprendida en centros educativos. 4. nociones sobre salud bucal aprendido en campañas o centros de salud
15	La presencia de caries se deben :	<input type="checkbox"/> Mala suerte. <input type="checkbox"/> Hechicerías. <input type="checkbox"/> Mal de ojo. <input type="checkbox"/> Las bacterias <input type="checkbox"/> Los dulces <input type="checkbox"/> Falta de aseo de sus dientes <input type="checkbox"/> Al agua <input type="checkbox"/> Falta de programas educativos <input type="checkbox"/> Falta de información en escuelas o centros de salud <input type="checkbox"/> Falta de medios de higiene bucal <input type="checkbox"/> Falta de recurso económicos <input type="checkbox"/> Falta de tiempo para cuidado de sus dientes otros Especifique cuales _____ <input type="checkbox"/> No sabe
16	Ocasión en que en que se cepilla	<input type="checkbox"/> Después de comer <input type="checkbox"/> Al acostarse <input type="checkbox"/> Al levantarse <input type="checkbox"/> Cada vez que come <input type="checkbox"/> No se cepilla <input type="checkbox"/> no contestó
17	Medios que utiliza para su higiene bucal	<input type="checkbox"/> Cepillo <input type="checkbox"/> Hilo dental <input type="checkbox"/> Enjuagues <input type="checkbox"/> Chicles
18	Razón por el que lleva su hijo al odontólogo.	<input type="checkbox"/> Por dolor <input type="checkbox"/> Por molestias <input type="checkbox"/> Por razones estéticas <input type="checkbox"/> Control <input type="checkbox"/> Referencias Profesionales o de amigos <input type="checkbox"/> Otras causas. Especifique cuáles _____
19	Valor que le da a la conservación de la salud bucal	<input type="checkbox"/> Estética <input type="checkbox"/> Masticación <input type="checkbox"/> Comunicación <input type="checkbox"/> Trastornos digestivos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> especifique cuales _____
20	Tipo Servicio de asistencial al que lleva a su hijo	<input type="checkbox"/> No usa <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> IVSS <input type="checkbox"/> _____ otros <input type="checkbox"/> especifique cuales _____
21	Frecuencia en que lleva a su hijo al odontólogo	<input type="checkbox"/> cada 6 meses <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Cada 2 o más años <input type="checkbox"/> Nunca
22	Tiempo desde la casa hasta donde está el odontólogo al que acude	<input type="checkbox"/> 3 hrs. o más <input type="checkbox"/> 2 a 3 hrs. <input type="checkbox"/> 1 a 2 hrs. <input type="checkbox"/> 1 hora. o menos

23	Facilidades de acceso a servicio de Odontólogos	<input type="checkbox"/> Cobertura de seguro medico odontológico <input type="checkbox"/> Disponibilidad de servicio odontológico en escuela <input type="checkbox"/> Acude a un consultorio Odontológico de Barrio Adentro <input type="checkbox"/> Acude a un consultorio Odontológico de la Gobernación <input type="checkbox"/> Acude al Seguro Social. <input type="checkbox"/> Otros
24	Gasto promedio cada vez que acude al Odontólogo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> .50.000 o menos <input type="checkbox"/> 50.001 a 100.000 <input type="checkbox"/> 100.001 a 150.000 <input type="checkbox"/> 150.001 a 200.000 <input type="checkbox"/> 200.001 o más
25	Disponibilidad de agua potable: <input type="checkbox"/> directa <input type="checkbox"/> Por cisterna <input type="checkbox"/> Pila Publica <input type="checkbox"/> Otros	
26	Disponibilidad de recolección de basura: <input type="checkbox"/> Aseo Urbano <input type="checkbox"/> Container <input type="checkbox"/> Quemada <input type="checkbox"/> Acumulada <input type="checkbox"/> Otros	
27	Disponibilidad de iluminación <input type="checkbox"/> Instalada <input type="checkbox"/> Tomada <input type="checkbox"/> Planta casera	
28	Disponibilidad de recolección de excretas Cloacas <input type="checkbox"/> Directo <input type="checkbox"/> Pozo séptico <input type="checkbox"/> Otros	
29	Tipo de vivienda donde vive <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Rancho <input type="checkbox"/> Habitación <input type="checkbox"/> Otros.	
30	Posesión actual de vivienda <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Cedida <input type="checkbox"/> Invalidada <input type="checkbox"/> Invadida <input type="checkbox"/> Otros	
31	Mencione por lo menos tres alimentos que consumió el día de ayer en el Desayuno <hr/> <hr/>	
32	Mencione por lo menos tres alimentos que consumió el día de ayer en el almuerzo <hr/> <hr/>	
33	Mencione por lo menos tres alimentos que consumió el día de ayer en la cena <hr/> <hr/>	

33	Indique las veces en que su niño consume dulces o chucherías:	<input type="checkbox"/> En las mañanas <input type="checkbox"/> en la tarde <input type="checkbox"/> En la noche <input type="checkbox"/> En la escuela <input type="checkbox"/> En la casa <input type="checkbox"/> solo en las fiestas <input type="checkbox"/> una vez al día <input type="checkbox"/> una vez cada dos días <input type="checkbox"/> solo los fines de semana
35	Que Chucherías consume su hijo con más frecuencia	<input type="checkbox"/> caramelos <input type="checkbox"/> Chupetas <input type="checkbox"/> Galletas <input type="checkbox"/> Chocolates <input type="checkbox"/> Chicles <input type="checkbox"/> Pepitos <input type="checkbox"/> Otros Especifique cuales _____
36	Si Usted le prepara la merienda a su hijo, indique que alimentos la conforman: <hr/> <hr/> <hr/>	
37	Si Usted le da dinero a su hijo para que compre su merienda en la cantina, indique que alimentos compra. <hr/> <hr/>	

Anexo J

Universidad Central de Venezuela
Facultad de Odontología
Escuela de Odontología
Maestría: Práctica Social y Salud

Perfil de Salud enfermedad y su relación con la inserción Social en la población escolarizada de 7 a 13 años en el Estado Miranda durante el periodo 2007-2008

MANUAL DE CODIFICACIÓN

Variable

Código

A.- Plantel

Primer plantel Menca Leoni II.....1

Segundo plantel José Rafael Pocaterra.....2

Tercer plantel Zenobia Vergara.....3

B.- Grado escolar

Primero.....1

Segundo.....2

Tercero.....3

Cuarto.....4

Quinto.....5

Sexto.....	6
C.-Edad	
Años.....	número
D.-Sexo	
Masculino.....	1
Femenino.....	2
E.-	
CPOD.....	índice
F.- ceo.....	índice
G.-IHOS	
Placa.....	índice
H.- IHOS	
Cálculo.....	Índice
I. Tipo de dentición Temporal.....	1
Mixta.....	2
Permanente.....	3
J.- Maloclusión	
No tiene.....	0
Tiene.....	1
No determinable.....	2
1.- Tipo de plantel	
Privado.....	0
Estadal.....	1

Nacional.....	2
5.- Situación ocupacional del jefe de familia en la actualidad	
Desempleado.....	0
Incapacitado.....	1
Trabajo a destajo.....	2
Trabajo fijo por un tiempo determinado.....	3
Trabajo por cuenta propia.....	4
Trabajo fijo.....	5
6.-Ocupación u oficio del jefe de familia	
Ocupación no definida.....	1
Del hogar.....	2
Estudiante sin beca.....	3
Recibe pago diario por trabajo de tierras.....	4
Obrero no especializado.....	5
Doméstica.....	6
Empleado de oficina no calificado.....	7
Estudiante con beca.....	8
Artesano.....	9
Agricultor.....	10
Obrero especializado.....	11
Chofer de transporte.....	12
Comerciante informal (buhonero).....	13
Empleado de oficina calificado.....	14

Profesional / técnico.....	15
Minifundista (arrienda tierras).....	16
Comerciante.....	17
Pequeño y mediano empresario / propietario.....	18
Gerente / Director / Administrador.....	19
Gran Empresario / propietario.....	20
7.-Control del jefe de familia sobre su trabajo	
Ningún tipo de control.....	0
Sólo realiza modificaciones simples.....	1
Puede realizar cambios en el proceso de trabajo.....	2
Posee el control de todo el proceso.....	3
8.- Relación de dependencia del jefe de familia	
Obrero.....	0
Empleado.....	1
Colaboracionista.....	2
Cooperativista.....	3
Propietario.....	4
9.- Esfuerzo físico asociado al trabajo del jefe de familia	
Mental.....	1
Físico.....	2
Mental y físico.....	3
10.- Fuente de ingresos del jefe de familia	
Subsidio por participación en misiones.....	1

Salario por la venta de su trabajo.....	2
Percibe un sueldo fijo con todos los beneficios de ley.....	3
Desempeña un trabajo propio.....	4
Desempeña un trabajo con la familia.....	5
Obtiene ganancias de transacciones de comercio.....	6
Invierte recursos propios para generar ganancias.....	7
11- Ingreso mensual promedio del grupo familiar	
Bs.F 500,00 o menos.....	1
Bs.F 500,01 a 1.000,00.....	2
Bs.F 1.000,01 a 2.000,00.....	3
Bs.F 2.000,01 a 4.000,00.....	4
Bs.F 4.000,01 a 8.000,00.....	5
Bs.F 8.000,01 o más.....	6
12.- Nivel educativo del jefe de familia	
Sin	
nivel.....	1
Primaria.....	2
Secundaria.....	3
Técnica.....	4
Superior.....	5
Avanzada.....	6
13.a- Medio de higiene bucal utilizado en la zona de residencia	

Bicarbonato.....	1
Ceniza.....	2
13.b.-Fuente de conocimiento sobre salud bucal.....	1
Lo aprendió en campañas o centros de salud.....	2
Lo aprendió en centros educativos.....	3
14.a.-Conocimiento sobre salud bucal	
No	
sabe.....	0
Mala suerte / hechicerías / mal de ojo.....	1
Herencia / El agua.....	2
Los dulces / Las bacterias.....	3
Falta de aseo de sus dientes.....	4
14. b. Razones de la presencia de caries en el niño	
Falta de recursos económicos / Falta de medios de higiene.....	1
Falta de información en escuelas o centros de salud.....	2
Falta de programas educativos.....	3
Falta de tiempo para el cuidado de sus dientes.....	4
15.-Frecuencia de cepillado del niño	
No contestó.....	en blanco
No se cepilla.....	0
Al levantarse.....	1
Al acostarse.....	2
Al acostarse y levantarse.....	3

Después de comer.....	4
Cada vez que come dulces.....	5
16.-Medios utilizados por el niño para su higiene bucal	
No usa.....	0
Enjuagues.....	1
Chicles.....	2
Hilo dental.....	3
Cepillo.....	4
Hilo dental y cepillo.....	5
Todas anteriores.....	6
17.- Razones por las que se lleva al niño al odontólogo	
Por dolor.....	1
Por molestias.....	2
Por razones estéticas.....	3
Referencias profesionales o de amigos.....	4
Control.....	5
19.-Tipo de servicio de asistencia al que se lleva al niño	
No usa.....	1
IVSS.....	2
Privado.....	3
Pública.....	4
20.- Frecuencia de asistencia del niño al odontólogo	

Nunca.....	0
Cada dos o más años.....	1
Anualmente.....	2
Cada seis meses.....	3
21.-Demora para llegar hasta el servicio odontológico	
3 horas o más.....	1
2 a 3 horas.....	2
1 a 2 horas.....	3
1 hora o menos.....	4
22.- Facilidades de acceso a servicios odontológicos	
Facilidades de acceso a servicios odontológicos.....,	1
Disponibilidad de servicio odontológico en la escuela.....	2
Acude a un consultorio odontológico de Barrio Adentro.....	3
Acude a un consultorio odontológico de Sanidad.....	4
Cualquier otra respuesta emitida.....	5
23.- Disponibilidad de agua potable en la vivienda del niño	
Pila pública.....	1
Por cisterna.....	2
Directa.....	3
24.-Medios de disposición de la basura en la vivienda del niño	
Acumulada.....	1
Quemada.....	2
Contenedor.....	3

Aseo urbano.....	4
25.- Medios de suministro de electricidad en la vivienda del niño	
Tomada.....	1
Planta casera.....	2
Instalada.....	3
26.- Medios de disposición de las excretas en la vivienda del niño	
Directo.....	1
Pozo séptico.....	2
Cloaca.....	3
27.- Tipo de vivienda donde habita el niño	
Rancho.....	1
Habitación.....	2
Apartamento.....	3
Casa.....	4
28- Tipo de posesión actual de la vivienda donde habita el niño	
Invadida.....	1
Cedida.....	2
Alquilada.....	3
Propia.....	4
29.a.- Frecuencia con que el niño consume dulces	
Solo en las fiestas.....	1
Solo los fines de semana.....	2
Una vez cada dos días.....	3

Una vez al día.....’’	4
29.b.- Momento del día en que el niño consume dulces	
En las mañanas.....	1
En las tardes.....	2
En la noche.....	3
29.c.- Lugar donde el niño suele consumir dulces	
En la escuela.....	1
En la casa.....	2
34.- Chucherías más frecuentemente consumidas por el niño	
Chicles.....	1
Galletas.....	2
Chocolate.....	3
Chupetas.....	4
Caramelos.....	5

Anexo K

Universidad Central de Venezuela
Facultad de Odontología
Maestría de Práctica Social y Salud

Guarenas, 21 de Abril de 2008.

U.E.E Zenobia Vergara
Ciudadano Director
Juan Santaella
Presente.-

Reciba mis más cordiales saludos, la presente tiene como objeto solicitar la colaboración para realizar en tan prestigiosa institución, un de investigación dirigido a los niños de primero a sexto grado de edades comprendidas de 7 años a 13 años como parte de la elaboración de un Trabajo Especial de Grado, realizado por la Odontólogo Yasmin Yuabe, cursante de de la Maestría Práctica Social y Salud impartido en la U.C.V. Facultad de Odontología, dicho estudio será coordinado por las Dra: Sara Vera Ascanio y estará conformado por un examen bucal realizado a los niños seleccionados al azar , efectuado por los odontólogos del Distrito Sanitario N°3 y una cuestionario socio-económico dirigido a los representantes de los niños , debido a la los altos índices de caries de la población que acude a los centros odontológicos presente en la zona, el cual lleva por título” Perfil

de Salud-Enfermedad y su Relación con la Inserción Social en la Población Escolarizada de 7 años a 13 años, Edo Miranda Periodo 2007-2008”.

Ofreciéndoles a los niños seleccionados para dicho estudio a demás de su examen odontológico, la posibilidad de ser atendidos en el servicio de odontología del Hospital Francisco Rafael García de Guarenas.

Este estudio tiene como finalidad identificar y clasificar a la prevalencia de patologías bucales y ofrecer datos sobre características sociales que permitan sugerir acciones y actividades que puedan contribuir a una mejor programación de salud bucal implementada en los servicios odontológicos de la red ambulatoria.

Agradeciendo de antemano la colaboración que al respecto pueda brindar, se despide de usted.

Muy atentamente.

Yasmin Yuabe Bello
Odt. Responsable de la elaboración de
Proyecto de Trabajo de Grado

Anexo L

Universidad Central de Venezuela
Facultad de Odontología
Escuela de Odontología
Maestría: Práctica Social y Salud

Guarenas, _____

U.E. _____

Sr representante, el
alumno _____
ha sido seleccionado para participar un estudio sobre la salud bucal en
Guarenas; como parte de la elaboración de un trabajo Especial de Grado,
realizado por la Odontólogo Yasmin, Yuabe y coordinado por la Dra. : Sara
Vera Ascanio por tal motivo se requiere la presencia de Ud. En este plantel
el día _____
hora _____ para llenar ficha socio-económica de gran
importancia para esta investigación. Dirigirse a la Dirección del Plantel

Agradeciendo su colaboración

Anexo M

Material de Documentación de la U.E.E “Zenobia Vergara”

ZENOBIA VERGARA



PROGRAMA

Maestro de ceremonia: Omar Hernández

1. Himno Nacional de Venezuela.
2. Himno del Estado Miranda.
3. Palabras de apertura por el Director
4. Bautizo del Libro.
5. Palabras de Wullians Brito.
6. Cierre de los P. P. A.
7. Palabras por prof: Martín López

El personal de la Unidad Educativa
"Zenobia Vergara".

Tiene el gusto de invitar a UD
a los actos programados en

Nuestra Institución con motivo del
Bautizo del Libro con la
Historia de Nuestra Escuela.

CONTAMOS CON TU PRESENCIA.

Día Jueves, 08 de Julio de 2004

Hora: 8am

Lugar Barrio Vista Hermosa.

Guacenas

BIOGRAFÍA

El 28 de Agosto nace en Niquitao, Estado Trujillo, Zenobia Vergara Chiquito. Fueron sus padres Pompilio Vergara y Minnada Chiquito. Realizó sus estudios de educación primaria en Trujillo. En 1964, inicia su labor docente en el Guasimal, Núcleo Rural El Cantón (Estado Barinas), se residió en Guacenas en compañía de sus hermanos y sobrinos. Continúa sus estudios en Mejoramiento Profesional del Magisterio, obteniendo el título de maestro normalista. Sigue su desempeño educativo en educación de adultos en "Sión Rodríguez" en 1967 como docente de aula en Guacenas Edo Miranda. En 1979 ingresa en U. E. "Alberto Sequín Vera" ejerciendo su labor como docente de aula.

Recibe varias condecoraciones por su buena trayectoria profesional.

Después de una operación de corazón fallece el 01 de Marzo de 1990 en la ciudad de Guacenas junto a sus familiares

**RESEÑA HISTORICA
U. E. E. "ZENOBIA VERGARA"**

La escuela se funda en el Barrio Vista Hermosa por el maestro Juan Santaella en el año 1886.

El docente fue nombrado por el profesor Martín López, jefe del Dpto Escolar N°2, para trabajar en la Escuela S/N Naranjal, pero allí no existía población estudiantil, el profesor Noel López director del Núcleo Escolar Rural 98, ubica al profesor Juan Santaella en el Barrio Vista Hermosa donde existía población estudiantil. Se desarrollan las actividades escolares en la casa de Sr Cándido Mathicus, utilizando maderera y un pizarro rodeados por matas de mangos.

En 1987 el docente se muda a la casa de la familia Ortega dicta clases en la sala durante un año. En 1988 se trasladada a un local construido por la comunidad, sin puertas ni ventanas, se incorpora el docente Wuillians Brito, se distribuyen los grados y comienza a funcionar con dos turnos: en la mañana con 4to, 5to y 6to grados el docente Juan Santaella y en la tarde Wuillians Brito con 1ero, 2do, 3eros grados. Es para 1991 cuando construyen la primera R 2, para 1993 realizan la segunda R 2 y para 1995 la tercera R2 actualmente aulas anexas.

MISIÓN.

La U. E. E. "Zenobia Vergara" estará dirigida a la formación integral del individuo capaz de desenvolverse en la sociedad a la cual pertenecen.

VISION.

La U. E. E. "Zenobia Vergara" es un centro reconocido por la buena enseñanza que se imparte, con personal docente calificado y amplias instalaciones.

ACCION.

La U. E. E. "Zenobia Vergara" para mejorar la calidad educativa debemos involucrar a: alumnos, padres, representantes y comunidad en general y concretar con hechos nuestras metas.



INVITACION:

**Al Bautizo del Libro
"Historia de Nuestra Escuela"**

Anexo N

Material de Documentación de U.E “Menca de Leoni II”

Integrantes de la Comunidad Escolar

Directivo: Santa A. Caraballo, Edgar Guaregua	Form. Trabajo: Deisy Corredor Maura Freitas	Rosa Álvarez
Docentes: Nohemi Meléndez Sheila Vargas Eglis Velázquez Evelyn Blanco Livia Cols Janette Aponte Alexandra Delgado Gledys Cabrera Carmen J. Useche Neyla Coello Rosa Tovar Yaneth Atrajío Irene Lorenzo Roxana Pacheco Belkys Santana Tibisay Blanco Graciela Acosta Moralía Santana Arellys Martínez Yudith Terán Decia Caripe María Toro Nury's Hernández Florencia Chirico	Entrenador: Jonathan Chataang	Madres Colaboradoras Jeannette González Jacqueline García Torres Nolberta Bodis Peña Carolina González María Camacho Jenny Jiménez Pastora Rodríguez Flora Sojo Andreina Torres Magaly López Delsy Gramados
Administrativo: Yosmar Díaz Gabriela Contreras Migdalia Andrade Marisol Ledezma Soleldi Correa Susana Sojo	Educación Física: Doris Rojas Martha Medina Marvino Montiel Daniel Cortés	Alumnos: 844
Psicopedagogo Sabina González Nieves Martínez	Biblioteca: Gardenia Henríquez Luisa González Marrisol Cruz	Representantes: 450
Evaluación: Ernestina Woitovich Elma Ravelo	Asesor Pedag. Berver Pradet	Asociación Civil: Coromoto Solórzano
Computación: Pedro Rodríguez	Difusión Cultural: Jenny Landaeita	Asociación Civil: Coromoto Solórzano Amanda Sanz Francisca Serrano Suyin Álvarez Vilma Caña Yurimar Ríos
	Estadística: Carmen Ontiveros	Educ. Musical: Carlos Blanco
	Trab. Social: Linora Ruiz	PAE: Eliel Dávila
	Colaborador: Andrés Serrano	Trab. Social: Linora Ruiz
	Obreros: Cristina Borges María Omata Lorenzo Sanz Lisberkis Calvo Moraima Milamo Antonia Toro Ana Lovera Gladys Meza Lilia Pallacios Jeism Osorio Mayamin Vaamonde	

República Bolivariana de Venezuela
Ministerio del P. P. para la Educación
E.I.B. "Menca de Leoni II"
Guarenas Edo. Miranda
Dtto Escolar N° 2
Cod DEA: OD13581517

Himno de la Escuela Bolivariana "Menca de Leoni II"

CORO

En el valle de Guarenas
Se encuentra mi escuela
Y por nombre ella lleva
Bolivariana Menca de Leoni II

I

Todos los días, alegres los niños
Van a estudiar y aprender
Siempre contentos y dispuestos
A compartir y jugar

II

Grandes maestros, están allí
De otros su obra quedó
Facilitando las herramientas
Para las metas lograr

III

Unidos alumnos, padres y maestros
En una mente y corazón
Haremos realidad el sueño de Simón
¡Ser libres de la ignorancia!



V FESTIVAL DE ESCUELAS BOLIVARIANAS

Guarenas, Abril de 2008

RESEÑA HISTÓRICA

La Escuela Básica Menca de Leoni II, nace el año 1977, se construye en la Urbanización Menca de Leoni, debido a una gran cantidad de derrumbes en Caracas, que generó un volumen considerable de damnificados los cuales vinieron a poblar la ciudad de Guarenas.

Se comienza a construir dos módulos los cuales serían los futuros preescolares y escuelas primarias; terminada la infraestructura, quedó distribuido de la siguiente manera: Módulo I para los 1° y 2° grados, Módulo II para los 3° y 4° 5° y 6° grados; conjuntamente con el liceo Creación Guarenas.

Esta Institución comienza sus actividades en el año de 1978, bajo la dirección de la Directora: Teresa Velásquez de Martínez.

En el año 2004-2005, por decreto del Presidente de la República Bolivariana de Venezuela Hugo Rafael Chávez Frías, pasa a ser Escuela Bolivariana bajo la Dirección de la Prof. Iris Manrique de Contreras y las Sub-Directoras Prof. Soledad Reynoso y Tirza Sánchez. Este cambio respondió al llamado que hizo la comunidad en general a los organismos competentes.

Hoy se encuentra ubicada en la urbanización recientemente denominada como 27 de febrero (antigua Menca de Leoni), frente a los bloques 54-55 y 56 en el Municipio Plaza de la Ciudad de Guarenas y del Estado Miranda.

MISIÓN

La Escuela Bolivariana "Menca de Leoni II", busca formar ciudadanos íntegros, críticos, participativos, investigadores, con conciencia ambientalista capaces de vivir en sociedad relacionándose con su entorno, manteniendo los valores morales y culturales que han formado nuestra identidad nacional, tomando en consideración sus necesidades básicas y los procesos de enseñanza y aprendizaje como eje que requiere el ser humano para lograr su desarrollo integral, en un espacio agradable y armonioso para que logre verdaderamente alcanzar sus metas y así contribuya con los cambios requeridos. Así mismo lograr la integración de la comunidad para transformar de manera reflexiva la relación que ha de existir en la interacción escuela – familia – sociedad.



VISIÓN

Lograr la formación de nuestros estudiantes conjuntamente con la escuela – familia – sociedad utilizando las estrategias pedagógicas necesarias para el desarrollo óptimo del proceso enseñanza aprendizaje y así facilitarles las herramientas necesarias para vivir en sociedad como hombres y mujeres integrales capaces de lograr metas familiares, profesionales y sociales, a través de su propio esfuerzo y lograr que sean multiplicadores de los valores morales y culturales necesarios para el desarrollo armónico de su comunidad y por ende del país.





PLANIFICACIÓN DEL MENÚ



ESTADO MIRANDA
 DIV. DE PROTECCION Y
 DESARROLLO ESTUDIANTIL

PLANTEL: ESCUELA BOLIVARIANA "MENCA DE LEONI II"
 MES: MAYO 2008
 SEMANA: 30/06/2008 al 04/07/2008
 POBLACION ATENDIDA: 852

INGESTAS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
DESAYUNOS	Pan Carterita con Queso Paisa Bollitos con Perico Jugo de Patilla	Pan Carterita con Jamón Bollito con Perico Avena en Hojuela con Leche	Pan Carterita con Queso Paisa Jugo de Guayaba	Pan Carterita Con Queso Bollitos con Perico Jugo de Parchita	Pan Carterita con Queso Rallado Avena en Hojuela con Leche
ALMUERZOS	Lentejas Arroz Ens. De Repollo y Zanahoria	Sopa de Carne con Verduras Surtidas Arroz	Albondigas en Salsa Pasta Corta Plátanos	Arroz con Pollo Ens. De Repollo y Zanahoria	Asado Negro Puré de Papas Plátano
MERIENDAS	Pan Dulce	Naranja	Galletas	Patilla	Golfeado

Director del Plantel:
 Nombre: *Saula*
 C.I: 6.643.128
 Firma: *Saula*

Coordinador P.A.E.:
 Nombre:
 C.I:
 Firma: *Elvis de González*

Rep. Asociación Civil:
 Nombre: *Poromoto Salazarano*
 C.I: 12508374
 Firma: *Poromoto*





PLANIFICACION DEL MENU



Div. DE PROTECCION Y
DESARROLLO ESTUDIANTIL

PLANTEL: ESCUELA BOLIVARIANA "MENCA DE LEONI II"
MES: MAYO 2008
SEMANA: 30/06/2008 al:04/07/2008
POBLACION ATENDIDA: 852

INGESTAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
DESAYUNOS	Pan Carterita con Queso Paisa Bollitos con Perico Jugo de Patilla	Pan Carterita con Jamón Bollito con Perico Avena en Hojuela con Leche	Pan Carterita con Queso Paisa Jugo de Guayaba	Pan Carterita Con Queso Bollitos con Perico Jugo de Parchita	Pan Carterita con Queso Rallado Avena en Hojuela con Leche
ALMUERZOS	Lentejas Arroz Ens. De Repollo y Zanahoria	Sopa de Carne con Verduras Surtidas Arroz	Albondigas en Salsa Pasta Corta Plátanos	Arroz con Pollo Ens. De Repollo y Zanahoria	Asado Negro Puré de Papas Plátano
MERIENDAS	Pan Dulce	Naranja	Galletas	Patilla	Golfeado

Director del Plantel:
Nombre: *Saula*
C.I: 6.643.12
Firma: *Saula*

Coordinador P.A.E.:
Nombre:
C.I:
Firma: *Elvis de Jorgale*

Rep. Asociación Civil:
Nombre: *Benito Salazarano*
C.I: 1258374
Firma: *Benito*





PLAN DE MENU ESCUELA BASICA BOLIVARIANA

MENU N° 1

Desayuno

Queso Blanco
Platano Sancohado
Margarina
Jugo de Melon
Mandarina

Almuerzo

Arroz con Pollo
Ensalda cocida
Pan
Jugo de Mango

Merienda

Mandarina
Galleta dulce

Desayuno

Código	Ingredientes	Cantidad (gs.)	Calorías	Proteína	Grasas	CHO T
281	Queso blanco duro de leche complt.	35	136	8,72	11,03	0,49
476	Plátano maduro	90	123	1,08	0,36	30,60
558	Margarina	10	73	0,06	8,10	0,04
458	Melón	100	21	0,60	0,20	4,60
537	Azúcar blanca	15	60	0,00	0,00	14,93
Sub total desayuno			413	10,46	19,69	50,66

Almuerzo

Código	Ingredientes	Cantidad	Calorías	Proteína	Grasas	CHO T
94	Muslo de pollo, sin piel	120	138	24,12	4,56	0,00
1	Arroz Blanco	40	138	3,24	0,28	31,08
400	Zanahoria	30	10	0,30	0,06	2,61
368	Cebolla	5	2	0,07	0,01	0,56
384	Pimentón rojo	5	1	0,04	0,01	0,31
356	Aji dulce sin clasificar	3	1	0,06	0,02	0,04
397	Vainita	20	6	0,48	0,04	1,82
358	Ajo	0,5	1	0,03	0,00	0,14
536	Aceite	10	90	0,00	10,00	0,00
348	Papa	60	49	1,20	0,06	11,70
388	Remolacha	40	14	0,56	0,08	4,16
391	Repollo blanco	40	10	0,56	0,08	2,44
559	Mayonesa comercial	10	75	0,11	8,00	0,62
448	Mango bocado	120	74	0,72	0,12	19,92
537	Azúcar blanca	15	60	0,00	0,00	14,93
48	Pan canilla	50	148	5,70	1,15	31,00
Sub total almuerzo			816	37,18	24,47	121,32

MERIENDA

Código	Ingredientes	Cantidad	Calorías	Proteína	Grasas	CHO T
446	Mandarina	200	100	1,60	0,60	23,80
42	Galletas dulces (tipo María)	25	105	1,93	2,30	19,28
Sub total merienda			205	1,60	2,90	43,08
TOTAL			1.434,43	49,24	47,05	215,05

Anexo O

2. Prótesis fijas y coronas:

Para evaluar si es adecuada la prótesis deben observarse las siguientes condiciones:

1. Adecuada relación oclusal.
2. Integridad de la restauración
3. Estética aceptable
4. Respuesta negativa de los tejidos blandos, es decir, ausencia de cualquier signo de inflamación.

La decisión se tomará en base a los siguientes criterios:

- a) Adaptado de las restauraciones al margen gingival. Para comprobar este criterio se usará un explorador N° 23.

Se observará si penetra o no en el margen y en cualquiera de las dos situaciones, si hay o no respuesta gingival.

Si no hay respuesta gingival, caries o sensibilidad, se puede considerar como aceptable.

- b) Sensibilidad de los cuellos dentinarios: es necesario determinar si la sensibilidad se debe a retracción gingival o a caries.

Si no hay sensibilidad, caries o inflamación gingival, se puede considerar, como aceptable. Para esta prueba se puede usar el explorador N° 23 y agua fría.

3.- Prótesis Totales:

En este caso los criterios a evaluar son: retención, estabilidad y necesidad de reparación. Estos criterios serán manejados también de acuerdo a: estética, relación de la oclusión y salud de los tejidos blandos.

Retención: La evaluación se hará de la manera siguiente: Al abrir la boca el paciente, ni debe caerse la dentadura superior ni elevarse la inferior. En caso contrario se dice que no hay retención.

Estabilidad: La prueba se realiza presionando a nivel de las caras oclusales de los premolares (tanto superiores como inferiores). En este caso la prótesis no debe bascular y se dice que tiene estabilidad.

Necesidad de Reparación: Cuando no hay retención y/o estabilidad es signo de que la prótesis necesita reparación.

ANEXO 2

Criterios para evaluar maloclusiones:

En este punto solamente interesa diagnosticar la presencia o ausencia de maloclusiones para responder el cuestionario

Consideraremos como oclusión normal, aquella en la cual existe una buena interdigitación de ambas arcadas y una relación molar correcta. (Llave de Angle) pero no más de 6 dientes ligeramente fuera del perfecto alineamiento. Para facilitar la toma de decisiones, sugerimos los siguientes puntos de observación fundamentales:

- A. **Relación del Segmento Anterior:** Este comprende el estudio de la oclusión en los 6 dientes anteriores, solamente cuando los incisivos centrales permanente o por lo menos uno superior y uno inferior, están presentes y completamente erupcionados.

- **Overjet (Resalte superior):** Se considerará anormal cuando la distancia entre la cara vestibular los dientes antero-inferiores y el borde incisal de los antero-superior sobrepasa los 3mm.

- Mordida cruzada anterior (Resalte inferior): Cuando los dientes antero-inferiores presentan una relación invertida con respecto a los antero-superiores. Esta situación siempre se considerará anormal.
- Overbite (Relación vertical) Se considerará anormal si los incisivos superiores cubren más de la mitad de la corona de los inferiores.
- Mordida a topé: Esta situación se presenta cuando no hay sobremordida, es decir, el borde incisal de los incisivos superiores ocluye sobre el borde de los incisivos inferiores, es normal.
- Mordida abierta anterior: Esta situación siempre se considerará anormal, sin importar el número de dientes afectados.

B. Relación del Segmento Posterior:

Entre las situaciones anormales debemos anotar:

- Mesio-oclusión: Cuando la posición del molar inferior se ha desplazado mesialmente, en relación con la llave de Angle.
- Disto-oclusión: Cuando la posición del molar inferior se ha desplazado distalmente, en relación a la Llave de Angle.
- Mordida cruzada posterior Esta situación se presenta cuando ocurra desviación Linguo-bucal del área de los premolares y/o molares. Tanto los dientes primarios como los permanentes se incluyen en el estudio. El diente entero debe estar desviado (No simplemente rotado) hacia una relación cúspide a cúspide o más allá de allá.

C. Dientes Mal Alineados:

En este sentido tomaremos en cuenta dos situaciones:

- Dientes apiñados se encuentran en posición irregular interrumpiendo la continuidad del arco, sin que halla espacio suficiente para su colocación correcta.
- Dientes rotados: Se consideran como tales aquellos dientes cuyas coronas están fuera de su posición correcta pero con suficiente espacio para su alineación en el arco.
- Tanto en los casos de dientes apiñados como en los rotados se tomarán estas situaciones como anormales siempre y cuando coexisten un número mayor de 6 ligeramente afectados, simultáneamente con desviaciones o anomalías en las relaciones del segmento anterior y/o posterior.

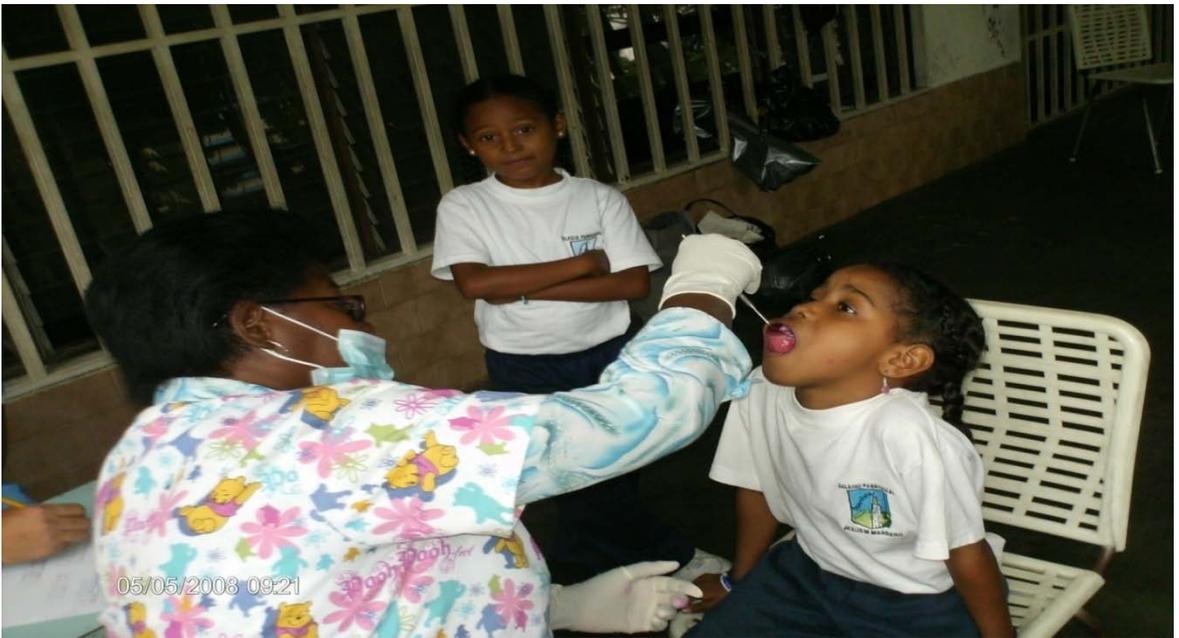
Nota: A fin de agilizar el examen se suspenderá el estudio del paciente apenas se compruebe la primera señal de anomalía, sin necesidad de comprobar todos los puntos de observación recomendados.

Entrenamiento práctico realizado Unidad Educativa Colegio Parroquial Jesús

María Marrero









05/05/2008 09:21



05/05/2008 09:23









U.E. "José Rafael Pocaterra"



Cantina de la U.E "José Rafael Pocaterra"



Niños de 1º grado seleccionados para su Examen bucal. U.E “José Rafael Pocaterra”



Niños de 4º grado seleccionados para su Examen bucal. U.E “José Rafael Pocaterra”



Ubicando a los niños para realización del examen bucal. U.E “José Rafael Pocaterra”

U.E.E “Zenobia Vergara”



Esperando la llegada de los representantes para realizar el cuestionario.

Escuela Zenobia Vergara



Algunos representantes citados para la realización del cuestionario.





Aula del 1º grado turno de la mañana



Dos grandes amiguitos que nos sirvieron de guías y nos ayudaron a localizar a los niños seleccionados al azar en la muestra de la escuela Zenobia Vergara



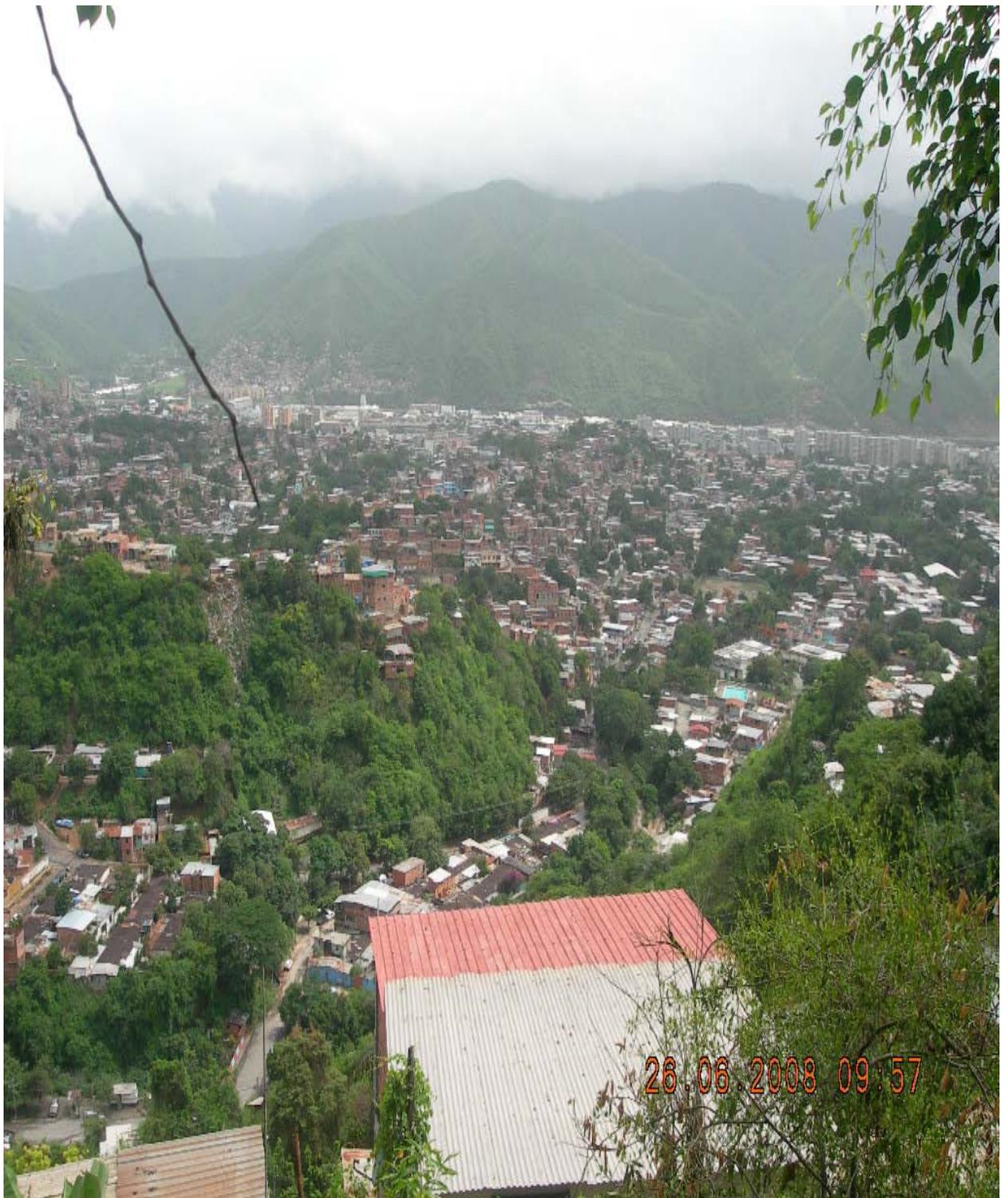
Niños del 1º grado seleccionados, esperando a ser examinados de la escuela Zenobia Vergara.



La maestra de 3º grado turno de la mañana colaborando en la selección de los niños escuela Zenobia Vergara.



Fachada de la escuela Zenobia Vergara donde se observa el área de recreo la cual no brinda ningún tipo de seguridad a los niños que estudian en el plantel.



Así se ve parte del Municipio Plaza desde Vista Hermosa donde se encuentra ubicada la escuela Zenobia Vergara

GLOSARIO

Atención primaria en salud: es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundamentados y socialmente aceptables puesto al alcance de todos los individuos y familia de la comunidad mediante una plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueda soportar. (Declaración de ALMA-ATA 1978)

Cálculo Dental: el término cálculo provienen de la palabra latina calculus que significa cristal de roca o piedra, ente caso se habla de cálculo dental, cuando la placa bacteriana se solidifica cuando la saliva presenta concentraciones saturadas de iones de calcio y fosfato. Algunas no presentan formación de cálculo, otras sólo presentan cantidades moderas y otras grande cantidades.

Calidad de Vida: En la relación entre las necesidades (básicas y creadas) y las posibilidades de satisfacerlas. La calidad de vida es un grado de adecuación de los individuos o grupos a las condiciones sociales existentes para la reducción social.

Caries: Es una enfermedad microbiana de los tejidos calcificados de los dientes que se caracteriza por la desmineralización de la porción inorgánica y la destrucción de las sustancias orgánicas de los dientes.

Categoría histórico-social: son instrumentos teóricos-metodológicos ya que orientan el análisis de los fenómenos concretos al proporcionar los elementos y relaciones básicas que deben analizarse en una realidad específica.

Cesta Básica: Es un indicador macroeconómico para medir los ingresos de los ciudadanos, en algunos países la cesta básica comprende los alimentos básicos o necesarios para una familia subsistir durante un periodo de un mes, también se incluyen algunos servicios básicos.

Consumo: Momento en el cual el grupo tiene la posibilidad de reponer el desgaste sufrido en la dimensión de la producción, a través de acceso a bienes y servicios básicos o ampliados como la vivienda, alimentación, vestido, educación, salud, recreación y otros (Granda: 91)

Consumo simple:(bio-social) se refiere al contenido y cuantía de los bienes básicos o contra valores relacionados con la alimentación, reposo, vivienda, recreación.

Consumo Ampliado (socio cultural) involucra, el contenido y cuantía de los bienes sociales más evolucionados o sus contra valores. Estos se refieren a las esferas de la creación formativa, comunicación social, la educación formal, los servicios de salud, transporte, etc. y la organización política.

Cobertura: se refiere al porcentaje de población que recibió los beneficios de la atención y se obtiene haciendo una relación entre las primeras consultas y la población total.

Dentición primaria: los dientes primarios, llamados dientes de leche ó caducos, son aquellos que pertenecen al periodo de la infancia, desde los seis meses de vida postnatal, cuando comienzan a erupcionar hasta que a los tres años han terminado de erupcionar. Con una variante de seis meses más o menos, son en número de 20, diez en el maxilar y diez en la mandíbula. Encontramos en la dentición primaria grupos de incisivos, caninos y molares. Para el estudio en la boca se dividen en 4 cuadrantes: 5, 6, 7, y 8, que siguen la orientación de las agujas del reloj. Igualmente a partir de la línea media se enumeran los dientes del 1 al 5, manejándose la nomenclatura de la siguiente manera: diente 51, será la ubicación del diente (incisivo central) del cuadrante superior derecho.

Dentición permanente: Son los llamados dientes definitivos, pues el individuo permanece con ellos por el resto de su vida, siempre que exista buena función orgánica e higiénica. Son en número de 32, 16 corresponden al maxilar y 16 a la mandíbula. Comienza la erupción a los seis años y termina a los 18 a 20 años. Con un variante de 6 meses más o menos. Para su estudio en la boca se dividen en 4 cuadrantes: 1, 2, 3, y 4 que siguen la orientación de las de las agujas del reloj. Igualmente a partir de la línea

media se enumeran los dientes del 1 al 8, manejándose la nomenclatura de la siguiente manera: diente 41, será la ubicación del diente 1 (incisivo central) del cuadrante superior derecho. Encontramos en la dentición permanente grupos de incisivos, caninos, premolar y molar.

Distrito Sanitario: Es la sectorización administrativa-sanitaria de una ciudad o población mayor donde esta ubicada la unidad sanitaria.

Encuesta: conjunto de técnicas destinadas a reunir información sobre el problema a enfrentar a partir de contactos directos o indirectos con las personas involucradas.

Epidemiología: Ciencia que estudia la ocurrencia de la enfermedad en grupos de personas: causa directas o indirectas, propagación, extinción, prevención, efectos demográficos y económicos sociales.

Erupción: es el proceso de aparición de los dientes en boca.

Grupo social: Son agregados humanos, diferentes entre sí por el que ocupan en el sistema de producción, por las relaciones en las que se encuentra frente a esos medios, por función que desempeñan en la organización social del trabajo y por la forma y cuantía en que reciben la parte de la riqueza social de que disponen (CEAS.88)

Índice: es una relación por cociente entre una o más variables con respecto a otra variable diferente.

Inserción social: Variable que nos permite definir la forma como los diferentes grupos sociales que conforman una región determinada, se vinculan al proceso productivo dominante, señalando por tanto de esta manera su posición, participación y apropiación social de bienes y servicios. La inserción define en última instancia la diferencia entre los grupos que se corresponde con las relaciones que establece con el entorno (ORTIZ.92)

Materia Alba: especie de masilla que se adhiere a las superficies dentarias, producto de los restos alimenticios y que es fácilmente desprendible al momento del examen clínico, a través de ella podemos observar la calidad de los hábitos higiénicos del paciente, puesto que a simple vista la placa bacteriana no puede ser observada, salvo que coloquemos colorantes especiales.

Medios de Trabajo: son todas las cosas de que se sirve el hombre para actuar sobre los objetos que han de ser elaborados.

Muestra: Parte del conjunto total que reúne ciertas condiciones que le permitan ser considerado como representante de la población.

Municipio: es una entidad administrativa que puede agrupar una sola localidad o varias; pudiendo hacer referencia a una ciudad, pueblo o aldea, o a una agrupación de los mismos.

Pobreza Extrema o pobreza absoluta: como la falta de ingresos necesarios para satisfacer las necesidades de la alimentación básica.

Pobreza relativa: Para calcular la línea de pobreza relativa, que además del acceso de la canasta alimentaria incluye el acceso a una vivienda adecuada, vestido, educación, salud y servicios tales como electricidad y agua, se multiplica por dos el costo de la canasta alimentaria.

Plusvalía Absoluta: Es la forma de producción capitalista que se basa en la extracción del valor excedente producido por el trabajador mediante la extensión de las jornadas de trabajo.

Perfil reproductivo: es el que surge de las condiciones, relaciones en que las clases sociales se enfrentan de acuerdo a su inserción al aparato productivo, a determinadas condiciones de desarrollo de las fuerzas productivas y a relaciones sociales específicas. (Breilh:199).

Perfil enfermedad: Es el que surge cuando aumentan los riesgos, sosteniblemente, predominando sobre las condiciones protectoras, atacando a un número importante de miembros de una clase. (Breilh: 202).

Plusvalía relativa: Es la forma de producción capitalista que se basa en la extracción del valor excedente producido por trabajador mediante la intensificación del trabajo y la elevación de la productividad.

Población: Conjunto de individuos u objetos sobre los cuales se quiere conocer alguna características.

Pobreza: es un fenómeno complejo y multidimensional, razón por la cual existe múltiples definiciones y maneras de medirla. Tradicionalmente se ha definido la pobreza como privación material, medida mediante ingreso o el consumo del individuo o la familia.

Pobreza absoluta o extrema: Es la falta de ingreso necesario para satisfacer las necesidades de alimentación básicas. Estas ultimas se suelen expresar en términos de requerimiento calóricos mínimo. Una medida de pobreza absoluta cuantifica el número de personas bajo un umbral de pobreza que depende del espacio geográfico y del tiempo. Para que una medida de pobreza sea absoluta, la línea de pobreza tiene que ser la misma para todos los países sin importar su cultura y su nivel de desarrollo tecnológico. Tal medida absoluta debe considerar solamente el poder del individuo para consumir y debe ser independiente de los cambios en la distribución de ingreso. Tal medida sólo es posible cuando todos los bienes consumidos se tienen en cuenta y cuando se usa el poder de paridad de compra y las tasas de cambio. La idea básica de la medida absoluta es que la para la sobrevivencia un individuo requiere la misma cantidad de recursos en cualquier parte del mundo y que cada uno debe estar sujeto a los mismos estándares si se quiere realizar comparaciones sobre progreso y políticas de desarrollo que tengan algún significado. Nótese que si el ingreso real en una

economía aumenta, y la distribución de éste permanece constante, entonces la pobreza se reduce.

Pobreza general o relativa: Es la falta de ingresos necesarios para satisfacer tanto las necesidades alimentarias básicas, como las necesidades no alimentarias básicas, tales como vestido, energía y vivienda.

Políticas de salud: es el resultado del conjunto de respuestas que da el Estado y priorizando algunos programas en función de asegurar el control de conflictos (o la prevención de ellos) ideológico-político y contribuir a una adecuada dinámica económica.

Placa Bacteriana: es la denominación que se utiliza para describir la biocapa que recubre la superficie del diente. Alberga diferentes tipos de bacterias, incluidas en una matriz de polímeros de origen bacteriano y salival. La mayor parte de la placa se sitúa en las superficies del interior de la boca a las que no llegan los mecanismos de limpieza (Flujo salival, masticación). (Marsh, 1999, c.p. Wefel & Donly).

Prevalencia: es la calidad de enfermedad presente en el momento en que se realiza el examen.

Prevención: Es el conjunto de acciones que se lleva a cabo para evitar que se instalen patologías en las poblaciones o si ya se ha producido el daño tratar de detenerlo para que no continúe su evolución.

Proceso Salud-Enfermedad: Es un proceso completo de manifestación biológica pero determinado por los condicionantes sociales, culturales, políticos. El cual toma en cuenta las condiciones de vida de los grupos

sociales, estas se diferencian por la vinculación que establecen los hombres en su proceso de trabajo y en la manera como realizan el consumo en su grupo familiar.

Producción: En la producción, el proceso de trabajo cumple un papel fundamental en el desarrollo del individuo y de su grupo familiar porque es la fuente principal de ingreso para los trabajadores. Los elementos que intervienen en este proceso son: La jornada de trabajo, el ritmo de trabajo acorde con la tecnología sobre la que se realiza su trabajo, las características del objeto de trabajo, la propiedad sobre los medios y la capacidad de control sobre su proceso de trabajo en la medida que intervenga en la planificación, control y ejecución del mismo (Breilh) (Córdova, Y.:89)

Producto interno bruto: El producto interno bruto, producto interior bruto (PIB) o producto bruto interno (PBI) es el valor monetario total de la producción corriente de bienes y servicios de un país durante un período (normalmente es un trimestre o un año). El PIB es una magnitud de flujo, pues contabiliza sólo los bienes y servicios producidos durante la etapa de estudio. Además el PIB no contabiliza los bienes o servicios que son fruto del trabajo informal (trabajo doméstico, intercambios de servicios entre conocidos, etc.).

Región Histórica: Es una categoría histórico-geográfica que ya más allá del sentido geopolítico, en donde se le da una dimensión social e histórica a los espacios, aun cuando estos espacios necesitan alguna delimitación de

carácter técnico, pero en el entendido de que lo regional no es solo un criterio geográfico, sino un criterio de historicidad que el asignan los grupos sociales que allí se desenvuelven. (Córdova, Y.:89)

Relaciones de producción: Es la forma en que se relacionan los hombres en el proceso de producción en base a la tenencia de los medios de trabajo.

Reproducción social: Es la categoría que nos permite sistematizar el estudio de los condicionantes directos de la calidad de vida de los miembros de una cierta colectividad o de sus grupos sociales. La misma no es otra cosa que el movimiento de la vida social en un espacio histórico natural concreto. (Breilh.86)

Salud: Estado de completo bienestar físico, mental y social y no la ausencia de afecciones o enfermedades (Declaración de ALMA-ATA 1978)

Salud-enfermedad Bucal: Expresión concreta a nivel del aparato estomatognático, de los procesos particulares a que están sometidos los grupos sociales en una región histórica determinada.

Su medición se hará a través del conjunto de variables generales en las dimensiones de Prácticas de salud, Saber en salud bucal y perfil patológico. Dentro del perfil patológico se toma la prevalencia de enfermedades medidas a través de los indicadores tradicionales que se interpretan de acuerdo al marco teórico que rige la investigación (Córdova, Y: 89).

Vestibular: Es la cara del diente o dientes que dan hacia fuera, hacia el vestíbulo. Por lo tanto la cara vestibular de los incisivos centrales superiores sería la que vemos cuando alguien sonrío.

