



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Determinantes sociales y prevalencia de caries en niños de la
Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” - 2016

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Br. Marlene Contreras Taipe

ASESOR:

Dr. Jacinto Joaquín Vértiz Osores

SECCIÓN

Ciencias Médicas.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Gestión de los Servicios de la Salud

PERÚ - 2018



DICTAMEN DE LA 2DA SUSTENTACIÓN DE TESIS

EL / LA BACHILLER (ES): CONTRERAS TAIPE, MARLENE

Para obtener el Grado Académico de *Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud* ha sustentado la tesis titulada:

DETERMINANTES SOCIALES Y PREVALENCIA DE CARIES EN NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 3040 "20 DE ABRIL"-2016

Fecha: 22 de diciembre de 2017

Hora: 5:45 p. m.

JURADOS:

PRESIDENTE: Dr. Willian Flores Sotelo

Firma:

SECRETARIO: Dra. Gliria Méndez Ilizarbe

Firma:

VOCAL: Dr. Joaquin Vertiz Osoreo

Firma:

El Jurado evaluador emitió el dictamen de:

..... *Aprobado por mayoría.*

Habiendo encontrado las siguientes observaciones en la defensa de la tesis:

.....

Recomendaciones sobre el documento de la tesis:

..... *Revisar y mejorar presentación APA.*

.....
Nota: El tesista tiene un plazo máximo de seis meses, contabilizados desde el día siguiente a la sustentación, para presentar la tesis habiendo incorporado las recomendaciones formuladas por el jurado evaluador.

Dr. Willian Sebastián Flores Sotelo

Presidente

Dra. Gliria Méndez Ilizarbe

Secretario

Dr. Joaquín Vertiz Osores

Vocal

Dedicatoria

A Dios, por ser mi guía y darme fuerzas para superar los obstáculos y dificultades, porque sin él nada se habría logrado.

A mi familia, por brindarme su apoyo moral e incondicional, por estar siempre conmigo y motivarme en continuar y seguir adelante para la elaboración y conclusión de la tesis.

Marlene

Agradecimiento

A la Universidad César Vallejo y a los docentes quienes constituyeron a nuestra formación profesional y científica.

Al Dr. Joaquín Vértiz Osoreo mi profundo agradecimiento por su valiosa orientación, paciencia y apoyo constante para la elaboración de la tesis y por su excelente calidad profesional.

Marlene

Declaración de Autenticidad

Yo, Br. Marlene Contreras Taipe, identificada con D.N.I. 21460466 estudiante de la Escuela de Postgrado, Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad César Vallejo, Sede Lima; declaro el trabajo académico titulado “Determinantes sociales y prevalencia de caries en niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016”, es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en éste trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
- De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Lima, 10 de Febrero del 2017

Marlene Contreras Taipe.

Presentación

Señores miembros del Jurado:

El presente estudio tiene el propósito de dar a conocer la investigación sobre Determinantes sociales y prevalencia de caries en niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016. Por ello se buscó determinar la asociación que existe entre los determinantes sociales y la prevalencia de las caries, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener el grado académico de Maestra en Servicios de la Salud

El estudio está compuesto por siete capítulos que constan de la siguiente manera, en el primer capítulo presenta la introducción, en el segundo capítulo expone el marco metodológico, en el tercer capítulo presenta los resultados, en el cuarto capítulo expone la discusión, en el quinto capítulo se expone las conclusiones, en el sexto capítulo las sugerencias y en el sétimo capítulo las referencias bibliográficas.

Los resultados determinan que existe asociación entre los determinantes sociales: factores sociales (grado de instrucción), factores económicos (ingreso económico familiar) y factores culturales (consumo diario de golosinas, consumo diario de bebidas azucaradas, asistencia a campañas de prevención y asistencia a campañas de promoción) con la prevalencia de caries en los niños de la Institución Educativa 3040 “20 de Abril” – 2016 - LosOlivos.

Señores miembros del jurado esperamos que esta investigación sea evaluada y merezca su aprobación.

La autora

Índice de contenido

	Página
PÁGINAS PRELIMINARES	
Página del Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice de contenido	vii
Índice de tablas	ix
Índice de figuras	x
Resumen	xi
Abstract	xii
I. INTRODUCCIÓN	
1.1 Realidad Problemática	14
1.2 Trabajos Previos	15
1.3 Teorías relacionadas al tema	19
1.4 Formulación del problema	31
1.5 Justificación del Estudio	32
1.6 Hipótesis	33
1.7 Objetivos	33
II. MÉTODO	
2.1. Diseño de Investigación	36
2.2. Variables, operacionalización	37
2.3. Población y muestra	38
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	39
2.5. Métodos de análisis de datos	40
2.6. Aspectos éticos	41

III. RESULTADOS	
3.1 Análisis descriptivo y contrastación de hipótesis	43
IV. DISCUSIÓN	60
V. CONCLUSIONES	66
VI. RECOMENDACIONES	70
VII. REFERENCIAS	72
ANEXOS	
Anexo 1: Artículo científico	
Anexo 2: Matriz de consistencia	
Anexo 3: Instrumentos	
Anexo 4: Valides de los instrumentos	
Anexo 5: Permiso de la institución donde se aplicó el estudio	
Anexo 6: Base de datos	

Índice de tablas

	Página
Tabla 1 Operacionalización de determinantes sociales	38
Tabla 2 Resumen de la asociación entre determinantes sociales y prevalencia de caries	43
Tabla 3 Distribución del Nivel ceod según Número de miembros en la familia de los niños de la I. E N° 3040 “20 de Abril” – 2016	44
Tabla 4 Distribución del Nivel de ceod según el tipo de familia de los niños de la I. E N° 3040 “20 de Abril” – 2016	45
Tabla 5 Distribución del Nivel de ceod según el grado de instrucción de padres de familia de los niños de I. E N° 3040 “20 de Abril”	46
Tabla 6 Distribución del Nivel de ceod de niños de la I. E N° 3040 “20 de Abril” según el Ingreso económico mensual en de sus padres	48
Tabla 7 Distribución del Nivel de ceod de niños de la I. E N° 3040 “20 de Abril” - 2016 según el material predominante de la casa.	49
Tabla 8 Distribución del Nivel de ceod de niños de la I. E N° 3040 “20 de Abril” - 2016 según la disponibilidad de agua y desagüe.	50
Tabla 9 Distribución del Nivel de ceod de niños de la I. E. N° 3040 “20 de Abril” - 2016 según la disponibilidad de luz eléctrica en casa.	51
Tabla 10 Distribución del Nivel de ceod según el consumo diario de golosinas de los niños de la I.E. N° 3040 “20 de Abril” - 2016	52
Tabla 11 Distribución del Nivel de ceod del consumo diario de bebidas azucaradas de los niños de la I. E. N° 3040 “20 de Abril”-2016	53
Tabla 12 Distribución del Nivel de ceod según el consumo diario de frutas y verduras de los niños de la I. E. N° 3040 “20 de Abril” – 2016	55
Tabla 13 Distribución del Nivel de ceod del Consumo diario de productos lácteos de los niños de la I. E. N° 3040 “20 de Abril” – 2016	56
Tabla 14 Distribución del Nivel de ceod de asistencia a campañas de prevención de salud bucal de los niños de la I. E. N° 3040 “20 de Abril” – 2016	57
Tabla 15 Distribución del Nivel de ceod según asistencia a campañas de promoción de salud bucal de los niños de la I.E. N° 3040 “20 de Abril” – 2016	58

Índice de figuras

	Página
Figura 1. Prevalencia de Caries según el grado de instrucción de los padres de familia de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016	47
Figura 2: Prevalencia de Caries según el Ingreso económico de los padres de familia de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016	49
Figura 3: Nivel de ceod según el Consumo diario de golosinas de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016	53
Figura 4: Nivel de ceod según el Consumo diario de bebidas azucaradas de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” –2016	55
Figura 5: Nivel de ceod según Asistencia a campañas de prevención de salud bucal de los niños de la Institución Educativa N°3040 “20 de Abril”- 2016	58
Figura 6: Nivel de ceod según Asistencia a campañas de promoción de salud bucal de los niños de la Institución Educativa N°3040 “20 de Abril”- 2016	59

Resumen

El objetivo del presente trabajo de investigación fue determinar la asociación de los “Determinantes sociales y prevalencia de caries en niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – Los Olivos.

El tipo de investigación fue básica, descriptiva y correlacional, de diseño no experimental, corte transversal. La muestra estuvo conformada por 126 estudiantes, el instrumento aplicado cuestionario de determinantes sociales realizado a los padres de familia y un examen bucal a los niños utilizando el índice epidemiológico de caries ceo-d (caries, dientes por extraer, obturados en dentición deciduo).

En conclusión existe asociación entre los determinantes sociales: factores sociales (grado de instrucción), factores económicos (ingreso económico familiar) y factores culturales (consumo diario de golosinas, consumo diario de bebidas azucaradas, asistencia a campañas de prevención y asistencia a campañas de promoción) con la prevalencia de caries en los niños de la Institución Educativa 3040 “20 de Abril” – 2016 - Los Olivos.

Palabras claves: determinantes sociales, prevalencia de caries

Abstract

The objective of this research was to determine the association of "Social Determinants and Caries Prevalence in Children of Educational Institution No. 3040 "20 de Abril" - Los Olivos.

The type of research is basic, descriptive and correlational, of non-experimental design, cross-sectional. The sample consisted of 126 students, the instrument applied questionnaire of social determinants made to parents and an oral examination to children using the epidemiological index of caries ceo-d (caries, teeth to be extracted, filled in deciduous dentition).

In conclusion there is an association between the social determinants: social factors (educational level), economic factors (family economic income) and cultural factors (daily consumption of sweets, daily consumption of sugary drinks, assistance to prevention campaigns and assistance to promotional campaigns) with the prevalence of caries in children of the Educational Institution 3040 "20 de Abril" – 2016 - Los Olivos.

Key words: social determinants, caries prevalence.

I. Introducción

1.1. Realidad problemática

Las enfermedades bucales es uno de los problemas más preocupantes a nivel mundial, y que afecta a países industrializados así como a países en vías de desarrollo, especialmente en las comunidades más pobres. El Perú es uno de los países latinoamericanos más afectados por las enfermedades bucales, enfermedades que inician desde muy temprana edad.

En nuestro país, la caries dental es una enfermedad crónica, infecciosa, multifactorial y transmisible de mayor prevalencia, originando a que aumente de acuerdo con la edad, haciendo que la población de mayor edad sufra la necesidad de tratamiento recuperativo con un alto costo, afectando no solo la salud de las personas sino también su calidad de vida y su autoestima ya que representa un problema de salud pública a nivel mundial. El daño de la salud bucal deja ver lo importante que es intervenir durante la niñez, puesto que detectar las lesiones durante esta etapa es un desafío en el proceso del diagnóstico clínico.

Los factores causales que producen la caries clínicamente están bien identificadas pero probablemente no sean los únicos que intervienen para su presencia ya que existen condiciones externas en la población que pueden predisponer a su padecimiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2005 puso en marcha la Comisión de los Determinantes Sociales en la cual informó que- los estilos de vida influyen fuertemente en la salud y longevidad de la comunidad, en una nota informativa indica la prevalencia de caries en 60% -90% en los escolares de todo el mundo.

La asociación existente entre los determinantes sociales de la salud y la prevalencia de caries, reconociendo la relevancia de estos conceptos y su aplicación, asimismo esta problemática tiene un efecto en los niños, haciendo posible fortalecer los procesos de intervención que permitan la promoción,

prevención y de manera integral las políticas públicas que aborden la problemática encontrada.

Siendo la prevalencia de caries un problema donde interviene factores considerados determinantes sociales de la salud, se identifica su impacto biológico, social y psíquico.

La Institución Educativa 3040 “20 de Abril” está ubicada en el Asentamiento Humano San Martín de Porres, distrito de Los Olivos. Es una institución estatal, brinda educación primaria y secundaria, cuenta con aproximadamente 1000 alumnos del nivel primario (18 salones) y secundario. El 90% de los alumnos viven en dicho asentamiento, cuyos padres en la mayoría de los casos no tiene trabajo fijo y algunos son analfabetos.

Anualmente en el colegio se realiza actividades de prevención y promoción realizados por los odontólogos de los puestos de salud cercanos. Comprobamos que hay un alto índice de caries dental en niños y al mismo tiempo la necesidad de identificar a los determinantes sociales de salud que están influyendo en la prevalencia de caries de los estudiantes ya que muchos de ellos no acceden a los servicios de salud por falta de medios económicos, falta de conocimientos de sus padres, inaccesibilidad a los servicios de salud, etc. Entonces hay la necesidad de realizar intervenciones y disminuir el índice de caries mejorando así su calidad de vida pero es necesario conocer que factores influyen en ella.

1.2 Trabajos previos

1.2.1 Trabajos previos internacionales.

Cruz, Sánchez, Quiroga, Galindo y Martínez (2014) en su investigación *Caries dental y los determinantes sociales de la salud en México – 2014*, la investigación exploró la asociación de los determinantes de la población y la prevalencia de caries dental, su muestra fue de 32 entidades federativas, realizando un análisis comparativo cualitativo haciendo uso de los datos de la Encuesta Nacional de Caries Dental 2001. Una de las causas de la prevalencia de caries es la diferencia

en el ingreso económico y la distribución de sal yodada y fluorada intervienen como factor protector de la enfermedad. Los autores refieren que de todos los determinantes sociales planteados en este estudio se encontró alto nivel de consistencia en la desigualdad de ingreso económico.

Molina (2014) en su investigación *Determinantes Sociales de la Salud y el índice de caries dental en niños de 12 años de la parroquia de Guayllabamba, en noviembre del 2014*.-Ecuador, investigación descriptiva, de tipo cuantitativo, con diseño transversal. En sus conclusiones demostró que la prevalencia de caries en los niños de 12 años en Guayllabamba es “alta”, según la escala de gravedad de la Organización Mundial de la Salud. El índice CPO-D fue 4,89; el 84,67% tienen caries dental y el 78% presentan fluorosis dental. Los alumnos con el índice CPO-D alto provienen de padres que pertenecen al estrato socioeconómico bajo, de educación primaria, actitudes desfavorables y con deficientes prácticas de salud bucal.

El autor demostró en este estudio la relación que existe entre los determinantes sociales y la prevalencia de caries ya que los niños de 12 años que tenían alto índice de caries eran alumnos que pertenecían al estrato socioeconómico bajo cuyos padres tienen bajo nivel de educación y escasos conocimientos de higiene bucal.

Arango, Jaramillo y Cruz (2013) en su investigación *Prevalencia de caries de la infancia temprana y factores de riesgo asociados en niños de 1 a 5 años en la ciudad de Santiago de Cali*. Su muestra estuvo constituida por 929 niños de colegios inscritos en la Secretaría de Educación, realizándose un estudio descriptivo transversal. En su recolección de datos utilizó un cuestionario a los padres y el examen clínico intraoral de los niños, así mismo evaluó el índice ceo-d e índice de placa bacteriana de Sillness y Löe, en su estadística utilizó la prueba Chi² y el estadígrafo de Spearman, como también la prueba de Kruskal-Wallis.

Los autores demostraron que en el estrato socioeconómico bajo la prevalencia de caries en la infancia temprana es mayor (29,3%), asociándose a ello en forma

significativa uno de los factores de riesgo como el no cepillar al niño antes de dormir; ambos influyeron en la prevalencia de caries.

Narváez y López (2012) en su investigación sobre los *Determinantes sociales y su relación con caries en niños de 1 a 5 años de la fundación “Niños de María” de la ciudad de Quito durante el año lectivo 2011-2012*, la muestra de estudio estuvo conformada por 137 niños investigados, en su estadística utilizó la encuesta aplicada a docentes y padres, y la aplicación de la ficha clínica a los niños (as). Los resultados mostraron al analizar el índice de dientes cariados, extraídos y obturados (c e o), en función al nivel de ingresos familiares, se observó una tendencia clara: A mayor nivel de ingreso menor valor de c e o, por lo tanto la prueba de ANOVA estimó un valor $p = 0,038$ en el caso de padres con nivel primario, situación que fue estadísticamente significativa ya que permite concluir que el nivel de ingreso sí se relaciona con el índice c e o, realidad más acentuada cuando el nivel de formación fue secundario; $p = 0,021$. Se observaron además valores de c e o menores para los niños cuyos padres tenían estudios secundarios versus quienes tenían solo estudios primarios. Concluyendo que la economía, la educación, el empleo y el escenarios de vida son los concluyentes sociales que tienen relación con la prevención y tratamiento de caries dental. Los autores demostraron que los determinantes sociales (ingreso económico y la educación de los padres) influyen en la prevalencia de caries.

1.2.2 Trabajos previos Nacionales.

Torrejón (2014) en la tesis *Relación entre los factores socio-culturales de los padres con la experiencia de caries dental de sus hijos en la Institución Educativa estatal N° 107 “Daniel Alcides Carrión”, Santa Anita – 2014*, realizó un estudio transversal y descriptivo. La muestra estuvo conformada por 271 niños de 6 a 12 años con sus respectivos padres a quienes se le aplicó una encuesta y un examen bucal a los niños, utilizando los índices epidemiológicos de: Caries Dental (CPOD-ceod), Placa bacteriana (Greene y Vermillion) (IHO-S) observándose que la caries dental de los niños depende de los factores socio-culturales de los padres, asimismo el 50.9% de los estudiantes presentan una deficiente higiene bucal y el 42.4% de los padres presenta regular conocimiento en cuanto a prevención de

caries siendo necesario trabajar en un programa preventivo-promocional que ayuden y refuercen acciones favorables para el cuidado de la salud bucal.

Moses (2013) en su tesis *Caries dental asociada al índice de higiene oral simplificado en niños de 6 a 12 años de una institución educativa pública del distrito de Ate – Vitarte en el año 2013*, se propuso determinar la asociación entre ambos factores. El diseño del estudio es de tipo descriptivo, observacional, transversal y prospectivo, su muestra fue de 247 alumnos de 6 a 12 años. Se midió la prevalencia de caries dental utilizaron el índice CPOD y ceo-d. En conclusión encontró una prevalencia de caries dental del 92,71%, mientras que el CPOD y ceo-d poblacional fueron de 1.51 y 5.57 correspondientemente. El índice de higiene oral simplificado mostró que el 34.82% presentan una buena higiene oral, mientras que el 57.49% una regular higiene y el 7.69% tienen una mala higiene oral.

La autora ratifica que existe relación significativa entre la presencia de caries dental y el índice de higiene oral, por lo que es importante elaborar un plan estratégico que permita disminuir dicha enfermedad.

Hadad y Del Castillo (2011) en su investigación *Determinantes sociales de salud y caries dental propusieron dar a conocer la asociación existente entre ambas*. Su muestra de estudio fue de 30 alumnos de 12 años del Distrito de Cantalima. Los determinantes considerados fueron género, ingreso económico, nivel de educación, condición de vivienda, empleo, saneamiento ambiental y acceso a los servicios de salud, para su recolección de datos utilizaron una encuesta a las madres en base a la Cédula Censal 2007. La experiencia de caries dental se midió mediante el índice CPOD de los escolares. Realizaron un análisis de correlación que les permitió encontrar la asociación de los determinantes sociales de salud de manera individual y global con la experiencia de caries dental. En conclusión existió asociación moderada entre ambas, asimismo demostró que el determinante mayor fue el de saneamiento ambiental con respecto a la experiencia de caries.

Peltroche, Gabrielli, Vásquez y Castro (2011), en su tesis *Riesgo de caries dental en pacientes de tres a seis años que acuden a la clínica de la Universidad*

Nacional Federico Villarreal, su muestra fue de 50 niños de ambos sexos, en sus conclusiones manifiestan que los factores de riesgo de caries dental es el cepillado dental (21 casos) seguido de visita al odontólogo (19 casos) . El riesgo de caries dental más prevalente es el “Riesgo Bajo” con un 40.8%, 37.6% con un “Riesgo Mediano” y 21.8% presentan “Riesgo Alto”, concluyendo en que existen diferencias entre los niveles de caries dental y la presencia de los factores de riesgo.

Villena, Pachas, Sánchez y Carrasco (2011) en su investigación *Prevalencia de caries de infancia temprana en niños menores de 6 años de edad*, residentes en poblados urbano marginales de Lima, su muestra de estudio fue de 332 niños . La prevalencia de caries dental fue de 62,3%, y se incrementó con la edad 10,5% (0-11 meses), 27,3 % (12-23 meses), 60,0% (24-35 meses), 65,5% (36-47 meses), 73,4% (48-59 meses) y 86,9% (60-71 meses). El índice ceo-d promedio fue 2,97.

Los autores refieren que la prevalencia de caries aumenta a medida que avanza la edad es decir se incrementará conforme aumente su edad ya que en boca habrá mayor número de dientes porque iniciará y continuará el proceso de erupción dentaria de dientes permanentes, siendo importante plantear intervención temprana con especialistas.

1.3 Teorías relacionadas al tema

Variable 1: Determinantes Sociales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) 2005 los define a los determinantes sociales “”como situaciones donde las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud; en relación a los métodos determinados para combatir las enfermedades, circunstancias que se distribuyen en conjunto de factores: económicos, sociales y culturales.

Es importante destacar que los determinantes sociales porque repercuten directamente en la salud; el derecho a la salud no solo abarca la atención de salud oportuna sino también los factores determinantes como condiciones de vida,

trabajo, alimentos, acceso a servicios básicos, así como las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales que interactúan entre ellas.

Rocabado (2005) la denominan como «las causas de las causas» de la enfermedad.

La salud se fundamenta en el modelo biopsicosocial, considerando los aspectos positivos y negativos que afectan en la vida de las personas, su función social y la percepción sobre la salud, es el resultado de la relación de los factores psicológicos, socioeconómicos y culturales que tienen relación multidimensional.

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2005), lo definió como el conjunto de condiciones sociales en las cuales la gente vive y trabaja, plantea que los diferentes grupos sociales cuentan con su ingreso, educación, ocupación, género y otros, originando la creación de inequidades sociales en condiciones de vida y de trabajo, las cuales ocasionan las mejores o peores oportunidades para la salud (acceso a servicios básicos).

Los determinantes de la salud también explican las inequidades sanitarias, es decir, las deficiencias injustas y evitables observadas en y entre los países con respecto a la situación sanitaria.

Existen diferentes propuestas para clasificar a los determinantes sociales de la salud. Una de las más difundidas es lo manifestado por Lalonde (1974), los cuatro campos considerados son los estilos de vida, el *medio* ambiente, la biología humana y el sistema organizativo de la atención de salud, considerando a la salud como más que un sistema de atención.

En relación a esto Buck (1986) sostuvo que “el entorno (medio ambiente) es el más importante de estos cuatro campos, mientras que la Carta de Otawa asumió que el más importante era el estilo de vida, a pesar de que éste es dependiente de cada individuo”.

Respecto al medio ambiente, se consideran factores físicos como el acceso al agua y los alimentos, la contaminación del aire, la interacción del barrio, la casa, la escuela, el trabajo. Así también factores sociales como la pobreza, el desempleo, la ignorancia, el grado de instrucción, la cultura, etc.

Respecto al estilo de vida, se consideran los patrones de comportamiento determinados por la interacción entre las características personales, interacciones sociales y las condiciones de vida, los hábitos dietéticos, el ejercicio físico, sedentarismo, el abuso de sustancias, las conductas violentas, las actividades de riesgo, etc.

Respecto a la biología humana, se consideran la resistencia a la enfermedad, la susceptibilidad a la enfermedad, las enfermedades genéticas, etc.

Respecto a los servicios de salud, se consideran la calidad, disponibilidad, accesibilidad y los costos.

Los estudios proporcionan un creciente cúmulo de evidencias para ser tomados en cuenta en las decisiones de políticas de salud, de la importancia de los determinantes que influyen en la salud de la población (Wilkinson y Marmot, 1998), destacando el ingreso y 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, son determinantes importantes, y al mismo tiempo se encuentran relacionados Canada Health-OPS/ OMS, (2000, p. 14)

Dimensiones de determinantes sociales

Factor Económico

Los factores económicos tienen implicancia directa en la salud, se manifiestan en las posibilidades de acceso a una serie de bienes y servicios que se relacionan con la producción de salud; puesto que un nivel de desarrollo socioeconómico adecuado permite el logro del mejor estado de salud en cada ciudadano para poder

realizarse plenamente, disponer un conjunto de capacidades, condiciones de funcionamiento y oportunidades de acuerdo a sus expectativas.

La Comisión sobre Macroeconomía y Salud (OMS – 2003) plantea “Una población sana puede contribuir al crecimiento económico del país. Mejorar la salud y la esperanza de vida de las personas es un fin en sí mismo y uno de los objetivos fundamentales de crecimiento económico”, es decir es responsabilidad del estado la justicia social y el bienestar de sus ciudadanos dentro del territorio y que una buena salud permitirá obtener un mejor grado de desarrollo económico.

Según el Banco Mundial (1993), existen tres factores que explican las diferencias en las condiciones de salud de la población:

- El comportamiento humano: la salud y la capacidad en relación son sus ingresos económicos y su educación.
- Monto y la eficacia del gasto en el sistema de salud.
- Variedad de enfermedades presentes, determinadas por el clima y la geografía.

Asimismo el estado de salud de una población es el resultado final del proceso de crecimiento.

Las personas que perciben ingresos superiores son más sanas, porque tiene un control sobre los bienes y servicios de salud. Al igual que ocurre con la educación y la economía se relaciona de manera directa con la salud: a mayor crecimiento económico mayor salud y viceversa. (p.4)

Preston (1975) indica que “el ingreso nacional es el indicador del nivel de vida de un país, teniendo influencia en la mortalidad, asimismo refiere que el nivel de ingresos económicos afecta la salud de la población de los países”. (p.5)

Las desigualdades económicas constituyen una barrera de acceso a los servicios de salud para muchas personas y tienen gran relevancia.

Con un ingreso alto, uno tiene la capacidad para: adquirir vivienda adecuada, alimentos y otras necesidades básicas, hacer más elecciones y sentirse más en control sobre las decisiones en la vida.

El gradiente social que a más bajo nivel socioeconómico, la expectativa de vida es menor y mayor la frecuencia de enfermedad. Las personas de estatus social bajo corren un riesgo por lo menos dos veces mayor de enfermedad seria o muerte prematura, que aquellas que se encuentran en el nivel más alto. (OMS, 2005).

El estatus social afecta su capacidad para actuar y hacer elecciones por si mismos. La posición social alta y el ingreso de algún modo actúan como un escudo contra la enfermedad (Public Health Agency).

Los factores económicos (status social, desempleo, educación) son de implicancia directa en la salud, se manifiestan en las posibilidades de acceso a una serie de bienes y servicios de salud.

“La seguridad del trabajo aumenta salud, bienestar y satisfacción en el trabajo. La inseguridad laboral incrementa los problemas de salud mental (ansiedad y depresión), mala salud en general” (OMS, 2005).

“El desempleo y subempleo están asociado con la mala salud, los efectos están vinculados a sus consecuencias psicológicas y problemas financieros”. (OMS, 2005).

Entre los factores económicos de la población peruana tenemos; según la ENDES 2012 (Encuesta Demográfica de Salud Familiar), el servicio de energía eléctrica en las viviendas del país registró mayor cobertura. El 89,2% de las viviendas tuvieron acceso a este servicio, teniendo un incremento con respecto a la ENDES 2009 (82,4%). El 98,2% corresponde a viviendas del área urbana y 69,6 % a viviendas del área rural. Por otro lado, el 76,5 % de las viviendas se provee de agua por red pública; en el área urbana este servicio cubre al 82,4%, mientras

que en el área rural fue 63,6%. El 59,3% contaba con servicio higiénico conectado a red pública, el 81% correspondía a viviendas del área urbana y el 12,7% a viviendas del área rural.

Factor Social.

Mustard y Frank (1991) refiere que “la realidad existente indica que el efecto de las relaciones sociales se relacionan con la salud “

El estado de salud de un grupo de personas tiene relación con las interacciones con otros grupos sociales. La comunidad es un aliado fundamental para el desarrollo de acciones de salud, con su participación favorece y hace sostenible las intervenciones que contribuyen al desarrollo local y alcanzar resultados finales de salud.

Las redes de apoyo social tienen relación con los estados de salud permitiendo que las personas puedan resolver los problemas enfrentando su adversidad, conservando un sentido de dominio y controlando situaciones que se le presentan en su vida, siendo importante el apoyo familiar y social, más aun cuando enfrenten cambios de estilos de vida (Canada Health-OPS/OMS,2000. p.18)

Dentro de la comunidad, las redes sociales representan formas de organización social que vinculan a una variedad de actores que comparten intereses para alcanzar metas comunes. Estas redes sociales operan como nexos entre las personas o grupos organizados, aspirando a mejores condiciones de vida y salud.

Anand (2004) refiere que la salud es el bienestar de las personas quienes son agentes sociales y cuya responsabilidad son de las autoridades políticas.

La salud de la vida humana es valiosa en su quehacer diario, por la ausencia de enfermedad. La salud de la población empieza en el entorno social, laboral y personal influyendo en la salud de las personas, son situaciones que permiten que

las personas puedan elegir alternativas saludables, promoviendo servicios que conserven la salud.

En Diciembre de 2002 en Toronto, Canadá, se realizó la conferencia “Social Determinants of Health Across the Life span” donde se puso atención a los determinantes sociales de salud y la necesidad de abordarlos para mejorar el estado de salud de la población; es así que la Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud del Perú, desarrolló el “Modelo de Abordaje de la Promoción de la Salud” para poder orientar las intervenciones de promoción de la salud en el nivel nacional, regional y local, y tiene como referente inmediato al Modelo de Atención Integral en Salud basado en Familia y Comunidad. El modelo de abordaje de promoción de la salud tiene como estrategia importante a la participación ciudadana.

Los determinantes sociales de la salud son “características específicas del contexto social que afectan la salud y las formas en que las condiciones sociales se traducen en impactos en la salud”, se refieren que las personas tienen mayor oportunidad de salud de acuerdo a la posición de la jerarquía social a la que pertenecen. La inequidad en salud es un problema que se encuentra anclada en la realidad política y social, donde las relaciones de poder tienen un lugar en la sociedad, siendo necesario las intervenciones focalizadas, con cambios en el nivel estructural. World Health Organization CSDH, (2000).

Entre los determinantes sociales que más influyen tenemos a las redes sociales de apoyo, ambiente físico, ambiente social, prácticas de salud personal y alimentación saludable. Se ha demostrado que una baja disponibilidad de apoyo emocional y una escasa participación social tienen un impacto negativo en la salud y el bienestar, como también las condiciones sociales y económicas resultan en un gradiente social de la calidad de la dieta que contribuye a las desigualdades en salud.

Factor Cultural.

Según el Diccionario de la Real Academia Española, cultura es la forma de vivir, sus costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, asimismo son los valores que posee la persona que posteriormente le permite tomar decisiones, asimismo plantea que todo lugar tiene cultura propia.

La cultura es la forma como vive un pueblo o grupo, cómo se expresa, actúa y se comunica, también como entiende los procesos de salud y enfermedad.

La Norma Técnica de Transversalización de los enfoques de Derechos humanos, Género e Interculturalidad, define a la cultura como "el concepto en el que convergen la dimensión cognitiva que sintetiza el mundo simbólico de las personas, sus pensamientos, conocimientos y creencias adquiridas a través del aprendizaje; y la dimensión material, que es manifestación de lo simbólico en conductas, prácticas, artefactos culturales y normas de relación social. La cultura es una entidad compleja y dinámica que se adquiere, transforma y transmite a través del lenguaje y la socialización".

La cultura se desarrolla en la vida en sociedad pero dentro de un mismo territorio pueden coexistir grupos con culturas diferentes esto sucede generalmente en las ciudades grandes por las migraciones de los pueblos, presentándose los procesos de pluriculturalidad, multiculturalidad e interculturalidad. No hay cultura buena o mala, hay culturas de mayor o menor arraigo.

Los diferentes grupos humanos tienen su forma de interpretar los fenómenos de la naturaleza incluida la salud y la enfermedad. En el Perú hay influencia en la conducta de la población que se manifiesta en uso, costumbres y creencias que determinan la conducta individual, familiar y grupal ante la salud y su cuidado.

En Lima, la situación de migración interna del país, favorece que se encuentre población de cualquiera de las regiones del país, quienes vienen con un acervo cultural, que con el paso del tiempo va sumando a sus prácticas originarias, produciéndose el proceso de transculturización.

Por ello, los trabajadores de la salud, requieren estar preparados para la multiculturalidad que caracteriza a nuestra población, para adecuar los servicios de salud a esa demanda y conducir la atención integral de salud y la promoción de la salud hacia estilos de vida saludables.

Pedro Ypanaqué Luyo, en su publicación *Sobre la Cultura y la Salud Pública*, manifiesta sobre el carácter utilitario que se da al factor cultura en aquellas corrientes en las que se piensa que es necesario conocer los patrones culturales de la población, para modificar comportamientos de riesgo, identificados y planteados en el sistema médico

La cultura tiene una complejidad mucho mayor frente al proceso salud enfermedad, es decir las manifestaciones culturales pueden dar cuenta de dimensiones ideológicas diferentes al mismo sistema sanitario que establece el sentido de la salud o la enfermedad.

En el año 2000, la OMS publicó un informe acerca de los determinantes de la salud, en la que Canadá da cuenta, además de los factores culturales, la importancia de los factores socioeconómicos siendo un riesgo adicional sobre el estado de salud.

Por ello, desde los servicios de salud es importante conocer la cultura de los usuarios, para tener claro qué manifestaciones pueden ser abordadas y desde qué perspectiva pueden hacerse, para incidir en la educación y cambiar tales comportamientos.

Variable 2: Prevalencia de caries

Pérez y Merino (2015), refiere que “en el ámbito de la medicina, se habla de la prevalencia para nombrar al índice de individuos que padecen una cierta enfermedad dentro de un total de un grupo de personas en estudio”.

La prevalencia de caries de cada país depende del interés que se asigne al tema de la prevención, hay métodos que se aplican como el uso de fluoruros en las pastas dentales, promover el cepillado en las escuelas entre otros.

Datos epidemiológicos sobre caries dental muestran que hay necesidades preventivas y de tratamiento rehabilitador, el uso de fluoruros sería factor importante en la reducción de la prevalencia de caries.

Según el Estudio Epidemiológico a nivel nacional realizado los años 2001-2002 por el Ministerio de Salud, la prevalencia de caries dental fue de 90.4%; el índice CPOD a los 12 años fue aproximadamente 6, la prevalencia de enfermedad periodontal fue de 85% ubicándose según la Organización Panamericana de la Salud en un país en estado de emergencia, actualmente la prevalencia de maloclusiones es de 80%.

El Ministerio de Salud del Perú (MINSA) en el 2005 mediante un oficial indicó que existía 90% de prevalencia de caries dental en la población escolar. La prevalencia en el área urbana fue 90,6% y en el área rural 88,7%.

El promedio de piezas cariadas, perdidas y obturadas en la dentición temporal y permanente (índice ceod /CPOD a nivel nacional fue 5,84; datos obtenidos de un trabajo realizado en escolares de los departamentos a nivel nacional.

Las estrategias de Salud Pública adoptados por el MINSA son actividades preventivas, promocionales y la fluorización de la sal (200 ppm), sin embargo estas medidas no poseen ningún programa de seguimiento y control. (Cabrera, 2014).

El estado Peruano viene cumpliendo políticas que se orientan al desarrollo de programas preventivos tal como la fluorización a nivel nacional con la finalidad de disminuir la prevalencia de la caries dental de la población escolar.

El Plan Nacional Concertado de Salud identifica los problemas sanitarios del Perú y manifiesta que la Alta Prevalencia de Enfermedades de la Cavidad Bucal es considerado uno de los 12 principales problemas sanitarios y en respuesta a ello con R. M. N° 649-2007/MINSA se establece la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal de la Dirección General de Salud de las Personas; la cual se reestructura con R.M. N° 525-2012/MINSA, aplicando para ello, la gestión de las actividades promocionales, preventivas, recuperativas y de rehabilitación.

La salud bucodental es parte integral de la salud de las personas, donde ninguna persona es considerada sana si su boca muestra una enfermedad activa.

Caries Dental:

Es una enfermedad infecciosa, multifactorial que involucra el reblandecimiento del tejido duro del diente llegando a la pérdida de la pieza dentaria cuando no recibe tratamiento odontológico adecuado. (De La Fuente Hernández, 2006)

La caries es la desmineralización progresiva del diente que cuando no se logra detener afecta esmalte, dentina y pulpa con su posterior destrucción. (Medina, 2006)

Más del 95% de la población presenta caries o lo adquiere a lo largo de su vida si no toma en cuenta las medidas preventivas.

Higashida, Gonzalvo, (2002), vol. 2 no. 44, refiere que “la caries dental afecta especialmente a infantes y preescolares ocasionándoles problemas de salud como la masticación, fonación, psicológicos, constituyendo una puerta de entrada para las bacterias y microorganismos que podrían ser capaces de originar alteraciones sistémicas”. (p. 1-13).

La caries es una enfermedad de índole mundial que afecta la salud bucal, se manifiesta desde el primer año de vida, siendo más frecuente entre los 5 a 14 años, afectando al 95% de la población mundial. Higashida, (2000)

En muchos países latinoamericanos, es considerado como un problema de salud pública por su alta prevalencia e incidencia y predomina en la sociedad de bajos recursos ,siendo importante aplicar medidas eficaces de promoción y prevención en la salud bucal. La población pobre al igual que la no pobre, muestran necesidades de tratamiento de enfermedades bucales, solo que la población pobre, prioriza entre gasto por alimentación y gasto por salud. Villalobos, y otros (2006)

Azevedo (2006), refiere que el desarrollo científico técnico de la estomatología establece a la prevención como una herramienta eficaz y barata para hacer frente a los factores de riesgo de la caries dental. (p.27)

Panetta (2007), manifiesta que:

un paciente que tiene un mal nivel de conocimientos sobre salud bucal obedece a las falta de orientación que tuvo en la escuela como en su hogar desde temprana edad, haciéndose un adulto que no toma en cuenta su salud bucal como prioritario para una buena salud en general. (p. 69-78).

Downer (2006), refiere que frente a la caries “el tratamiento recuperativo y de rehabilitación demanda mayor recurso económico y tiempo”.(p.44)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), manifiesta que las enfermedades bucodentales, entre ellas la caries dental, la enfermedad periodontal y la mal oclusión constituyen problemas de salud pública que hoy en día afectan a los países industrializados siendo los países más frecuentes los que están en desarrollo específicamente las comunidades más pobres. También recomienda el uso de implementos milimétricos que le permita realizar una medición optima de la caries, siendo el instrumento más apto es el índice (CPOD), cuyo fin es lograr información general del estado de salud oral teniendo en cuenta el control de los dientes cariados,

perdidos y obturados de una comunidad determinada. De La Fuente, Hernández, (2008)

Odontograma:

Es un esquema que usan los odontólogos y que les permiten inspeccionar todo lo referente a la boca de una persona, detallando la cantidad de piezas dentales presentes, así como las restauradas y otras.

El índice de caries es fundamental en los estudios odontológicos, se realiza para cuantificar la prevalencia de caries (presente y pasada) y nos proporciona información para conocer el perfil epidemiológico de una población. MINSA (2005).

Índice de caries dental:

Índice CPO-D: Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson en EE.UU en 1935. Se convirtió en el índice fundamental de los estudios odontológicos, sirve para cuantificar la prevalencia de la caries dental. Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados, incluida las exodoncias indicadas, se considera solo 28 dientes.

Índice ceo-d: Adaptado por Gruebbel en 1944 para dentición temporal y mixta, es el recuento de los dientes cariados (c), con extracción indicada (e) y obturados (o). MINSA (2005)

1.4 Formulación del Problema

1.4.1 Problema general:

¿Qué asociación hay entre los determinantes sociales y la prevalencia de caries en los niños de la I.E. 3040 “20 de Abril” 2016?

1.4.2 Problemas Específicos:

¿Qué indicadores de los factores sociales están asociados en la prevalencia de caries en los niños de la institución educativa 3040 “20 de Abril” 2016?.

¿Qué indicadores de los factores económicos están asociados en la prevalencia de caries en los niños de la institución educativa 3040 “20 de Abril” 2016?.

¿Qué indicadores de los factores culturales están asociados en la prevalencia de caries en los niños de la institución educativa 3040 “20 de Abril” 2016?.

1.5 Justificación.

Bernal (2006 p. 103), según el autor, “cuando el propósito del estudio es generar reflexión y debate académico sobre el conocimiento existente, es confrontar una teoría, constatar resultados o hacer epistemología del conocimiento existente”

1.5.1 Justificación Teórica

La presente investigación nos permite profundizar aspectos teóricos importantes en referencia a los determinantes sociales y prevalencia de caries cuyo fin es disminuir la aparición de caries en niños estudiantes de un colegio mejorando su salud bucal.

1.5.2 Justificación Práctica

Los resultados de este estudio permitirá concientizar a los profesionales de la salud (cirujanos dentistas) y maestros la necesidad de implementar acciones en conjunto para lograr mejoras en la salud bucal de la población estudiantil (niños) y por ende mejorar la calidad de vida de los mismos.

1.5.3 Justificación Metodológica

Carrasco (2013 p.119), según el autor, si los métodos , procedimientos, técnicas e instrumentos diseñados y empleados en el desarrollo de la investigación tienen validez y confiabilidad, y al ser empleados en otros trabajos de investigación resultan eficaces, entonces podemos decir que tiene justificación metodológica.

En la investigación, se brindará y planteará nuevos métodos o una nueva estrategia que nos permitirá desarrollar y profundizar sobre las determinantes sociales y la

prevalencia de caries utilizando instrumentos validados y adaptados a nuestra realidad para luego ser utilizados en futuras investigaciones.

Carrasco (2013, p.119), se sustenta “que los resultados podrán generalizarse e incorporarse al conocimiento científico y además sirvan para llenar vacíos o espacios cognoscitivos existentes”.

1.6 Hipótesis.

1.6.1 Hipótesis general:

Existe asociación entre los determinantes sociales y la prevalencia de caries en los niños de la institución educativa 3040 “20 de Abril” 2016.

1.6.2 Hipótesis específica:

Existe asociación entre los indicadores de los factores sociales y la prevalencia de caries en los niños de la institución educativa 3040 “20 de Abril” 2016.

Existe asociación entre los indicadores de los factores económicos y la prevalencia de caries en los niños de la institución educativa 3040 “20 de Abril” 2016.

Existe asociación entre los indicadores de los factores culturales y la prevalencia de caries en los niños de la institución educativa 3040 “20 de Abril” 2016.

1.7 Objetivos.

1.7.1 Objetivo General

Determinar la asociación que existe entre los determinantes sociales y la prevalencia de caries en los niños de la I.E. 3040 “20 de Abril” 2016.

1.7.2 Objetivo específico

Determinar que indicadores, de los factores sociales están asociados en la prevalencia de caries en los niños de la I.E. 3040 “20 de Abril” 2016.

Determinar que indicadores, de los factores económicos están asociados en la prevalencia de caries en los niños de la I.E. 3040 “20 de Abril” 2016.

Determinar que indicadores, de los factores culturales están asociados en la prevalencia de caries en los niños de la I.E. 3040 “20 de Abril” 2016.

II. Método

2.1 Diseño de investigación

Diseño de investigación

El diseño de la investigación es no experimental, de corte transversal, correlacional causal.

Según Sánchez, Reyes (2006, pag. 104) este tipo de diseño se orienta a la determinación del grado de relación existente entre dos o más variables de interés en una misma muestra de sujetos.

No experimental, porque no existe manipulación de variables, prestan atención a los hechos o fenómenos, como se presentan en su contexto natural.

Es de corte transversal. En tal sentido, Hernández, Fernández y Baptista (2010) porque: “La recolección de sus datos se realiza en un determinado momento, en un tiempo único, con el fin de describir las variables, analizar su incidencia e interrelación en un momento determinado”. (pág.151).

Es correlacional, porque es relativamente fácil de diseñar y realizar. Cuando se trata una muestra de sujetos, el investigador observa la presencia o ausencia de las variables que desea relacionar y luego las relaciona por medio de la técnica estadística de análisis de correlación.

Metodología

La investigación es de un enfoque de carácter hipotético deductivo.

Según Bernal (2010) “es el conocimiento de las afirmaciones con carácter de hipótesis que busca afirmar o falsear las hipótesis establecidas, para llegar a una conclusión pudiendo confrontarse con los resultados”. (p.81)

Tipo de investigación

El presente trabajo de investigación respondió a una investigación de tipo básica, siendo básica – descriptiva.

2.2. Variables, operacionalización

2.2.1 Variable: Determinantes sociales de la salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) 2005 los refiere como los determinantes sociales como situaciones donde las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud; en relación a los métodos determinados para combatir las enfermedades, circunstancias que se distribuyen en conjunto de factores: económicos, sociales y culturales.

2.2.2 Variable: Prevalencia de caries

El Plan Nacional Concertado de Salud identifica los problemas sanitarios del Perú y manifiesta que la Alta Prevalencia de Enfermedades de la Cavidad Bucal es considerado uno de los 12 principales problemas sanitarios y en respuesta a ello con R. M. N° 649-2007/MINSA se establece la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal de la Dirección General de Salud de las Personas; la cual se reestructura con R.M. N° 525-2012/MINSA, aplicando para ello, la gestión de las actividades promocionales, preventivas, recuperativas y de rehabilitación.

2.2.3 Operacionalización de la variable determinantes sociales

Tabla 1

Operacionalización de determinantes sociales

	Dimensiones	Indicadores	Ítems
DETERMINANTES SOCIALES	FACTORES SOCIALES	A. Carga familiar	1 – 2
		B. Nivel de educación	3
	FACTORES ECONOMICOS	C. Ingreso económico	4
		D. Condición de vivienda	5 - 7
	FACTORES CULTURALES	E. Dieta alimenticia	8 - 11
		F. Cultura Sanitaria	12 - 13

2.3 Población, muestra y muestreo.

2.3.1 Poblacion

La población señala que universo “es el conjunto de elementos, personas, objetos, sistemas, sucesos, entre otros finitos, a los que pertenece la población y la muestra de estudio en estrecha relación con las variables y el fragmento problemático de la realidad, que es materia de investigación”. Carrasco (2009, pag.236)

Por lo tanto la población de la presente investigación estuvo conformada por 190 estudiantes del turno mañana de la I.E. 3040 “20 de Abril”

2.3.2 Muestra

Según Carrasco (2009 p. 237) la muestra “es la representación de una parte de la población, que será el objeto de estudio. El método de muestreo es probabilístico porque todos los individuos de la población tienen la misma probabilidad de participar en el estudio”.

La muestra está compuesta por la población de estudio de 126 estudiantes del turno mañana de la I.E. 3040 “20 de Abril”

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

n = tamaño de muestra calculado.

N = tamaño de población = 190.

Z = nivel de confianza 95 %. Z = 1.96

p = 0.5

q = 0.5

d = margen de error = 4 % = 0.05

Por lo tanto la muestra está conformada por 126 alumnos de I.E. 3040 “20 de Abril”

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y fiabilidad

2.4.1 Técnicas

Según Eyssautier (2006)

Es el planteamiento de normas de una investigación científica (diseño de investigación), es un aporte instrumental y sus medios para recolectar, y conservar los datos proporcionado por la muestra de estudio (p. 42).

Son medios por los cuales el investigador procede a recoger información de una realidad o fenómeno en función a los objetivos del estudio.

La técnica aplicada fue la encuesta, que según Bernal (2010), técnica de recolección de información, que establece conjunto de preguntas cuyo fin es de obtener información de personas en referencia a las variables de estudio. (p. 194).

Al realizar las preguntas y obtener las respuestas el investigador podrá obtener la información que necesita para efectuar la investigación.

2.4.2 Instrumentos

El instrumento utilizado fue un cuestionario que corresponde a la técnica de la encuesta, asimismo Carrasco (2013) refiere que “los cuestionarios son preguntas que se presentan a los encuestados unas hojas de manera ordenada y coherente, con claridad, precisión y objetividad, para que sean resueltas por la muestra de estudio” (p. 318).

Ficha técnica

1. Ficha Técnica del Instrumento 1

Nombre instrumento: Determinantes sociales

Autora: Krizian Jiu (modificado) 2015

Procedencia: Perú

Aplicación: Individual

Objetivo: Se obtiene de un puntaje por dimensiones y puntaje total.

Duración: 30 minutos aproximadamente la recolección de los datos se hizo a través de un cuestionario.

2.5 Métodos de análisis de datos

Validez:

Según Carrasco (2010, p. 336), “es un atributo de los instrumentos de investigación que consiste en que estos midan con objetividad, precisión, veracidad y autenticidad aquello que desea medir de la variable o variables de estudio”. Para realizar la validez del instrumento de recolección de datos se utilizó la validación por Juicio de Expertos en relación a su pertinencia, relevancia y claridad.

El análisis descriptivo de las variables de estudio y sus dimensiones se ejecutó mediante las tablas de distribución de frecuencias y porcentajes permitiendo visualizar de manera organizada las puntuaciones logradas según los niveles establecidos para las variables determinantes sociales y prevalencia de

caries , la contrastación de las hipótesis de investigación es la asociación existente entre las variables de estudio, utilizándose la prueba Chi cuadrado.

2.6 Aspectos éticos

El trabajo de investigación, se realizó cumpliendo con honestidad y transparencia la obtención de datos, la investigación se elaboró cuidando la parte ética que se adecue a la disposición del reglamento de la Universidad César Vallejo. El enfoque de la investigación es original, y para el uso de citas bibliográficas considerando los parámetros establecidos por la comunidad científica.

III. Resultados

3.1 Análisis descriptivo y contrastación de hipótesis

Hipótesis General: Existe asociación entre los determinantes sociales y la prevalencia de caries en los niños de la Institución Educativa 3040 “20 de Abril”-2016.

Tabla 2.

Resumen de la asociación entre determinantes sociales y prevalencia de caries.

Dimensión	Indicadores	Signf.Chi-2	Asociación
1 FACTORES SOCIALES	Carga familiar		
	1.1 Número de miembros en la familia.	p=0.104	No hay asociación
	1.2 Tipo de familia.	p=0.987	No hay asociación
2 FACTORES ECONOMICOS	Nivel de educación		
	1.3 Grado de instrucción		Asociación
	Ingreso económico	p=0.043	
	2.1 Ingreso económico		Asociación
	Condición de vivienda	p=0.026	
3 FACTORES CULTURALES	2.2 Material de vivienda	p=0.292	No hay asociación
	2.3 Disponibilidad de agua y desagüe.	p=0.162	No hay asociación
	2.4 Disponibilidad de luz eléctrica.	p=0.807	No hay asociación
	Dieta alimenticia		
	3.1 Consumo diario de golosinas.	p=0.004	Asociación
	3.2 Consumo diario de bebidas azucaradas.	p=0.038	No hay asociación
	3.3 Consumo diario de frutas y verduras.	p=0.506	No hay asociación
3.4 Consumo diario de productos lácteos.	p=0.334		
	Cultura Sanitaria		Asociación
	3.5 Asistencia a campañas de prevención.	p=0.038	Asociación
	3.6 Asistencia a campañas de promoción.	p=0.029	

3.1.1. FACTORES SOCIALES

Hipótesis específica 1. Existe asociación entre los indicadores de los factores sociales y la prevalencia de caries en los niños de la I.E 3040 “20 de Abril” 2016

A. CARGA FAMILIAR

Hipótesis específica

1.1 Existe asociación entre el número de miembros en la familia y la prevalencia de caries en los niños de la Institución Educativa N° 3040 “ 20 de Abril” –2016

Tabla 3:

Distribución del Nivel ceod según Número de miembros en la familia de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” - 2016

ceod	Número de miembros en la familia						Total	%
	Menos de 4	%	De 4 a 8	%	Más de 8	%		
Bajo	15	35%	34	44%	1	17%	50	40%
Moderado	22	51%	34	44%	2	33%	58	46%
Alto	6	14%	9	12%	3	50%	18	14%
Total	43	100%	77	100%	6	100%	126	100%

Significancia Prueba de Chi-cuadrado = 0.104

La tabla 3 presenta los porcentajes observados en las tres categorías de ceod para cada tipo de familia (según número miembros) comparando dichas columnas no se observan valores muy diferentes lo cual es un indicio de que no hay una dependencia o asociación entre las dos variables.

Ho: El nivel de ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016 es independiente del Número de miembros en la familia.

H1: El nivel de ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016 depende del Número de miembros en la familia.

La significancia de prueba Chi- cuadrado obtenido mediante el SPSS nos da un valor mayor a 0.05 (p valor = 0.104) lo cual no permite rechazar la Ho, por lo cual se concluye que los datos no presentan evidencias de que exista una asociación o dependencia entre ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016 y el número de miembros en su familia, es decir son independientes.

Conclusión: No hay asociación entre estas dos características.

-TIPO DE FAMILIA

Hipótesis específica

1.2 Existe asociación entre el tipo de familia y la prevalencia de caries en los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016 depende del Tipo de familia

Tabla 4:

Distribución del Nivel de ceod según el tipo de familia de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016

Ceod	Familia nuclear		Nuclear incompleta		Tipo de familia Familia extendida		Total	%
		%		%		%		
Bajo	31	39%	12	41%	7	41%	50	40%
Moderado	38	48%	13	45%	7	41%	58	46%
Alto	11	14%	4	14%	3	18%	18	14%
Total	80	100%	29	100%	17	100%	126	100%

Significancia Prueba de Chi-cuadrado = 0.987

La tabla 4 muestra que los porcentajes de ceod para cada tipo de familia son muy similares, lo cual nos habla de que los métodos de clasificación de filas y columnas son independientes, para verificar esto procedemos a una prueba de hipótesis:

Ho: El nivel de ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016 es independiente del tipo de familia.

H1: El nivel de ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016 depende del tipo de familia.

La significancia de prueba Chi- cuadrado obtenido mediante el SPSS nos da un valor mayor a 0.05 (p valor = 0.987) con lo cual se acepta la Ho y se concluye que los datos no presentan evidencias de que exista una asociación o dependencia entre ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 de Abril” – 2016 y el tipo de su familia, es decir las dos características son independientes.

Conclusión: No hay asociación entre estas dos características.

B. NIVEL DE EDUCACION

Hipótesis específica

1.3 Existe asociación entre el grado de instrucción de los padres de familia y la prevalencia de caries familia de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril”-2016

Tabla 5:

Distribución del Nivel de ceod según el grado de instrucción de los padres de familia de los niños de la Institución Educativa N° 3040 "20 de Abril" -2016

Ceod	Grado de instrucción						Total	%
	Primaria	%	Secundaria	%	Superior	%		
Bajo	4	21%	30	37%	16	64%	50	40%
Moderado	11	58%	39	48%	8	32%	58	46%
Alto	4	21%	13	16%	1	4%	18	14%
Total	19	100%	82	100%	25	100%	126	100%

Significancia Prueba de Chi-cuadrado = 0.043

La tabla 5, nos muestra las prevalencias (porcentajes) de ceod para cada Grado de instrucción, En el caso de los niños de padres con instrucción primaria (19) el 21% tiene nivel de ceod bajo, el 58% (11) nivel moderado y un 21% (4) nivel alto, de manera similar se muestran en las columnas siguientes los porcentajes para los restantes Grados de instrucción.

Se observa claramente es que a medida que aumenta el Nivel de instrucción de los padres los porcentajes de casos de niños con Nivel de ceod Bajo aumenta (21%, 37% y 64%), esto sugiere una correlación inversa entre estas dos características.

Ho: El nivel de ceod es independiente del grado de instrucción de Los padres de familia de los niños de la Institución Educativa N° 3040 "20 de Abril" –2016.

H1: El nivel de ceod depende del grado de instrucción de Los padres de familia de los niños de la Institución Educativa N° 3040 "20 de Abril" –2016.

La significancia de prueba Chi- cuadrado obtenido mediante el SPSS nos da un valor menor a 0.05 (p valor = 0.043) Lo cual nos permite rechazar la Ho y concluir que existe una asociación o dependencia entre estas dos variables: Nivel de ceod en niños de la Institución Educativa N° 3040 "20 de Abril" - 2016 y el grado de instrucción de Los padres.

La figura 1 ilustra estos resultados:

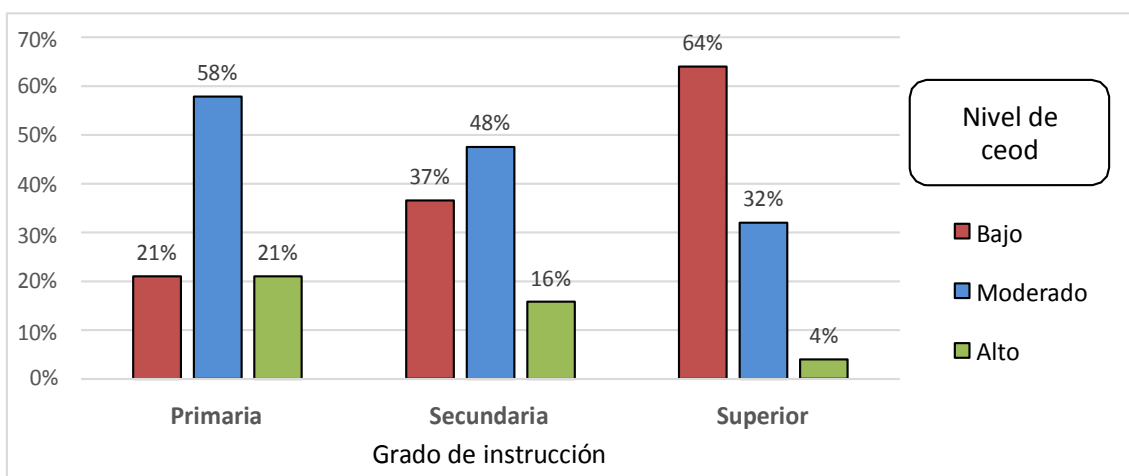


Figura 1: Prevalencia de Caries según el grado de instrucción de los padres de familia niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” –2016

3.1.2. FACTORES ECONÓMICOS:

Hipótesis específica 2.

Existe asociación entre los indicadores de los factores económicos y la prevalencia de caries en los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” –2016

C. INGRESO ECONOMICO

Hipótesis específica 2.1 Existe asociación entre el ingreso económico mensual familiar y la prevalencia de caries en los niños de la Institución Educativa N° 3040 de Abril” – 2016

Tabla 6:

Distribución del Nivel de ceod de niños de la Institución Educativa N° 3040 "20 de Abril" - 2016 según el Ingreso económico mensual en soles de suspadres.

ceod	Ingreso económico mensual en soles					
	Menos del sueldo mínimo	%	Más del sueldo mínimo	%	Total	%
Bajo	30	35%	20	50%	50	40%
Moderado	39	45%	19	48%	58	46%
Alto	17	20%	1	3%	18	14%
Total	86	100%	40	100%	126	100%

Significancia Prueba de Chi-cuadrado = 0.026

La tabla 6, nos muestra que en el caso de los padres con ingresos económicos inferiores al salario mínimo la prevalencia de ceod es de 35%(30) para el nivel bajo, 45% (39) para el nivel moderado y 20%(17) para el nivel Alto, en el caso de los padres con ingresos superiores al sueldo minino las prevalencias observadas son: 50%(20) para el Nivel bajo, 48%(19) nivel moderado y solamente un 3%(1) para el Nivel alto, esto permite observar una clara diferencia entre los patrones observados, así podemos notar que a mayor ingreso económico se reducen la prevalencia (porcentaje) de casos con Nivel de ceod Alto de 20% a un 3%, nuevamente sospechamos de una relación inversa.

Ho: El nivel de ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 "20 de Abril" – 2016 es independiente del ingreso económico mensual en soles

H1: El nivel de ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 "20 de Abril" – 2016 es dependiente del ingreso económico mensual en soles

La significancia de prueba Chi- cuadrado obtenido mediante el SPSS nos da un valor menor a 0.05 (p valor = 0.026) Lo cual nos permite rechazar Ho y concluir que existe una asociación entre estas dos variables: Nivel de ceod en niños de la Institución Educativa N° 3040"20 de Abril" - 2016 y el Ingreso económico mensual en soles de sus padres.

La figura 2 ilustra estos resultados:

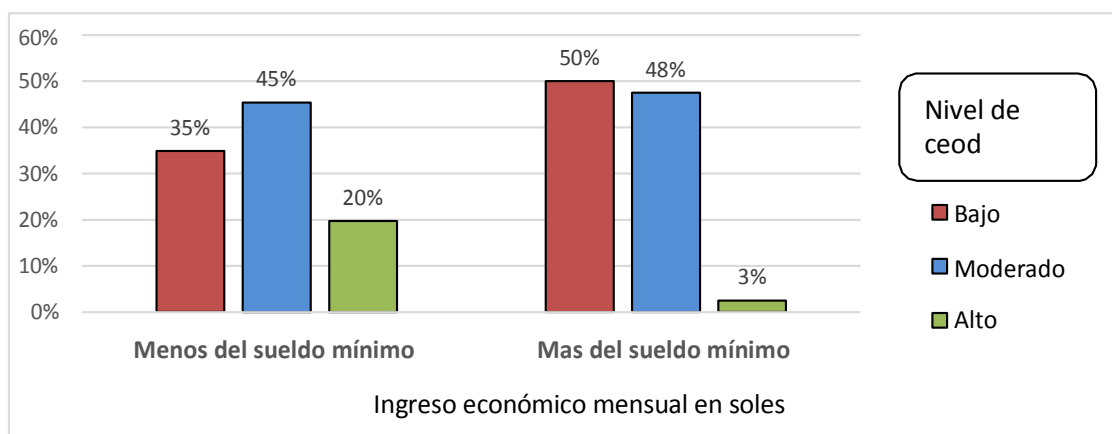


Figura 2: Prevalencia de Caries según el Ingreso económico de los padres de familia niños de la Institución Educativa N° 3040 "20 de Abril" – 2016

D. CONDICION DE VIVIENDA

Hipótesis específica 2.2

Existe asociación entre la condición de vivienda y la prevalencia de caries en los niños de la Institución Educativa N° 3040 "20 de Abril" – 2016

Tabla 7:

Distribución: del Nivel de ceod de niños de la Institución Educativa N° 3040 "20 de Abril" - 2016 según el material predominante de la casa.

Ceod	Material predominante de la casa.					
	Material noble	%	Otros	%	Total	%
Bajo	33	36%	17	50%	50	40%
Moderado	44	48%	14	41%	58	46%
Alto	15	16%	3	9%	18	14%
Total	92	100%	34	100%	126	100%

Significancia Prueba de Chi-cuadrado = 0.292

Las columnas de la tabla 7 muestran los porcentajes de cada nivel de ceod observados según el tipo del material predominante de la casa sin embargo no se muestran diferencias importantes lo que indica que los métodos de clasificación de filas y columnas son independientes, a continuación se formaliza esto con una prueba de hipótesis.

Ho: El nivel de ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016 es independiente del material predominante de la casa

H1: El nivel de ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016 es dependiente del material predominante de la casa

Como la significancia de la prueba es mayor a 0.05 (Significancia Prueba de Chi-cuadrado = 0.292) se acepta la hipótesis nula y se concluye que no hay asociación entre estas dos características.

Hipótesis específica 2.3

Existe asociación entre la disponibilidad de agua y desagüe y la prevalencia de caries en los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” –2016

Tabla 8:

Distribución del Nivel de ceod de niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” - 2016 según la disponibilidad de agua y desagüe.

ceod	Tiene agua y desagüe.				Total	%
	Si	%	No	%		
Bajo	46	38%	4	80%	50	40%
Moderado	57	47%	1	20%	58	46%
Alto	18	15%	0	0%	18	14%
Total	121	100%	5	100%	126	100%

Significancia Prueba de Chi-cuadrado = 0.162

Las columnas de la tabla 8 muestran los porcentajes de cada nivel de ceod observados según la disponibilidad de agua y desagüe, sin embargo las diferencias observadas no son significativas lo cual queda demostrado con una prueba de hipótesis.

Ho: El nivel de ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016 es independiente de la disponibilidad de agua y desagüe.

H1: El nivel de ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016 es dependiente de la disponibilidad de agua y desagüe.

Como la significancia de la prueba es mayor a 0.05 (Significancia = 0.162) se acepta la hipótesis nula y se concluye que no hay asociación o dependencia entre estas dos características.

Hipótesis específica 2.4

Existe asociación entre la disponibilidad de luz eléctrica en casa y la prevalencia de caries en los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” –2016.

Tabla 9:

Distribución del Nivel de ceod de niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” - 2016 según la disponibilidad de luz eléctrica propia en casa

ceod	Tiene luz eléctrica propia en casa.				Total	%
	Si	%	No	%		
Bajo	48	40%	2	29%	50	40%
Moderado	54	45%	4	57%	58	46%
Alto	17	14%	1	14%	18	14%
Total	119	100%	7	100%	126	100%

Significancia Prueba de Chi-cuadrado = 0.807

Las columnas de la tabla 9 muestran los porcentajes de cada nivel de ceod observados según la disponibilidad de luz eléctrica propia en casa, sin embargo las diferencias observadas no son significativas lo cual queda demostrado con una prueba de hipótesis.

Ho: El nivel de ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016 es independiente de la disponibilidad de luz eléctrica propia en casa.

H1: El nivel de ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016 es dependiente de la disponibilidad de luz eléctrica propia en casa.

Como la significancia de la prueba es mayor a 0.05 (Significancia = 0.807) se acepta la hipótesis nula y se concluye que no hay asociación o dependencia entre estas dos características

Conclusión: No hay asociación entre estas dos características.

3.1.3 FACTORES CULTURALES

Hipótesis específica 3.

Existe asociación entre los indicadores de los factores culturales y la prevalencia de caries en los niños de la Institución Educativa N° 3040 de Abril” –2016

E. DIETA ALIMENTICIA

Hipótesis específica 3.1

Existe asociación entre el consumo diario de golosinas y la prevalencia de caries en los niños de la Institución Educativa N° 3040”20 de Abril” –2016

Tabla 10:

Distribución del Nivel de ceod según el Consumo diario de golosinas de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016

ceod	Consumo diario de golosinas						Total	%
	Ninguna	%	Una vez al día	%	2 veces a más	%		
Bajo	18	51%	25	38%	7	27%	50	40%
Moderado	17	49%	31	48%	10	38%	58	46%
Alto	0	0%	9	14%	9	35%	18	14%
Total	35	100%	65	100%	26	100%	126	100%

Significancia Prueba de Chi-cuadrado = 0.004

Las columnas de la tabla 10 muestran los porcentajes de cada nivel de ceod observados según la frecuencia del consumo diario de golosinas, observamos que a medida que aumenta la frecuencia del consumo de golosinas también aumentan los porcentajes de ceod alto lo cual sugiere una dependencia entre dichas características, lo cual queda demostrado con una prueba de hipótesis.

Ho: El nivel de ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016 es independiente del consumo diario de golosinas.

H1: El nivel de ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016 es dependiente del consumo diario de golosinas.

La significancia de prueba Chi- cuadrado obtenido mediante el SPSS nos da un valor menor a 0.05 (p valor = 0.004) Lo cual nos permite rechazar la H_0 y concluir que existe una asociación o dependencia entre estas dos variables: Nivel de ceod en niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” - 2016 y la frecuencia del consumo diario de golosinas.

La figura 3 ilustra estos resultados:

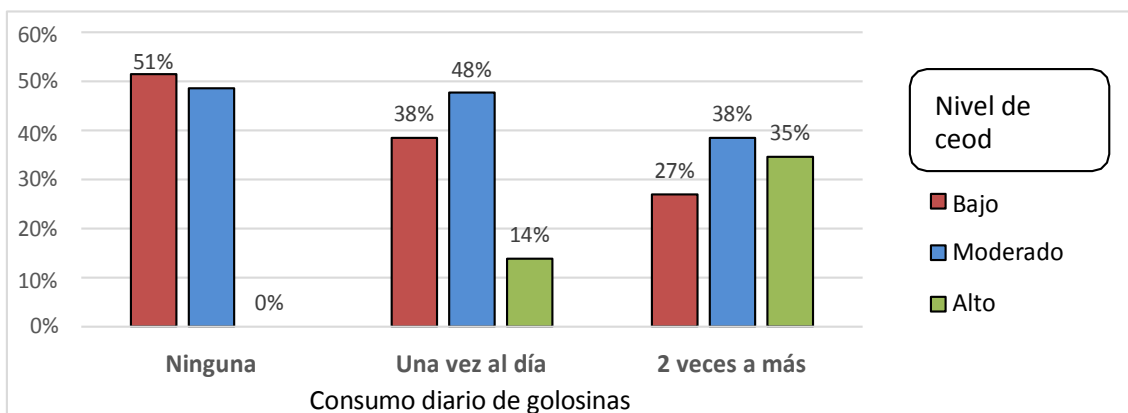


Figura 3 del Nivel de ceod según el Consumo diario de golosinas de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” - 2016

Conclusión: Si hay asociación entre estas dos características.

Hipótesis específica 3.2

Existe asociación entre el consumo diario de bebidas azucaradas y la prevalencia de caries en los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” –2016.

Tabla 11:

Distribución del Nivel de ceod según el Consumo diario de bebidas azucaradas de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” –2016

ceod	Consumo diario de bebidas azucaradas (gaseosas, jugos envasados, etc.)						Total	%
	Ninguna	%	Una vez al día	%	2 veces a más	%		
Bajo	22	55%	19	37%	9	26%	50	40%
Moderado	15	38%	27	52%	16	47%	58	46%
Alto	3	8%	6	12%	9	26%	18	14%
Total	40	100%	52	100%	34	100%	126	100%

Significancia Prueba de Chi-cuadrado = 0.038

Las columnas de la tabla 11 muestran los porcentajes de cada nivel de ceod observados según la frecuencia del diario consumo de bebidas azucaradas., observamos que a medida que aumenta la frecuencia del consumo de bebidas azucaradas también aumentan los porcentajes de ceod alto (de 8% a 12% y 26%) lo cual sugiere una dependencia entre dichas características. lo cual queda demostrado con una prueba de hipótesis.

Ho: El nivel de ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016 es independiente del consumo diario de bebidas azucaradas.

H1: El nivel de ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016 es dependiente del consumo diario de bebidas azucaradas.

La significancia de prueba Chi- cuadrado obtenido mediante el SPSS nos da un valor menor a 0.05 (p valor = 0.038) Lo cual nos permite rechazar la Ho y concluir que existe una asociación o dependencia entre estas dos variables: Nivel de ceod en niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” - 2016 y la frecuencia del consumo diario de bebidas azucaradas.

La figura 4 ilustra estos resultados:

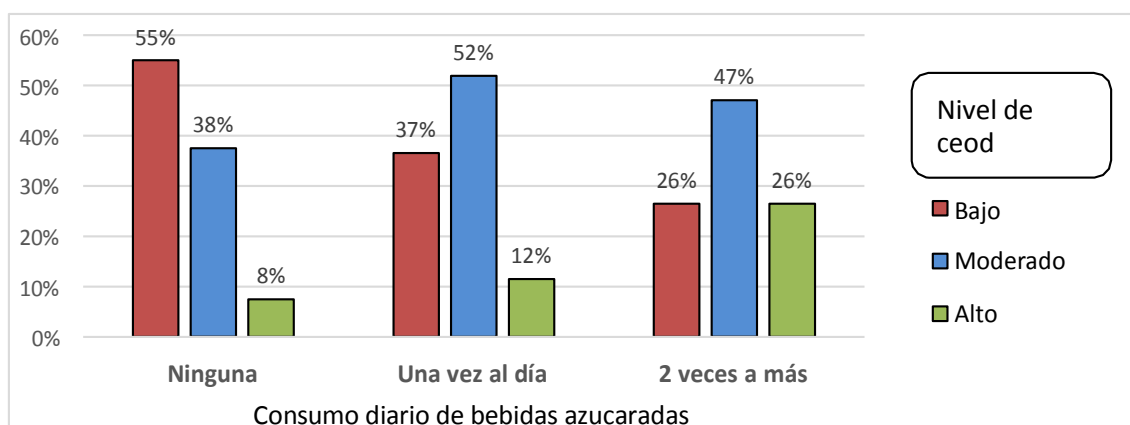


Figura 4: del Nivel de ceod según el Consumo diario de Consumo diario de bebidas azucaradas de los niños de la Institución Educativa N° 3040”20 de Abril” – 2016

Hipótesis específica 3.3

Existe asociación entre el consumo diario de frutas y verduras y la prevalencia de caries en los niños de la Institución Educativa N° 3040 "20 de Abril" –2016.

Tabla 12:

Distribución del Nivel de ceod según el Consumo diario de frutas y verduras de los niños de la Institución Educativa N° 3040 "20 de Abril" –2016

ceod	Consumo diario de frutas y verduras						Total	%
	Ninguna	%	Una vez al día	%	2 veces a más	%		
Bajo	1	50%	27	42%	22	37%	50	40%
Moderado	0	0%	28	44%	30	50%	58	46%
Alto	1	50%	9	14%	8	13%	18	14%
Total	2	100%	64	100%	60	100%	126	100%

Significancia Prueba de Chi-cuadrado = 0.506

Las columnas de la tabla 12 muestran los porcentajes de cada nivel de ceod observados según la frecuencia de consumo diario de frutas y verduras, sin embargo las diferencias observadas no son significativas lo cual queda demostrado con una prueba de hipótesis.

Ho: El nivel de ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 "20 de Abril" – 2016 es independiente del consumo diario de frutas y verduras.

H1: El nivel de ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 "20 de Abril" – 2016 es dependiente del consumo diario de frutas y verduras.

Como la significancia de la prueba es mayor a 0.05 (Significancia = 0.506) se acepta la hipótesis nula y se concluye que no hay asociación o dependencia entre estas dos características.

Conclusión: No hay asociación entre estas dos características.

Hipótesis específica 3.4

Existe asociación entre el consumo diario de productos lácteos y la prevalencia de caries en los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016.

Ho: El nivel de ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016 es independiente del consumo diario de productos lácteos.

H1: El nivel de ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016 es dependiente del consumo diario de productos lácteos.

Tabla 13:

Distribución del Nivel de ceod según el Consumo diario de productos lácteos de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016

Ceod	Consumo diario de productos lácteos (leche, quesos, etc.)						Total	%
	Ninguna	%	Una vez al día	%	2 veces a más	%		
Bajo	1	50%	25	44%	24	36%	50	40%
Moderado	0	0%	23	40%	35	52%	58	46%
Alto	1	50%	9	16%	8	12%	18	14%
Total	2	100%	57	100%	67	100%	126	100%

Significancia Prueba de Chi-cuadrado = 0.334

Las columnas de la tabla 13 muestran los porcentajes de cada nivel de ceod observados según la frecuencia de consumo diario de productos lácteos, sin embargo las diferencias observadas no son significativas lo cual queda demostrado con una prueba de hipótesis.

Ho: El nivel de ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016 es independiente del consumo diario de frutas y verduras.

H1: El nivel de ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016 es dependiente del consumo diario de frutas y verduras.

Como la significancia de la prueba es mayor a 0.05 (Significancia = 0.334) se acepta la hipótesis nula y se concluye que no hay asociación o dependencia entre estas dos características.

Conclusión: No hay asociación entre estas dos características.

F. CULTURA SANITARIA

Hipótesis específica 3.5 Existe asociación entre la asistencia a campañas de prevención de salud bucal y la prevalencia de caries en los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016.

Tabla 14:

Distribución del Nivel de ceod según Asistencia a campañas de prevención de salud bucal de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016

ceod	Asistencia a campañas de prevención de la salud bucal				Total	%
	Si	%	No	%		
Bajo	15	50%	35	36%	50	40%
Moderado	8	27%	50	52%	58	46%
Alto	7	23%	11	11%	18	14%
Total	30	100%	96	100%	126	100%

Significancia Prueba de Chi-cuadrado = 0.038

La tabla 14 presenta los porcentajes de ceod desagregados para los grupos que si asisten asistieron a campañas de prevención en salud bucal vs los que no.

Notamos que el 36%(35) de los que no asistieron a estas campañas tienen un ceod bajo, mientras que en los que si asistieron el porcentaje para esta característica se incrementa en un 50%,(15) estas diferencias en las distribuciones porcentuales quedan confirmadas con la siguiente prueba de hipótesis:

Ho: El nivel de ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016 es independiente de la asistencia a campañas de prevención de la salud bucal.

H1: El nivel de ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016 es dependiente de la asistencia a campañas de prevención de la salud bucal.

Como la significancia de prueba Chi- cuadrado nos da un valor menor a 0.05 (p valor = 0.038) rechazamos la Ho y concluimos que existe una asociación o dependencia entre estas dos variables: Nivel de ceod en niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” - 2016 y la asistencia a campañas de prevención de la salud bucal.

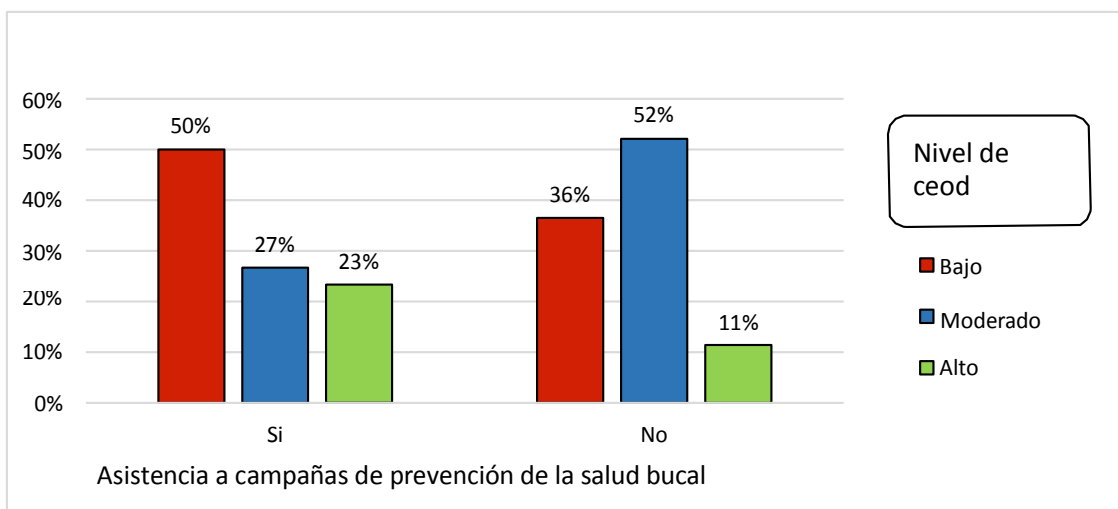


Figura 5: Nivel de ceod según Asistencia a campañas de prevención de salud bucal de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” –2016

Hipótesis específica 3.6

Existe asociación entre la asistencia a campañas de promoción de salud bucal y la prevalencia de caries en los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016 depende de la asistencia a campañas de promoción de la salud bucal.

Tabla 15:

Distribución del Nivel de ceod según Asistencia a campañas de promoción de salud bucal de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” –2016

ceod	Asistencia a campañas de promoción de la salud bucal				Total	%
	Si	%	No	%		
Bajo	16	52%	34	36%	50	40%
Moderado	8	26%	50	53%	58	46%
Alto	7	23%	11	12%	18	14%
Total	31	100%	95	100%	126	100%

Significancia Prueba de Chi-cuadrado = 0.029

La tabla 15 presenta los porcentajes de ceod desagregados para los grupos que si asisten asistieron a campañas de promoción en salud bucal vs los que no.

Notamos que el 36%(34) de los que no asistieron a estas campañas tienen un ceod bajo, mientras que en los que si asistieron el porcentaje para esta

característica se incrementa en un 52%(16), estas diferencias en las distribuciones porcentuales quedan confirmadas con la siguiente prueba de hipótesis:

Ho: El nivel de ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016 es independiente de la asistencia a campañas de promoción de la salud bucal.

H1: El nivel de ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016 es dependiente de la asistencia a campañas de promoción de la salud bucal.

Como la significancia de prueba Chi- cuadrado nos da un valor menor a 0.05 (p valor = 0.029) rechazamos la Ho y concluimos que existe una asociación o dependencia entre estas dos variables: Nivel de ceod en niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” - 2016 y la asistencia a campañas de promoción de la salud bucal.

Conclusión: Si hay asociación entre estas dos características.

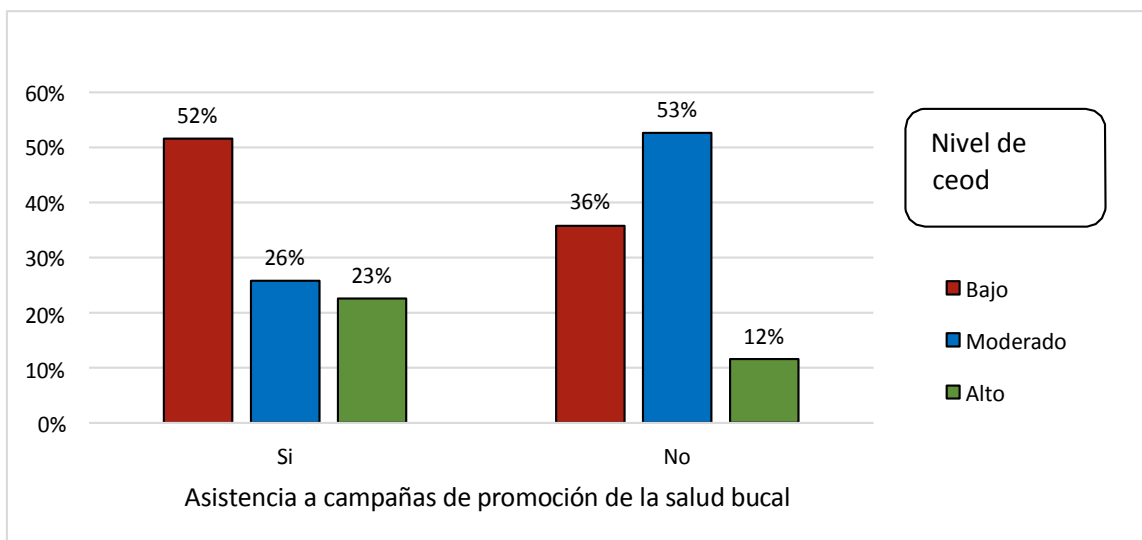


Figura 6: Nivel de ceod según Asistencia a campañas de promoción de salud bucal de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” –2016

IV. Discusión

La investigación tiene como finalidad determinar los factores determinantes sociales y su asociación con la prevalencia de caries, luego de la estadística aplicada a la muestra de estudio los resultados del análisis estadístico en cuanto a la hipótesis general dan cuenta de la existencia de una asociación entre las variables : determinantes sociales y la variable prevalencia de las caries.

Los determinantes sociales que tienen asociación son: factores sociales Grado de instrucción ($p=0,043$) sugiere una correlación inversa entre estas dos características, es decir que a medida que los padres tengan estudios menor es la prevalencia de caries sus hijos.

Dentro de los factores económicos está el Ingreso económico de los padres ($p=0,026$), se puede notar que a mayor ingreso económico se reduce la prevalencia de caries, nuevamente se sospecha de una relación inversa.

Dentro de los factores culturales tenemos al Consumo diario de golosinas ($p=0,004$) y Consumo diario de bebidas azucaradas ($p=0,038$), en ambos casos observamos que a medida que aumenta la frecuencia del consumo de golosinas y bebidas azucaradas también aumenta los porcentajes de ceod alto. También tenemos la Asistencia a campañas de prevención ($p=0,038$) y Asistencia a campañas de promoción ($p=0,029$), notamos que aquellos niños que asistieron a campañas preventivo promocionales tienen un ceod bajo en relación a los que no asistieron., Estos resultados que tienen similitud con *Narváez y López (2012) en su investigación sobre los Determinantes sociales y su relación con caries en niños de 1 a 5 años de la fundación "Niños de María" de la ciudad de Quito durante el año lectivo 2011-2012*. Se observaron además valores de c e o menores para los niños cuyos padres tenían estudios secundarios versus quienes tenían solo estudios primarios. Concluyendo que el ingreso económico, el nivel de educación, el empleo y las condiciones de vida son determinantes sociales que se relacionan con la prevención, promoción y tratamiento de caries dental.

En relación a la primera hipótesis específica se halló que existe asociación entre la dimensión factores sociales (indicador: nivel de educación y la variable prevalencia de la caries en los niños de la institución educativa 3040 “20 de Abril”.

Los resultados del análisis estadístico dan cuenta que la dimensión factores sociales, indicador Carga familiar, cuya significancia es ($p=0,104$) para número de miembros en la familia y ($p=987$) para tipo de familia, con lo cual se acepta la hipótesis nula de ambos y se concluye que los datos no presentan evidencias de que exista una relación de dependencia entre la prevalencia de caries y el número de miembros en la familia y el tipo de familia. Mientras que los resultados del análisis estadístico de la dimensión factores sociales, indicador Nivel de educación, cuya significancia es $p=0,043$ para Grado de instrucción de los padres, lo cual nos permite rechazar la hipótesis nula y concluir que existe una asociación o dependencia entre Grado de instrucción de los padres y la prevalencia de caries. Se observa que a medida que eleva el nivel de grado de instrucción de los padres los porcentajes de niños con prevalencia de caries (ceod bajo) aumenta es decir niños con ceod bajo 21% (padres con primaria), 37% (padres con secundaria) y 64% (padres con educación superior) , esto sugiere una correlación inversa entre estas dos características; los resultados que tienen relación con Molina (2014) en su investigación Determinantes sociales de la salud y el índice de caries dental en niños de 12 años de la parroquia de Guayllabamba, en noviembre del 2014.-Ecuador, Los resultados muestran la prevalencia de caries en los niños de 12 años en Guayllabamba es “alta”, según la escala de gravedad de la Organización Mundial de la Salud cuyo índice CPO-D fue 4,89; el 84,67% de los estudiantes tienen caries dental. Los estudiantes con el índice CPO-D promedio más alto fueron aquellos que tuvieron padres que fueron clasificados dentro de un estrato socioeconómico bajo, padres con primaria completa, aquellos con conocimientos malos, actitudes desfavorables y con malas prácticas de salud oral.

Así mismo los resultados de la segunda hipótesis específica se halló que existe asociación entre la dimensión factores económicos (indicador: ingreso económico) y la prevalencia de caries en los niños de la institución educativa 3040 “20 de Abril”.

Los resultados del análisis estadístico indican que la dimensión factores económicos, indicador ingreso económico de sus padres, cuya significancia es $p=0,026$ (menor a $0,05$) lo cual permite rechazar la hipótesis nula y concluir que existe una asociación entre estas dos variables. Se observa que a mayor ingreso económico se reduce la prevalencia (porcentaje) de casos con nivel de ceod alto de 20 % a un 3% nuevamente sospechamos de una relación inversa.

Mientras que los resultados estadísticos del indicador, condición de vivienda, tales como material de vivienda ($p=0,292$), disponibilidad de agua y desagüe ($p=0,162$) y disponibilidad de luz eléctrica ($p=0,807$) acepta las hipótesis nula de cada una de ellas y se concluye que no hay asociación entre ellas.

Este resultado tiene relación con Arango, Jaramillo y Cruz (2013) en su investigación Prevalencia de caries de la Infancia Temprana y factores de riesgo asociados en niños de 1 a 5 años en la ciudad de Santiago de Cali quienes demostraron que el estrato socioeconómico bajo la prevalencia de caries en la infancia temprana es 29,3%, asociándose a ello en forma significativa uno de los factores de riesgo como el no cepillar al niño antes de dormir.

Finalmente en la prueba de la tercera hipótesis específica resultó que existe asociación entre la dimensión dieta alimenticia: consumo diario de golosinas ($p=0,004$) y consumo diario de bebidas azucaradas ($p=0,038$), lo cual permite rechazar la hipótesis nula y concluir que existe asociación entre estas dos características, se observa que a medida que aumenta la frecuencia del consumo de golosinas aumenta los porcentajes de ceod alto de 0% a 14% y 35% (consumo 2 veces a mas); algo similar sucede con el aumento de frecuencia del consumo de bebidas azucaradas también aumenta los porcentajes de ceod alto (de 8% a 12% y 26%) lo cual sugiere una dependencia entre dichas características.

Por el contrario los resultados estadísticos de Consumo diario de frutas y verduras ($p=0,506$) y el consumo diario de productos lácteos ($p=0,334$) en ambos casos se aceptan las hipótesis nulas y se concluye que no hay asociación o dependencia entre estas dos características.

Con respecto a la dimensión Cultura Sanitaria tenemos asistencia a campañas de prevención $p=0,038$, en esta notamos que el 36% de los que no asistieron a estas campañas tienen un ceod bajo, mientras que el 50% de los que asistieron tiene ceod bajo; en tanto que el resultado estadístico de asistencia a campañas de promoción de la salud bucal ($p=0,029$), notamos que el 36% de los que no asistieron a estas campañas tienen un ceod bajo, mientras que aquellos que asistieron el porcentaje para esta característica se incrementa en un 52%, entonces rechazamos la hipótesis nula y concluimos que existe una asociación o dependencia entre estas dos características. En conclusión la asistencia a campañas de prevención y promoción de salud bucal están asociados a la prevalencia de caries; este resultado tiene relación con Torrejón (2014) en la tesis Relación entre los factores socio-culturales de los padres con la experiencia de caries dental de sus hijos en la Institución Educativa estatal N° 107 “Daniel Alcides Carrión”, Santa Anita – 2014, donde se observó que los factores socio-culturales de los padres influyen en la experiencia de caries dental de sus hijos. Se halló que el 50.9% de los escolares presenta una mala higiene bucal, también se observó en padres que el 42.4% presenta un nivel regular de conocimientos sobre la prevención de la caries pero no son aplicados adecuadamente.

Por otro lado Peltroche, Gabrielli, Vásquez y Castro (2011), en su tesis Riesgo de caries en pacientes de 3 a 6 años que acuden a la Clínica de la Universidad Nacional Federico Villarreal, manifiestan que los factores de riesgo de caries dental es el cepillado dental y la visita al odontólogo.

V. Conclusiones

1. La significancia de prueba Chi- cuadrado obtenido mediante el SPSS nos da un valor mayor a 0.05 (p valor = 0.104) Lo cual no permite rechazar la H_0 , por lo cual se concluye que los datos no presentan evidencias de que exista una asociación o dependencia entre ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016 y el número de miembros en su familia, es decir son independientes. No hay asociación entre estas dos características
2. La significancia de prueba Chi- cuadrado obtenido mediante el SPSS nos da un valor mayor a 0.05 (p valor = 0.987) con lo cual se acepta la H_0 y se concluye que los datos no presentan evidencias de que exista una asociación o dependencia entre ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 de Abril” – 2016 y el tipo de su familia, es decir las dos características son independientes. No hay asociación entre estas dos características.
3. La significancia de prueba Chi- cuadrado obtenido mediante el SPSS nos da un valor menor a 0.05 (p valor = 0.043) Lo cual nos permite rechazar la H_0 y concluir que existe una asociación o dependencia entre estas dos variables: Nivel de ceod en niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” - 2016 y el grado de instrucción de los padres.
4. La significancia de prueba Chi- cuadrado obtenido mediante el SPSS nos da un valor menor a 0.05 (p valor = 0.026) Lo cual nos permite rechazar H_0 y concluir que existe una asociación entre estas dos variables: Nivel de ceod en niños de la Institución Educativa N° 3040”20 de Abril” - 2016 y el Ingreso económico mensual en soles de sus padres de la Institución.
5. Como la significancia de la prueba es mayor a 0.05 (Significancia Prueba de Chi-cuadrado = 0.292) se acepta la hipótesis nula y se concluye que no hay asociación entre estas dos características: Nivel de ceod en niños de la Institución Educativa N° 3040”20 de Abril” - 2016 y el material predominante de la casa.

6. Como la significancia de la prueba es mayor a 0.05 (Significancia =0.162) se acepta la hipótesis nula y se concluye que no hay asociación o dependencia entre estas dos características: Nivel de ceod en niños de la Institución Educativa N° 3040 "20 de Abril" - 2016 y la disponibilidad de agua y desagüe.
7. Como la significancia de la prueba es mayor a 0.05 (Significancia =0.807) se acepta la hipótesis nula y se concluye que no hay asociación o dependencia entre estas dos características: Nivel de ceod en niños de la Institución Educativa N° 3040 "20 de Abril" - 2016 y la disponibilidad de luz eléctrica.
8. La significancia de prueba Chi- cuadrado obtenido mediante el SPSS nos da un valor menor a 0.05 (p valor = 0.004) Lo cual nos permite rechazar la Ho y concluir que existe una asociación o dependencia entre estas dos variables: Nivel de ceod en niños de la Institución Educativa N° 3040 "20 de Abril" - 2016 y la frecuencia del consumo diario de golosinas.
9. La significancia de prueba Chi- cuadrado obtenido mediante el SPSS nos da un valor menor a 0.05 (p valor = 0.038) Lo cual nos permite rechazar la Ho y concluir que existe una asociación o dependencia entre estas dos variables: Nivel de ceod en niños de la Institución Educativa N° 3040 "20 de Abril" - 2016 y la frecuencia del consumo diario de bebidas azucaradas.
10. Como la significancia de la prueba es mayor a 0.05 (Significancia = 0.506) se acepta la hipótesis nula y se concluye que no hay asociación o dependencia entre estas dos características: Nivel de ceod en niños de la Institución Educativa N° 3040 "20 de Abril" - 2016 y la frecuencia del consumo diario de frutas y verduras.
11. Como la significancia de la prueba es mayor a 0.05 (Significancia = 0.334) se acepta la hipótesis nula y se concluye que no hay asociación o dependencia entre estas dos características: Nivel de ceod en niños de la Institución Educativa N° 3040 "20 de Abril" - 2016 y la frecuencia del consumo diario de productos lácteos.

12. Como la significancia de prueba Chi- cuadrado nos da un valor menor a 0.05 (p valor = 0.038) rechazamos la H_0 y concluimos que existe una asociación o dependencia entre estas dos variables: Nivel de ceod en niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” - 2016 y la asistencia a campañas de prevención de la salud bucal.

13. Como la significancia de prueba Chi- cuadrado nos da un valor menor a 0.05 (p valor = 0.029) rechazamos la H_0 y concluimos que existe una asociación o dependencia entre estas dos variables: Nivel de ceod en niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” - 2016 y la asistencia a campañas de promoción de la salud bucal.

VI. Recomendaciones

1. Habiendo observado que existe asociación entre la prevalencia de caries de los niños de la I.E. 3040 "20 de Abril" Los Olivos y el grado de instrucción de los padres se recomienda involucrar al director y personal docente con el personal de salud (odontólogos) para coordinar charlas educativas y demostrativas en forma permanente sobre enfermedades e higiene bucal y la importancia de la salud bucal dirigido a los padres de familia, de esa manera elevar sus conocimientos y por ende disminuir la prevalencia de caries. También se le hace conocer las bondades que ofrece el Seguro Integral de Salud a través de la atención odontológica integral que garantiza acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud bucal.
2. Habiendo observado que existe asociación entre la prevalencia de caries de los niños de I.E.3040 "20 de Abril" Los Olivos y el ingreso económico de los padres se recomienda informar a los padres de familia a través de las reuniones mensuales con los tutores sobre los costos módicos de los tratamientos odontológicos preventivos y recuperativos que brinda el establecimiento de salud en forma particular y a través del SIS y la ubicación de los mismos buscando mayor acceso a los servicios de salud. También se recomienda fomentar la necesidad de recibir tratamiento integral de la cavidad oral a través del Seguro Integral de Salud dado por el Ministerio de Salud dirigido a la población pobre especialmente niños, en forma gratuita. Como también gestionar a través de laboratorios la donación de kit de higiene bucal a los niños, para el uso en los colegios y/o domicilio. Se sugiere también brindar atención odontológica integral en edades de mayor riesgo biológico es decir 2, 4, 6 y 12 años de edad.
3. Habiendo observado que existe asociación entre la prevalencia de caries de los niños de I.E. 3040 "20 de Abril" Los Olivos y consumo de golosinas, bebidas azucaradas se recomienda realizar constantes charlas educativas sobre nutrición ,lonchera escolar y malos hábitos dietéticos dirigidos a los estudiantes (por aula) para crear conciencia de la importancia de éste para la salud en general.

Reforzar el programa de Lonchera Saludable y Kiosko Saludable mediante vigilancia y control en la venta de alimentos saludables y no cariogénicos de tal manera lograr efectividad y disminuir la prevalencia de caries de tal en niños.

4. Habiendo observado que existe asociación entre la prevalencia de caries de los niños de la I.E. 3040 "20 de Abril" Los Olivos y la asistencia a campañas de prevención se sugiere elaborar, ejecutar, implementar, vigilar y controlar la efectividad de programas preventivos de salud, especialmente en grupos con vulnerabilidad social.

Se recomienda realizar anualmente tratamientos preventivos a todos los estudiantes, tales como examen odontológico (diagnóstico), aplicación de fluor gel, aplicación de fluor barniz, aplicación de sellantes y profilaxis. Como también gestionar a través de laboratorios la donación de kit higiene bucal a los estudiantes para la realización del cepillado dental diario luego de consumir sus alimentos en el recreo.

El establecimiento de salud también ofrece tratamientos preventivos a través del Seguro Integral de Salud en forma gratuita.

5. Habiendo observado que existe asociación entre la prevalencia de caries de los niños de la I.E. 3040 "20 de Abril" Los Olivos y la asistencia a campañas de promoción, se recomienda la aplicación de modelo de intervención preventivo promocional a nivel preescolar y escolar, el reforzamiento del componente de salud bucal en el modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario.

Dentro de las actividades de promoción tenemos sesiones educativas y demostrativas y proyección de películas en educación en salud dental.

VIII. Referencias

- Arellano E. (2014). *Relación entre los factores socio-culturales de los padres con la experiencia de caries dental de sus hijos en la Institución Educativa estatal N° 107 “Daniel Alcides Carrión”, Santa Anita – 2014.*
- Arrascue, H. Del Castillo L., (2011) *Determinantes sociales de salud y caries dental* Artículo original Odontol Pediatr Vol 1º N° 1 Enero-Junio 2011.
- Arango, M. Jaramillo A., Cruz C. (2013). *Prevalencia De Caries De la infancia temprana y factores de riesgo asociados en niños de 1 a 5 años en la ciudad De Santiago De Cali.* Colombia
- Azevedo TD, Bezerra AC, de Toledo OA. *Feeding habits and severe early childhood caries in brazilian preschool.* Pediatr Dent 2005; 27: 28-33. 13.
- Anand, S. (2004). *The concern of equity in health.* In S. Anand, *Public health, ethics and equity.* (pp. 73-84). Oxford: Oxford UP.
- Banco Mundial (1993) “*Informe sobre el desarrollo mundial, 1993*”. Washington,
- Berkman L. F. Syme L. (1979) *Social net works, host resistance, and mortality: a nine years follow study of Alameda County residents.* *American Journal of Epidemiology.* 1979; 109:186-204
- Buck, C. (1986). *Después de Lalonde: la creación de la salud.* *Canadian Journal of Public Health* 1985; 76 (suppl. 1, May/Jun). Reproducido en OPS, 1998.
- Cabrera (2014). *Revista de Odontopediatría Latinoamericana.* Asociación Latinoamericana de Odontopediatría. Volumen 4, N° 2. Año 2014.
- Carrasco S. (2006). *Metodología de la investigación científica.* Editorial San Marcos, Lima

Carta de Ottawa para la promoción de la Salud, Canadá, (1986). Por la Organización Mundial de la Salud. <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>. Accesado octubre 2011.

Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud- Octubre 2001
www.who.int/topics/social_determinants/es

Cruz, Sánchez, Quiroga, Galindo y Martínez (2014) en su investigación Caries dental y los determinantes sociales de la salud en México – 2014. *Revista cubana de Estomatología* 2014; 51(1):55-70

Dahlgren G, Whitehead M. (1991) *Policies and strategies to promote social equity in health Stockholm*. Stockholm: Institute of Futures Studies; 1991.

Downer CM. (2006) *Caries Prevalence in the United Kingdom*. *Int Dent J*. 2006;44(4):65-70.

De la Fuente Hernández E. (2006) *Caries dental e higiene bucal en adolescentes*. *Rev ADM* 2006;52(6):231-234.

Eyssautier M. (2000). *Metodología de la investigación: desarrollo de la inteligencia*. Ecafsa,

Evans, R., Barer, M. & Marmor, T. (1994). *Why are some people healthy and others are not?* New York. Aldeine de Gruyter

Hadad L. y Del Castillo O. (2011) *Determinantes sociales de salud y caries dental propusieron dar a conocer la asociación existente entre ambas en alumnos de 12 años del Distrito de Canta-Lima*.

Hernández, M. (2008). Social determinants of health and equity. *Revista de Salud Pública (Bogota, Colombia)*, 10(1), 1-2

- Hernández, R. 2010 "*Metodología de la Investigación*", Sexta Edición. D.F., México
- Higashida, B. *Odontología preventiva*. 1a. ed. México: McGraw-Hill, 2000. 310
- Miralis, Gonzales-Longoria, Castro, Vallard, Lezama, Carrasco. *Indices Epidemiológicos para medir caries*.
- Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians*. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.
- Medina-Solís C., (2006) *Caries dental e indicadores de riesgo en niños de guarderías del Instituto Mexicano del Seguro Social, Campeche, México*, en 1999. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México* 2006.
- Ministerio de Salud de Perú. Oficina General de Epidemiología y Dirección General de las personas. *Prevalencia Nacional de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6 a 8, 10, 12 y 15 años*. Perú. Lima -2005.
- Molina C. / Molina (2014) *Determinantes sociales de la salud y el índice de caries dental en niños de 12 años de la parroquia de Guayllabamba, en noviembre del 2014*.-Ecuador.
- Moses A., (2013) *Caries dental asociada al índice de higiene oral simplificado en niños de 6 a 12 años de una institución educativa pública del distrito de Ate – Vitarte en el año 2013*. Tesis
- Ministerio de Salud. Documento Técnico Plan Nacional de Salud Bucal "*Sonríe Siempre Perú*". Lima: Dirección General de Salud de las Personas, Dirección de Atención Integral de Salud, Ministerio de Salud; 2008.
- Marmot M. 2005. *Social determinants of health inequalities*. *Lancet* 365: 1099-1104.

Marmot MG, Smith D, Stansfeld S, Patel C, North F, et al. 1991. *Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study study. Lancet* 337:1387—93

MINSA. *Guías Prácticas. Indicadores Epidemiológicos -2004*

Moses (2013) *Caries dental asociada al índice de higiene oral simplificado en niños de 6 a 12 años de una institución educativa pública del distrito de Ate – Vitarte en el año 2013*. Lima Perú.

Mustard, F.; y Frank, J. (1991) *The Determinants of Health. Canadian Institute for Advanced Research. Publication # 5, Toronto, 1991* (Citado en Canada Health-OPS/OMS, 2000:18)

Narváez O. y López J. (2012) *Determinantes sociales y su relación con caries en niños de 1 a 5 años de la fundación “Niños de María” de la ciudad de Quito durante el año lectivo 2011-2012*, Tesis, Ecuador

OMS: *Diez datos sobre inequidades sanitarias y sus causas*; octubre 2011

Organización Mundial de la Salud (OMS) - *Determinantes sociales de la Salud* 2005.

OPS/ Salud Canadá (2000) “*Salud de la Población. Conceptos y estrategias para políticas públicas saludables: La perspectiva canadiense*”, Washington: OPS

Preston, S. (1975), “*The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development*”, *Population Studies*, 29.

Panetta F. (2007) *Erly childhood caries. Oral health survey in preschool children of the 19th distric in Rome. Minerva Stomatol.* 2007; 53(11-22):69-78.

- Pérez J. Porto M.. (2013) *Publicación en Internet: 2013*, actualizado 2015.
Definición de prevalencia.
- Pérez-A.. *¿Es la caries dental una enfermedad infecciosa y transmisible?* Rev Estomatol Herediana. 2009; 19(2):118-124. 20.
- Lip C., Rocabado F. *Determinantes sociales de la Salud en Perú. Cuadernos de Promoción de la Salud N° 17*. MINSA.Lima, 2005.
- Sánchez, P. y Orellana J. (2011) *Prevalencia de Caries Temprana de la Infancia y sus Factores Asociados en Niños Chilenos de 2 y 4 Años*.
- Torrejón I. (2014) *Relación entre los factores socio-culturales de los padres con la experiencia de caries dental de sus hijos en la Institución Educativa estatal N° 107 "Daniel Alcides Carrión", Santa Anita – 2014*
- Villena R., Pachas F. Barrionuevo, Y. Sánchez M.. (2011). *Prevalencia de caries de infancia temprana en niños menores de 6 años de edad, residentes en poblados urbano marginales de Lima Norte, Artículo Revista Estomatológica Herediana 2011;21(2)79-86*.
- Villalobos J, Medina C, Molina N, Vallejos A, Pontigo A, Espinoza J. *Caries dental en escolares de 6 a 12 años de edad en Navolato, Sinaloa, México: experiencia, prevalencia, gravedad y necesidades de tratamiento*. Biomédica, 2006; 26: 224 -33.
- Vásquez P. y Castro (2011), *Riesgo de caries dental en pacientes de tres a seis años que acuden a la clínica de la Universidad Nacional Federico Villarreal*.
Lima Perú
- Vladimir F, León N: *Territorio y salud: Una mirada para Bogotá*.2008.

Anexos

Anexo 1: ARTICULO CIENTIFICO

1. TÍTULO

Determinantes sociales y prevalencia de caries en niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril”-2016.

2. AUTOR

Marlene Contreras Talpe

mcontrerasodonti@hotmail.es

Estudiante del Programa de Magíster en Gestión de los Servicios de Salud de la Escuela de Postgrado de la Universidad Cesar Vallejo.

3. RESUMEN

El objetivo del presente trabajo de investigación fue determinar la asociación de los “Determinantes sociales y prevalencia de caries en niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – Los Olivos.

El tipo de investigación es básica, descriptiva y correlacional, de diseño no experimental, corte transversal. La muestra estuvo conformada por 126 estudiantes, el instrumento aplicado cuestionario de determinantes sociales realizado a los padres de familia y un examen bucal a los niños utilizando el índice epidemiológico de caries ceo-d (caries, dientes por extraer, obturados en dentición deciduo.

En conclusión existe asociación entre los determinantes sociales: factores sociales (grado de instrucción), factores económicos (ingreso económico familiar) y factores culturales (consumo diario de golosinas, consumo diario de bebidas azucaradas, asistencia a campañas de prevención y asistencia a campañas de promoción) con la prevalencia de caries en los niños de la Institución Educativa 3040 “20 de Abril” – 2016 - Los Olivos.

4. PALABRAS CLAVE

Determinantes sociales y Prevalencia de caries

5. ABSTRACT

The objective of this research was is to determine the association of "Social Determinants and Caries Prevalence in Children of Educational Institution No. 3040 "20 de Abril" - Los Olivos.

The type of research is basic, descriptive and correlational, of non-experimental design, cross-sectional. The sample consisted of 126 students, the instrument applied questionnaire of social determinants made to parents and an oral examination to children using the epidemiological index of caries ceo-d (caries, teeth to be extracted, filled in deciduous dentition).

In conclusion there is an association between the social determinants: social factors (educational level), economic factors (family economic income) and cultural factors (daily consumption of sweets, daily consumption of sugary drinks, assistance to prevention campaigns and assistance to promotional campaigns) with the prevalence of caries in children of the Educational Institution 3040 "20 de Abril" – 2016 - Los Olivos.

6. KEYWORDS

Social determinants and caries prevalence.

7. INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente trabajo de investigación es determinar la asociación de los Determinantes sociales y prevalencia de caries en niños de la Institución Educativa N° 3040 "20 de Abril" – Los Olivos. La muestra estuvo conformada por 126 estudiantes de la mencionada institución educativa.

El tipo de investigación es básica, descriptiva y correlacional, de diseño no experimental, corte transversal, el instrumento aplicado cuestionario de determinantes sociales realizado a los padres de familia y un examen bucal a los

niños utilizando el índice epidemiológico de caries ceo-d (caries, dientes por extraer, obturados en dentición decidua).

Determinantes sociales

La Organización Mundial de la Salud (OMS) 2005 los define a los determinantes sociales como situaciones donde las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud; en relación a los métodos determinados para combatir las enfermedades, circunstancias que se distribuyen en conjunto de factores: económicos, sociales y culturales.

Prevalencia de caries

La prevalencia, en el ámbito de la medicina, se usa para nombrar al índice de individuos que padecen una cierta enfermedad dentro de un total de un grupo de personas en estudio. Pérez y Merino (2015).

8. METODOLOGÍA

El tipo de investigación es básica, descriptiva y correlacional, de diseño no experimental, corte transversal, el instrumento aplicado cuestionario de determinantes sociales realizado a los padres de familia y un examen bucal (Odontograma) a los niños utilizando el índice epidemiológico de caries ceo-d (caries, dientes por extraer, obturados en dentición decidua).

9. RESULTADOS

Hipótesis General: Existe asociación entre los determinantes sociales y la prevalencia de caries en los niños de la Institución Educativa 3040 “20 de Abril”-2016.

Resumen de la asociación entre determinantes sociales y prevalencia de caries.

Dimensión	Indicadores	Signf.Chi-2	Asociación
1 FACTORES SOCIALES	Carga familiar		
	1.1 Número de miembros en la familia.	p=0.104	No hay asociación
	1.2 Tipo de familia.	p=0.987	No hay asociación
2 FACTORES ECONOMICOS	Nivel de educación		
	1.3 Grado de instrucción		Asociación
	Ingreso económico	p=0.043	
	2.1 Ingreso económico		Asociación
	Condición de vivienda	p=0.026	
3 FACTORES CULTURALES	2.2 Material de vivienda	p=0.292	No hay asociación
	2.3 Disponibilidad de agua y desagüe.	p=0.162	No hay asociación
	2.4 Disponibilidad de luz eléctrica.	p=0.807	No hay asociación
	Dieta alimenticia		
	3.1 Consumo diario de golosinas.	p=0.004	Asociación
	3.2 Consumo diario de bebidas azucaradas.	p=0.038	No hay asociación
	3.3 Consumo diario de frutas y verduras.	p=0.506	No hay asociación
3.4 Consumo diario de productos lácteos.	p=0.334		
	Cultura Sanitaria		Asociación
	3.5 Asistencia a campañas de prevención.	p=0.038	Asociación
	3.6 Asistencia a campañas de promoción.	p=0.029	

Hipótesis específica 1: Existe asociación entre los indicadores de los factores sociales y la prevalencia de caries en los niños de la I.E. 3040”20 de Abril” 2016

Hipótesis específica 1.3 Existe asociación entre el grado de instrucción de los padres de familia y la prevalencia de caries familia de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril”-2016

Tabla 5:

Distribución del Nivel de ceod según el grado de instrucción de los padres de familia de los niños de la Institución Educativa N° 3040 "20 de Abril" -2016

Ceod	Grado de instrucción						Total	%
	Primaria	%	Secundaria	%	Superior	%		
Bajo	4	21%	30	37%	16	64%	50	40%
Moderado	11	58%	39	48%	8	32%	58	46%
Alto	4	21%	13	16%	1	4%	18	14%
Total	19	100%	82	100%	25	100%	126	100%

Significancia Prueba de Chi-cuadrado = 0.043

La tabla 5, nos muestra las prevalencias (porcentajes) de ceod para cada Grado de instrucción, En el caso de los niños de padres con instrucción primaria (19) el 21% tiene nivel de ceod bajo, el 58% (11) nivel moderado y un 21% (4) nivel alto, de manera similar se muestran en las columnas siguientes los porcentajes para los restantes Grados de instrucción.

Se observa claramente es que a medida que aumenta el Nivel de instrucción de los padres los porcentajes de casos de niños con Nivel de ceod Bajo aumenta (21%, 37% y 64%), esto sugiere una correlación inversa entre estas dos características.

Ho: El nivel de ceod es independiente del grado de instrucción de Los padres de familia de los niños de la Institución Educativa N° 3040 "20 de Abril" –2016.

H1: El nivel de ceod depende del grado de instrucción de Los padres de familia de los niños de la Institución Educativa N° 3040 "20 de Abril" –2016.

La significancia de prueba Chi- cuadrado obtenido mediante el SPSS nos da un valor menor a 0.05 (p valor = 0.043) Lo cual nos permite rechazar la Ho y concluir que existe una asociación o dependencia entre estas dos variables: Nivel de ceod en niños de la Institución Educativa N° 3040 "20 de Abril" - 2016 y el grado de instrucción de Los padres.

La figura 1 ilustra estos resultados:

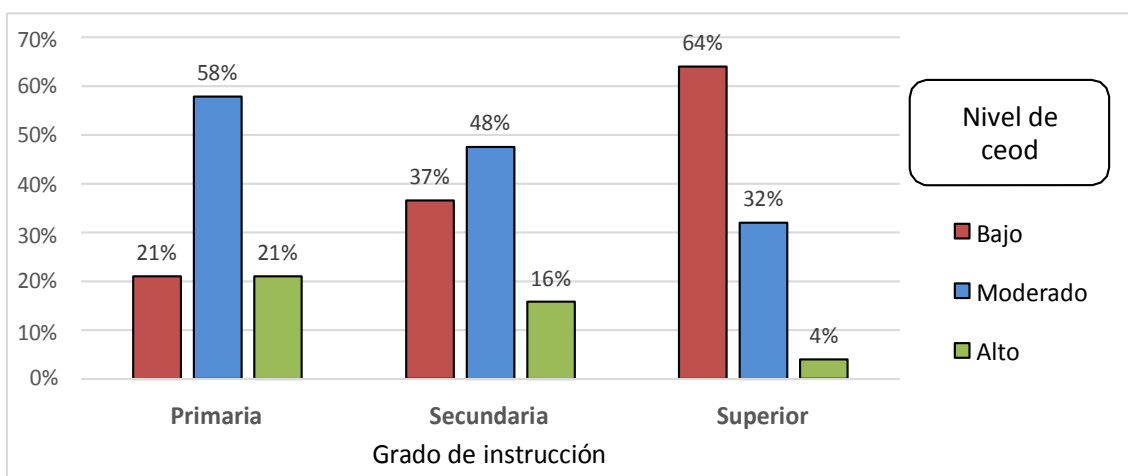


Figura 1: Prevalencia de Caries según el grado de instrucción de los padres de familia niños de la Institución Educativa N° 3040 "20 de Abril" –2016

Hipótesis específica 2. Existe asociación entre los indicadores de los factores económicos y la prevalencia de caries en los niños de la Institución Educativa N° 3040 "20 de Abril" – 2016

Hipótesis específica 2.1 Existe asociación entre el ingreso económico mensual familiar y la prevalencia de caries en los niños de la Institución Educativa N° 3040 de Abril" – 2016

Tabla 6:

Distribución del Nivel de ceod de niños de la Institución Educativa N° 3040 "20 de Abril" - 2016 según el Ingreso económico mensual en soles de sus padres.

ceod	Ingreso económico mensual en soles					
	Menos del sueldo mínimo	%	Más del sueldo mínimo	%	Total	%
Bajo	30	35%	20	50%	50	40%
Moderado	39	45%	19	48%	58	46%
Alto	17	20%	1	3%	18	14%
Total	86	100%	40	100%	126	100%

Significancia Prueba de Chi-cuadrado = 0.026

La tabla 6, nos muestra que en el caso de los padres con ingresos económicos inferiores al salario mínimo la prevalencia de ceod es de 35%(30) para el nivel bajo, 45% (39) para el nivel moderado y 20%(17) para el nivel Alto, en el caso de los

padres con ingresos superiores al sueldo mínimo las prevalencias observadas son: 50%(20) para el Nivel bajo, 48%(19) nivel moderado y solamente un 3%(1) para el Nivel alto, esto permite observar una clara diferencia entre los patrones observados, así podemos notar que a mayor ingreso económico se reducen la prevalencia (porcentaje) de casos con Nivel de ceod Alto de 20% a un 3%, nuevamente sospechamos de una relación inversa.

Ho: El nivel de ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 "20 de Abril" – 2016 es independiente del ingreso económico mensual en soles

H1: El nivel de ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 "20 de Abril" – 2016 es dependiente del ingreso económico mensual en soles

La significancia de prueba Chi- cuadrado obtenido mediante el SPSS nos da un valor menor a 0.05 (p valor = 0.026) Lo cual nos permite rechazar Ho y concluir que existe una asociación entre estas dos variables: Nivel de ceod en niños de la Institución Educativa N° 3040"20 de Abril" - 2016 y el Ingreso económico mensual en soles de sus padres.

La figura 2 ilustra estos resultados:

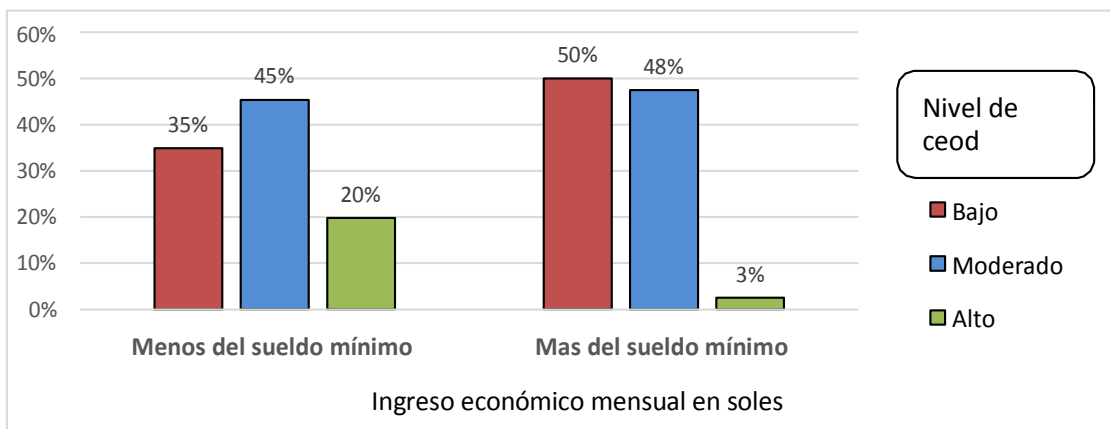


Figura 2: Prevalencia de Caries según el Ingreso económico de los padres de familia niños de la Institución Educativa N° 3040 "20 de Abril" –2016

Hipótesis específica 3. Existe asociación entre los indicadores de los factores culturales y la prevalencia de caries en los niños de la Institución Educativa N° 3040 de Abril" – 2016

Hipótesis específica 3.1 Existe asociación entre el consumo diario de golosinas y la prevalencia de caries en los niños de la Institución Educativa N° 3040"20 de Abril" – 2016

Tabla 10:

Distribución del Nivel de ceod según el Consumo diario de golosinas de los niños de la Institución Educativa N° 3040 "20 de Abril" – 2016

ceod	Consumo diario de golosinas						Total	%
	Ninguna	%	Una vez al día	%	2 veces a más	%		
Bajo	18	51%	25	38%	7	27%	50	40%
Moderado	17	49%	31	48%	10	38%	58	46%
Alto	0	0%	9	14%	9	35%	18	14%
Total	35	100%	65	100%	26	100%	126	100%

Significancia Prueba de Chi-cuadrado = 0.004

Las columnas de la tabla 10 muestran los porcentajes de cada nivel de ceod observados según la frecuencia del consumo diario de golosinas, observamos que a medida que aumenta la frecuencia del consumo de golosinas también aumentan los porcentajes de ceod alto lo cual sugiere una dependencia entre dichas características, lo cual queda demostrado con una prueba de hipótesis.

Ho: El nivel de ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 "20 de Abril" – 2016 es independiente del consumo diario de golosinas.

H1: El nivel de ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 "20 de Abril" – 2016 es dependiente del consumo diario de golosinas.

La significancia de prueba Chi-cuadrado obtenido mediante el SPSS nos da un valor menor a 0.05 (p valor = 0.004) Lo cual nos permite rechazar la Ho y concluir que existe una asociación o dependencia entre estas dos variables: Nivel de ceod en niños de la Institución Educativa N° 3040 "20 de Abril" - 2016 y la frecuencia del consumo diario de golosinas.

La figura 03 ilustra estos resultados:

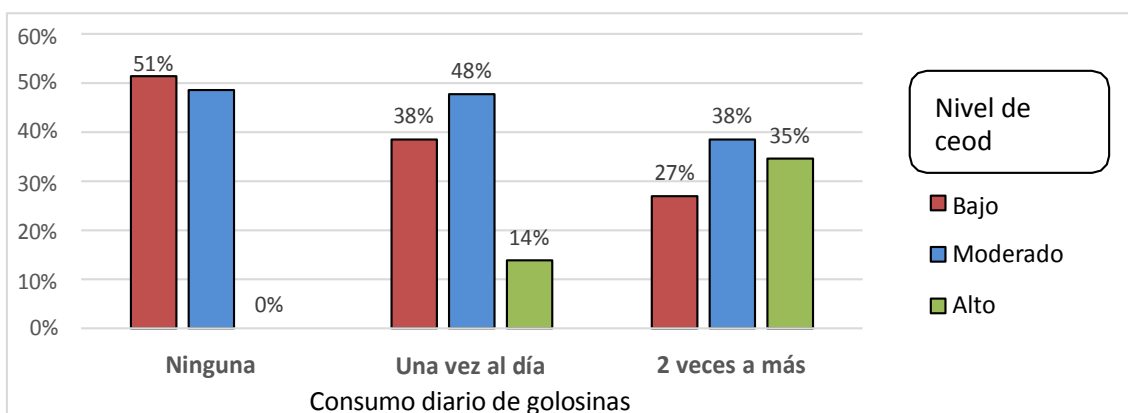


Figura 3 del Nivel de ceod según el Consumo diario de golosinas de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” - 2016

Conclusión: Si hay asociación entre estas dos características.

Hipótesis específica 3.2 Existe asociación entre el consumo diario de bebidas azucaradas y la prevalencia de caries en los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016.

Tabla 11:

Distribución del Nivel de ceod según el Consumo diario de bebidas azucaradas de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016

ceod	Consumo diario de bebidas azucaradas (gaseosas, jugos envasados, etc.)						Total	%
	Ninguna	%	Una vez al día	%	2 veces a más	%		
Bajo	22	55%	19	37%	9	26%	50	40%
Moderado	15	38%	27	52%	16	47%	58	46%
Alto	3	8%	6	12%	9	26%	18	14%
Total	40	100%	52	100%	34	100%	126	100%

Significancia Prueba de Chi-cuadrado = 0.038

Las columnas de la tabla 11 muestran los porcentajes de cada nivel de ceod observados según la frecuencia del diario consumo de bebidas azucaradas., observamos que a medida que aumenta la frecuencia del consumo de bebidas azucaradas también aumentan los porcentajes de ceod alto (de 8% a 12% y 26%)

lo cual sugiere una dependencia entre dichas características. lo cual queda demostrado con una prueba de hipótesis.

Ho: El nivel de ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016 es independiente del consumo diario de bebidas azucaradas.

H1: El nivel de ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016 es dependiente del consumo diario de bebidas azucaradas.

La significancia de prueba Chi- cuadrado obtenido mediante el SPSS nos da un valor menor a 0.05 (p valor = 0.038) Lo cual nos permite rechazar la Ho y concluir que existe una asociación o dependencia entre estas dos variables: Nivel de ceod en niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” - 2016 y la frecuencia del consumo diario de bebidas azucaradas.

La figura 4 ilustra estos resultados:

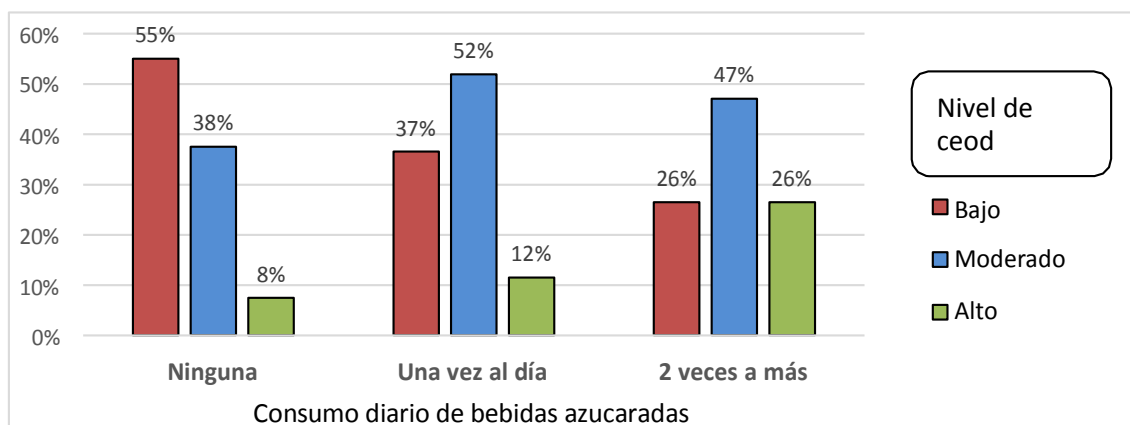


Figura 4: del Nivel de ceod según el Consumo diario de Consumo diario de bebidas azucaradas de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016

Hipótesis específica 3.5 Existe asociación entre la asistencia a campañas de prevención de salud bucal y la prevalencia de caries en los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016.

Tabla 14:

Distribución del Nivel de ceod según Asistencia a campañas de prevención de salud bucal de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” –2016

ceod	Asistencia a campañas de prevención de la salud bucal				Total	%
	Si	%	No	%		
Bajo	15	50%	35	36%	50	40%
Moderado	8	27%	50	52%	58	46%
Alto	7	23%	11	11%	18	14%
Total	30	100%	96	100%	126	100%

Significancia Prueba de Chi-cuadrado = 0.038

La tabla 14 presenta los porcentajes de ceod desagregados para los grupos que si asisten asistieron a campañas de prevención en salud bucal vs los que no.

Notamos que el 36%(35) de los que no asistieron a estas campañas tienen un ceod bajo, mientras que en los que si asistieron el porcentaje para esta característica se incrementa en un 50%,(15) estas diferencias en las distribuciones porcentuales quedan confirmadas con la siguiente prueba de hipótesis:

Ho: El nivel de ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016 es independiente de la asistencia a campañas de prevención de la salud bucal.

H1: El nivel de ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016 es dependiente de la asistencia a campañas de prevención de la salud bucal.

Como la significancia de prueba Chi- cuadrado nos da un valor menor a 0.05 (p valor = 0.038) rechazamos la Ho y concluimos que existe una asociación o dependencia entre estas dos variables: Nivel de ceod en niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” - 2016 y la asistencia a campañas de prevención de la salud bucal.

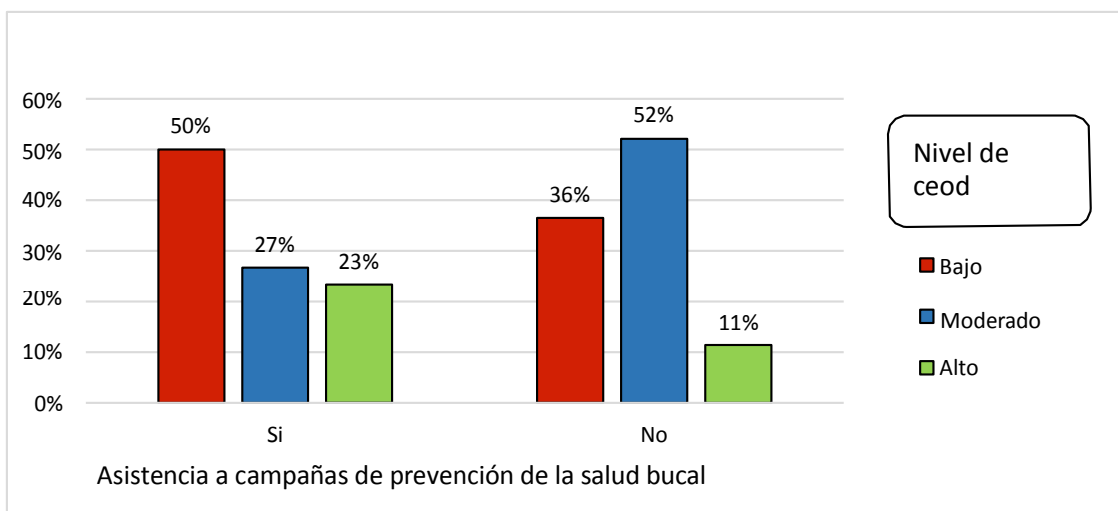


Figura 5: Nivel de ceod según Asistencia a campañas de prevención de salud bucal de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” –2016

Hipótesis específica 3.6 Existe asociación entre la asistencia a campañas de promoción de salud bucal y la prevalencia de caries en los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016 depende de la asistencia a campañas de promoción de la salud bucal.

Tabla 15:

Distribución del Nivel de ceod según Asistencia a campañas de promoción de salud bucal de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” –2016

ceod	Asistencia a campañas de promoción de la salud bucal					
	Si	%	No	%	Total	%
Bajo	16	52%	34	36%	50	40%
Moderado	8	26%	50	53%	58	46%
Alto	7	23%	11	12%	18	14%
Total	31	100%	95	100%	126	100%

Significancia Prueba de Chi-cuadrado = 0.029

La tabla 15 presenta los porcentajes de ceod desagregados para los grupos que si asisten asistieron a campañas de promoción en salud bucal vs los que no.

Notamos que el 36%(34) de los que no asistieron a estas campañas tienen un ceod bajo, mientras que en los que si asistieron el porcentaje para esta característica se incrementa en un 52%(16), estas diferencias en las distribuciones porcentuales quedan confirmadas con la siguiente prueba de hipótesis:

Ho: El nivel de ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016 es independiente de la asistencia a campañas de promoción de la salud bucal.

H1: El nivel de ceod de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” – 2016 es dependiente de la asistencia a campañas de promoción de la salud bucal.

Como la significancia de prueba Chi- cuadrado nos da un valor menor a 0.05 (p valor = 0.029) rechazamos la Ho y concluimos que existe una asociación o dependencia entre estas dos variables: Nivel de ceod en niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” - 2016 y la asistencia a campañas de promoción de la salud bucal.

Conclusión: Si hay asociación entre estas dos características.

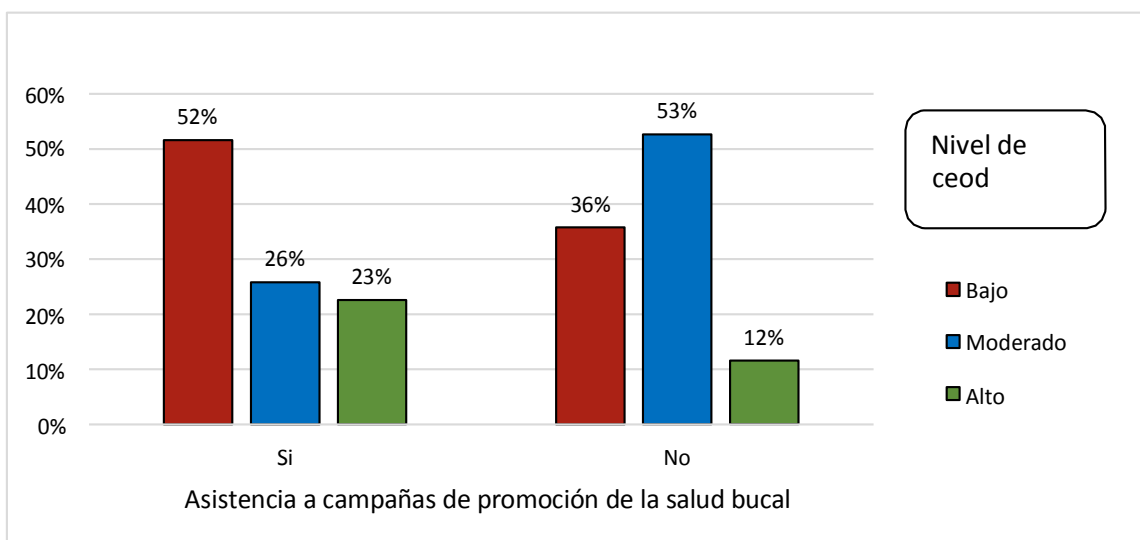


Figura 6: Nivel de ceod según Asistencia a campañas de promoción de salud bucal de los niños de la Institución Educativa N° 3040 “20 de Abril” –2016

10. DISCUSIÓN

La investigación tiene como finalidad determinar los factores determinantes sociales y su asociación con la prevalencia de caries, luego de la estadística aplicada a la muestra de estudio los resultados del análisis estadístico en cuanto

a la hipótesis general dan cuenta de la existencia de una asociación entre las variables : determinantes sociales y la variable prevalencia de las caries.

Los determinantes sociales que tienen asociación son: factores sociales Grado de instrucción ($p=0,043$) sugiere una correlación inversa entre estas dos características, es decir que a medida que los padres tengan estudios menor es la prevalencia de caries sus hijos.

Dentro de los factores económicos está el Ingreso económico de los padres ($p=0,026$), se puede notar que a mayor ingreso económico se reduce la prevalencia de caries, nuevamente se sospecha de una relación inversa.

Dentro de los factores culturales tenemos al Consumo diario de golosinas ($p=0,004$) y Consumo diario de bebidas azucaradas ($p=0,038$), en ambos casos observamos que a medida que aumenta la frecuencia del consumo de golosinas y bebidas azucaradas también aumenta los porcentajes de ceod alto. También tenemos la Asistencia a campañas de prevención ($p=0,038$) y Asistencia a campañas de promoción ($p=0,029$), notamos que aquellos niños que asistieron a campañas preventivo promocionales tienen un ceod bajo en relación a los que no asistieron., Estos resultados que tienen similitud con *Narváez y López (2012) en su investigación sobre los Determinantes sociales y su relación con caries en niños de 1 a 5 años de la fundación “Niños de María” de la ciudad de Quito durante el año lectivo 2011-2012*. Se observaron además valores de ceo menores para los niños cuyos padres tenían estudios secundarios versus quienes tenían solo estudios primarios. Concluyendo que el ingreso económico, el nivel de educación, el empleo y las condiciones de vida son determinantes sociales que se relacionan con la prevención, promoción y tratamiento de caries dental.

En relación a la primera hipótesis específica se halló que existe asociación entre la dimensión factores sociales (indicador: nivel de educación y la variable prevalencia de la caries en los niños de la institución educativa 3040 “20 de Abril”.

Los resultados del análisis estadístico dan cuenta que la dimensión factores sociales, indicador Carga familiar, cuya significancia es ($p=0,104$) para número de miembros en la familia y ($p=0,987$) para tipo de familia, con lo cual se acepta la hipótesis nula de ambos y se concluye que los datos no presentan evidencias de que exista una relación de dependencia entre la prevalencia de caries

y el número de miembros en la familia y el tipo de familia. Mientras que los resultados del análisis estadístico de la dimensión factores sociales, indicador Nivel de educación, cuya significancia es $p=0,043$ para Grado de instrucción de los padres, lo cual nos permite rechazar la hipótesis nula y concluir que existe una asociación o dependencia entre Grado de instrucción de los padres y la prevalencia de caries. Se observa que a medida que eleva el nivel de grado de instrucción de los padres los porcentajes de niños con prevalencia de caries (ceod bajo) aumenta es decir niños con ceod bajo 21% (padres con primaria), 37% (padres con secundaria) y 64% (padres con educación superior) , esto sugiere una correlación inversa entre estas dos características; los resultados que tienen relación con Molina (2014) en su investigación Determinantes sociales de la salud y el índice de caries dental en niños de 12 años de la parroquia de Guayllabamba, en noviembre del 2014.-Ecuador, Los resultados muestran la prevalencia de caries en los niños de 12 años en Guayllabamba es “alta”, según la escala de gravedad de la Organización Mundial de la Salud cuyo índice CPO-D fue 4,89; el 84,67% de los estudiantes tienen caries dental. Los estudiantes con el índice CPO-D promedio más alto fueron aquellos que tuvieron padres que fueron clasificados dentro de un estrato socioeconómico bajo, padres con primaria completa, aquellos con conocimientos malos, actitudes desfavorables y con malas prácticas de salud oral. Así mismo los resultados de la segunda hipótesis específica se halló que existe asociación entre la dimensión factores económicos (indicador: ingreso económico) y la prevalencia de caries en los niños de la institución educativa 3040 “20 de Abril”.

Los resultados del análisis estadístico indican que la dimensión factores económicos, indicador ingreso económico de sus padres, cuya significancia es $p=0,026$ (menor a 0,05) lo cual permite rechazar la hipótesis nula y concluir que existe una asociación entre estas dos variables. Se observa que a mayor ingreso económico se reduce la prevalencia (porcentaje) de casos con nivel de ceod alto de 20 % a un 3% nuevamente sospechamos de una relación inversa.

Mientras que los resultados estadísticos del indicador, condición de vivienda, tales como material de vivienda ($p=0,292$), disponibilidad de agua y desague

($p=0,162$) y disponibilidad de luz eléctrica ($p=0,807$) acepta las hipótesis nula de cada una de ellas y se concluye que no hay asociación entre ellas.

Este resultado tiene relación con Arango, Jaramillo y Cruz (2013) en su investigación Prevalencia de caries de la Infancia Temprana y factores de riesgo asociados en niños de 1 a 5 años en la ciudad de Santiago de Cali quienes demostraron que el estrato socioeconómico bajo la prevalencia de caries en la infancia temprana es 29,3%, asociándose a ello en forma significativa uno de los factores de riesgo como el no cepillar al niño antes de dormir.

Finalmente en la prueba de la tercera hipótesis específica resultó que existe asociación entre la dimensión dieta alimenticia: consumo diario de golosinas ($p=0,004$) y consumo diario de bebidas azucaradas ($p=0,038$), lo cual permite rechazar la hipótesis nula y concluir que existe asociación entre estas dos características, se observa que a medida que aumenta la frecuencia del consumo de golosinas aumenta los porcentajes de ceod alto de 0% a 14% y 35% (consumo 2 veces a mas); algo similar sucede con el aumento de frecuencia del consumo de bebidas azucaradas también aumenta los porcentajes de ceod alto (de 8% a 12% y 26%) lo cual sugiere una dependencia entre dichas características.

Por el contrario los resultados estadísticos de Consumo diario de frutas y verduras ($p=0,506$) y el consumo diario de productos lácteos ($p=0,334$) en ambos casos se aceptan las hipótesis nulas y se concluye que no hay asociación o dependencia entre estas dos características.

Con respecto a la dimensión Cultura Sanitaria tenemos asistencia a campañas de prevención $p=0,038$, en esta notamos que el 36% de los que no asistieron a estas campañas tienen un ceod bajo, mientras que el 50% de los que asistieron tiene ceod bajo; en tanto que el resultado estadístico de asistencia a campañas de promoción de la salud bucal ($p=0,029$), notamos que el 36% de los que no asistieron a estas campañas tienen un ceod bajo, mientras que aquellos que asistieron el porcentaje para esta característica se incrementa en un 52%, entonces rechazamos la hipótesis nula y concluimos que existe una asociación o dependencia entre estas dos características. En conclusión la asistencia a

campañas de prevención y promoción de salud bucal están asociados a la prevalencia de caries; este resultado tiene relación con Torrejón (2014) en la tesis Relación entre los factores socio-culturales de los padres con la experiencia de caries dental de sus hijos en la Institución Educativa estatal N° 107 “Daniel Alcides Carrión”, Santa Anita – 2014, donde se observó que los factores socio-culturales de los padres influyen en la experiencia de caries dental de sus hijos. Se halló que el 50.9% de los escolares presenta una mala higiene bucal, también se observó en padres que el 42.4% presenta un nivel regular de conocimientos sobre la prevención de la caries pero no son aplicados adecuadamente.

Por otro lado Peltroche, Gabrielli, Vásquez y Castro (2011), en su tesis Riesgo de caries en pacientes de 3 a 6 años que acuden a la Clínica de la Universidad Nacional Federico Villarreal, manifiestan que los factores de riesgo de caries dental es el cepillado dental y la visita al odontólogo.

11. CONCLUSIONES

La presente investigación demuestra respecto al objetivo general, que existe asociación entre los determinantes sociales y la prevalencia de caries en los niños de la Institución Educativa 3040 “20 de Abril” 2016. Existe asociación en: factores sociales (grado de instrucción de padres), factores económicos (ingreso económico) y factores culturales (consumo diario de golosinas, consumo diario de bebidas azucaradas, asistencia a campañas de prevención y asistencia a campañas de promoción).

12. REFERENCIAS

- Arrascue, H. Del Castillo L., (2011) Determinantes sociales de salud y caries dental *Articulo original Odontol Pediatr Vol 1º N° 1 Enero-Junio 2011.*
- Cabrera (2014). Revista de Odontopediatría Latinoamericana. Asociación Latinoamericana de Odontopediatría. Volumen 4, N° 2. Año 2014.
- De la Fuente Hernández E. (2006) *Caries dental e higiene bucal en adolescentes.* Rev ADM 2006;52(6):231-234.

Pérez J. Porto M.. (2013) Definición de prevalencia. *Publicación en Internet:2013, actualizado 2015.*

Organización Mundial de la Salud (OMS) - *Determinantes sociales de la Salud 2005.*

Anexo 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES			
<p>Problema general: ¿Qué asociación hay entre los determinantes sociales y la prevalencia de caries en los niños de la institución educativa 3040 "20 de Abril" 2016?</p> <p>Problemas Específicos:</p> <p>¿Qué indicadores de los factores sociales están asociados en la prevalencia de caries en los niños de la institución educativa 3040 "20 de Abril" 2016?</p> <p>¿Qué indicadores de los factores económicos están asociados en la prevalencia de caries en los niños de la institución educativa 3040 "20 de Abril" 2016?</p> <p>¿Qué indicadores de los factores culturales están asociados a la prevalencia de caries en los niños de la institución educativa 3040 "20 de Abril" 2016?</p>	<p>Objetivo General Determinar la asociación entre los determinantes sociales y la prevalencia de caries en los niños de la I.E. 3040 "20 de Abril" 2016.</p>	<p>Hipótesis general: Existe asociación entre los determinantes sociales y la prevalencia de caries en los niños de la institución educativa 3040 "20 de Abril" 2016.</p>	Operacionalización de variable			
	<p>Objetivo específico Determinar que indicadores de los factores sociales están asociados en la prevalencia de caries en los niños de la I.E. 3040 "20 de Abril" 2016.</p>	<p>Hipótesis específica: Existe asociación entre los indicadores de los factores sociales y la prevalencia de caries en los niños de la institución educativa 3040 "20 de Abril" 2016.</p>	DETERMINANTES SOCIALES	Dimensiones	Indicadores	Ítems
	<p>Determinar que indicadores de los factores económicos están asociados en la prevalencia de caries en los niños de la I.E. 3040 "20 de Abril" 2016.</p>	<p>Existe asociación entre los indicadores de los factores económicos y la prevalencia de caries en los niños de la institución educativa 3040 "20 de Abril" 2016.</p>		FACTORES SOCIALES	A. Carga familiar B. Nivel de Educación	1 - 2 3
	<p>Determinar que indicadores de los factores culturales están asociados en la prevalencia de caries en los niños de la I.E. 3040 "20 de Abril" 2016.</p>	<p>Existe asociación entre los indicadores de los factores culturales y la prevalencia de caries en los niños de la institución educativa 3040 "20 de Abril" 2016.</p>		FACTORES ECONOMICOS	C. Ingreso Económico D. Condición de vivienda	4 5 - 7
		FACTORES CULTURALES		E. Dieta alimenticia F. Cultura Sanitaria	8 -11 12 -13	

Anexo 3: INSTRUMENTO

CUESTIONARIO DE DETERMINANTES SOCIALES Y PREVALENCIA DECARIES

Nombres y apellidos: Edad:

Sexo: M (masculino) F (femenino) Estado civil: Soltero (a) Casado (a) Conviviente.

DIMENSIÓN 1; FACTORES SOCIALES

1. ¿Cuántos miembros son en su familia?
 - a. menos de 4 miembros
 - b. de 4 a 8 miembros
 - c. más de 8 miembros

2. **Subraye el tipo de familia que tiene:**
 - a. Familiar nuclear (papá, mamá e hijos)
 - b. Familiar nuclear incompleto (solo mamá con hijos o solo papá con hijos)
 - c. Familia extendida (papá, mamá, hijos, abuelos, tíos, etc.)

3. **¿Cuál es su grado de instrucción? Subraye hasta donde logro estudiar.**

a. Analfabeto	(sin estudios)	
b. Primaria	(incompleta)	(completa)
c. Secundaria	(incompleta)	(completa)
d. Superior técnica	(incompleta)	(completa)
e. Superior universitario	(incompleta)	(completa)

DIMENSIÓN 2 : FACTORES ECONOMICOS

4. **¿A cuánto asciende su ingreso económico mensual?**
 - b. menos del sueldo mínimo (S/. 850.00)
 - c. más del sueldo mínimo.

5. **¿De qué material está hecha su casa?**
 - a. material noble (ladrillo y cemento)
 - b. otros (estera, quincho, etc.)

6. **¿Tiene agua y desagüe?**
 - a. Si
 - b. No

7. **¿Tiene luz eléctrica propia en casa?**
 - a. **SI**
 - b. **No**

DIMENSIÓN 3: FACTORES CULTURALES

8. **¿Con que frecuencia consume dulces (golosinas)?**
 - a. No consume
 - b. 1 vez al día
 - c. 2 veces a mas al día

9. **¿Con que frecuencia consume bebidas azucaradas (gaseosas, jugos envasados, etc)?**
 - a. No consume
 - b. 1 vez al día
 - c. 2 veces a mas al día
10. **¿Con que frecuencia consume frutas y verduras?**
 - a. No consume
 - b. 1 vez al día
 - c. 2 veces a mas al día
11. **¿Con que frecuencia consume productos lácteos (leche, quesos, etc.)**
 - a. No consume
 - b. 1 vez al día
 - c. A veces a mas al día

12. **¿Asiste a campañas de prevención de salud bucal?**
 - a. SI
 - b. No
13. **¿Asiste a campañas de promoción de salud bucal?**
 - a. Si
 - b. No

Anexo 4. Validez de los instrumentos



UCV
FACULTAD DE POSTGRADO
ESCUELA DE POSTGRADO

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE DETERMINANTES SOCIALES

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
1	<p>DIMENSIÓN 1: FACTORES SOCIALES</p> <p>¿Cuántos miembros son en su familia?</p> <p>a. menos de 4 miembros b. de 4 a 8 miembros c. más de 8 miembros</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<p>Subraye el tipo de familia que tiene:</p> <p>a. Familiar nuclear (papá, mamá e hijos) b. Familiar nuclear incompleto (solo mamá con hijos o solo papá con hijos) c. Familia extendida (papá, mamá, hijos, abuelos, tíos, etc.)</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<p>¿Cuál es su grado de Instrucción? Subraye hasta donde logro estudiar.</p> <p>a. Analfabeto (sin estudios) b. Primaria (completa) (incompleta) c. Secundaria (completa) (incompleta) d. Superior técnica (completa) (incompleta) e. Superior universitario (completa) (incompleta)</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DIMENSIÓN 2: FACTORES ECONOMICOS		SI	No	SI	No	SI	No
4	¿A cuánto asciende su ingreso económico mensual? a. menos del sueldo mínimo (S/. 860.00) b. más del sueldo mínimo.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
5	¿De qué material está hecha su casa? a. material noble (ladrillo y cemento) b. otros (estera, quincho, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
6	¿Tiene agua y desagüe? a. SI b. NO	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
7	¿Tiene luz eléctrica propia en casa? a. SI b. NO	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
DIMENSIÓN 3: FACTORES CULTURALES		SI	No	SI	No	SI	No
8	¿Con qué frecuencia consume dulces (golosinas)? a. No consume b. 1 vez al día c. 2 veces a más al día	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
9	¿Con qué frecuencia consume bebidas azucaradas? a. No consume b. 1 vez al día c. 2 veces a más al día	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
10	¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? a. No consume b. 1 vez al día c. 2 veces a más al día	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
11	¿Con qué frecuencia consume productos lácteos? a. No consume b. 1 vez al día c. 2 veces a más al día	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	

12	¿Asiste a campañas de prevención de salud bucal? a. SI b. NO	✓	✓	✓	✓	
13	¿Asiste a campañas de promoción de salud bucal? a. SI b. NO	✓	✓	✓	✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Hay suficiencia para su aplicación

Opción de aplicabilidad: Aplicable [x] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador, Dr/ Mgr. Ventura Oscar Zamulo Soriano DNI: 167257922

Especialidad del validador: Neurólogo

..... día del 20.....



Firma del Experto Informante.

*Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
 *Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
 *Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, aviado y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE DETERMINANTES SOCIALES

N°	DIMENSIONES / Ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
1	<p>¿Cuántos miembros son en su familia?</p> <p>a. menos de 4 miembros b. de 4 a 8 miembros c. más de 8 miembros</p>	X		X		X		
2	<p>Subraye el tipo de familia que tiene:</p> <p>a. Familiar nuclear (papá, mamá e hijos) b. Familiar nuclear incompleto (solo mamá con hijos o solo papá con hijos) c. Familia extendida (papá, mamá, hijos, abuelos, tías, etc.)</p>	X		X		X		
3	<p>¿Cuál es su grado de instrucción? Subraye hasta donde logro estudiar.</p> <p>a. Analfabeto (sin estudios) b. Primaria (completa) (incompleta) c. Secundaria (completa) (incompleta) d. Superior técnica (completa) (incompleta) e. Superior universitario (completa) (incompleta)</p>	X		X		X		

DIMENSIÓN 2: FACTORES ECONÓMICOS		SI	No	SI	No	SI	No
4	¿A cuánto asciende su ingreso económico mensual? a. menos del sueldo mínimo (Sl. 860.00) b. más del sueldo mínimo.	X		X		X	
5	¿De qué material está hecha su casa? a. material noble (ladrillo y cemento) b. otros (estera, quincho, etc.)	X		X		X	
6	¿Tiene agua y desagüe? a. SI b. NO	X		X		X	
7	¿Tiene luz eléctrica propia en casa? a. SI b. NO	X		X		X	
DIMENSIÓN 3: FACTORES CULTURALES		SI	No	SI	No	SI	No
8	¿Con qué frecuencia consume dulces (golosinas)? a. No consume b. 1 vez al día c. 2 veces a más al día	X		X		X	
9	¿Con qué frecuencia consume bebidas azucaradas? a. No consume b. 1 vez al día c. 2 veces a más al día	X		X		X	
10	¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? a. No consume b. 1 vez al día c. 2 veces a más al día	X		X		X	
11	¿Con qué frecuencia consume productos lácteos? a. No consume b. 1 vez al día c. 2 veces a más al día	X		X		X	

12	¿Asiste a campañas de prevención de salud bucal? a. SI b. NO	X	X	X		
13	¿Asiste a campañas de promoción de salud bucal? a. SI b. NO	X	X	X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia.

Opinión de aplicabilidad: Aplicables No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador: Dr. Mg. Florez Toledo Wilfredo DNI: 06175729

Especialidad del validador: Ortodoncia y cirugía maxilofacial

.....de.....del 20.....

Firma del Experto Informante:
Dr. Wilfran Sebastian Flores Sotelo
Docente Investigador de Postgrado
CEL N° 09426



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE DETERMINANTES SOCIALES

N°	DIMENSIONES / ítem	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	DIMENSIÓN 1: FACTORES SOCIALES ¿Cuántos miembros son en su familia? a. menos de 4 miembros b. de 4 a 8 miembros c. más de 8 miembros	✓		✓		✓		
2	Subraye el tipo de familia que tiene: a. Familiar nuclear (papá, mamá e hijos) b. Familiar nuclear incompleto (solo mamá con hijos o solo papá con hijos) c. Familia extendida (papá, mamá, hijos, abuelos, tíos, etc.)	✓		✓		✓		
3	¿Cuál es su grado de instrucción?. Subraye hasta donde logro estudiar. a. Analfabeto (sin estudios) b. Primaria (completa) (incompleta) c. Secundaria (completa) (incompleta) d. Superior técnica (completa) (incompleta) e. Superior universitario (completa) (incompleta)	✓		✓		✓		

	DIMENSIÓN 2: FACTORES ECONOMICOS							
	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No
4	✓		✓		✓		✓	
	¿A cuánto asciende su ingreso económico mensual?							
	a. menos del sueldo mínimo (S/. 850.00)							
	b. más del sueldo mínimo.							
5	✓		✓		✓		✓	
	¿De qué material está hecha su casa?							
	a. material noble (ladrillo y cemento)							
	b. otros (estera, quincho, etc.)							
6	✓		✓		✓		✓	
	¿Tiene agua y desagüe?							
	a. SI							
	b. NO							
7	✓		✓		✓		✓	
	¿Tiene luz eléctrica propia en casa?							
	a. SI							
	b. NO							
	DIMENSIÓN 3: FACTORES CULTURALES							
8	✓		✓		✓		✓	
	¿Con qué frecuencia consume dulces (golosinas)?							
	a. No consume							
	b. 1 vez al día							
	c. 2 veces a más al día							
9	✓		✓		✓		✓	
	¿Con qué frecuencia consume bebidas azucaradas?							
	a. No consume							
	b. 1 vez al día							
	c. 2 veces a más al día							
10	✓		✓		✓		✓	
	¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?							
	a. No consume							
	b. 1 vez al día							
	c. 2 veces a más al día							
11	✓		✓		✓		✓	
	¿Con qué frecuencia consume productos lácteos?							
	a. No consume							
	b. 1 vez al día							
	c. 2 veces a más al día							

12.	¿Asiste a campañas de prevención de salud bucal? a. SI b. NO	✓		✓	✓	
13.	¿Asiste a campañas de promoción de salud bucal? a. SI b. NO	✓		✓	✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable No aplicable []
 Apellidos y nombres del juez validador: Dr. Mg. Gary Echeandía César Aguado DNI: 06408163

Especialidad del validador: Urología en Pediatría

Ineficiencia: El ítem corresponde al concepto técnico formulado.
 Reavanzado: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
 Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, azudo y directo.
 Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

..... de del 20.....

 Firma del Experto Informante.

Anexo 5: Permiso de la Institución donde se aplicó el estudio



"AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAU"

Lima, 22 de Diciembre de 2016

Carta N° 05/2016/DIE3040/UGE-02/ME.

SD.,

DR. CARLOS VENTURA ORBEGOSO

DIRECTOR DE LA ESCUELA POST GRADO. DE LA UNIVERCIDAD CESAR VALLEJO

Referencia: Carta P. 1003- 2016 EPG- UCV L.

Tengo el agrado de dirigirme a Usted para saludarlo cordialmente, y en atención a la carta en referencia, respecto a facilidades para el desarrollo del trabajo de investigación.

Por medio de la presente, hago de su conocimiento que se le otorgó el acceso y las facilidades a la **C.D. Marlene Contreras Talpe** para el desarrollo de su trabajo de investigación (Tesis): Determinantes sociales y prevalencia de caries en niños de nuestra I.E. 3040 "20 de Abril" quien realizó diversas acciones vinculadas con su trabajo de investigación desde Mayo 2016 hasta Noviembre 2016.

Es propicia la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima Personal.

Atentamente,

Prof. Jorge Caballero Punta
DIRECTOR

Anexo 6: BASE DE DATOS.

id	FACTORES SOCIALES			FACTORES ECONÓMICOS				FACTORES CULTURAL						ceod
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
1	2	2	3	1	1	1	1	3	2	3	3	1	1	1
2	1	2	3	1	0	1	1	2	2	3	3	0	0	1
3	2	1	3	1	0	1	1	2	2	2	2	0	0	1
4	2	1	3	1	1	1	1	3	3	2	3	1	0	1
5	2	1	3	1	0	0	1	2	2	3	3	0	0	1
6	2	1	3	1	0	1	1	2	2	3	3	0	0	1
7	1	3	1	1	1	0	1	2	2	2	2	1	1	1
8	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	0	0	1
9	2	1	1	2	1	1	1	1	2	3	2	1	1	1
10	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	3	0	0	1
11	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	3	0	0	1
12	1	1	2	1	1	1	1	1	3	3	3	0	0	1
13	2	3	2	1	1	1	1	2	3	2	2	0	0	1
14	2	2	2	1	0	1	1	2	2	2	2	0	0	1
15	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	2	0	0	1
16	1	2	2	2	0	0	1	1	1	3	2	0	0	1
17	2	1	2	2	1	1	1	1	2	3	3	0	0	1
18	1	1	3	1	1	1	1	1	1	2	3	0	0	1
19	2	1	3	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1
20	1	1	2	1	0	1	1	2	3	3	3	0	0	1
21	1	1	2	1	0	1	0	1	3	3	3	0	0	1
22	2	1	2	1	0	0	1	1	2	3	3	0	0	1
23	1	2	2	1	1	1	1	2	1	3	3	0	0	1
24	1	2	2	1	1	1	0	2	2	3	3	0	0	1
25	1	1	2	1	1	1	1	1	1	3	3	0	0	1
26	2	2	2	1	0	1	1	2	1	3	3	0	0	1
27	3	2	2	1	1	1	1	2	1	3	3	0	1	1
28	2	3	2	1	0	1	1	2	3	2	2	1	1	1
29	2	3	2	1	0	1	1	2	1	2	2	1	1	1
30	2	1	2	1	0	1	1	3	1	2	2	0	0	1
31	2	1	2	1	1	1	1	2	1	2	2	0	0	1
32	2	3	2	2	0	1	1	1	1	3	2	0	0	1
33	2	1	2	2	0	1	1	2	1	3	2	1	1	1
34	2	1	2	2	1	1	1	1	1	3	2	0	0	1
35	2	1	2	2	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1
36	2	1	2	2	1	1	1	2	1	3	3	0	1	1
37	2	1	2	2	1	1	1	2	3	2	2	1	1	1
38	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	0	0	1
39	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1

40	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1
41	1	1	2	2	1	1	1	2	3	3	2	1	1	1	1
42	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
43	2	1	3	1	0	1	1	3	3	2	2	0	0	1	1
44	2	3	3	2	1	1	1	3	1	2	2	1	1	1	1
45	2	1	3	2	1	1	1	2	2	3	2	0	0	1	1
46	2	3	3	1	1	1	1	2	2	2	3	0	0	1	1
47	1	1	3	1	1	1	1	3	1	2	2	0	0	1	1
48	1	1	3	2	1	1	1	2	2	2	3	0	0	1	1
49	2	2	3	2	1	1	1	3	2	2	2	0	0	1	1
50	2	1	3	2	0	1	1	2	2	2	3	0	0	1	1
51	1	2	1	1	0	1	1	3	3	3	3	0	0	2	1
52	2	1	1	1	1	1	1	1	2	3	3	1	1	2	1
53	2	1	1	1	1	1	1	2	1	3	3	1	1	2	1
54	2	1	1	1	0	1	1	2	2	2	2	0	0	2	1
55	2	1	1	1	1	1	1	3	1	2	3	0	0	2	1
56	2	2	1	1	1	1	1	2	2	3	3	0	0	2	1
57	1	1	1	1	0	1	1	2	1	3	3	0	0	2	1
58	2	3	1	1	0	1	1	3	3	2	2	0	0	2	1
59	2	1	1	1	0	1	1	2	2	2	2	0	0	2	1
60	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	2	1
61	1	1	1	2	1	1	1	3	3	3	3	0	0	2	1
62	1	1	2	1	0	1	0	2	2	2	3	1	1	2	1
63	2	1	2	1	1	1	1	2	2	3	3	0	0	2	1
64	1	2	2	1	1	1	1	1	2	3	3	0	0	2	1
65	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	0	0	2	1
66	2	1	2	1	0	1	1	1	2	2	2	0	0	2	1
67	2	1	2	1	1	1	1	2	1	2	2	0	0	2	1
68	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	0	0	2	1
69	2	1	2	1	1	0	1	1	1	2	2	0	0	2	1
70	3	1	2	2	1	1	1	2	2	2	3	0	0	2	1
71	2	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1
72	2	1	2	2	1	1	1	2	1	3	2	0	0	2	1
73	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	3	0	0	2	1
74	2	3	2	1	1	1	1	2	1	2	3	0	0	2	1
75	2	2	2	1	1	1	0	2	3	3	3	0	0	2	1
76	2	1	2	1	1	1	0	2	3	3	3	0	0	2	1
77	1	1	2	1	1	1	1	2	2	3	3	0	0	2	1
78	1	2	2	1	1	1	1	2	2	3	3	0	0	2	1
79	1	1	2	1	0	1	0	2	2	3	3	0	0	2	1
80	1	2	2	1	1	1	1	1	2	3	3	0	0	2	1
81	2	1	2	1	1	1	1	1	2	3	3	0	0	2	1
82	2	1	2	1	1	1	1	3	1	3	3	0	0	2	1
83	2	1	2	1	1	1	1	3	3	2	2	0	1	2	1

84	2	1	2	1	1	1	1	2	3	2	2	0	0	2
85	2	2	2	1	1	1	1	2	3	2	2	1	1	2
86	3	3	2	1	1	1	1	2	2	2	2	0	0	2
87	2	2	2	1	1	1	1	1	1	3	2	0	0	2
88	1	1	2	2	1	1	1	1	3	2	3	0	0	2
89	1	1	2	2	1	1	1	2	2	3	3	0	0	2
90	2	1	2	2	0	1	1	2	2	3	3	1	1	2
91	1	1	2	2	1	1	1	2	2	3	3	0	0	2
92	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	0	2
93	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	3	0	0	2
94	1	1	2	1	0	1	1	1	2	2	3	0	0	2
95	1	1	2	1	1	1	1	3	3	3	3	0	0	2
96	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	2	0	0	2
97	2	1	2	2	1	1	1	3	2	3	2	0	0	2
98	1	2	2	2	1	1	1	3	3	2	3	0	0	2
99	2	1	2	2	0	1	1	1	1	2	3	0	0	2
100	2	3	2	2	0	1	1	3	2	2	2	0	0	2
101	2	1	3	1	1	1	1	2	3	3	3	0	0	2
102	1	1	3	1	1	1	1	2	3	2	2	0	0	2
103	2	1	3	2	1	1	1	2	1	3	2	0	0	2
104	2	3	3	2	0	1	1	1	3	3	3	0	0	2
105	2	3	3	2	0	1	1	1	3	3	3	0	0	2
106	1	1	3	2	1	1	1	1	1	3	3	0	0	2
107	2	2	3	2	1	1	1	2	2	2	2	0	0	2
108	2	3	3	2	1	1	1	1	3	3	3	0	0	2
109	2	1	1	1	1	1	1	2	3	3	3	0	1	3
110	3	3	2	1	0	1	1	3	2	2	3	1	1	3
111	1	2	2	1	1	1	1	3	3	1	3	0	0	3
112	2	1	2	1	1	1	1	3	3	3	3	0	0	3
113	2	2	2	1	1	1	1	3	3	2	2	1	1	3
114	2	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1	0	3
115	2	1	2	1	0	1	1	2	3	2	2	0	0	3
116	3	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	3
117	2	1	2	1	1	1	1	2	3	3	2	0	0	3
118	1	1	2	1	1	1	1	3	3	3	3	0	0	3
119	2	1	2	2	1	1	1	3	3	3	1	1	1	3
120	1	3	2	1	0	1	1	2	2	3	3	1	1	3
121	3	3	2	1	1	1	1	2	1	3	3	1	1	3
122	2	1	2	1	1	1	1	3	2	3	2	0	0	3
123	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	3	0	0	3
124	1	1	1	1	1	1	0	3	3	2	2	0	0	3
125	1	1	1	1	1	1	1	3	1	2	2	0	0	3
126	1	1	3	1	1	1	1	2	1	2	2	0	0	3



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

RESOLUCION DE VICERRECTORADO ACADEMICO N° 0011-2016-UCV-VA

Lima, 31 de marzo de 2016

ANEXO 1

ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE LOS TRABAJOS ACADÉMICOS DE LA UCV

Yo, Jacinto Joaquín Vértiz Osores, docente de la Escuela de Postgrado de la UCV y revisor del trabajo académico titulado Determinantes sociales y prevalencia de caries en niños de la Institución Educativa N° 3040 "20 de Abril"- 2016" de la estudiante **Contreras-Taipe, Marlene**; y habiendo sido capacitado e instruido en el uso de la herramienta Turnitin, he constatado lo siguiente:

Que el citado trabajo académico tiene un índice de similitud constato 27% verificable en el reporte de originalidad del programa turnitin, grado de coincidencia mínimo que convierte el trabajo en aceptable y no constituye plagio, en tanto cumple con todas las normas del uso de citas y referencias establecidas por la universidad César Vallejo.

Lima, 10 de febrero del 2017

Dr. Jacinto Joaquín Vértiz Osores

DNI: 16735482

Visualizador de Documentos de Turnitin - Google Chrome

Es seguro | https://www.turnitin.com/... | 104581675432019-0128

Problemas con el nuevo Feedback Budda

turnitin 27%

Resumen de Competencias

Competencias

1	Entregado a Universida... Trabajo de estudiante	10%
2	repositorio subicentra s... Fuente institucional	1%
3	Entregado a Universida... Trabajo de estudiante	1%
4	www.scribd.com Fuente institucional	1%
5	Entregado a Universida... Trabajo de estudiante	1%
6	www.mediagraphic.com Fuente institucional	1%

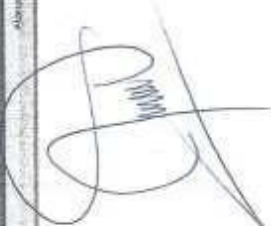
UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO

Determinantes sociales y prevalencia de caries en niños de la Institución Educativa N° 3040 "20 de Abril" - 2016

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:
Br. Contreras Tappe, Mariana

ASESOR:
Dr. Vértiz Osorio, Jacinto Joaquín





UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI)
"César Acuña Peralta"

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)

..... CONTRERAS TAÍPE MARLENE

D.N.I. : 21460466

Domicilio : COND. EL TREBOL DPTO B-10.2 URB. EL TREBOL - LOS OLIVOS

Teléfono : Fijo : 4974802 Móvil : 943127660

E-mail : m.contrerasodont@hotmail.es

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

Tesis de Pregrado

Facultad :

Escuela :

Carrera :

Título :

Tesis de Posgrado

Maestría

Doctorado

Grado : MAESTRA

Mención : GESTION DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

..... CONTRERAS TAÍPE MARLENE

.....

.....

Título de la tesis:

..... DETERMINANTES SOCIALES Y PREVALENCIA DE CARIES EN NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 3040 "20 DE ABRIL" - 2016

Año de publicación : 2018

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,

Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

No autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

Firma : 

Fecha : 15/11/18



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

ESCUELA DE POSGRADO

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

CONTRERAS TAÍPE MARLENE

INFORME TÍTULADO:

DETERMINANTES SOCIALES Y PREVALENCIA DE CARIES EN

Niños de la Institución Educativa N°3040 "20 de Abril" - 2016

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

MAESTRA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

SUSTENTADO EN FECHA: 22 DE DICIEMBRE DE 2017.

NOTA O MENCIÓN: APROBADO POR MAYORÍA

FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN

Dr. Willian Sebastian Flores Sotelo
Docente Investigador de Posgrado
CEL N° 09426