



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**Nivel socioeconómico de los hogares de los niños de 10 -
48 meses de edad del “Centro de Cuidado Infantil
Perpetuo Socorro” 2013-2014**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO**

AUTORES:

**Maria Belen Ugalde Asanza
Alan Steven Plaza Patiño**

DIRECTOR:

Dr. Diego Cobos Carrera

**CUENCA – ECUADOR
2014**

Los conceptos e ideas vertidas en este proyecto son exclusivamente de
responsabilidad de los autores.

DEDICATORIA

Dedicamos nuestra tesis a nuestros padres por ser siempre el apoyo incondicional y la fuerza que nos motivó para seguir siempre adelante, porque gracias a ellos pudimos lograr nuestras metas y alcanzar nuestros sueño.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento principal es para Dios, ya que ha caminado junto con nosotros en cada paso que dimos. También agradecer a las personas que nos dedicaron su esfuerzo para poder sacar adelante este trabajo, al Dr. Diego Cobos por ser nuestro director de tesis, y dedicarnos parte de su tiempo para el desarrollo de la misma. A la Dra. Janeth Parra, por confiar en nosotros y alentarnos a seguir adelante.

Y por último queremos dar gracias a todas las personas que forman parte del centro de Cuidado Infantil Perpetuo Socorro y a los niños del mismo por abrirnos las puertas para permitirnos realizar nuestra investigación.

ÍNDICE

CONTENIDOS

RESUMEN	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
JUSTIFICACIÓN.....	4
1.1 MARCO TEORICO.....	5

1.2OBJETIVOS.....	11
1.2.1Objetivos Generales.....	11
1.2.2Objetivos Específicos.....	11
MATERIALES Y MÉTODOS.....	12
TIPO DE ESTUDIO.....	12
UNIVERSO Y MUESTRA	
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	12
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	13
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	13
PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS.....	13
DEFINICIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO.....	14

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	15
RESULTADOS	16
4. DISCUSIÓN.....	22
5. CONCLUSIONES.....	24
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25

RESUMEN

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal para determinar el nivel socioeconómico de los hogares de 150 niños de 10 - 48 meses de edad del "Centro de Cuidado Infantil Perpetuo Socorro" de la Ciudad de Cuenca.

Este estudio tuvo como objetivo valorar el nivel socioeconómico de las familias de estos niños mediante los criterios de la Encuesta de Estratificación del INEC. Se inició con el registro de los datos generales del niño y luego mediante la aplicación de la encuesta se obtuvo el valor que corresponde a cada una de las categorías para que éstas sean clasificadas.

Además, según el grupo de edad al que pertenecen los niños se concluyó que aunque este grupo estudiado fue de una población relativamente homogénea, el nivel socioeconómico que predominó fue de la categoría C-, siendo ésta de un nivel medio bajo, y representando un 46%.

De igual manera, todos los niños estudiados de este centro, fueron niños que presentaron un alto índice de placa bacteriana, sin embargo, el índice de placa bacteriana no presentó significancia estadística relacionada con el nivel socioeconómico de estos.

Existe mayor experiencia de caries en la clase C- (medio bajo) con una media de 15.17 superficies cariadas tomando en consideración también la mancha blanca. El nivel socioeconómico y experiencia de caries, no presentó significancia estadística ($p=0.84$).

ABSTRACT

This is a descriptive cross-sectional study to determine the socioeconomic status of households in 150 children that are from 10 to 48 months old, from "Centro de Cuidado Infantil Perpetuo Socorro" from the city of Cuenca.

This study aimed to assess the socioeconomic status of the families of these children using the Stratification Survey from INEC. It began with the registration of the general data of the child and then by applying the survey a value was obtained corresponding to each of these categories to be classified.

Furthermore, according to the age group to which children belong, it was concluded that although this study group was relatively homogeneous, the socioeconomic level that prevailed was category C, being medium low, and representing 46 %.

Similarly, all children of this center studied were children who had a high rate of bacterial plaque, but the plaque index was not statistically significant related to the socioeconomic status of these.

It was concluded that there is greater caries experience in class C- (medium-low) with an average of 15.17 considering white spot surfaces per patient. Socioeconomic status and caries experience showed no statistical significance ($p=0.84$).

1. Introducción

La caries dental es una enfermedad multifactorial de naturaleza infecciosa que, afecta a una gran parte de la población, se caracteriza por la destrucción de los tejidos duros del diente, pudiendo llegar incluso a la pérdida del mismo. Al hablar de la Caries de la Temprana Infancia se puede mencionar que es una enfermedad crónica que afecta a los niños debido a diferentes causas como el uso inadecuado del biberón y una ingesta alta de azúcares.

En la actualidad se considera que la Caries de la Temprana Infancia CTI, está asociado también con los niveles socioeconómicos y educativos de los padres. Es por esto que existe escaso conocimiento de la importancia de la salud buco dental; dejando a un lado el cuidado de sus hijos y encargando esta responsabilidad a otros miembros de la familia como consecuencia del problema de la migración, lo que constituye un factor de riesgo importante en la aparición de CTI.

En nuestro país la investigación científica es escasa, por lo que no se ha generado evidencias científicas que determinen a la Caries de la Temprana Infancia como un problema de salud pública, y que esta patología esté relacionada con el nivel socioeconómico de las familias. Con el desarrollo de esta investigación se aspira determinar si el nivel socioeconómico de los niños se encuentra relacionado con: la caries de la temprana infancia, el promedio del índice de placa bacteriana, la edad y el género de los niños.

Justificación

La Caries de la Temprana Infancia (CTI) tiene una alta prevalencia en Latinoamérica, como mencionamos anteriormente en nuestro medio no existen estudios sobre este problema de salud pública; en vista de ello, propusimos este estudio de investigación que tuvo por objeto determinar y valorar el nivel socioeconómico y educativo del medio familiar en los niños de 10 - 48 meses de edad que concurren al “Centro de Cuidado Infantil Perpetuo Socorro”, al cual tienen acceso familias de recursos económicos bajos.

Estudios realizados en México (Díaz Cárdenas y Col. 2010), demuestran que la CTI está relacionada con la escolaridad incompleta del padre y un estudio realizado en Chile indica (Fernández y col. 2011) que la prevalencia de caries en la zona rural es del 91.9%, mientras que del área urbana es del 85%.

Si los resultados determinan que existe un nivel socioeconómico bajo, se hará énfasis en educar a la población mediante programas de promoción de salud, con un enfoque preventivo, para lograr una buena salud bucodental, aportando de esta manera con información para el buen vivir de la población afectada, beneficiando a los niños, madres, padres y docentes del plantel.

1.1 Marco Teórico

La caries es una enfermedad infecciosa y contagiosa que afecta no solo la salud de las personas, sino también su calidad de vida. En Chile el 62 a 85% de la población en edad escolar presenta caries (Fernández C, 2011).

Los principales agentes causales de esta patología son el *Streptococo mutans* y el *Lactobacilo*, el primero es el encargado de un desarrollo temprano de caries, colonizar superficies duras no descamativas y la primera ventana de infectividad que se da antes de los 19 y 31 meses de edad, mientras que el segundo es el encargado de la progresión de la lesión. Sin embargo, se habla de que estas dos bacterias pueden transportar azúcares y convertirlas en ácidos, además transportar polisacáridos intra y extracelulares y disminuir el pH de la cavidad bucal (Amit Arora, 2011).

El *Streptococo mutans* es un factor de riesgo dentro de CTI, es por eso que es importante el uso de fluoruros, ya que éstos son los encargados de interferir con el metabolismo de la bacteria, inhibiendo la glucosil transferasa, impidiendo la formación de polisacáridos extracelulares a partir de la glucosa; reduciendo la adhesión bacteriana. Además inhibe la formación de polisacáridos intracelulares al impedir el almacenamiento de carbohidratos, limitando el metabolismo bacteriano entre las comida (Nuñez, 2010).

La caries constituye un importante problema de salud pública por su alta prevalencia y tiene un fuerte impacto sobre el individuo, la familia y la comunidad.

Según (Wigen TI, 2009), la caries del esmalte constituye más de la mitad de la experiencia total de caries. En este estudio se demuestra que en poblaciones con baja incidencia de caries, muchos dientes y superficies nunca o muy pocas veces han tenido caries, y que las lesiones de caries dentinarias cuando existen, se dan solo en una superficie y estas se localizan sobretodo en molares.

“El cuidado dental es una de las necesidades más insatisfechas de salud de los niños en Estados Unidos, lo que hace que poblaciones desaventajadas tengan más riesgo de una pobre salud oral. Es recomendado que las madres visiten al odontólogo desde el inicio de su embarazo, para que de esta manera puedan prevenir la enfermedad de caries cuando su hijo nazca. Información de Estados Unidos indica que aproximadamente solo el 9% de niños de 3 a 4 años son llevados al Odontólogo.” (Savage 2004).

Niños asociados a comunidades étnicas minoritarias, y cuyas familias tiene relación con la migración, presentan una deficiente salud oral comparada con otros niños, existiendo investigaciones, que demuestran que los niños de Asia tienen más experiencia de CTI comparada con niños caucásicos (Parker.E, 2010).

Comunidades indígenas forman otro grupo socialmente desaventajado, presentando alta prevalencia de CTI. “En Escandinavia, existen estudios que determinan que los niños de familias inmigrantes tienen 3 veces más posibilidades de tener CTI comparado con los niños de familias no inmigrantes; estudios posteriores mostraron que existe un 18% de prevalencia de CTI en niños inmigrantes de 2 a 3 años” (W. Kim Seow, 2012).

Por otro lado, la saliva es un factor que ayuda a evitar la caries dental, ayuda gracias a su capacidad buffer, por la presencia de inmunoglobulinas y además es un reservorio de calcio y minerales (Amit.A,2011).

La caries dental es una enfermedad de alta prevalencia a nivel mundial, que afecta en un 60 y 90 % de la población escolar según la OMS (Higashida B, 2000).

Niños de edad temprana tienen más riesgo de desarrollar caries por el estreptococo mutans, aunque esto también se encuentra influenciado por varios factores como son la higiene oral; tipo de alimentación; flúor en la dieta; visita al odontólogo, nivel socioeconómico y etnia.

Los niños a esta edad son susceptibles a la infección por este microorganismo, el cual puede crecer y reproducirse debido a ciertas conductas como son los malos hábitos de higiene, frecuente ingesta de azúcares, niveles de estreptococo mutans de todas aquellas personas que se encuentran alrededor de los niños, los cuales son nocivos para el diente.

S.H.Ferreira (2007) concluyó que el mayor aumento en la prevalencia de caries se da entre el primero y segundo año de edad, indicando que programas de prevención y salud oral deben iniciarse desde el embarazo de la madre. Es por eso que las etapas iniciales de la caries se pueden prevenir o controlar por métodos relativamente simples y baratos de cuidado personal, involucrando atención a la nutrición, higiene oral y fluoruros.

Aproximadamente del 60-70 % de la enfermedad ocurre en el 20 % de los escolares (Ramírez Puerta y col, 2008), estos resultados indican que al ser la caries altamente activa en niños, lleva a la necesidad de identificar a

aquellos sujetos en riesgo de caries, así como los factores relacionados con esta enfermedad, con el propósito de prevenirla o controlarla.

Según Harris (2004) sugiere que un cepillado dental realizado solo una vez por día, la ausencia de intervención de los padres en el cepillado de los niños, el no cepillado antes de irse a dormir, y el no usar pastas con fluoruros son factores de riesgo principales para CTI. Pero, además de la ausencia del cepillado dental, se puede considerar como factor de riesgo el consumo de fluoruros, siendo más común en las áreas rurales.

Una revisión sistemática concluyó que la relación entre el consumo de azúcar y caries dental actualmente es menor que en la época previa al consumo de flúor. Sin embargo la restricción del consumo de azúcar tiene un rol importante en la prevención de caries, especialmente en niños con el esmalte inmaduro (Burt, 2001). Igualmente se considera más importante la frecuencia con la que se consume azúcar, antes que la cantidad total en la que se consume la misma.

La CTI Se encuentra relacionada con factores socioeconómicos bajos, del ambiente y educacionales, existiendo mayor prevalencia en las comunidades desprotegidas como los indígenas y grupos étnicos minoritarios (W. Kim Seow, 2012); ocasionando así ausentismo escolar, dolor dental y pérdida prematura de los dientes.

Aunque se ha observado una disminución del nivel de caries en las últimas décadas en algunos grupos poblacionales principalmente en los países desarrollados, en los países en vías de desarrollo esta disminución ha sido más discreta o menos rápida. Esta disminución en algunos grupos es atribuida al uso sistemático de fluoruros (Ramírez Puerta y col 2008).

La familia puede influir en el proceso de salud enfermedad de la caries, ya que los niños que presentaban caries dental viven en su mayoría en estrato socioeconómico bajo y sus familias reciben ingresos menores de un salario mínimo legal vigente. Es claro suponer que las familias con estas condiciones no dispondrían de medios o recursos suficientes para invertir en su salud oral (Díaz, 2010).

Las personas que residen en las áreas rurales generalmente presentan un nivel socioeconómico y educativo bajo, limitando a éstas el acceso a servicios de salud por lo que son más vulnerables a presentar caries dental. Padres con un nivel socioeconómico bajo, no toman conciencia acerca de la importancia de visitar al odontólogo, ya que éstos generalmente forman parte de comunidades socialmente desaventajadas, contrario a las familias con condiciones económicamente medio-alta, las cuales si tienen acceso a servicios de salud. También se ha demostrado que los problemas dentales de la población rural están asociados a la falta de acceso a servicios dentales de calidad (S. Días 2010).

La deficiente salud bucodental de niños pequeños en comunidades con un nivel socioeconómico bajo, va a repercutir en su salud general y en la salud de las siguientes generaciones, debido a que sus hábitos y costumbres serán enseñados directamente a éstas. “Con referencia a la CTI, así como el nivel socioeconómico bajo, estas se encuentran relacionadas con una salud maternal pobre, aumento de los riesgos de embarazo, niños prematuros, tasas más altas de enfermedades infantiles, mal nutrición y alteraciones en el desarrollo. Niños con un nivel socioeconómico bajo podrían estar en riesgo de presentar CTI, debido a la predisposición de presentar hipoplasia del esmalte” (W. Kim Seow, 2012).

Un niño al tener caries, es un niño en el cual además de la posible pérdida temprana de los dientes y mal oclusión, se presenta dolor en diferentes

intensidades que se pueden manifestar con llanto, alteraciones en la dieta, lo que puede llevar al niño a tener una desnutrición. Estos síntomas pueden interrumpir las actividades normales de un niño (Parker, 2010).

Factores presentes en las familias como la disfuncionalidad familiar y el tipo de estructura familiar, como el aumento en la actualidad de la familia monoparental, podrían incrementar el riesgo de presentar CTI y acentuar su severidad (Peres y col. 2003).

Un estudio realizado por S.H. Ferreira (2007) mostró que niños cuya madre tuvo una escolaridad menor de 4 años, tenían 67% más probabilidad de que sus hijos presentarán CTI comparado con los niños cuya madre había estudiado más de 8 años. Además se ha demostrado que las madres que tienen un nivel de educación más alto muestran mejores hábitos alimenticios y de higiene, y es probable que tengan una actitud más positiva hacia el cuidado de la salud. Concluyéndose así que existe una relación entre el nivel de educación maternal y la salud oral de los niños.

Por otro lado, es importante tomar en cuenta que cuando existen familias monoparentales, al tener menor ingreso económico, tienen dificultad de acceso a los servicios dentales, por lo cual hay mayor riesgo de caries dental, tanto de ellos como de sus niños (Peres y col. 2003).

En el estudio realizado por Navas (2002) se demostró que el 84% de los padres de preescolares, ubicados en niveles altos y medios de educación formal mostraba relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con las actitudes de los padres hacia la higiene bucal, lo cual pudiera suponer un mayor y mejor acceso a la información sobre salud bucal. Tal suposición deviene del hecho de que los padres con actitudes desfavorables tenían niveles bajos de educación.

Los factores socioeconómicos y educativos bajos del hogar ejercen un impacto negativo en la salud bucodental, en la calidad de vida de los escolares, lo que demuestra la importancia en la planificación de las intervenciones de promoción de la salud bucal en la población (Mariza Maltz 2001).

En las diferentes regiones de un país se considera importante conocer las necesidades en salud de los individuos antes de realizar cualquier tipo de intervención, orientándose inicialmente por los niveles de conocimientos que se tienen sobre la etiología y prevención de estas alteraciones, así como las prácticas diarias de higiene y la actitud frente a la misma, teniendo en cuenta que los programas de salud bucal se han desarrollado con métodos y contenidos muy generales sin tener en cuenta la información recolectada previamente, por lo que se hace indispensable intentar en un futuro la construcción de nuevas actitudes saludables en las familias de los niños menores de cinco años y en sus cuidadores, para que contribuyan a disminuir las enfermedades bucales desde la infancia (Martínez F, 2011).

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Determinar el nivel socioeconómico de los hogares de los niños de 10 - 48 meses de edad del "Centro de Cuidado Infantil Perpetuo Socorro" de la Ciudad de Cuenca.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Aplicar la encuesta de estratificación del nivel socioeconómico del INEC.
- Evaluar el nivel socioeconómico del hogar mediante la encuesta de estratificación del nivel socioeconómico del INEC.

2. Materiales y métodos

Tipo de estudio

Es un estudio descriptivo de corte transversal que se desarrolló desde mayo 2013 a mayo 2014, para determinar el nivel socioeconómico de los hogares de los niños de 10 a 48 meses de edad del “Centro de Cuidado Infantil Perpetuo Socorro” de la Ciudad de Cuenca, el cual forma parte de la investigación interdisciplinaria que se desarrolló sobre “CARIES DE LA TEMPRANA INFANCIA Y SUS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS” con la participación de los docentes y estudiantes de las Facultades de Odontología y Bioquímica.

Las variables en estudio fueron nivel socioeconómico, edad y género.

Cada una de las dimensiones tiene un valor de tal manera que un hogar que alcance la máxima puntuación en cada una de las dimensiones, la suma de los valores daría 1000 puntos. Cuadro No. 1

Sujetos de Observación

La población de estudio correspondió a todos los niños con un rango de edad 10 - 48 meses que se matricularon en el “Centro de Cuidado Infantil Perpetuo Socorro” durante el periodo 2013- 2014, el número fue de 150 niños. Es una muestra no probabilística propositiva.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Padres de los niños que pertenezcan al Centro de Cuidado Infantil de 10 a 48 meses de edad.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Padres de niños que no firmaron el consentimiento informado.
- 2.- Padres de niños bajo tratamiento odontológico.
- 3.- Padres de niños con historia médica de tratamiento prolongado de antibióticos.
4. Padres de niños con discapacidades.
5. Padres de niños con enfermedades sistémicas.

Consentimiento Informado

El proyecto y el Consentimiento fueron aprobados por el comité de Ética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca.

Previo a la realización del proyecto se obtuvo los consentimientos informados de los niños gracias a la Directora del centro y de los representantes de cada niño.

Procedimientos y técnicas

Previo a la realización de las encuestas, se hizo una prueba piloto en 20 padres de familia de los niños del “Centro Infantil del Buen Vivir Perpetuo Socorro”, para de esta forma estandarizar los criterios de las preguntas de la Encuesta de Estratificación del INEC.

Materiales: bolígrafo color azul, rojo, lápiz y encuestas.

Para realizar las encuestas se asistió regularmente al “Centro de Cuidado Infantil Perpetuo Socorro” a la hora de entrada y salida de los niños para poder de esta manera tener contacto con los padres y aplicar la encuesta.

Procedimientos

Las encuestas fueran realizadas siguiendo el orden cronológico de las preguntas de la encuesta establecida por el INEC. Para realizarlas cada uno de los tesisistas entrevistamos a los padres individualmente, obteniendo así información sobre: características de la vivienda, acceso a tecnología, posesión de bienes, hábitos de consumo, nivel de educación y actividad económica del hogar. *

Definición del índice de nivel socioeconómico El índice de nivel socioeconómico es un valor que se encuentra entre 0 y 1000 puntos, se define en base a seis dimensiones. Cuadro No.1

Cuadro No.1

Dimensiones	
<u>Dimensiones</u>	<u>Puntaje</u>
Características de la vivienda	236
Nivel de Educación	171
Actividad económica del hogar	170
Posesión de bienes	163
Acceso a tecnología	161
Hábitos de consumo	99
Total del puntaje	1000

Fuente: www.inec.gob.ec
Realizado por: María Belén Ugalde, Alan Plaza

*Anexos: Encuesta de Estratificación del INEC

Indicadores

Grupo socioeconómico A (alto): de 845.1 a 1000 puntos.

Grupo socioeconómico B (medio alto): de 696.1 a 845 puntos.

Grupo socioeconómico C+ (medio típico): de 535.1 a 696 puntos.

Grupo socioeconómico C- (medio bajo): de 316.1 a 535 puntos.

Grupo socioeconómico D (bajo): de 0 a 316 puntos.

El puntaje se obtuvo mediante la suma de los valores asignados a cada respuesta de la encuesta.

A los niños del centro se les realizó profilaxis y aplicación de flúor (fluorgel), para lo cual se utilizó los siguientes elementos: guantes, mascarilla, gorro, algodones preformados, cepillos dentales, dentífrico para niños. Se aplicó el flúorgel en las piezas dentales mediante algodones, embebidos en esta sustancia.

Análisis estadístico

El procesamiento y análisis de la información se efectuó mediante el programa SPSS 21 y se aplicó la estadística descriptiva para establecer las características generales de la población; se calculó el porcentaje de los diferentes niveles socioeconómicos de los niños, así como también el nivel socioeconómico de acuerdo a la edad y al género. Se utilizó medidas de tendencia central, para evaluar el nivel socioeconómico (promedio y desviación estándar).

Se han utilizado los resultados de los estudios de *“Caries de la Temprana Infancia en niños de 10 a 48 meses de edad que concurren al Centro de Cuidado Infantil Perpetuo Socorro”* (León R., Montesinos G., Novillo V., Sempértgui M. 2014, datos no publicados) y de *“Prevalencia de placa*

bacteriana y prácticas de higiene oral en niños de 10 a 48 meses de edad que concurren al Centro Infantil del Buen Vivir Perpetuo Socorro” (Palacios C., Piedra C., Rodas A, Rodríguez T. 2014, datos no publicados), para obtener los promedios de la experiencia de caries por superficie (ceos) y de la placa bacteriana según el I. de Loe Silness, y se les relacionó con el nivel socioeconómico mediante la (prueba ANOVA).

Esta investigación forma parte del estudio Interdisciplinario sobre “La Prevalencia de Caries de la Temprana Infancia y factores de riesgo asociados en niños menores de cuatro años que concurren al “Centro Infantil del Buen Vivir Perpetuo Socorro” que se desarrolló con la participación de las Facultades de Odontología y Bioquímica; por lo cual los resultados que se obtengan con la finalización de todas las investigaciones, se analizarán mediante la elaboración de modelos multivariados y de regresión logística.

3. Resultados

Se examinaron 150 niños, la edad mínima fue de 10 meses y la máxima de 48 meses. Con una media de 31.31 y la moda de 28. Cuadro No 2

En lo referente a la distribución de los niños según el grupo de edad en meses se observó que en el grupo de 10-22 meses de edad existen 35 niños que representa el 23.3%, en el grupo de 23 a 35 meses de edad existen 60 niños que representa el 40% y por último el grupo de 36 a 48 meses de edad que representa el 36.7%. Cuadro No 3

Cuadro No 2

CLASIFICACION DE LOS 150 NIÑOS SEGÚN LA EDAD EN MESES DEL CENTRO INFANTIL DEL BUEN VIVIR PERPETUO SOCORRO

Cuenca- Ecuador. 2013-2014

NUMERO	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	D.E.	MEDIANA	MODA
150	11	48	31.31	10.36	30.70	28

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: Maria Belén Ugalde, Alan Plaza

Al categorizar los niños de acuerdo a dos grupos de edad en años los resultados fueron: en el grupo ≤ 3 años existieron 95 niños, que representa el 63.3%, en el grupo > 3 años existieron 55 niños que representa el 36.7%. Cuadro No.4

Cuadro No 3

DISTRIBUCIÓN DE LOS 150 NIÑOS DEL CENTRO DEL BUEN VIVIR PERPETUO SOCORRO SEGÚN GRUPOS DE EDAD EN MESES

Cuenca- Ecuador. 2013-2014

GRUPOS DE EDAD-MESES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
10-22	35	23.3
23-35	60	40.0
36-48	55	36.7
Total	150	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: María Belén Ugalde, Alan Plaza

Cuadro No. 4

DISTRIBUCIÓN DE LOS 150 NIÑOS DEL CENTRO DEL BUEN VIVIR
PERPETUO SOCORRO SEGÚN GRUPOS DE EDAD EN AÑOS

Cuenca, Ecuador. 2013-2014

GRUPOS DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<3años	95	63.3%
=> 3 años	55	36.7%
Total	150	100.0%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: María Belén Ugalde, Alan Plaza

De acuerdo a la distribución de los niños por género, se observó que los escolares fueron 83 (55.3%) hombres y 67 (44.7%) mujeres.

Con respecto a la clasificación de los niños de acuerdo al nivel socioeconómico se determinó la siguiente distribución: B (medio alto) que representa el 6.7%, C+ (medio típico) que representa el 25.3%, C- (medio bajo) que representa el 46% siendo esta la categoría predominante y por ultimo D (bajo) que representa el 22%. No existió ninguna familia que pertenezca a la categoría A (alta). Cuadro No.5

Cuadro No.5

NIVEL SOCIOECONOMICO DE LAS FAMILIAS DE LOS NINOS DEL "CENTRO INFANTIL DEL BUEN VIVIR PERPETUO SOCORRO"

Cuenca, Ecuador 2013-2014

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	B	10	6,7
	C+	38	25,3
	C-	69	46,0
	D	33	22,0
	Total	150	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos
Realizado por: María Belén Ugalde, Alan Plaza

Al relacionar el nivel socioeconómico con el índice de placa se obtuvo que: en la categoría B la media del índice de placa fue de 1,6, en la categoría C+ fue de 1.5, en la categoría C- fue de 1.6 y en la categoría D de 1.6. Por lo tanto, podemos concluir que en todas las categorías hay un alto índice de placa, significando un alto riesgo. Cuadro No.6

La relación entre nivel socioeconómico y el índice de placa bacteriana, no presenta diferencia estadísticamente significativa, $p=0,79$. Cuadro No 7.

En lo referente a la relación del nivel socioeconómico con la experiencia de caries (ceos) tomando en consideración MB activa, se observó que: en la categoría B la media de superficies cariadas es de 12,2, en la C+ es de 13,4, en la C- de 15,1 y en la categoría D de 14,3. Por lo tanto, podemos

concluir que en todas las categorías hay una alta experiencia de caries.
Cuadro No.8

Cuadro No.6

**NIVEL SOCIOECONOMICO RELACIONADO CON EL INDICE DE PLACA DE
LOS NIÑOS DEL “CENTRO INFANTIL DEL BUEN VIVIR PERPETUO
SOCORRO”**

Cuenca, Ecuador
2013-2014

Índice de placa

Nivel Socioeconómico	Media	N	Desviación estándar
B	1,6220	10	,36938
C+	1,5634	38	,38039
C-	1,6059	69	,34458
D	1,6594	33	,37239
Total	1,6080	150	,35951

Fuente: Formulario de recolección de datos
Realizado por: María Belén Ugalde, Alan Plaza

Cuadro No. 7

**NIVEL SOCIOECONOMICO RELACIONADO CON EL INDICE DE PLACA DE
LOS NIÑOS DEL “CENTRO INFANTIL DEL BUEN VIVIR PERPETUO
SOCORRO”**

Cuenca, Ecuador
2013-2014

Tabla de ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Índice de placa * Nivel Socioeconómico	Entre grupos (Combinado)	,165	3	,055	,420	,739
	Dentro de grupos	19,093	146	,131		
	Total	19,258	149			

Fuente: Formulario de recolección de datos
Realizado por: María Belén Ugalde, Alan Plaza

Cuadro No.8

Promedio de experiencia de caries con mancha blanca por superficie dentaria de acuerdo al Nivel Socioeconomico

Nivel Socioeconómico	Media	N	Desviación estándar
B	12,20	10	8,804
C+	13,47	38	12,810
C-	15,17	69	12,788
D	14,39	33	10,541
Total	14,37	150	12,031

Fuente: Formulario de recolección de datos
Realizado por: María Belén Ugalde, Alan Plaza

Cuadro No. 9

Tabla de ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Superficies Cariadas con Mancha Blanca * Nivel Socioeconómico	Entre grupos (Combinado)	122,228	3	40,743	,277	,842
	Dentro de grupos	21444,866	146	146,883		
	Total	21567,093	149			

Fuente: Formulario de recolección de datos
Realizado por: María Belén Ugalde, Alan Plaza

La relación entre nivel socioeconómico y experiencia de caries, no presenta diferencia estadísticamente significativa, $p= 0.84$. Cuadro No. 9

4. Discusión

Se considera como nivel socioeconómico a aquellas condiciones económicas, sociales y culturales en las que se encuentra un individuo promedio de una nación o un grupo de terminado de la misma. (Montero, 2011). Ciertos factores socioeconómicos y sociodemográficos han sido asociados a la higiene o nivel de limpieza bucal, y éstas a su vez han sido relacionadas con el estado de salud bucal. En este sentido se ha observado que los niños más pobres reciben significativamente menos instrucciones de higiene bucal por parte del dentista que sus contrapartes más prósperas, y además tienen, por lo general, mayores necesidades insatisfechas de salud bucal (Medina, 2006).

Según la OMS las enfermedades orales en niños y adultos es más alta entre los grupos pobres y desfavorecidos. En relación a los aspectos epidemiológicos, la CTI constituye un serio problema de salud pública, siendo más prevalente en países en vías de desarrollo como el nuestro y comunidades desprotegidas de países desarrollados como son poblaciones de inmigrantes, minorías étnicas o zonas rurales en donde la prevalencia alcanza hasta un 90% (Zaror, 2011).

En el presente estudio se pudo determinar que el grupo socioeconómico predominante entre las categorías establecidas por la Encuesta de Estratificación del INEC fue C- (medio bajo). No existió significancia estadística en la relación del nivel socioeconómico con la experiencia de caries y con el promedio del Índice de placa bacteriana a diferencia de un estudio realizado en México en el cual se determinó que el promedio de dientes afectados por caries de la temprana infancia fue mayor entre los infantes cuando el padre tenía estudios técnicos o universitarios, comparados con aquellos que tenían estudios de primaria completa (Montero, 2011). A diferencia de un estudio realizado por Medina en el cual se menciona que a mayor escolaridad, menor severidad de caries.

Existen publicaciones recientes, que señalan la importancia que tiene el nivel socioeconómico (medido a través de la ocupación, el área geográfica de residencia, el salario familiar, etc.) en relación a la incidencia de caries dental, estudios en Norteamérica encuentran diferencias significativas en la prevalencia de caries tanto en dientes temporales como en permanentes (Nieto, 2001).

Estudios demuestran que los niños que pertenecen a familias de escasos recursos económicos o niños de familias inmigrantes son niños que tienen un alto riesgo de tener caries de la temprana infancia (CTI), estudios posteriores mostraron que existe un 18% de prevalencia de CTI en niños inmigrantes de 2 a 3 años” (W. Kim Seow, 2012).

En este estudio no hay diferencia estadísticamente significativa porque todos los niños de este Centro tienen promedios de placa bacteriana y experiencia de Caries de la Temprana Infancia altos en relación a lo recomendado por la OMS; así en la categoría B la media del índice de placa fue de 1,6, en la categoría C+ fue de 1.5, en la categoría C- fue de 1.6 y en la categoría D de 1.6.

En cuanto a la relación del nivel socioeconómico con la experiencia de caries (ceos), considerando MB activa dentro del componente “c”, se observó que: la categoría B tiene una media de superficies cariadas de 12,2, en la categoría C+ de 13,4, la media sube a 15,1 en la categoría C- y en la categoría D de 14,3.

Por lo tanto, en todos los niños independientemente de la categoría socioeconómica a la que pertenecen, tienen promedios altos de placa bacteriana y de experiencia de caries, constituyendo una población con alto riesgo.

5. CONCLUSIONES

Del total del grupo de estudio, el nivel socioeconómico predominante fue C- (medio bajo), representado en 46%.

No existe diferencia estadísticamente significativa entre las categorías socioeconómicas debido a que la población es homogénea.

En todos los niños existe un promedio alto de superficies con caries y con mancha blanca activa (14.3) de igual manera sucede con el promedio de índice de placa (1.60) y no existe diferencia estadísticamente significativa entre los diferentes grupos de niños y los promedios obtenidos.

Recomendaciones

Desarrollar programas de promoción de salud bucodental en sus diferentes niveles, dirigidos a los padres de familia o representantes de los niños y a los docentes de estos centros de cuidado infantil.

BIBLIOGRAFIA

-Peres, MA., Peres, KG., Antunes, JL., Junqueira, SR., Frazão, PN., Paulo, C. The association between socioeconomic development at the town level and the distribution of dental caries in Brazilian children. Rev PanamSaludPublica [serial on the Internet]. 2003 Sep [cited 2013 Feb 19] ; 14(3): 149-157. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892003000800001&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892003000800001>.

-Díaz, S., González, F., Prevalencia de caries dental y factores familiares en niños escolares de Cartagena de Indias, Colombia. Rev. salud pública [serial on the Internet]. 2010 Oct [cited 2013 Feb 19] ; 12(5): 843-851. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000500014&lng=en.

-Ramírez, S., Escobar, G., Franco, AM., Martínez, MC., Gómez, L. Caries de la infancia temprana en niños de uno a cinco años. Medellín, Colombia, 2008. Rev FacOdontolUnivAntioq [serial on the Internet]. 2011 June [cited 2013 Feb 19] ; 22(2): 164-172. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X2011000100004&lng=en.

- Navas P Rita, Rojas de Morales Thais, Zambrano Olga, Álvarez Carmen Julia, Santana Yrma, Viera Ninoska. Salud bucal en preescolares: su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres. INCI [revista en la Internet]. 2002 Nov [citado 2014 Jun 29] ; 27(11): 631-634. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-18442002001100009&lng=es.

-Fernández, C., Núñez, F., Díaz, N. Determinantes de salud oral en población de 12 años. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2013 Feb 19] ; 4(3): 117-121. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072011000300007&lng=es. doi: 10.4067/S0719-01072011000300007.

-Maltz, M., Barbachan, B. Relação entre cárie, gengivite e fluorose e níveis socioeconômico em escolares. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2001, vol.35, n.2 [cited 2013-02-19], pp. 170-176 . Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000200011&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102001000200011>.

-Segovia, A., Estrella, R., Medina, C., Maupomé, G. Severidad de caries y factores asociados en preescolares de 3-6 años de edad en Campeche, México. *Rev. salud pública* [serial on the Internet]. 2005 Mar [cited 2013 Feb 19] ; 7(1): 56-69. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642005000100005&lng=en.

- Grissel, MR., Beche, E., Sosa, I., Parejo, D., Morales, L. Gingivitis crónica y la higiene bucal en adolescentes de la secundaria básica “Raúl Gonzales Diego”. *Revista Habanera de ciencias medicas* 2012: 11(4) 484-495 [cited 2013 Mar 26]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/rhab/vol_11_4_12/rhcm08412.htm

- Wigen , TI., Wang, NJ. Caries and background factors in Norwegian and immigrant 5-year-old children. *Community Dental Oral Epidemiol* 2010; 38:19-28. 2009 Jhon Wiley & Son A/S [cited 2013 Mar 26] . Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19845710>

- Amit, A., Eli S., Anthony, S., Risk factors for early childhood caries in disadvantaged populations. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry* (2011), 2, 223–228, 2011.

-Harris, R., Nicoll, AD., Adair PM et al. Risk factors for dental caries in young children: A systematic review of the literature. Community dent health 2004; 21: 71-85.

-American Association of Pediatric Dentistry. Policy on breast- feeding. Pediatr Dent 2003; 25:111.

-Savage MF. Early preventive dental visits: effects on subsequent utilization and cost. Pediatr 2004; 114: e418-23.

-Montero, D., López, P., Castrejón, R., Prevalencia de caries de la infancia temprana y nivel socioeconómico familiar. Revista Odontológica Mexicana 2011; Vol 15:96-102, 2011.

-Medina-Solís Carlo Eduardo, Segovia-Villanueva América, Estrella-Rodríguez Ramón, Maupomé Gerardo, Ávila-Burgos Leticia, Pérez-Nuñez Ricardo. Asociación del nivel socioeconómico con la higiene bucal en preescolares bajo el programa de odontología preventiva del IMSS en Campeche. Gac. Méd. Méx [revista en la Internet]. 2006 Oct [citado 2014 Mayo 27] ; 142(5): 363-368. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132006000500001&lng=es.

-Zaror Sánchez Carlos, Pineda Toledo Patricia, Orellana Cáceres Juan José. Prevalencia de Caries Temprana de la Infancia y sus Factores Asociados en Niños Chilenos de 2 y 4 Años. Int. J. Odontostomat. [revista en la Internet]. 2011 Ago [citado 2014 Mayo 27] ; 5(2): 171-177. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2011000200010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2011000200010>.

-Medina-Solís Cario Eduardo, Maupomé Gerardo, Pelcastre-Villafuerte Blanca, Avila-Burgos Leticia, Vallejos-Sánchez Ana Alicia, Casanova-Rosado Alejandro José. Desigualdades socioeconómicas en salud bucal: caries dental en niños de seis a 12 años de edad. Rev. invest. clín. [revista en la Internet]. 2006 Ago [citado 2014 Mayo 27] ; 58(4): 296-304. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762006000400005&lng=es

-Núñez Daniel Pedro, García Bacallao Lourdes. Bioquímica de la caries dental. Rev haban cienc méd [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2014 Jul 12] ; 9(2): 156-166. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2010000200004&lng=es.

- W. Kim Seow. Environmental, maternal, and child factors which contribute to early childhood caries: a unifying conceptual model. International Journal of Peadiatric Dentistry. 2012; 22: 157-168.
- Víctor Miguel Nieto García, María Adoración Nieto García, Juan Ramón Lacalle Remigio, Laila Abdel-Kader Martín. SALUD ORAL DE LOS ESCOLARES DE CEUTA. INFLUENCIAS DE LA EDAD, EL GÉNERO, LA ETNIA Y EL NIVEL SOCIOECONÓMICO. Rev Esp Salud Pública 2001; 75: 541-550.