

Licenciatura en Nutrición
Trabajo Final Integrador

Autora: Mariana Gisele Baldo

**NIVEL SOCIOECONÓMICO, CONOCIMIENTO DE LOS
PADRES DE HIGIENE BUCAL Y CONSUMO DE
ALIMENTOS CARIOGÉNICOS ASOCIADO AL ÍNDICE DE
MASA CORPORAL DE NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS DE TRES
COLEGIOS DE BUENOS AIRES EN EL AÑO 2021. DISEÑO
OBSERVACIONAL, DESCRIPTIVO, TRANSVERSAL.**

2021

Tutora: Lic. Carla Carrazana

Citar como: Baldo MG. Nivel socioeconómico, conocimiento de los padres de higiene bucal y consumo de alimentos cariogénicos asociado al índice de masa corporal de niños de 3 a 5 años de tres colegios de Buenos Aires en el año 2021. Diseño Observacional, descriptivo, transversal. [Trabajo Final de Grado]. Universidad ISALUD, Buenos Aires; 2021.

<http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/handle/123456789/704>



Nivel socioeconómico, conocimiento de los padres de la Higiene bucal de los padres y consumo de alimentos cariogénicos asociado al índice de masa corporal de niños de 3 a 5 años de tres colegios de Buenos Aires en el año 2021= Diseño Observacional, Descriptivo, Transversal.

Resumen:

Introducción: La caries dental es un problema de salud pública por ser la patología bucal de mayor prevalencia y afecta al 90% de los niños causando ausentismo escolar, incidiendo en la masticación, la deglución, la digestión y la fonación, disminuyendo la capacidad funcional y a la calidad de vida. La salud bucal obedece a múltiples causas: lo socioeconómico, la higiene bucal y los alimentos. La ingesta de azúcares libres han aumentado los factores de riesgo para las enfermedades bucodentales y la obesidad a temprana edad.

Objetivo General: Determinar la asociación entre el Nivel socioeconómico, el conocimiento de la Higiene bucal de los padres y del consumo de alimentos cariogénicos asociado con el índice de masa corporal de niños de 3 a 5 años de los Colegios JIN A N° 8 DE 9 “Armenio Argentino” de CABA, Balmoral de Banfield y la Escuela EP N° 4 de Avellaneda, Provincia de Buenos Aires en el año 2021.

Metodología: Diseño observacional, descriptivo, transversal. Muestra probabilística aleatoria simple de niños entre los 3 y 5 años de edad. Tamaño muestral 100 individuos. Se excluyeron, TCA, o con algún tratamiento que modifique la alimentación saludable. Se indagó el Nivel Socioeconómico (NSE), los conocimientos de los padres de Higiene Bucal, el Riesgo Cariogénico de los niños y el Estado Nutricional (peso y talla por autoreporte). Se utilizó SPSS versión 21 para confirmar normalidad y test estadísticos Correlación U de Mann Whitney y X².

Resultados: Muestra de 100 niños, predominio masculino 63%, media de edad $3,96 \pm 0,81$ años y de Puntaje Z $0,76 \pm 1,76$. El exceso de peso fue de 36%. El Nivel Socioeconómico tuvo una mediana 3 y Rq 4, el 20% de los niños pertenecían a los niveles más bajos. El 92% de los padres tenían Conocimiento de Higiene bucal Muy Bueno y Bueno. El 94% de los niños tenía Riesgo Moderado/Alto.

Conclusión: No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el Nivel Socioeconómico y las variables Conocimiento de Higiene Bucal de los padres, Riesgo Cariogénico de los niños y su Estado Nutricional. La Clase Media fue la que más alto porcentaje presentó de Sobrepeso y Obesidad.

Palabras Clave: Caries dental, Higiene Bucal, Estado Nutricional, Niños.

Agradecimientos:

A mi tutora de TFI Carla Carrazana por brindarme sus conocimientos y herramientas para que esto sea posible.

Dedicatoria:

Se lo dedico a mi familia, amigas y compañeras de la Universidad que me acompañaron en este proceso.

INDICE

I - INTRODUCCIÓN	1
1.1 Tema:	1
1.2 Subtema:	1
1.3 Desarrollo de Introducción	1
1.4 Problema:	4
1.5 Objetivo general:.....	4
1.6 Hipótesis:	4
1.7 Viabilidad:	5
II - MARCO TEORICO	6
2.1 ESTADO DEL ARTE	17
III - MATERIALES Y METODOS	22
3.1. Enfoque	22
3.2 Alcance	22
3.3 Diseño de investigación	22
3.4. Unidad de análisis	23
3.5. Criterios de selección:.....	23
3.6. Población	24
3.7. Tipo de muestra	24
3.8. Tamaño de muestra	25
3.10 Variables	25
3.11 Recolección de datos	42
3. 12 Prueba Piloto.....	46
3.13 Organigrama de trabajo.....	46
3.14 Aspectos Éticos.....	48
3.15 Análisis estadístico	48
IV - RESULTADOS.....	50
4.1 Resultados	50
4.2. Características sociodemográficas de la muestra.....	51
4.3. Estado nutricional	51
4.4. Nivel Socioeconómico	53

4.5 Conocimiento de Higiene Bucal	56
4.6 Riesgo Cariogénico.....	60
4.7 Asociación de variables	62
V - DISCUSIÓN.....	65
VI - CONCLUSIÓN.....	68
VII - BIBLIOGRAFIA	69
VIII - ANEXOS.....	77
Anexo I Consentimiento informado	77
Anexo II Aspectos Éticos.	78
Anexo III Encuesta	79
Anexo IV Cuestionario Salud bucal	81
Anexo V Frecuencia de consumo	88
Anexo VI Cuestionario Nivel Socioeconómico.....	90

I - INTRODUCCIÓN

1.1 Tema: Salud Dental.

1.2 Subtema: Nivel Socioeconómico, Conocimientos sobre Higiene Bucal, Consumo de Alimentos Cariogénicos e índice de Masa Corporal.

Título: Nivel socioeconómico, conocimiento de los padres de la Higiene bucal de los padres y consumo de alimentos cariogénicos asociado al índice de masa corporal de niños de 3 a 5 años de tres colegios de Buenos Aires en el año 2021= Diseño Observacional, descriptivo, transversal.

1.3 Desarrollo de Introducción

Se estima que las enfermedades bucodentales afectan a casi 3500 millones de personas y que según el Global Burden of Disease Study 2017 (Estudio Mundial de Morbilidad) la caries dental sin tratar en dientes permanentes es el trastorno de salud más frecuente (1).

La caries dental es un problema de salud pública por ser la patología bucal de mayor prevalencia y que afecta aproximadamente al 90% de los niños en edad escolar (5-12 años) e incluso es causa de aumento del ausentismo escolar (2), incidiendo en la masticación, la deglución, la digestión y la fonación del individuo, disminuyendo la capacidad funcional y a la calidad de vida (3).

La salud oral asegura un estado nutricional adecuado y éste a su vez juega un papel similar en el estado de salud oral. Tanto la dieta como la nutrición dental son cruciales en la caries infantil. (4).

En este contexto, la mayoría de los trastornos de salud bucodental son prevenibles en gran medida y pueden tratarse en sus etapas iniciales (3). Sin embargo, debe producirse un cambio de paradigma del tratamiento invasivo (modelo quirúrgico) a la prevención (5).

Dentro de las medidas preventivas la higiene dental implica prácticas que permitirán la recuperación y / o conservación de las condiciones bucales saludables, prevenir enfermedades en las encías y evitará a la caries dental (6).

Según Barrancos, los niños tienen que empezar a cepillarse los dientes a partir de los tres años, siendo la ayuda e indicaciones diarias de sus padres durante mucho tiempo, un factor crucial para fijar estos

hábitos que más tarde serán definitivos para su salud oral (6). Actualmente, no sólo es importante conocer los indicadores clínicos bucales de los niños, sino también saber el nivel de conocimientos que tienen sobre la etiología y prevención, así como las prácticas diarias de higiene y la actitud frente a la misma (7).

Entre los factores que contribuyen a las enfermedades bucodentales cabe citar las dietas malsanas ricas en azúcar, la obesidad, el consumo de tabaco y el consumo de alcohol (1). Los hidratos de carbono (específicamente la sacarosa) están contenidos en una gran variedad de alimentos consumidos diariamente por los niños en etapa de educación inicial, los cuales poseen gran potencial cariogénico debido a la consistencia física del alimento, la cantidad, la frecuencia y el momento de consumo (2).

Se ha determinado una clara relación entre los hábitos alimentarios inadecuados y la salud oral, sobre todo en los países en vías de desarrollo, en los que las condiciones de desnutrición son comunes, pero también en las poblaciones de bajos recursos económicos (3).

En Argentina los adultos con secundario incompleto evidencian mayor consumo de bebidas azucaradas al menos una vez al día (43,4%) respecto de aquellos con mayor nivel educativo (29,5%). También un mayor consumo de alimentos cariogénicos y bebidas azucaradas entre la población con cobertura pública exclusiva de salud (44,7%) respecto de quienes tienen obra social y prepaga (30,7%). En los tres primeros quintiles de ingresos del hogar se observa un mayor porcentaje de consumo de bebidas artificiales con azúcar, que entre los dos últimos. A su vez, en los dos quintiles más bajos (46,9% y 45,5% respectivamente) los valores registrados por la ENNyS superan al total nacional (8).

Estos cambios de estilos de vida moderno relacionados a la alimentación, en especial al aumento en la ingesta de azúcares libres, carbohidratos y ultra procesados, han aumentado los factores de riesgo tanto para la aparición de enfermedades bucodentales como para la aparición de obesidad desde temprana edad (9).

Según la ENNyS la proporción de sobrepeso y obesidad en la población de 5 a 17 años es del 20,7% y 20,4% respectivamente (8).

El Departamento de Educación para la Salud de la Federación Odontológica (DES-FOPBA) manifiesta que existe desconocimiento de los padres acerca de la importancia de la consulta odontológica dentro del primer año, sobre los cuidados alimentarios y la higiene bucal diaria; una escasa demanda de atención en niños menores de 3 años; con una prevalencia de caries dental del 85% (niños de entre 3 y 6 años). Gran parte de la población tiene poca exposición a los fluoruros por no emplear pastas fluoradas en el cepillado diario (10).

El estudio epidemiológico realizado por la Comisión Nacional de Prevención de la Confederación Odontológica de la República Argentina (CNP-CORA), evidencia una experiencia de caries del 46,77 % a los 4 años de edad y de 71,65 % a los 5 años. La alta prevalencia de caries en edades tempranas podría deberse a la ausencia de medidas de prevención y educación para la salud, que exige esta patología bucal, destacando el 45,7% de los niños de entre 5 y 14 años no tiene acceso a cobertura privada (10).

La prevalencia de caries dental varía según el grupo de población y el nivel socioeconómico (10).

El tratamiento de los trastornos de salud bucodental es caro y por lo general no forma parte de la cobertura sanitaria universal (CSU). En la mayoría de los países de ingresos altos, el tratamiento odontológico representa el 5% del gasto total en salud y, el 20% de los gastos directos de los pacientes; por lo cual la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos no puede prestar servicios de prevención y tratamiento de los trastornos de salud bucodental (3).

La salud bucal de la población infantil y su evolución obedece a múltiples causas. Desde el punto de vista nutricional resulta necesario implementar medidas preventivas higiénico dietéticas que tengan impacto en la población infantil y que puedan disminuir el Riesgo Cariogénico (10).

El objetivo de la presente investigación es evaluar el Nivel socioeconómico, como condicionante del conocimiento de los padres de la Higiene bucal y del consumo de alimentos cariogénicos, asociado con índice de masa corporal de niños de 3 a 5 años de los Colegios JIN A N° 8 DE 9 de CABA, del Colegio Balmoral, Banfield y la Escuela EP N° 4 de Avellaneda, Provincia de Buenos Aires en el año 2021.

1.4 Problema:

¿Cómo se asocia al Nivel socioeconómico el conocimiento sobre la Higiene bucal de los padres y sobre el consumo de alimentos cariogénicos asociado con el índice de masa corporal de niños de 3 a 5 años de los Colegios JIN A N° 8 DE 9 de CABA, Balmoral de Banfield y la Escuela EP N° 4 de Avellaneda, ¿Provincia de Buenos Aires en el año 2021?

1.5 Objetivo general:

Determinar la asociación entre el Nivel socioeconómico, el conocimiento de la Higiene bucal de los padres y del consumo de alimentos cariogénicos asociado con el índice de masa corporal de niños de 3 a 5 años de los Colegios JIN A N° 8 DE 9 “Armenio Argentino” de CABA, Balmoral de Banfield y la Escuela EP N° 4 de Avellaneda, Provincia de Buenos Aires en el año 2021.

1.5.1 Objetivos Específicos:

Determinar el nivel de estudios máximo alcanzado y actividad laboral actual por el principal aportante del hogar de los niños encuestados.

Indagar el acceso al sistema de salud del hogar de los niños encuestados.

Evaluar los conocimientos de Caries dental, prevención de enfermedades bucales, alimentación preventiva de caries e higiene bucal por parte de los padres de los niños encuestados.

Medir la frecuencia de consumo de alimentos Cariogénicos de los niños encuestados.

Valorar el Estado Nutricional a través del índice de Masa Corporal de los niños encuestados.

1.6 Hipótesis:

Los niños de los Niveles socioeconómicos (D1/Quintil 4, o D2E/Quintil 5) tienen mayor Riesgo Cariogénicos y sus padres conocimientos regulares o malos sobre Higiene bucal en comparación de los niveles más altos (ABC1/Quintil 1 o C2/Quintil 2) en niños de 3 a 5 años de los Colegios JIN A

N° 8 DE 9 “Armenio Argentino” de CABA, Balmoral, Banfield y la Escuela EP N° 4 de Avellaneda, Provincia de Buenos Aires en el año 2021.

Los padres de los Niveles Socioeconómicos más bajos (D1/Quintil 4, o D2E/Quintil 5) tienen hijos con un puntaje Z de IMC para la edad más elevado que aquellos padres con niveles NSE más altos (ABC1/Quintil 1, o C2/Quintil 2), de los niños de 3 a 5 años de los Colegios JIN A N° 8 DE 9 “Armenio Argentino” de CABA, Balmoral de Banfield y la Escuela EP N° 4 de Avellaneda, Provincia de Buenos Aires en el año 2021.

1.7 Viabilidad:

La viabilidad de la investigación fue posible debido a que se dispuso de todos los recursos necesarios para llevarla a cabo. Su realización fue autorizada por las Directoras: Paola del Rey del JIN A N° 8 DE 9 “Armenio Argentino” de CABA, Gabriela Zabala del Colegio Balmoral de Banfield y la Directora de la Escuela EP N° 4 de Avellaneda.

Se pidió el consentimiento firmado de los padres para que los niños que conforman la muestra sean pesados, medidos y respondan las encuestas. Así mismo se pidió autorización a los directivos para realizar el estudio, ambos se encuentran adjuntados en los Anexos.

II - MARCO TEORICO

2.1 Infancia/ edad preescolar

La edad preescolar es la principal aportadora de morbilidad y mortalidad durante la niñez, después de la lactancia, y en ella se estructura el desarrollo de la personalidad y se producen acontecimientos físicos y de formación de hábitos que influyen en la calidad de vida a lo largo de la existencia. Esta etapa posee particular significación, por el fomento y regulación de disímiles mecanismos fisiológicos que influyen en aspectos físicos, psicológicos y sociales, destacándose el papel de la familia (11).

Existe un consenso respecto a la fecha de inicio, que se ubica en los dos años, así como a la conclusión alrededor de los 5 años, aunque con fines estadísticos, se define la población preescolar de 1 a 4 años (11).

Distintas organizaciones han referido su preocupación con respecto a la ausencia de Salud bucal y la aparición de caries dental, debido a que afecta aproximadamente al 90% de los niños en edad escolar (5-12 años) e incluso es causa de aumento del ausentismo escolar (2), incidiendo en la masticación, la deglución, la digestión y la fonación del individuo, disminuyendo de la capacidad funcional y a la calidad de vida (3).

2.1.1 Estado de Salud Bucal

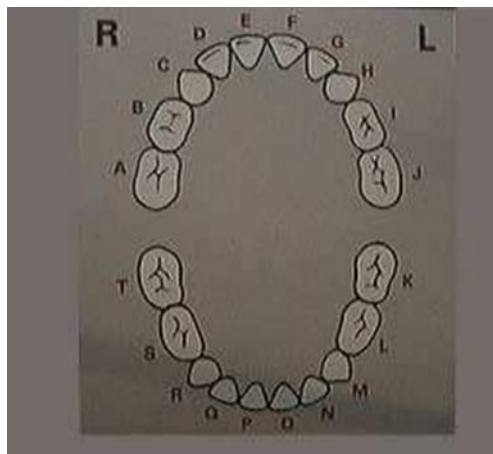
La salud bucodental según la OMS (Organización Mundial de la Salud) puede definirse como “la ausencia de dolor oro facial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental, pérdida de diente y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal” (1).

En niños de edad preescolar se observa la baja adherencia a la implementación correcta de programas preventivos escolares para el mantenimiento de la Salud Bucal. Esto determina la incidencia de piezas dentarias afectadas a tan temprana edad (13).

2.1.2 Piezas Dentarias entre los 3 y 5 años:

Los niños de estas edades poseen 20 dientes: se encuentran 8 incisivos, 4 caninos y 8 molares. Estos dientes se caen entre los 6 y 12 años, razón por la cual se denominan primarios o temporarios (12).

Figura 1: Piezas Dentales de la primera Infancia:



Fuente: Anatomía Dentaria. Logan y Kronfeld. 2009 (12)

2.2 Higiene Bucal

La buena higiene bucal proporciona una boca con un aspecto y olor saludables. Esto significa dientes limpios y sin restos de alimentos. Las encías presentan un color rosado y no duelen o sangran durante el cepillado o la limpieza con hilo dental (13).

Las caries, infecciones u otro tipo de enfermedad bucal pueden ser muy negativos, generando deficiencias en la nutrición, desarrollo del lenguaje, dolor y problemas de autoestima; por lo que el cuidado oral ayuda a los niños a mantener una buena salud a nivel general (13).

Los niños tienen que empezar a cepillarse los dientes a partir de los tres años, siendo la ayuda e indicaciones diarias de sus padres durante mucho tiempo, un factor crucial para fijar estos hábitos que más tarde serán definitivos para su salud oral (6). Es importante conocer los niveles de conocimientos que tienen sobre la prevención, así como las prácticas diarias de higiene y la actitud frente a la misma (7).

2.2.1 Caries Dental en pre-escolaridad

La caries dental es una infección bacteriana frecuente y dependiente de la placa, la cual es fuertemente afectada por la dieta. El desarrollo de esta depende de la interacción de tres factores locales en la boca: Un diente susceptible, bacterias cariogénicas y los carbohidratos fermentables (13).

Existen factores del entorno que afectan su presencia como la ausencia de servicios sanitarios y programas de salud oral, nivel socio económico, estrés, etnia, cultura, factores de ingeniería biodental (biomecánicos, bioquímicos y bioeléctricos). El riesgo a caries dental se deberá entonces, a factores de riesgo sociodemográficos, de comportamiento, físico-ambientales y biológicos (14).

La caries dental es un proceso dinámico de desmineralización y remineralización, producto del metabolismo bacteriano sobre la superficie dentaria, que con el tiempo puede producir una pérdida neta de minerales y posiblemente resultará en la presencia de una cavidad (15).

Las bacterias orales pertenecen a una comunidad compleja de numerosas especies que participan en la formación de la placa bacteriana (biofilm o biopelícula). Varios microorganismos se incluyen en la patogénesis de la caries dental (estreptococos del grupo mutans, *Lactobacillus* spp y *Actinomyces* spp) de los cuales, *Streptococcus mutans* (*S. mutans*) es el agente más importante asociado a ella (15).

La caries y la periodontitis son causadas por un desequilibrio en las poblaciones bacterianas de biopelículas que se forman naturalmente y ayudan a mantener el estado normal de la cavidad oral (15).

2.2.2 Prevención de enfermedades orales en la infancia.

La carga de morbilidad por enfermedades bucodentales y otras enfermedades no transmisibles puede reducirse mediante intervenciones de salud pública dirigidas a los factores de riesgo más comunes (1).

Entre los factores de riesgo que intervienen en la aparición de la caries de la infancia se encuentra la insuficiente higiene oral, biberón o lactancia materna a demanda y/o nocturna, consumo frecuente de carbohidratos fermentables, colonización oral bacteriana precoz, presencia de placa bacteriana visible, historia anterior de caries, niveles elevados tanto de gérmenes productores de ácido como de gérmenes que se encuentran cómodos viviendo en un medio ácido flujo o función salival reducidos, bajo nivel socioeconómico de los padres y/o pocos conocimientos sobre salud oral (17).

El mejor modo de prevenirlas es con una buena higiene bucodental y con revisiones periódicas al odontólogo.

Una buena higiene bucodental debería establecerse mediante la adopción de cuatro hábitos como son el cepillado, la limpieza con hilo dental, el enjuague y la visita periódica al dentista (17).

Para reducir los trastornos de salud bucodental se requiere una reforma de los sistemas de salud bucodentales con el fin de prestar más atención a la prevención y a los tratamientos menores, y descartar los tratamientos dentales invasivos; prestando asistencia para fortalecer los sistemas de salud bucodental de modo que formen parte integral de la atención primaria de la salud y fortaleciendo los sistemas de información sobre salud bucodental y la vigilancia integrada (1).

2.2.3 Conocimiento de Higiene Bucal de los padres o cuidadores

La educación basada en el control de los factores de riesgo debe ofrecerse no solo a los padres y familiares, sino que también debe estar presente en todos los ambientes que rodean al niño: servicios sanitarios, guarderías, escuelas, programas comunitarios y políticos, etc. Dicha educación debe empezar lo más precoz posible, idealmente, durante el embarazo y los primeros años de vida del niño (17).

El concepto “cuidados centrados en la familia” indica una estrategia de aproximación a la planificación, provisión y evaluación de la salud oral regida por una asociación mutuamente benéfica entre las familias y los cuidadores de los niños y los profesionales de la salud oral (17).

Los padres deben tener la información de cómo y cuándo empezar con la higiene bucal. La Sociedad Española de Odontopediatría sostiene que el cuidado de la boca de los niños es responsabilidad de los padres o cuidadores, por lo menos hasta que el niño adquiera la habilidad motora suficiente para hacerlo sólo que, por norma, se consigue sobre los 7–10 años. A partir de este momento y hasta la adolescencia, se recomienda la supervisión por un adulto en el cepillado nocturno (17).

2.2.4 Dieta y Caries dental.

La caries dental solo se desarrolla en las superficies de los dientes cubiertas de biopelícula, la cual es considerada el principal factor etiológico, sin embargo, las modificaciones microbianas de la placa que inducen la enfermedad son debidas a cambios ecológicos externos o internos. La dieta, la saliva y la propia estructura del diente interactúan para modificar la patogenicidad de la placa (16).

La dieta es uno de los factores etiológicos básicos en el proceso de caries y esta se asocia a la ingesta de hidratos de carbono fermentables (16).

En niños preescolares, la presencia de caries dental se debe a una combinación de múltiples factores, incluyendo la colonización de los dientes con las bacterias cariogénicas, el tipo de alimentos

consumidos, así como la frecuencia de la exposición de estos alimentos para las bacterias cariogénicas, y los dientes sensibles. El riesgo de desarrollar caries dental es mayor si los azúcares son consumidos muy frecuentemente y están en una forma de presentación tal que el alimento queda en la boca durante períodos largos. La sacarosa es el azúcar más cariogénico, ya que puede formar glucano, una sustancia que permite una mayor adherencia bacteriana a los dientes y condiciona la difusión de ácido y los buffers en la placa. (16).

A su vez, el consumo frecuente y elevado de bebidas endulzadas con azúcar y la falta de cepillado dental normal son considerados los factores que más se asocian al desarrollo de caries dental (16).

Por lo expuesto, es relevante el control de la ingesta de determinados alimentos, especialmente aquellos que tienen un alto potencial cariogénico: azúcares como la sacarosa o la glucosa (17).

Los azúcares de la dieta son el sustrato para que las bacterias cariogénicas florezcan y generen ácidos desmineralizantes del esmalte. La erosión dental es uno de los factores que va en aumento. Los alimentos refinados y los carbohidratos fermentables aumentan el riesgo de enfermedades dentales. Existe una fuerte correlación entre la cantidad y la frecuencia de la ingesta de azúcar libre y la caries dental (4).

Concretamente, son varios los factores que intervienen:

- Patrón de ingesta, incluidos la frecuencia de consumo y el horario.
- Horario de la ingesta. Son especialmente cariogénicos cuando se consumen entre comidas o antes de acostarse.
- Consistencia y capacidad de retención.
- Presencia de factores protectores, como calcio, fosfato y fluoruros.
- Tipo de hidratos de carbono: Se distinguen entre glúcidos simples cariogénicos y glúcidos complejos no cariogénicos; pero esta diferenciación no parece tan clara, dado que la gravedad de las condiciones a las que los almidones son expuestos en la industria alimentaria puede desnaturalizarlos y degradarlos parcialmente, haciéndolos más vulnerables al ataque y fermentación ácida de las bacterias del medio oral (13). El consumo de carbohidratos fermentables es considerado un factor etiológico de las lesiones de caries (19).

Desde un punto de vista práctico, se pueden subdividir en dos tipos:

- 1) hidratos de carbono complejos, como el almidón, que son menos cariogénicos
- 2) azúcares simples, como la sacarosa (el azúcar más importante en la dieta), la glucosa y la fructosa, que son más cariogénicos (16).

2.3 Alimentos Cariogénicos

Se entiende por Riesgo Cariogénico la probabilidad de que un individuo desarrolle lesiones de caries en un período específico de tiempo (18).

En el caso de los niños en edad escolar, existe una alta exposición a los alimentos de tipo cariogénico y mayor frecuencia entre los periodos de ingestas; esto incrementa los periodos de desmineralización y no hay periodos de remineralización impidiendo que el diente se recupere después de los ataques ácidos que se dan tras la ingesta de alimentos, facilitando la desestructuración del esmalte y favoreciendo la aparición de caries dental (17).

2.3.1 Nivel de Riesgo de Alimentos Cariogénicos

La cariogenicidad relativa de los alimentos, es entendida como el potencial cariogénico de un alimento, que consiste en su habilidad para promover la caries. Esto implica que un alimento puede poseer un elevado potencial acidogénico que conduzcan a la formación de caries (13).

Cuanto más adherentes sean estos alimentos, mayor será su cariogenicidad. La solubilidad y la adhesión de los alimentos que se pegan a los dientes y tejidos por periodos prolongados, y aquellos que se disuelven con lentitud, son los que más tienden a producir ácidos que disminuyen el pH del medio oral. Un pH menor de 5.5 proporciona un medio para la proliferación bacteriana y la descalcificación del esmalte (20).

A pesar de la innumerable cantidad de estudios acerca de la relación entre consumo de hidratos de carbono y caries dental, es muy escasa la bibliografía que haya estudiado la cariogenicidad de los glúcidos en función del tipo de alimento del que forman parte y considerando el procesamiento industrial que haya podido sufrir. No se considera la estimación del efecto de alimentos o grupos de alimentos como tales, sino que simplifica el análisis, clasificando los alimentos en dos únicas categorías en función de la presencia o ausencia de un determinado porcentaje mínimo de sacarosa (13).

Pese a que existen muchas formas de categorizar el Riesgo de desarrollar lesiones de caries, se recomienda un proceso inicial de toma de decisiones basado en tres categorías: Alto, Moderado y Bajo riesgo (18).

La evaluación de la dieta debe ser realizada considerando distintos aspectos. Los determinantes del potencial cariogénico de la dieta involucran:

- Tipo de Carbohidrato Fermentable
- Características físicas de los alimentos: adhesividad, tamaño de partícula, fluidez
- Cantidad de consumo de los Carbohidratos Fermentables
- Frecuencia de consumo de los Carbohidratos Fermentables
- Momento de consumo de los Carbohidratos Fermentables
- Presencia de factores protectores en los alimentos (19)

2.4 Estado Nutricional

Un parámetro fundamental en edad pre-escolar es el crecimiento físico; el peso relativo al cuadrado de la talla ($\text{peso}/\text{talla}^2$) el cual, debe ser relacionado con la edad. Este es analizado mediante el puntaje Z: es un criterio estadístico universal. En su aplicación a la antropometría, es la distancia a la que se ubica la medición de un individuo con respecto a la mediana o percentilo 50 de la población de referencia para su edad y sexo, en unidades de desvío estándar. Por tanto, puede adquirir valores positivos o negativos según sea mayor o menor a la mediana (11).

2.4.1 Desnutrición por carencia en preescolares.

La malnutrición es un estado patológico provocado por la falta de ingesta o absorción de alimentos, o por estados de exceso de gasto metabólico, la cual, si hay una deficiencia en una nutrición adecuada, puede afectar sistemas y órganos como también a la cavidad bucal (20).

La valoración del estado nutricional del individuo es útil ya que constituye una ayuda en la valoración del pronóstico de la enfermedad al permitir adoptar el adecuado soporte nutricional. Por otra parte, conocer el estado nutricional de una población permite, desde el punto de vista de la medicina preventiva llevar a cabo distintas intervenciones en materia de salud pública, planificar programas de intervención e investigar las interrelaciones del estado nutricional con el estado de salud de la población (20).

2.4.2 Nutrientes críticos para la cavidad bucal:

- Calcio: Mineral indispensable en la formación de huesos y dientes, RDA de 4 a 8 años 800 mg.
- Fósforo: Junto al Calcio, estructura de huesos y dientes. RDA de 4 a 8 años 500 mg
- Magnesio: Es indispensable para el correcto metabolismo del Calcio, Fósforo, Sodio, Potasio y la Vitamina C. RDA de 4 a 8 años 130 mg.
- Flúor: Formación de huesos y dientes; resistencia frente a la caries dentaria y el crecimiento de las bacterias que desarrollan el sarro. RDA de 4 a 8 años 1 mg.
- Vitamina A: Interviene en la formación y desarrollo de huesos y dientes. RDA de 4 a 8 años 400 mg.
- Vitamina D: Mantenimiento de la salud ósea y dental, facilita la absorción de calcio y fósforo para mantener en buen estado. RDA de 4 a 8 años 5 mg.
- Vitamina C: Síntesis de colágeno de las encías. RDA de 4 a 8 años 25 mg. (48)

2.4.3 Desnutrición y consecuencias dentales en niños:

La salud oral y la dieta interaccionan de muchas maneras: La nutrición influye en el desarrollo craneofacial y de la mucosa oral; influenciando sobre la aparición de enfermedades dentales y periodontales. Por otro lado, las enfermedades orales tienen un fuerte impacto sobre la capacidad de los individuos de alimentarse correctamente. Por lo tanto, la salud oral y la nutrición son sinérgicos: tanto las infecciones orales, como las afecciones sistémicas agudas, crónicas o terminales, afectan a las habilidades funcionales masticatorias y por ende el régimen alimentario y el estado nutricional (21).

Si no se sigue una dieta adecuada, es más probable que desarrollemos caries dental y enfermedades de las encías. Esto es aplicable a cualquier etapa de la vida, sin embargo, en el caso de los niños la adquisición de unos hábitos alimentarios es fundamental para prevenir la aparición de caries entre otras cosas. Factores socioeconómicos e incluso la obesidad son señalados como factores de riesgo para el desarrollo de caries dental (16).

Existe especialmente una relación de riesgo entre la presencia de desnutrición con las caries y la cronología de la erupción (16).

Según González Sanz (16), el estado de salud bucal se asocia de forma significativa al estado nutricional (déficit pondoestatural) pudiendo determinar aparición más elevada de caries dental, mayor prevalencia de gingivitis en los niños e incremento de la frecuencia de maloclusiones (16). Encontrar la presencia de defectos del esmalte dental asociados a endocrinopatías desnutrición proteica, hipocalcemia, déficits vitamínicos y minerales, en el contexto de enteropatías (enfermedad celiaca, diarrea no específica) conlleva a asociar la malnutrición con la presencia de caries (16). La deficiencia de vitamina A puede afectar la estructura del esmalte, sin que ello pueda causar un aumento del riesgo de caries. Las deficiencias de vitamina D y calcio son la causa de decoloraciones del esmalte, así como de retrasos en la erupción y alteraciones en el desarrollo del diente (13). También se han señalado defectos en el esmalte dental secundarios a exceso/intoxicación por vitamina D, fluoruros u otros minerales (16).

2.5 Nivel Socioeconómico

El nivel socioeconómico (o estatus socioeconómico) es una medida total económica y sociológica que combina la preparación laboral de una persona, de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo (24).

Se ha vinculado el nivel socioeconómico a la aparición de caries dental en la infancia por la falta de recursos en odontopediatría para realizar los controles pertinentes a la edad y a la aplicación de fluor cada 6 meses (20); además según Gonzalez Sanz (16), “el control de la dieta rica en sacarosa, la frecuencia de cepillado y la clase social” son predictores de experiencia de caries. Según el estatus socioeconómico se correlaciona de forma negativa con el riesgo de desarrollar caries dental, a mayor nivel económico, menor incidencia y prevalencia de caries dental. La disminución del consumo de productos dentales y menor asistencia a tratamiento dental, así como el aumento de familias desestructuradas favorece la aparición de caries (16).

2.5.1 Estratificación social:

Los fundamentos de la Estratificación Social según Marx están centrados la división en tres clases sociales (Alta,Media, Baja), pero además Marx reconoce la existencia de otros estratos sociales que se intercalan y superponen con ellos (22).

En la actualidad, existen dificultades para demarcar los límites entre los diferentes niveles socioeconómicos, debido a la movilidad social.

A su vez, la idea de Max Weber de estratificación social a partir del status u honor social, y sus consecuencias en los estilos de vida y consumo de bienes, remite al Nivel de Educación alcanzado (23).

Germani (24), sostiene que la pertenencia de clase, brinda acceso a diferentes recursos y oportunidades, y puede ser considerada como una 'variable independiente'. Es decir, puede adquirir un carácter de tipo explicativo, de varios de los comportamientos humanos que nutren los fenómenos sociales (24).

El mismo autor refiere dos elementos principales en la determinación del Nivel Económico Social: Ocupación y Nivel de Vivienda. El tercero es la Educación, y el cuarto los Ingresos. También ha utilizado la Ocupación y la Educación del padre (24).

2.5.2 Niveles Socioeconómicos en Argentina:

El NSE incluye o puede incluir a la totalidad de los individuos que componen la sociedad y permite clasificarlos en una escala en diferentes estratos socio-económicos. En sus distintas formulaciones el NSE se determina a partir de un conjunto de variables que confluyen en una única escala, mediante las cuales se clasifica la posición del Principal Sostén del Hogar (PSH) y por extensión al hogar y todos sus miembros (25).

El conjunto de variables para determinar el NSE siempre ha incluido la Inserción en el sistema productivo, en particular la Ocupación, y el Nivel de Educación formal alcanzado por el "jefe de familia" y más tarde por el Principal Sostén del Hogar. Otras variables en cambio han ido cambiando con el tiempo en las distintas formulaciones (25).

Existe una clara relación entre los hábitos alimentarios inadecuados y la salud oral, sobre todo en los países en vías de desarrollo, o en las poblaciones de bajos recursos económicos (3).

En Argentina los adultos con secundario incompleto evidencian mayor consumo de bebidas azucaradas, también un mayor consumo de alimentos cariogénicos. En los tres primeros quintiles de ingresos del hogar se observa un mayor porcentaje de consumo de bebidas artificiales con azúcar,

que entre los dos últimos; y a su vez, en los dos quintiles más bajos los valores registrados por la ENNyS superan al consumo total nacional (8).

2.5.3 Herramienta de medición del NSE:

En el año 2005 se conformó la Comisión de Enlace Institucional (CEI) integrada por AAM (Asociación Argentina de Marketing), CEIM (Cámara de Empresas de Investigación Social y de Mercado) y SAIMO (Sociedad Argentina de investigadores de Marketing y Opinión), con el fin de establecer un procedimiento unificado para medir NSE. Basándose en estadísticas en la encuesta permanente de hogares (EPH) de INDEC (que representa la población argentina), en año 2006 publicó el algoritmo aprobado y consensuado por 3 instituciones, conoce como NSE CEI 2006 (25).

Las variables que lo conforman son, cantidad de miembros del hogar, miembros que presentan ingresos de algún tipo; nivel educativo formal del mayor aportante, estado ocupacional,) categoría, jerarquía ocupacional, personal a cargo, conocimiento exigido por el trabajo, tenencia de cobertura médica del mismo en el caso que corresponda. De esta manera se clasifican los hogares en NSE alto, medio, bajo superior y marginal (26). Este cuestionario presenta una última actualización efectuada en 2015, permaneciendo en uso la versión original o full y una nueva versión simplificada. (27).

En comparación con la versión full, en la simplificada se eliminaron 3 preguntas: cantidad de horas a la semana que trabaja el mayor aportante, cantidad de personas a cargo en su trabajo y conocimiento que exige su puesto de trabajo (en caso de no tener personal a cargo o trabajar por cuenta propia), de esta forma se reduce el tiempo y simplifica la aplicación del cuestionario (25).

2.1 ESTADO DEL ARTE

Los pilares para el desarrollo de una adecuada salud física de los niños son la integridad de la cavidad bucal, junto a una alimentación y nutrición equilibrada para la edad, acompañado de una toma de conciencia en las elecciones alimentarias (16).

Los niños preescolares resultan ser una población con un alto grado de vulnerabilidad en cuanto a nutrición y salud bucal (21), debido a una velocidad de crecimiento aumentada, etapa de erupción y recambio dentario, carencia de autonomía, falta de información o desconocimiento por parte de los tutores y hábitos alimentarios poco saludables (17)(20). Si a esto se le agrega el factor de accesibilidad al sistema de salud y las insuficientes medidas preventivas, la integridad de la cavidad oral puede resultar aún más afectada (3).

Según la Sociedad Española de Odontopediatría debe quedar claro que el cuidado de la boca de un niño es responsabilidad de los padres o cuidadores hasta que el niño adquiera la habilidad suficiente para hacerlo sólo, es por ello por lo que el conocimiento de estos es vital para el cuidado de la higiene oral (17).

Un estudio en el año 2012 en Perú, evidencia que, en 312 padres y madres de familia, la prevalencia de conocimiento sobre salud bucal es: 133 (42,6%) de las madres de familia obtienen una calificación "buena" y 14 (4,5%) una calificación "deficiente".

Respecto a la relación entre nivel de conocimiento sobre salud bucal y grado de instrucción de las madres de familia se evidencia que 89 (34,2%) madres con educación técnica y/o superior presentan una calificación "buena", y 5 (1,9%) una calificación "deficiente"; en el caso de las madres con educación secundaria 43 (16,5%) una calificación "buena" y 2 (0,8%) una calificación "deficiente". Finalmente, en el caso de las madres con educación primaria 5 (1,9%) obtienen una calificación "deficiente", al igual que 2 (0,8%) con ninguna educación. En este caso, se observa una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y grado de instrucción de las madres de familia encuestadas.

Al comparar con el nivel de conocimiento sobre salud bucal y grado de instrucción de los padres de familia se encuentra que: 21 (40,4%) padres con educación técnica y/o superior obtienen una

calificación "buena", y 1 (1,9%) una calificación "deficiente"; los padres con educación secundaria 3 (5,8%) una calificación "buena" y "regular"; no existe ningún padre de familia con educación primaria dentro de la muestra (0%). Finalmente, solo 1 (1,9%) que no presenta educación, obtiene una calificación "deficiente". Se observa una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y grado de instrucción de los padres de familia.

Al evaluar la edad de las madres y el nivel de conocimiento sobre salud bucal, se observa que 106 (40,8%) de las madres adultas jóvenes obtienen una calificación "buena" y 9 (3,5%) obtienen una calificación "deficiente"; en el caso de las madres adultas maduras 27 (10,4%) obtienen una calificación "buena" y 5 (1,9%) una calificación "deficiente", no existe diferencia estadísticamente significativa entre edad de las madres de familia y nivel de conocimiento sobre salud bucal.

Cuando se evalúa la edad de los padres de familia y el nivel de conocimiento sobre salud bucal, se observa que 20 (38,5%) de los padres adultos jóvenes obtuvieron una calificación "buena" y 2 (3,8%) obtienen una calificación "deficiente"; en el caso de los padres adultos maduros 10 (19,2%) obtienen una calificación "regular" y 1 (1,9%) una calificación "deficiente" y otro una calificación "muy buena". Encontrándose que existe diferencia estadísticamente significativa entre la edad de los padres de familia y el nivel de conocimiento sobre salud bucal.

Cuando se relaciona el nivel de conocimiento con el grado de instrucción, se obtiene que las madres con educación superior obtienen un nivel de conocimiento sobre salud bucal bueno (34,2%) al igual que los padres (40,4%).

La variable Nivel de conocimiento de Higiene Bucal también se evalúa en otro estudio de Perú pero en niños de 3-6 años de edad, midiendo el nivel de conocimiento de 69 los padres y profesores de tres instituciones educativas de 110 escolares.

El 90 % de los niños examinados presentan caries dental. Lo que se explicaría ya que el niño a su corta edad no puede cepillarse solo en forma adecuada y los padres de familia les delegan esta responsabilidad como medio de generar su autonomía. Se encuentra predominio de la condición de higiene regular (66 %) y mayor prevalencia de caries, 91,8 % en los niños con mala higiene bucal, existiendo una relación estadística significativa en los niños cuyos padres tienen grado de instrucción superior con la presencia de caries 100 % cariados ($p=0.000$) y en los niños cuyos padres tienen grado

de instrucción secundario 87 % cariados. Los padres y profesores se encuentran en el nivel Regular 62 % de la población estudiada (30).

En los niños en edad escolar, existe una alta exposición a los alimentos de tipo cariogénico y mayor frecuencia entre los periodos de ingestas; esto facilita la aparición de caries dental (17).

Investigaciones en Perú, cuyo objetivo es establecer la relación que existe entre el consumo de alimentos cariogénicos y la higiene bucal con la caries dental en escolares, (n=108) entre 6 y 11 años de edad, en donde utiliza también el cuestionario de consumo de alimentos cariogénicos (Índice de Lipari y Andrade); se puede identificar que la variable consumo de alimentos cariogénicos es el factor con mayor capacidad explicativa para caries dental (28).

Los escolares de esta investigación presentan riesgo cariogénico: Bajo 14,8%, Moderado 35,2%, Alto 50%. Su nivel de higiene bucal es: Adecuado 11,1%, Aceptable en un 47,2%, Deficiente 41,7%. Su frecuencia de cepillado dental es: Ninguna 4,6%, 1 vez al día en un 45,4% y 2 veces al día en 34,3%, 3 ó más veces al día 15,7%.

García Vega (28) concluye que el consumo de alimentos cariogénicos está asociado con la caries dental, siendo el factor de mayor capacidad explicativa. Así mismo la higiene bucal está asociada a caries dental.

Además, según el autor, la caries dental según el sexo de los escolares no evidencia diferencias significativas, sin embargo, se registró una tendencia mayor de caries dental en el grupo de niñas en contraste a los niños (28).

El estudio más actual de higiene bucal en Latinoamérica radica en el año 2020 en Paraguay en el contexto de la Pandemia de Covid; cuyo objetivo es describir características de la dieta, en cuanto a consumo de azúcares libres y la higiene bucal, de 110 niños escolares. Los resultados fueron en cuanto a la dieta, 108 niños consumen azúcares libres “AL” en diferentes horarios, 60 de ellos (55%) = o > a 4 momentos de AL/día, esto muestra asociación con el nivel de educación primario de los padres o encargados ($p=.03$). A su vez, 56 niños (51%) consumían AL entre comidas. Se cepillan los dientes 2 a 3 veces al día (85%) (31).

Según González Sanz (16), “el control de la dieta rica en sacarosa, la frecuencia de cepillado y la clase social” son predictores de experiencia de caries. Además, se ha vinculado el nivel

socioeconómico a la aparición de caries dental en la infancia por la falta de acceso y recursos en odontopediatría (20). Esto conlleva a que el estatus socioeconómico se correlacione de forma negativa con el riesgo de desarrollar caries dental, a mayor nivel económico, menor incidencia y prevalencia de caries dental (16).

La relación entre las variables de Riesgo cariogénico y Nivel socioeconómico se ve reflejada en el estudio venezolano cuyo objetivo es relacionar la frecuencia del consumo de alimentos cariogénicos con la prevalencia de caries dental en 95 escolares entre 5 a 14 años de edad.

El análisis del estrato socioeconómico evidencia que 91% de los niños se encuentran en situación de pobreza (71% pobreza crítica y 20% pobreza extrema) (29).

En la evaluación dietética se reporta que los alimentos fueron consumidos tanto de manera diaria como semanal, siendo el azúcar agregado y el chocolate los más ingeridos respectivamente. El promedio de los niños que los consumieron a cualquier hora fue 67,5%, por lo que estos alimentos se ubican en la categoría de mayor riesgo cariogénico. El azúcar utilizado principalmente en los líquidos fue el alimento de mayor consumo con las comidas, representando el 81% de la muestra. Más del 60% de los escolares consumieron los alimentos cariogénicos listados, diariamente y a cualquier hora. Los resultados de las encuestas sobre hábitos de higiene dental, realizadas a los padres o representantes, muestran que el cepillo dental es el instrumento más utilizado por los niños. En la muestra total, la frecuencia del cepillado es del 23% lo hace diariamente, 35% dos veces al día y 42% tres a cuatro veces al día (29).

Con respecto al Estado Nutricional de los niños en edad preescolar en la Argentina, la ENNyS es la encuesta nacional que proporciona información sobre aspectos relacionados con la nutrición en nuestro país. Se indaga sobre alimentación y la encuesta aporta información sobre peso y talla para evaluar el estado nutricional de la población: Niños y niñas menores de 5 años (0-59 meses):

En niños pre-escolares argentinos, la proporción de bajo peso y emaciación en la población de menores de 5 años es de 1,7% y 1,6% respectivamente. La de baja talla a nivel nacional es de 7,9%, con diferencias significativas por nivel de ingreso (primer quintil 11,5% vs. quinto quintil 4%). La proporción de sobrepeso en la población de menores de 5 años resulta de 10%. Y la de obesidad en

la población de menores de 5 años resulta de 3,6% (ósea, el exceso de peso está presente en el 13,6% de la población menor de 5 años) (47).

III - MATERIALES Y METODOS

3.1. Enfoque

El enfoque de esta investigación fue cuantitativo. Se caracterizó por medir con precisión las variables y el uso de datos concretos. En este estudio: Nivel Socioeconómico, Consumo de Alimentos Cariogénicos, Salud Bucal, e índice de Masa Corporal (IMC) de la muestra. El proceso de la investigación cuantitativa además fue secuencial, deductivo y probatorio, el cual comienza con el planteamiento de un problema delimitado y concreto, luego se realizó una exhaustiva búsqueda de información sobre las variables en estudio y se construyó un marco teórico. Por último, se realizó la recolección de datos de la muestra seleccionada. La medición numérica de las variables y el análisis estadístico proporciono datos sólidos y repetibles que permitieron hacer inferencias a partir de las conclusiones obtenidas (32).

3.2 Alcance

Alcance correlacional, en la cual se pretendió conocer la relación o el grado de asociación que existe entre Nivel Socioeconómico, Consumo de Alimentos Cariogénicos, Conocimiento de Higiene Bucal, e índice de Masa Corporal (IMC) de niños de 3 a 5 años de los Colegios JIN A N° 8 DE 9 “Armenio Argentino” CABA, Balmoral de Banfield y la Escuela EP N° 4 de Avellaneda, Provincia de Buenos Aires en el año 2021 (32).

3.3 Diseño de investigación

Se realizó un estudio Observacional, Descriptivo de corte Transversal. El diseño observacional implicó que el comportamiento del investigador durante el desarrollo del estudio haya sido la observación y el registro de las variables: Nivel socioeconómico, Consumo de Alimentos Cariogénicos, IMC, conocimiento de higiene Bucal a través de cuestionarios en los colegios JIN A N° 8 DE 9 “Armenio Argentino” CABA; Balmoral de Banfield y la Escuela EP N° 4 de Avellaneda, Provincia de Buenos Aires. No se realizó ningún tipo de intervención en el curso natural de las mismas (33).

3.4. Unidad de análisis

Niños de 3 a 5 años.

3.5. Criterios de selección:

3.5.1. Criterios de inclusión

- Ambos sexos. *“Conjunto de características biológicas de un organismo que permiten diferenciarlo como portador de uno u otro tipo de células reproductoras o gametos (óvulos o espermatozoides), o de ambos (organismos hermafroditas)”* (34).
- Niños de 3 a 5 años. *“(La Primera Infancia (0-5 años) caracterizada por un alto grado de dependencia y su alta morbi-morbilidad, características que lo ponen en alto grado de riesgo en relación inversa a la edad, por lo que requiere un estricto "Control de Desarrollo y Crecimiento ". “De aquí, en la categoría "niños", el grupo de 0 a 1 año sea de muy alto riesgo; el grupo de 2 a 3 años de alto riesgo; y, el grupo de 4 a 5 años que tiene mayor atracción a los intereses exogámicos, como de menor riesgo. Por la condición predominante de riesgo de morbi-mortalidad se le denomina: Edad Vulnerable ”* (35).
- Que residan en la Provincia de Buenos Aires. *“Población residente de la provincia de Buenos Aires. Población de 9.916.715. Porcentaje de población del país 24,7%”* (36).
- Que quieran participar de la encuesta y firmen la conformidad sus padres.
- Que concurren a los jardines de los Colegios JIN A 8 DE 9 “Armenio Argentino” CABA, Balmoral de Banfield y la Escuela EP N° 4 de Avellaneda durante el año 2021.

3.5.2. Criterios de exclusión

- Se encuentren con algún tratamiento que modifique la alimentación saludable (alergias alimentarias, enfermedades respiratorias crónicas, enfermedades cardíacas, inmunodeficiencias, diabetes, insuficiencia renal). *“La mayoría de estas enfermedades tienen factores dietéticos o nutricionales conocidos en su etiología o en su tratamiento, o en ambos.”* (37)

- Tengan diagnóstico confirmado de Trastornos alimentarios o de la ingestión de alimentos (DSM V): Pica, Trastorno de rumiación, Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa, Trastorno de atracones, otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado, otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado: *“Estos trastornos de la conducta alimentaria provocan roturas y desgastes de los dientes, hipersensibilidad, caries, enfermedades periodontales y pérdida de piezas dentales. La anorexia y la bulimia pueden desarrollar una gran cantidad de síntomas en el cuerpo, como pueden ser: estreñimiento, dolor abdominal, falta de menstruación, osteoporosis que puede llegar a provocar fracturas de huesos, etc. También se muestran alteraciones en la cavidad bucal y los dientes que suelen ser las primeras en aparecer”* (38).

3.5.3. Criterios de eliminación

- Cuestionarios que estén incompletos, confusos o erróneos.
- Que no sean respondidos por sus padres o tutores.

3.6. Población

La población accesible (N: 150) estuvo constituida por niños de ambos sexos de 3 a 5 años de los Colegios JIN A N° 8 DE 9 “Armenio Argentino” de CABA; Balmoral de Banfield y la Escuela EP N° 4 de Avellaneda, Provincia de Buenos Aires en el año 2021.

3.7. Tipo de muestra

Para realizar el estudio se realizó un muestreo probabilístico o aleatorio. Este tipo de muestreo determina que todas las unidades de análisis que conforman la población accesible (niños de 3 a 5 años que concurren a los jardines de los colegios JIN A N° 8 DE 9 “Armenio Argentino” de CABA; Balmoral de Banfield y la Escuela EP N° 4 de Avellaneda, Provincia de Buenos Aires) tienen la misma probabilidad de formar parte de la muestra. Las muestras del tipo probabilísticas poseen dos requisitos. El primero es la estimación del tamaño muestral, lo que permite la representatividad

numérica de la población por parte de los sujetos que conforman la muestra y, en segundo lugar, la forma de selección o tipo de muestreo, basado en el principio de la equiprobabilidad (32).

3.8. Tamaño de muestra

El tamaño de la muestra fue estimado con la calculadora estadística STATCAL del software de computación Epi INFO versión 7.2.2.6. Se consideró una frecuencia esperada del 50%, un nivel de confianza del 99% y aceptando un error máximo en la estimación del 5%, obteniendo de esta manera un tamaño muestral de cien niños (n:100)

3.9. Técnica de muestreo

La selección de la muestra se obtuvo definiendo las características de la población y dividiendo la misma según criterios de selección. El mismo permitió identificar a cada uno de los sujetos que conformaban la población, permitiendo enumerarlos para luego seleccionarlos. El tipo de selección utilizado fue aleatorio simple, garantizando de esta manera el principio de la equiprobabilidad (32).

3.10 Variables

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicadores	Categoría	Clasificación	Técnica/ Instrumento
Sexo	Conjunto de características biológicas de un organismo que permiten diferenciarlo como portador de uno u otro tipo de células reproductoras o gametos (óvulos o espermatozoides), o de ambos (organismos hermafroditas (34)		Sexo de los niños	-Femenino -Masculino	-Simple -Cualitativa -Nominal -Privada - Policotómica	Encuesta/ Cuestionario
Edad	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales (39)		Años cumplidos	-3 -4 -5	-Simple -Cuantitativa -Continua -De razón -Privada	Encuesta/ Cuestionario

					- Policotómica	
Estado Nutricional	Estado fisiológico de una persona que se deriva de la relación entre la ingesta de nutrientes, las necesidades de nutrientes y la capacidad del organismo para digerir, absorber y utilizar dichos nutrientes (40)	Peso y Talla	Índice de Masa Corporal para la edad (IMC/E)	-Obesidad: con IMC mayor o igual a z 2 -Sobrepeso: mayor o igual a z 1 y menor a z 2 -Peso Adecuado o Eutrófico: mayor a z -2y menor a z 1. -Bajo Peso: menor o igual a z -2 (41)	Compleja -Cuantitativa -Continua -Privada - Policotómica	Encuesta/ Cuestionario
Nivel Socioeconómico	Atributo del hogar, compartido y extensible a todos sus miembros, que caracteriza la inserción social del hogar en forma	Niveles Socioeconómicos	Nivel socioeconómico total	-ABC1= Alto -C2 y C3= Medio -D1= Bajo superior -D2E= Bajo inferior o Marginal	Privada Cuantitativa Policotómica Ordinal	Encuesta/ Cuestionario NSE simplificado 2015 (25)
			Cantidad de miembros del hogar	Expresada en números	Privada Cuantitativa	Encuesta/ Cuestionario NSE

directa y la inserción económica en forma indirecta por el acceso y disponibilidad de recursos económicos (26)				Policotómica Discreta	simplificado 2015 (25)
	Cantidad de aportantes del hogar	Expresada en números		Privada Cuantitativa Policotómica Discreta	Encuesta/ Cuestionario NSE simplificado 2015(25)
	Nivel educativo del jefe/a del hogar.	-Sin estudios -Primaria incompleta -Secundaria incompleta -Secundaria completa -Terciaria o universitaria incompleta -Terciaria completa (con título posgrado)		Privada Cualitativa Ordinal Policotómica	Encuesta/ Cuestionario NSE simplificado 2015 (25)
	Estado ocupacional	-Actualmente trabaja -Actualmente está desocupado, busca trabajo -Jubilado y/o pensionado		Privada Cualitativa Nominal Policotómica	Encuesta/ Cuestionario NSE simplificado 2015 (25)

				-No trabaja, pero tiene otra fuente de ingresos		
			Categoría de ocupación	-Dueño -Empleado -Trabaja solo, por su cuenta	Privada Cualitativa Nominal Policotómica	Encuesta/ Cuestionario NSE simplificado 2015 (25)
			Trabajo previo del principal aportante (desocupado)	-Dueño -Empleado -Trabaja solo, por su cuenta	Privada Cualitativa Nominal Policotómica	Encuesta/ Cuestionario NSE simplificado 2015 (25)
			Personal a cargo	-Con personal a cargo -Sin personal a cargo	Privada Cualitativa Nominal Dicotómica	Encuesta/ Cuestionario NSE simplificado 2015 (25)
			Cobertura médica	- Con cobertura médica -Sin cobertura médica	Privada Cualitativa Nominal Dicotómica	Encuesta/ Cuestionario NSE simplificado 2015 (25)
Higiene Bucal	Conjunto de conocimientos básicos que se aplican para el	Conocimiento de Higiene Bucal	índice de Conocimientos	Escala de calificación: Muy bueno: 18-20 puntos, Bueno: 15-17 puntos,	-Compleja -Cuantitativa -Ordinal -Privada	Encuesta/ Cuestionario Conocimientos de los padres sobre

	aseo, limpieza y cuidado bucal (42)			Regular: 11-14 puntos Malo: 0-10 puntos.	- Policotómica	la salud bucal de niños preescolares (7)
		Caries Dental	1) Conocimiento del Significado de Caries Dental	a) Es una enfermedad que aparece en los niños desnutridos. b) No es una enfermedad c) Es una enfermedad causada por falta de higiene bucal y consumo de azúcares. d) Es una enfermedad causada por falta de higiene bucal y consumo de frituras.	-Compleja -Cualitativa -Nominal -Privada - Policotómica	Encuesta/ Cuestionario Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares (7)
			2) Los microorganismos que causan la caries dental pueden transmitirse por	a) Compartir utensilios b) Compartir cepillos dentales c) Besos en la boca d) Todas las anteriores	Compleja -Cualitativa -Nominal -Privada - Policotómica	Encuesta/ Cuestionario Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares (7)

			<p>3) Conocimiento sobre Placa Bacteriana</p> <p>a) Es una capa dura que se forma en la superficie de los dientes b) Es una placa blanda que se forma en la superficie de los dientes c) Es el sarro que se forma en los dientes d) Es una masa que solo se encuentra en los dientes de los adultos</p>	<p>Compleja -Cualitativa -Nominal -Privada - Policotómica</p>	<p>Encuesta/ Cuestionario Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares (7)</p>
			<p>4) Importancia de los dientes de leche</p> <p>a) Sí, porque guardan espacio para los dientes permanentes b) No, porque no cumplen ninguna función c) No, porque al final se van a caer</p>	<p>Compleja -Cualitativa -Nominal -Privada - Policotómica</p>	<p>Encuesta/ Cuestionario Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares (7)</p>

				d) No, porque no son los dientes permanentes		
			5) Edad en la que los niños tienen todos los dientes de leche completos	a) 2 años b) 4 años c) 6 años d) 8 años	-Simple -Cuantitativa -Continua -De razón -Privada - Policotómica	Encuesta/ Cuestionario Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares (7)
		Prevención	6) Primera Visita al Odontólogo	a) A partir de los 2 años b) Cuando aparece el primer diente de leche c) Cuando tenemos dientes de adulto d) Solo cuando existe dolor	Compleja -Cualitativa -Nominal -Privada - Policotómica	Encuesta/ Cuestionario Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares (7)
			7) Beneficios del Flúor	a) Fortalece los dientes y previene la caries	-Compleja -Cualitativa -Nominal -Privada	Encuesta/ Cuestionario Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de

				<p>b) Cura los dientes para prevenir las extracciones</p> <p>c) El flúor tiene una acción blanqueadora en los niños</p> <p>d) Fortalece al niño para que crezca sano y fuerte</p>	- Policotómica	niños preescolares (7)
			8) Necesidad de visitar al dentista	<p>a) Si, para un examen clínico de rutina</p> <p>b) Solo si tiene dientes chuecos</p> <p>c) No, ya que como no tiene nada no es necesario</p> <p>d) Solo voy si mi hijo tiene molestias en la boca</p>	-Compleja -Cualitativa -Nominal -Privada - Policotómica	Encuesta/ Cuestionario Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares (7)
			9) Importancia de las perdidas dentales de leche	<p>a) Si</p> <p>b) Depende, solo si pierde las muelas de leche</p>	-Compleja -Cualitativa -Nominal -Privada	Encuesta/ Cuestionario Conocimientos de los padres sobre

				c) No d) Los dientes de leche no son importantes	- Policotómica	la salud bucal de niños preescolares (7)
			10) Medidas para combatir la caries dental	a) El flúor b) Una correcta higiene bucal c) Evitar consumo excesivo de azúcares d) Todas las anteriores	-Compleja -Cualitativa -Nominal -Privada - Policotómica	Encuesta/ Cuestionario Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares (7)
		Dieta	11) Conocimiento sobre alimentos más sanos para la dentadura	a) Frutas y vegetales b) Gaseosas y frutas c) Frugos y galletas d) Todas las anteriores	-Compleja -Cualitativa -Nominal -Privada - Policotómica	Encuesta/ Cuestionario Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares (7)
			12) Contenido recomendado en la lonchera	a) Queso, cereales, frutas, huevo, pan, carne.	-Compleja -Cualitativa -Nominal -Privada	Encuesta/ Cuestionario Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de

				<ul style="list-style-type: none"> b) Galletas dulces, chocolates, tortas, refrescos de caja. c) Jugos, leche chocolatada, chisitos d) Todas las anteriores 	- Policotómica	niños preescolares (7)
			13) Conocimiento de consumo de azúcar	<ul style="list-style-type: none"> a) El niño nunca debe consumir azúcar b) El niño puede consumir azúcar en varios momentos durante el día c) El niño puede consumir azúcar en horas determinadas y luego cepillarse los dientes d) Todas las anteriores 	Compleja -Cualitativa _Ordinal -Privada - Policotómica.	Encuesta/ Cuestionario Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares (7)
			14) Edad de recomendación de la lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> a) Hasta los 15 días de nacido b) Hasta los 3 meses de edad 	Privada, cualitativa, ordinal, policotómica,	Encuesta/ Cuestionario Conocimientos de los padres sobre

				c) Hasta los 6 meses de edad d) Hasta el primer mes de nacido		la salud bucal de niños preescolares (7)
			15) Exposición a líquidos azucarados durante la noche	a) Va a estar más fuerte al despertar b) Estará más fuerte y sano c) Estará más expuesto a tener caries d) No pasa nada	Privada, cualitativa, ordinal, policotómica,	Encuesta/ Cuestionario Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares (7)
		Higiene Bucal	16) Frecuencia de cepillado Dental	a) 1 vez b) De 2 a 3 veces c) De 5 a más veces d) Los niños no deben cepillarse los dientes	Privada, cuantitativa, Nominal, policotómica,	Encuesta/ Cuestionario Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares (7)
			17) Edad para iniciar el cepillado con pasta dental con flúor	a) A partir de los 2 años b) A partir de 5 años c) A partir de la adolescencia	Privada, cuantitativa, Nominal, policotómica	Encuesta/ Cuestionario Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de

			d) En niños menores de 2 años		niños preescolares (7)	
			18) Recomendación de cepillado después de las comidas	a) No b) Solo antes de dormir c) Solo con usar un enjuagatorio basta d) Si	Privada, cualitativa, ordinal, policotómica,	Encuesta/ Cuestionario Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares (7)
			19) Tiempo de recambio del cepillo dental	a) Cada 3 meses b) Cada 8 meses c) Al año d) Nunca	Privada, cuantitativa, Nominal, policotómica,	Encuesta/ Cuestionario Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares (7)
			20) Cepillado dental del niño	a) El cepillado dental puede ser realizado solo por el mismo niño b) Los padres deben supervisar el cepillado	Privada, cualitativa, ordinal, policotómica.	Encuesta/ Cuestionario Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares (7)

				<p>dental de sus niños a esta edad</p> <p>c) El cepillado dental debe ser realizado en niños mayores de 3 años.</p> <p>d) En el niño el cepillado dental debe realizarse sin pasta dental</p>		
Frecuencia de consumo de Alimentos Cariogénicos	Nivel de Riesgo según cantidad de veces en el día en el que el entrevistado consume alimentos con riesgo cariogénico (43)	Alimentos Cariogénicos	Grado de Careogenogenicidad	<p>Escala de Puntaje:</p> <p>Máximo :144 Puntaje</p> <p>Mínimo: 10</p> <p>-10-33 Bajo Riesgo Cariogénico</p> <p>-34-79 Moderado Riesgo Cariogénico</p> <p>-80-140 Alto Riesgo Cariogénico</p>	<p>-Compleja</p> <p>-Cuantitativa</p> <p>-Ordinal</p> <p>-Privada</p> <p>- Policotómica</p>	Encuesta/ Cuestionario Factores de Riesgo Cariogénico (44)
			1) Bebidas Azucaradas	<p>Frecuencia:</p> <p>0) Nunca</p>	<p>-Compleja</p> <p>-Cuantitativa</p> <p>-Nominal</p>	Encuesta/ Cuestionario

				<p>1) 2 veces o más en la semana 2) 1 vez al día 3) 2 o más veces al día</p> <p>Ocasión: 1) Con las comidas 5) Entre las comidas</p>	-Privada -Policotómica	Factores de Riesgo Cariogénico (44)
			2) Masas no azucaradas	<p>Frecuencia: 0) Nunca 1) 2 veces o más en la semana 2) 1 vez al día 3) 2 o más veces al día</p> <p>Ocasión: 1) Con las comidas 5) Entre las comidas</p>	-Privada, -Cuantitativa, -Nominal, -Policotómica,	Encuesta/ Cuestionario Factores de Riesgo Cariogénico (44)

			3) Caramelos	<p>Frecuencia:</p> <p>0) Nunca</p> <p>1) 2 veces o más en la semana</p> <p>2) 1 vez al día</p> <p>3) 2 o más veces al día</p> <p>Ocasión:</p> <p>1) Con las comidas</p> <p>5) Entre las comidas</p>	Privada, Cuantitativa, Nominal, policotómica,	Encuesta/ Cuestionario Factores de Riesgo Cariogénico (44)
			4) Masas azucaradas	<p>Frecuencia:</p> <p>0) Nunca</p> <p>1) 2 veces o más en la semana</p> <p>2) 1 vez al día</p> <p>3) 2 o más veces al día</p> <p>Ocasión:</p>	Privada, cuantitativa, Nominal, Policotómica,	Encuesta/ Cuestionario Factores de Riesgo Cariogénico (44)

				1) Con las comidas 5) Entre las comidas		
			5) Azúcar	Frecuencia: 0) Nunca 1) 2 veces o más en la semana 2) 1 vez al día 3) 2 o más veces al día Ocasión: 1) Con las comidas 5) Entre las comidas	Privada, Cualitativa, Nominal, Policotómica,	Encuesta/ Cuestionario Factores de Riesgo Cariogénico (44)

3.11 Recolección de datos

La muestra estuvo conformada por niños de 3 a 5 años. El proceso de recolección de datos se realizó luego de tener el consentimiento informado firmado. Se llevó a cabo en el periodo de Julio y Agosto del corriente año, las encuestas se realizaron a través de un cuestionario on line (Google-Forms).

ESTADO NUTRICIONAL:

Para realizar la evaluación nutricional a los niños/as de las Escuelas JIN A N° 8 DE 9, Balmoral de Banfield y la Escuela EP N° 4 de Avellaneda, se usaron los indicadores de peso, talla y edad que fueron referenciados por los padres o tutores legales que llenaron las encuestas (Anexo 1). Cada padre/tutor tomó el peso y la talla de cada participante, posteriormente con los datos relevados se determinó el IMC/edad. Se utilizó el programa estadístico desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el software Antrho v.3.2.2 para los niños menores de 5 años y AntrhoPlus v.1.0.4 para los mayores de 5 años, el cual permitió la evaluación del estado nutricional a través de la utilización del puntaje Z tomando como fecha de visita la del día de la encuesta, se ingresaron los datos en el calculador antropométrico y se obtuvo el grafico de IMC/edad y puntaje Z. Los puntos de corte para determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad fueron los descriptos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (45).

CONOCIMIENTOS DE HIGIENE BUCAL:

Para esta fase de la encuesta, se enfocó en los cuidados de la higiene bucal, se tomó como referencia una encuesta Epidemiológica de salud oral, postulada por Ana Cecilia Cupé-Araujo y Carmen Rosa García-Rupaya Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares (7); conformada por 4 niveles de conocimientos (Anexo 2):

1. Caries Dental
2. Prevención
3. Dieta
4. Higiene Bucal

Luego se calificaron por un índice de Conocimientos de Higiene Bucal mediante la escala de calificación:

- Muy bueno: 18-20 puntos,
- Bueno: 15-17 puntos,
- Regular: 11-14 puntos
- Malo: 0-10 puntos.

La validación del cuestionario estructurado contenía 20 preguntas sobre: prevención, caries dental, dieta e higiene; con cuatro alternativas de respuesta, el puntaje fue de 0 a 20 según el Ministerio de Educación del Perú; a su vez fue revisado por 4 odontólogos especialistas en odontopediatría, y 3 odontólogos especialistas en metodología de la investigación, todos con más de 10 años de experiencia en dichas áreas y validación. La prueba que se utilizó fue el Coeficiente de Validez (V de Aiken). La Validez de constructo se obtuvo mediante la evaluación de conocimientos sobre salud bucal a 312 madres y/o padres de familia de los I. E. I. Bastidas, M Nuestra Señora de Monserrat, Universo, Santa Rosa de Lima y Niño Jesús con el cuestionario elaborado y corregido por el juicio de expertos. Finalmente, se analizaron las respuestas y se aplicó la prueba de análisis factorial. Los resultados obtenidos de la muestra sirvieron para determinar la confiabilidad del instrumento mediante la prueba estadística de Alfa de Cronbach.

RIESGO CARIOGÉNICO:

En el 2002 Lipari y Andrade (44) propusieron un cuestionario de consumo de alimentos cariogénicos (Índice de Lipari y Andrade), utilizada como instrumento para los indicadores de riesgo cariogénico. Se solicitó a los padres y representantes de los estudiantes objeto de estudio que participaron en la investigación llenar una encuesta enfocada sobre el nivel de riesgo cariogénico basado en la dieta, la cual se encuentra validada (44), conformada por 5 grupos de alimentos (grupo 1: bebidas azucaradas, grupo 2: masas no azucaradas, grupo 3: caramelos, grupo 4: masas azucaradas, grupo 5: azúcar), que permitieron establecer la frecuencia y ocasión del consumo de los mismos, lo que permitió obtener respuestas en base a las variables planteadas (Anexo 3).

Para el cálculo del nivel de riesgo se aplicó la siguiente metodología:

1. Se multiplicó el valor del consumo (a) por el valor de la frecuencia (b).
2. Se multiplicó el valor del consumo (a) por el valor de la ocasión (c).
3. Se sumó los valores parciales del consumo por frecuencia para obtener el puntaje total (d).
4. Se sumó los valores parciales del consumo por ocasión para obtener el puntaje total (e).
5. Se sumó los resultados de (d) y (e) para obtener el valor del potencial cariogénico.

Aplicando la siguiente escala de acuerdo a la puntuación obtenida:

1. Bajo riesgo: < 10 puntos.
2. Moderado riesgo: entre 34 y 79 puntos.
3. Alto riesgo: entre 80-144 puntos.

Validez de Cuestionario: Se obtuvo mediante metodología Delphi. Sometido a juicio de 7 expertos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, donde desempeñan labores de docencia y/o investigación. La Validez de constructo se obtuvo mediante el análisis factorial exploratorio (AFE), con método Varimax, en el programa SPSS Statistics v.23. El AFE es una técnica de reducción de la dimensionalidad de los datos, y encuentra grupos homogéneos en un gran número de variables, reduciendo al mínimo posible el número de dimensiones capaces de explicar un fenómeno (44).

NIVEL SOCIOECONÓMICO:

Para determinar el nivel socioeconómico se aplicó cuestionario NSE simplificado (2015) propuesto por el consenso de la Comisión de Enlace institucional (CEI) conformada por la Asociación Argentina de Marketing (AAM), y SAIMO (Sociedad Argentina de Investigadores de Marketing y Opinión) y CEIM (Cámara de Empresas de Investigación Social de Mercado y Opinión). En base a la primera versión de 2006 se realizaron pequeños ajustes en 2014, por la opinión de expertos que aplicaron por 8 años el cuestionario, con el objetivo de simplificar el procedimiento y lograr determinación instantánea. (25) (Anexo 4). Es una herramienta en alineamiento con la EPH (INDEC), una encuesta

importante por cantidad de casos, alcance territorial y calidad. Esto permite utilizar los datos publicados con periodicidad para efectuar un seguimiento de la evolución de la estratificación socioeconómica argentina y disponer de información siempre actual. Posee notable estabilidad de las variables utilizadas, lo que permite comparar diferentes periodos o lugares y no obliga a actualizar los indicadores con frecuencia. La estratificación que refleja aceptablemente tanto los distintos niveles de ingresos, como también otros aspectos sociales que influyen decisivamente en la conducta del ciudadano o del consumidor (25).

El cuestionario constaba de 7 preguntas referidas a cantidad de miembros del hogar, número de aportantes en el mismo, nivel educativo del jefe/a de hogar, estado ocupacional del jefe/a, tipo de trabajo actual o previo (en caso de desocupados), personal a cargo y cobertura médica. Primero se estableció la relación de aportantes con la cantidad de miembros del hogar a través del cuadro aclaratorio (VER ANEXO 3).

Luego a través de una tabla de asignación de NSE se determinó el nivel socioeconómico de cada hogar:

-ABC1=1 NSE ALTO

-C2 y C3= 2 NSE MEDIO

-D1=4 NSE BAJO SUPERIOR

-D2E=5 BAJO -MARGINAL

Tratamiento y análisis de los datos:

Con respecto al tratamiento y análisis de datos, se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2016 para la elaboración de la matriz. Fueron cargados en ella los cuestionarios que formaron parte de la muestra final.

En las columnas se registraron los indicadores de cada sección y se codificaron aquellos que lo requirieron para una mejor interpretación. En cada fila, se ingresaron con número de Identificación los participantes que conformaron la muestra final.

Para las variables cuantitativas se determinó la prueba de normalidad estadística χ^2 de Pearson (chi cuadrado). Se calcularon valores de media y desvío estándar ($DE \pm$) en las variables paramétricas y mediana y rango intercuartil para las no paramétricas.

En todas las pruebas estadísticas inferenciales se consideraron como significativas los valores de p iguales o inferiores a 0.05.

3.12 Prueba Piloto

Se realizó la prueba piloto a un grupo de padres ($n=10$) del Colegio Balmoral de Banfield de la burbuja de la mañana (lunes a viernes de 9:00 a 12:00 horas) con el objetivo de evaluar la viabilidad del proyecto y realizar las modificaciones necesarias para minimizar la ocurrencia de errores durante la recolección de datos.

La encuesta se efectuó en el patio del colegio a través de la administración del cuestionario on line (Google-Forms) a través de whatsapp desarrollado para la investigación. Se realizó una breve presentación de manera verbal sobre el tema de investigación y sus objetivos. Luego se les entregó en forma escrita una hoja a modo informativo el consentimiento informado (para el encuestador).

Se le pidió a cada uno de los participantes que leyeran cada una de las preguntas con atención y que señalen, en caso de que existieran, posibles ambigüedades, términos de difícil comprensión (lenguaje técnico), redacción poco clara. También se les pidió que indicaran opciones de respuesta que no se hayan incluido en el caso que fuera necesario. Una vez concluido el procedimiento, se les agradeció su participación.

3.13 Organigrama de trabajo

Se desarrolló la primera versión del cuestionario y se realizó una prueba piloto con 10 padres dentro del Colegio Balmoral de Banfield, donde se tomaron en cuenta errores y sugerencias marcadas por los participantes.

Se estableció la construcción de la versión definitiva del cuestionario teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la prueba piloto.

Se concurrió durante el periodo de Julio y Agosto a los Colegios y ambos turnos disponibles de manera presencial. En cada turno, se comunicó en primera instancia a la Dirección de cada uno de los Colegios.

Se realizó la recolección de datos en referencia a días y horarios en que los padres de los niños que asisten a los colegios estuvieran disponibles para la aplicación del cuestionario (Anexo I, II, III, IV). La recolección de datos se realizó a los padres de los niños entre 3 y 5 años que asisten a los colegios JIN A N° 8 DE 9 “Armenio Argentino” CABA, Balmoral de Banfield y la Escuela EP N° 4 de Avellaneda, Provincia de Buenos Aires en el año 2021.

Se realizó el análisis de los datos obtenidos a través de los cuestionarios antes nombrados y se elaboró los reportes de investigación.

MES									
MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
A									
	B								
		C							
			D	D	E	F	G	H	I

A- Elección del tema y subtema, desarrollo de la introducción, planteamiento del problema y objetivos, viabilidad.

B- Selección de: población, muestra, Unidad de análisis, unidad observacional, enfoque, alcance y diseño de investigación.

C- Determinar las hipótesis. Operacionalizar las variables. Búsqueda de instrumentos.

D- Marco Teórico y Estado del Arte.

E- Registro de las encuestas

F- Elaboración de la Matriz

G- Resultados

H- Discusión y Conclusión

I- Presentación y Defensa

3.14 Aspectos Éticos

La presente investigación se desarrolló respetando los principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación de material humano y de información identificables promulgados por la Asociación Médica Mundial (AMM) y propuestos en la Declaración de Helsinki. (46)

La investigadora aseguro durante su aplicación el cumplimiento de las normas y estándares éticos, legales y jurídicos establecidos para la investigación en seres humanos vigentes, protegiendo la vida, dignidad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y confidencialidad de la información de todos los participantes. (Anexo V)

El proyecto fue aprobado por las autoridades responsables de las Instituciones de Educación. (Anexo II) Una vez otorgada su autorización, se invitó a participar de manera voluntaria a todos los padres de los jardines Iniciales que concurrían a los colegios JIN A N° 8 DE 9 “Armenio Argentino” CABA, Balmoral de Banfield y la Escuela EP N° 4 de Avellaneda, Provincia de Buenos Aires., durante el corriente año. Aquellos que aceptaron participar, se les pidió autorización a través del consentimiento informado y voluntario de la persona firmado y se les entrego información por escrito sobre los objetivos de la investigación.

No fueron identificados los mismos, respetando la privacidad y el anonimato de aquellos que accedieron a colaborar con la investigación.

3.15 Análisis estadístico

Con respecto al tratamiento y análisis de datos, se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2016 para la elaboración de la matriz. Fueron cargados en ella los cuestionarios que formaron parte de la muestra final.

En las columnas se registraron los indicadores de cada sección y se codificaron aquellos que lo requirieron para una mejor interpretación. En cada fila, se ingresaron con número de Identificación (ID) los participantes que conformaron la muestra final.

El análisis estadístico se realizó mediante el programa IBM SPSS versión 21.

Las variables cualitativas fueron expresadas por frecuencias absolutas y porcentajes (49).

Para las variables cuantitativas se determinó la prueba de normalidad estadística de Kolmogorov-Smirnov. Se calcularon valores de media y desvío estándar ($DE \pm$) en las variables paramétricas y mediana y rango intercuartilico (Rq) en las no paramétricas (49).

Para el análisis inferencial se utilizó estadística No Paramétrica (U de Mann_Whitney y X²) para variables continuas con distribución anormal (49).

Todas las pruebas estadísticas inferenciales se consideraron como significativas cuando los valores de p fueron iguales o inferiores a 0.05.

IV - RESULTADOS

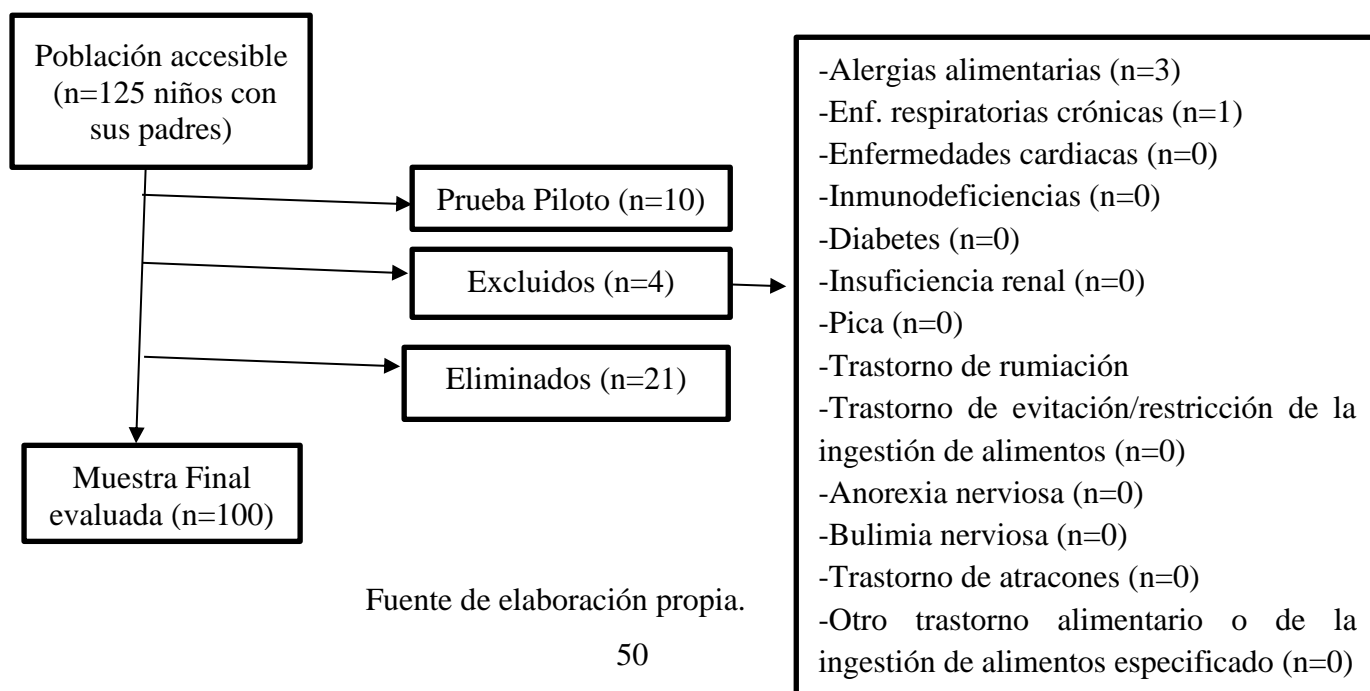
4.1 Resultados

Del total de la población accesible (N=125 niños con sus padres) fueron excluidos 4 niños participantes, por presentar diagnóstico confirmado de Trastornos alimentarios o de la ingestión de alimentos (DSM V) o se encontraban haciendo algún tratamiento que modificaba su alimentación y estado nutricional. La prueba piloto se realizó a 10 madres de los niños.

El total de encuestados incluidos (niños y madres/padres) conformó una muestra inicial (n=121) de los cuales fueron eliminados aquellos padres/ madres que realizaron los cuestionarios de manera incompleta (n=21).

Obteniendo una muestra final de 100 niños de 3 a 5 años que concurrían a los jardines de los colegios JIN A N° 8 DE 9 “Armenio Argentino” de CABA; Balmoral de Banfield y la Escuela EP N° 4 de Avellaneda, Provincia de Buenos Aires (figura 1).

Figura 1. Flujograma de los niños de 3 a 5 años que concurrían a los jardines de los colegios JIN A N° 8 DE 9 “Armenio Argentino” de CABA; Balmoral de Banfield y la Escuela EP N° 4 de Avellaneda, Provincia de Buenos Aires, según los criterios de inclusión, exclusión y eliminación.



4.2. Características sociodemográficas de la muestra

Del total de los encuestados, representaban casi dos tercios el sexo masculino el 63% (n=63). La media de edad fue $3,96 \pm 0,81$ años (intervalo: 3 a 5 años).

Tabla 1. Características Sociodemográficas de los niños de la muestra que concurrían a los jardines de los colegios JIN A N° 8 DE 9 “Armenio Argentino” de CABA; Balmoral de Banfield y la Escuela EP N° 4 de Avellaneda, Provincia de Buenos Aires (n=100)

Características Sociodemográficas		
Edad (n y %)	Media y DS (años)	3,96 ± 0,81
	3 años	35
	4 años	34
	5 años	31
Sexo (n y %)	Femenino	37
	Masculino	63
Institución (n y %)	JIN A N° 8 DE 9 de CABA	21
	Balmoral de Banfield Pcia. Bs As	39
	Escuela EP N° 4 Avellaneda Pcia Bs As	40

4.3. Estado nutricional

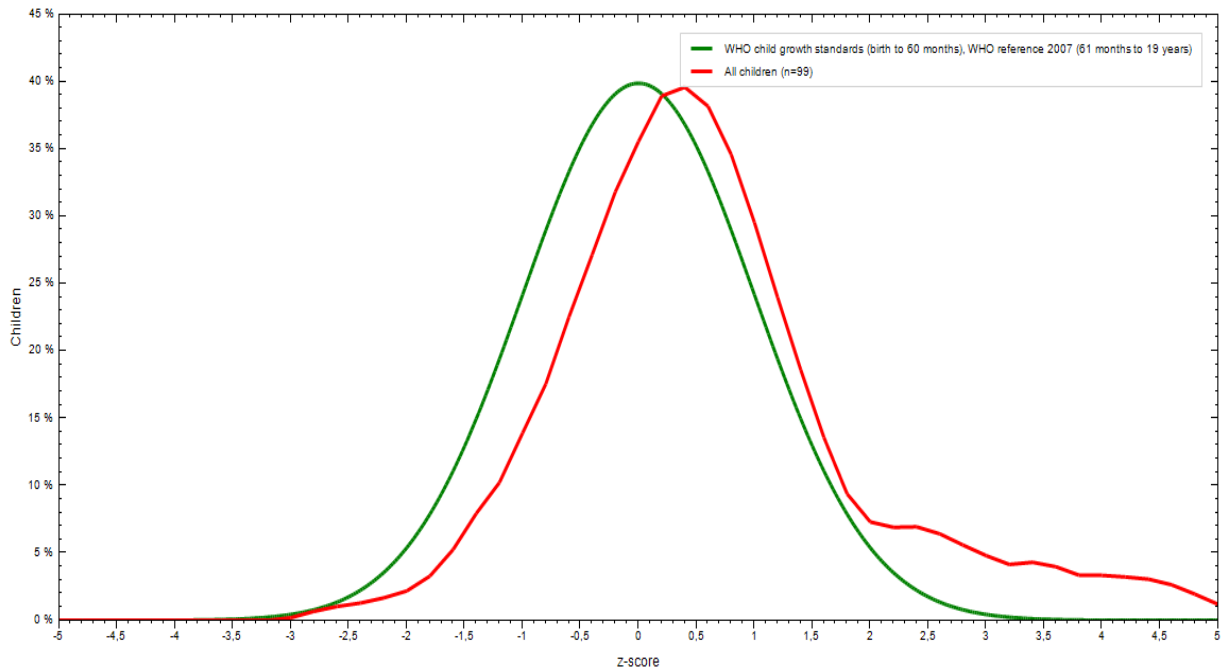
Los datos obtenidos en relación a peso y talla fueron por reporte de los padres. Obteniendo un puntaje z en relación al IMC/E cercano a la normalidad.

Tabla 2. Estado Nutricional de la muestra de niños según reporte de los padres (n=100)

ESTADO NUTRICIONAL DE LA MUESTRA		
Característica	Media y DS	Rango Comprendido
Peso	19,3 ± 5,12 Kg	12 – 45 kg
Talla	1,07 ± 0.10 metros	0,86 - 1,44 metros
Puntaje Z	0,76 ± 1,76	-4,14 - 10,6

Se observó un predominio de normopeso con un 54% del total de la muestra. El 36% de los niños tenían sobrepeso/obesidad. 9% con bajo peso.

Tabla 3. Estado Nutricional de los niños de la muestra según reporte de los padres a través de Puntaje Z (n=100)

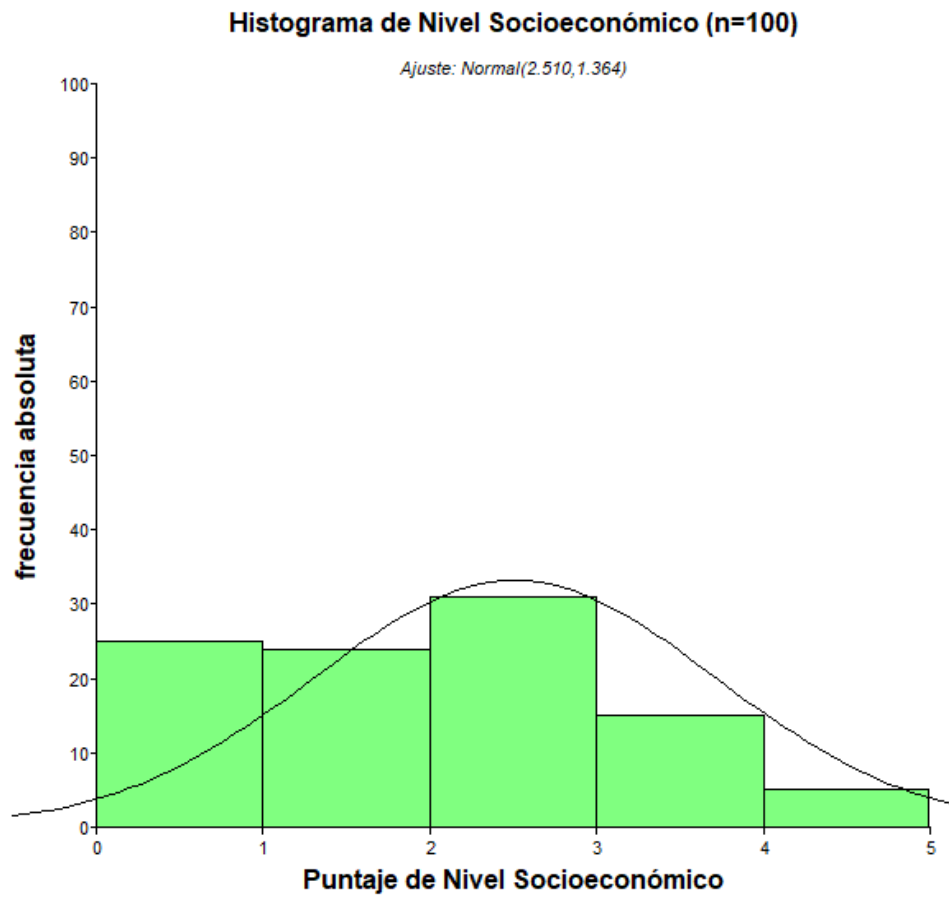


Fuente de elaboración propia.

4.4. Nivel Socioeconómico

De los resultados obtenidos a partir del nivel socioeconómico de las familias participantes en la encuesta, se observó una Mediana: 3 y Rango Intercuartílico: 4.

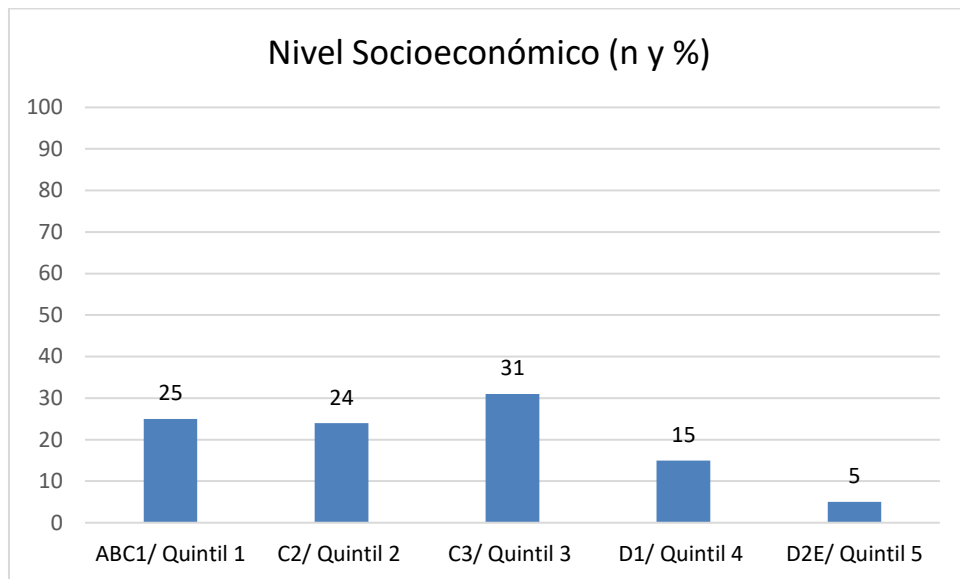
Gráfico 1. Histograma de la variable Nivel Socioeconómico (n=100)



Fuente de elaboración propia.

El 49% de niños pertenecían a los niveles socioeconómicos más altos (ABC1/Quintil 1 y a C2/Quintil 2), 31% representaban la clase media (C3/Quintil 3) y el 20% los niveles más bajos (D1/Quintil 4 y D2E/ Quintil 5).

Gráfico 2. Nivel Socioeconómico de los niños de la muestra según el reporte de los padres (n=100)



Fuente de elaboración propia.

Al analizar las dimensiones del Nivel socioeconómico se observó predominio de Nivel educativo del Jefe/a del Hogar “Terciaria/Universitaria completo” 49%; en el Estado ocupacional el 97% de la muestra “trabaja” y el 83% es “empleado” (Tabla 3).

Tabla 3. Frecuencia absoluta y mediana (RIQ) de las Dimensiones y Subtipos de Nivel Socioeconómico de los padres de los niños de la muestra (n=100)

NSE (DIMENSIONES)

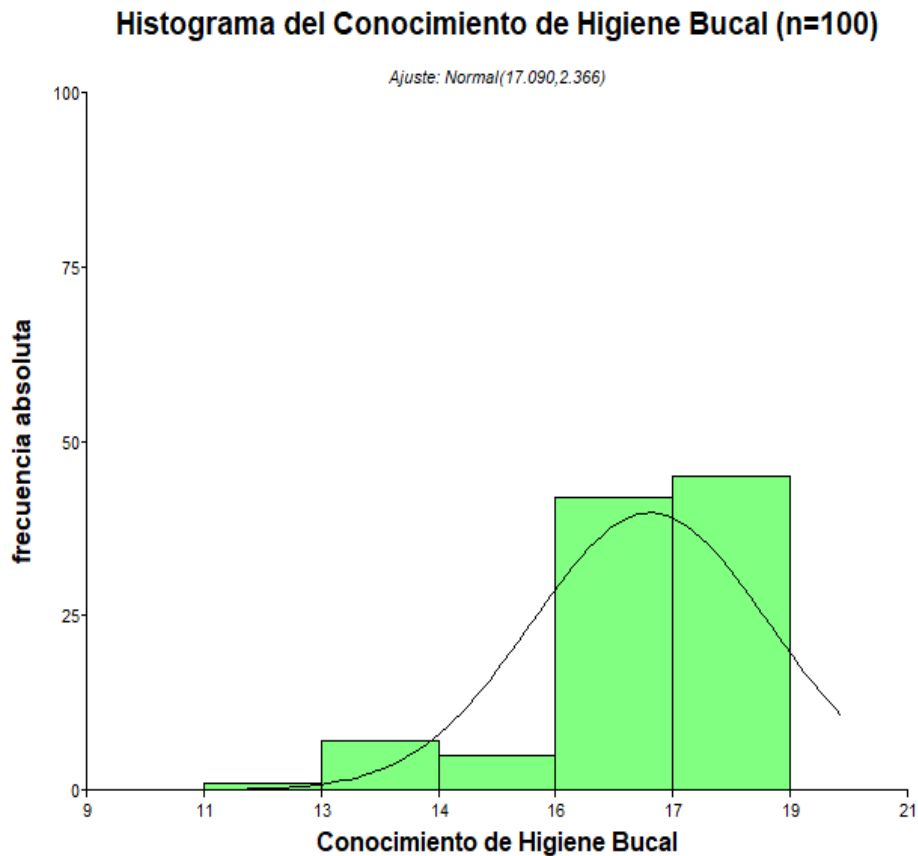
CANTIDAD DE MIEMBROS DEL HOGAR (MEDIANA Y RIQ)	3 (6)
CANTIDAD DE APORTANTES DEL HOGAR (MEDIANA Y RIQ)	2 (6)
NIVEL EDUCATIVO DEL JEFE/A DEL HOGAR (N Y %)	
SIN ESTUDIOS	0
PRIMARIA INCOMPLETA	2
SECUNDARIA INCOMPLETA	8
SECUNDARIA COMPLETA	20
TERCIARIA O UNIVERSITARIA INCOMPLETA	21
TERCIARIA/UNIVERSITARIA COMPLETA (CON TITULO O POSGRADO)	49
ESTADO OCUPACIONAL (N Y %)	
ACTUALMENTE TRABAJA	97
ACTUALMENTE ESTÁ DESOCUPADO, BUSCA TRABAJO	1
JUBILADO Y/O PENSIONADO	1
NO TRABAJA, PERO TIENE OTRA FUENTE DE INGRESOS	1
CATEGORÍA DE OCUPACIÓN (N Y %)	
DUEÑO	6
EMPLEADO	83
TRABAJA SOLO POR SU CUENTA	11
PERSONAL A CARGO (N Y %)	
CON PERSONAL A CARGO	30
SIN PERSONAL A CARGO	70

Fuente de elaboración propia.

4.5 Conocimiento de Higiene Bucal

Al analizar el conocimiento de Higiene Bucal se obtuvo una mediana de 17 puntos con un Rango Intercuartil de 8, con un mínimo de 11 y un máximo de 19 puntos. En el gráfico 3 se muestra la distribución de puntaje observando una mayor concentración en los puntajes mayor a 16.

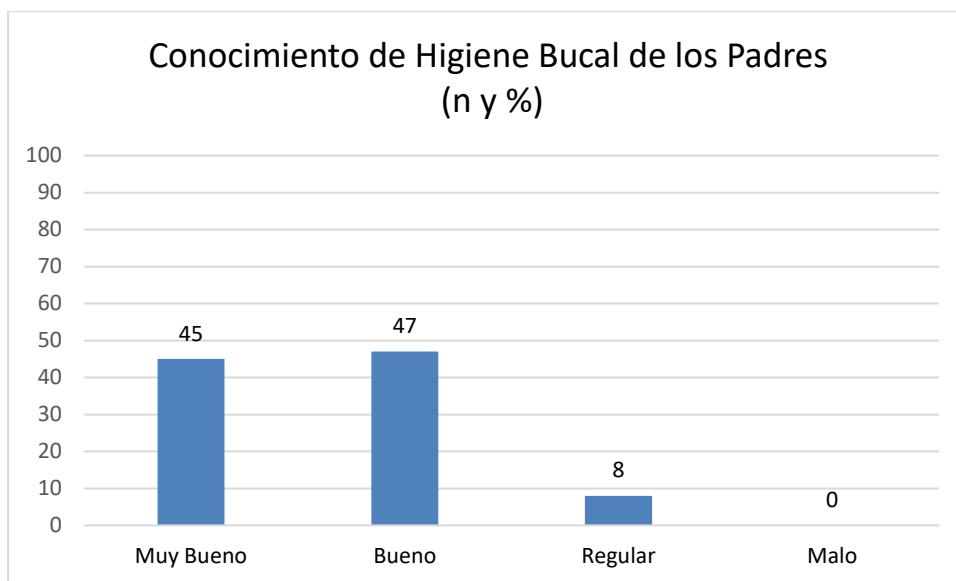
Gráfico 3. Histograma de la variable Conocimiento de Higiene Bucal de los padres (n=100)



Fuente de elaboración propia.

Del total de la muestra 92% de los padres demostraron tener un conocimiento de higiene bucal Muy Bueno (18 a 20 puntos) y Bueno (15 a 17 puntos).

Gráfico 4. Conocimiento de Higiene Bucal de los padres o tutores de los niños de la muestra (n=100).



Fuente de elaboración propia.

En relación a la dimensión caries dental el mayor desconocimiento por parte de los padres fue sobre “a que edad los niños obtienen todos los dientes de leche” (96%). En la dimensión de prevención el 31% de los padres desconocía “el momento en que se debía realizar la primera visita al odontólogo”. Y en la dimensión higiene bucal el 30% no sabía “desde que edad se debe comenzar a utilizar flúor en la pasta dental” (Tabla 4)

Tabla 4. Dimensiones y subtipo de Conocimientos de Higiene Bucal de los padres o tutores de los niños de la muestra (n=100).

CONOCIMIENTO DE HIGIENE BUCAL		
CARIES DENTAL	CONOCE	DESCONOCE
	n y %	n y %
1.- Conocimiento de la caries dental	85	15
2.- Conocimiento de la transmisión de los microorganismos que causan la caries dental	80	20
3.- Conocimiento de la placa bacteriana dental	54	46
4.- Conocimiento de la importancia de los dientes de leche	100	0
5.- Conocimiento de la edad que los niños tienen cuando obtienen todos los dientes de leche	4	96
PREVENCION	CONOCE	DESCONOCE
	n y %	n y %
6.- Conocimiento del momento que se recomienda la primera visita al odontólogo	69	31
7.- Conocimiento de beneficios del flúor	96	4
8.- Conocimiento de la necesidad de acudir al dentista cuando se tiene dientes sanos	100	0
9.- Conocimiento de la afección de la pérdida de dientes de leche por caries para la posición de los dientes	89	11
10.- Conocimiento de medidas preventivas para combatir la caries dental	90	10
DIETA	CONOCE	DESCONOCE
	n y %	n y %
11.- Conocimiento de alimentos que son mejores para tener dientes más sanos	99	1
12.- Recomendaciones de comida para llevar en la lonchera	99	1
13.- Con respecto al consumo de azúcares	97	3
14.- Recomendaciones de lactancia materna	98	2

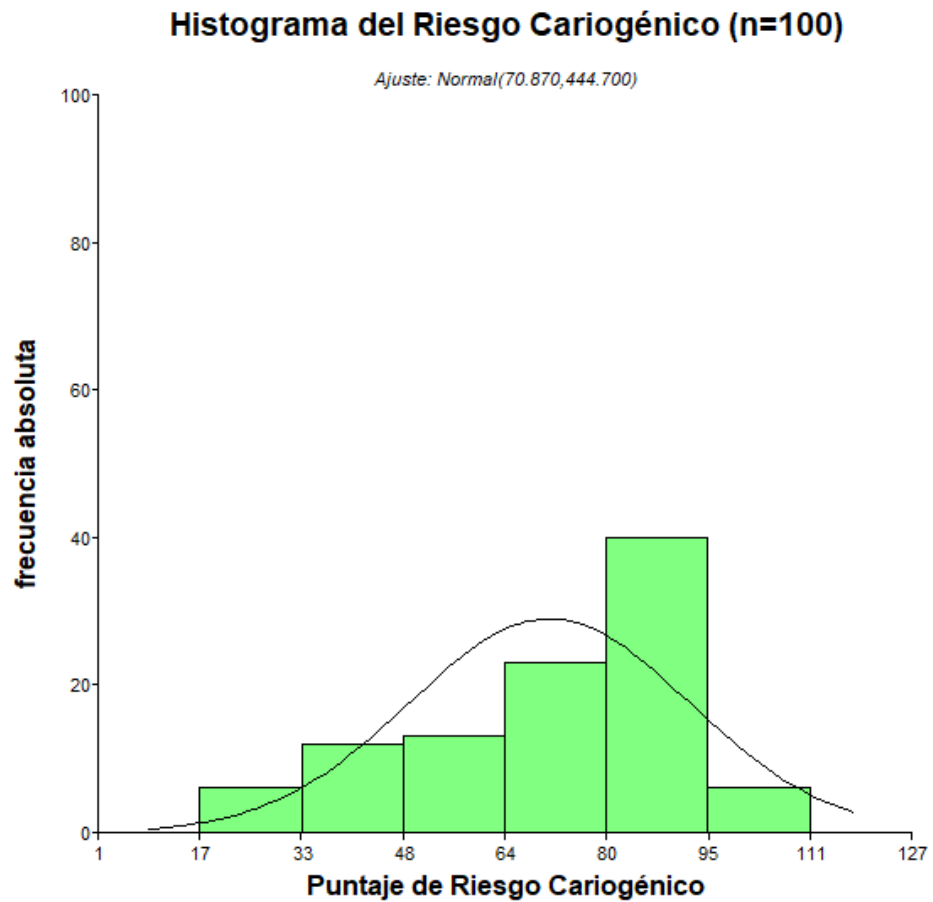
15.-Conocimiento de fórmulas lácteas y como afectan a los dientes durante la noche	99	1
HIGIENE BUCAL	CONOCE	DESCONOCE
	n y %	n y%
16.- Conocimiento de cepillado de los dientes?	93	7
17.- Conocimiento de edad desde la que se puede usar pasta dental con flúor	70	30
18.- Recomendación de cepillado después de cada comida	96	4
19.- Recomendación de cambio de cepillo dental	95	5
20.- Recomendación del cepillado autónomo de los niños	94	6

Fuente de elaboración propia.

4.6 Riesgo Cariogénico

En el histograma (Figura 5) se observa una mayor concentración de niños con alto riesgo cariogénico entre los puntos 80 y 144. La mediana de riesgo fue de 78 con un Rango intercuartílico de 94.

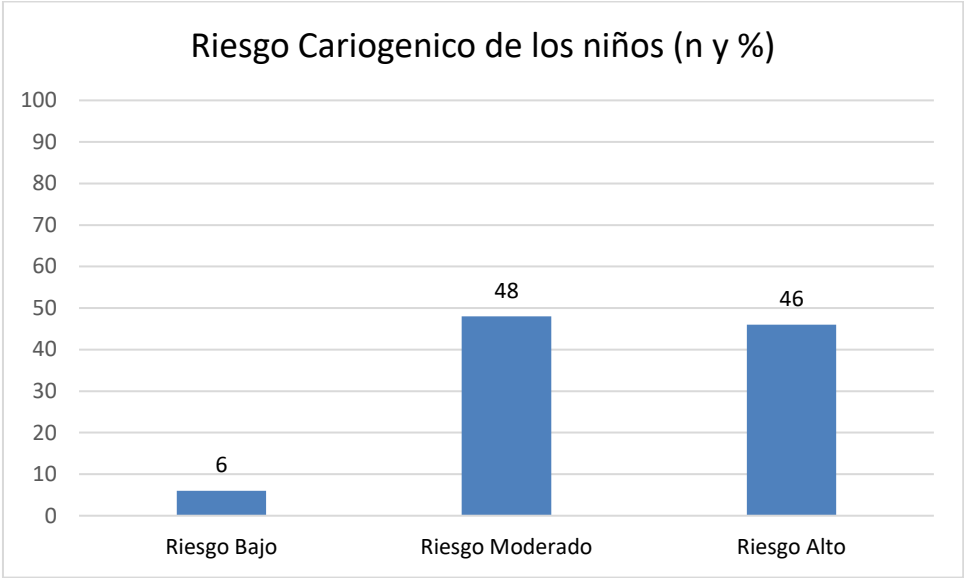
Gráfico 5. Histograma de la variable Riesgo Cariogénico de los niños (n=100)



Fuente de elaboración propia

Al analizar las categorías de riesgo, se observó que del total de la muestra el 94% tenía Riesgo Moderado/ Alto; con un mínimo de 17 puntos y un máximo de 111.

Gráfico 6. Riesgo Cariogénico de los niños de la muestra (n=100).



Fuente de elaboración propia.

4.7 Asociación de variables

No se encontró asociación significativa entre Nivel Socioeconómico con Conocimiento de Higiene Bucal de los padres según coeficiente de U de Mann_Whitney ($p=0,329$).

Se llevó a cabo una prueba de Chi cuadrado para evaluar la relación entre las variables NSE y Conocimiento de Higiene Bucal. No se observó diferencias significativas $X^2(2, n=100) = 1,14, p = 0,886$. ($p < 0,05$). Es decir que aquellos padres que pertenecían a los Niveles socioeconómicos más altos (Q1 y Q2) no tenían significativamente más probabilidades de tener nivel “Muy bueno” de Conocimiento de Higiene Bucal.

Tabla N° 5 de contingencia de Nivel Socioeconómico y Conocimiento de Higiene Bucal de los padres de los niños de la muestra ($n=100$).

NSE		Conocimiento de Higiene Bucal			
		Muy Bueno	Bueno	Regular	Totales de Fila
Alta (Q1 y Q2)	n	22	22	5	49
	%	45	45	10	
Media (Q3)	N	15	14	2	31
	%	48,5	45	6,5	
Baja (Q4 yQ5)	N	8	11	1	20
	%	40	55	5	
TOTALES	N	45	47	8	100

Fuente de elaboración propia.

Al analizar el conocimiento de Higiene Bucal de los padres a través de la dimensión Nivel educativo del jefe/jefa del hogar se encontró que aquellos padres o tutores con nivel terciario o universitario completo tenían un nivel de conocimientos de higiene bucal (21) 42,8% muy bueno; (22) 44,9% bueno y (6) 12,3% regular; aquellos con secundario completo (20) 50% muy bueno y (21) 50% bueno; aquellos con secundaria incompleta (4) 50% muy bueno, (3) 37,5% bueno y (1) 12,5% regular y primaria completa solo registro conocimiento bueno (2) 100%.

Se asoció Nivel Socioeconómico con Riesgo Cariogénico de los niños según U de Mann_Whitney con un p de valor $=0,136$, evidenciando que no hay una relación significativa.

Posteriormente se llevó a cabo la prueba de Chi cuadrado para evaluar la relación entre las variables ordinales NSE y Riesgo Cariogénico, La asociación no fue significativa $X^2(2, n=100) = 2,05, p = 0,726$. ($p < 0,05$). Es decir que aquellos niños que pertenecían a los Niveles socioeconómicos más altos

(Q1 y Q2) no tenían significativamente más probabilidades de tener un nivel Bajo de Riesgo Cariogénico.

Tabla N° 6 de contingencia de Nivel Socioeconómico y Riesgo Cariogénico de los niños de la muestra (n=100).

NSE		Riesgo Cariogénico			
		Bajo	Moderado	Alto	Totales de Fila
Alta (Q1 y Q2)	n	4	24	21	49
	%	8	49	43	
Media (Q3)	n	1	13	17	31
	%	3	42	55	
Baja (Q4 yQ5)	n	1	11	8	20
	%	5	55	40	
TOTALES	n	6	48	46	100

Fuente de elaboración propia.

Se asoció Nivel socioeconómico y Puntaje z, dando como resultado por medio de U de Mann Whitney un valor p de =0,091, resultando estadísticamente no significativo.

Se llevó a cabo una prueba de Chi cuadrado para evaluar la relación entre las variables ordinales NSE y Estado Nutricional sin diferencias significativas $\chi^2 (2, n=100) = 8,71, p = 0,685. (p < 0,05)$. Es decir que aquellos niños que pertenecían a los Niveles socioeconómicos más bajos (Q 4 y Q 5) no tenían significativamente más probabilidades de tener mayor probabilidad de tener Sobrepeso/ Obesidad.

Tabla N° 7 de contingencia de Nivel Socioeconómico y Estado Nutricional de los niños de la muestra (n=100).

NSE		Estado Nutricional			
		Bajo Peso	Normopeso	Sob/Ob	Totales de Fila
Alta (Q1 y Q2)	n	4	29	16	49
	%	8	59	33	
Media (Q3)	n	1	15	15	31
	%	3	48,5	48,5	
Baja (Q4 yQ5)	n	5	10	5	20
	%	25	50	25	
TOTALES	n	8	54	38	100

Fuente de elaboración propia

V - DISCUSIÓN

El presente estudio observacional descriptivo transversal, tuvo como objetivo describir el Estado Nutricional, el riesgo cariogénico y el nivel de conocimiento de higiene bucal según el nivel socioeconómico de los niños de las tres Instituciones que conformaban la muestra.

En este estudio se obtuvo que el nivel de conocimiento de Higiene Bucal de los padres de los niños de la muestra fue alto. Se destacó que, en la dimensión caries dental, el mayor desconocimiento fue: “a qué edad los niños obtienen todos los dientes de leche”; en la dimensión de prevención los padres desconocen “el momento en que se debe realizar la primera visita al odontólogo”; y en la de higiene bucal no sabían “a que edad se debe comenzar a utilizar flúor en la pasta dental”.

Cuando se lo analiza desde la dimensión del NSE “Nivel educativo del jefe/jefa del hogar”, la mayoría de que tenían educación superior o media completa tuvieron calificación de conocimiento “Muy Bueno” o “Bueno”; pero todos los que tenían la escuela primaria únicamente obtuvieron una calificación “buena”. Si se lo analiza en relación a las categorías del nivel Socioeconómico de la muestra (ABC1/Q1, C2/Q2, C3/Q3, D1/Q4, D2E/Q5), no se observan diferencias entre los diferentes niveles.

Según González Sanz, (16) “el control de la dieta rica en sacarosa, la frecuencia de cepillado y la clase social” son predictores de experiencia de caries. Sin embargo, la presente investigación no encontró asociación significativa entre Nivel Socioeconómico con Conocimiento de Higiene Bucal de los padres.

Si se compara con el estudio hecho en el año 2012 en Perú, las madres con educación técnica y/o superior presentan mejores calificaciones de conocimiento de higiene bucal en comparación con las madres con educación secundaria, primaria, o con ninguna educación (7). En el presente estudio, los padres con educación superior (Universitarios y Terciarios) coincidentemente presentaban mejores conocimientos de Higiene bucal a comparación del resto.

Según González Sanz (16), en niños preescolares, la presencia de caries dental se debe a una combinación de múltiples factores: la dieta es uno y se asocia a la ingesta de hidratos de carbono

fermentables. Por esto, es relevante el control de la ingesta de determinados alimentos, especialmente aquellos que tienen un alto potencial cariogénico: azúcares como la sacarosa o la glucosa (17).

El Riesgo Cariogénico de los niños de la muestra estudiada fue en su mayoría, Moderado y Alto. Cifras que no coinciden con el alto nivel de conocimiento de Higiene Bucal manifiesto por los padres. Además, dentro de la Dimensión “Dieta” de la misma variable los padres mostraron conocimientos óptimos de las preguntas del cuestionario. Esto podría explicarse debido a que, en los niños en edad escolar, existía una alta exposición a los alimentos de tipo cariogénico y mayor frecuencia entre los periodos de ingestas (17).

En otra investigación en Perú (28), en donde se utilizó también el cuestionario de Lipari y Andrade, si bien los escolares presentaron los Riesgos Altos y moderados elevados, el Riesgo Cariogénico Bajo es más del doble que el que presentó esta muestra de niños.

En un estudio venezolano, el análisis del estrato socioeconómico evidenció que 91% de los niños se encontraban en situación de pobreza (71% pobreza crítica y 20% pobreza extrema) y más del 60% de los escolares consumían los alimentos cariogénicos, diariamente y a cualquier hora (29). En este estudio se evidenció que los niños pertenecientes a los niveles socioeconómicos más pobres (D1/Q4, D2E/Q5) no presentaron niveles más elevados de Riesgo Cariogénico en comparación de los niños de clase Media y Alta. Destacando que la clase Media (C3/Quintil 3) fue la que mayor porcentaje de Riesgo cariogénico alto presentó.

Según lo planteado por González Sanz (16) pone en manifiesto que la presencia de factores socioeconómicos e incluso la obesidad son señalados como factores de riesgo para el desarrollo de caries dental. Sin embargo, en la presente investigación no se encontró asociación significativa entre Nivel Socioeconómico de los padres con Riesgo Cariogénico de sus hijos.

En relación al estudio del Estado Nutricional de la muestra, a través de la valoración antropométrica, se observó un predominio de normopeso. Sin embargo, los niños que tenían sobrepeso/obesidad casi triplicaban lo medido por la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2019, (ENNyS); esto podría

deberse a la alta ingesta de alimentos con Alto y Moderado Riesgo Cariogénicos de la muestra. Se necesitan más estudios que profundicen dicho análisis.

En el presente estudio al comparar el NSE con el Estado Nutricional, se observó que la clase media (C3/Quintil3) fue la que evidencio mayor porcentaje de Sobrepeso/Obesidad a pesar de esto no presentó resultados estadísticamente significativos como en otros estudios (28) (29) (30).

Frente a lo expuesto, se rechaza la hipótesis de investigación propuesta de que los niños de los Niveles socioeconómicos (D1/Quintil 4, o D2E/Quintil 5) tienen mayor Riesgo Cariogénicos y sus padres conocimientos regulares o malos sobre Higiene bucal en comparación de los niveles más altos (ABC1/Quintil 1 o C2/Quintil 2) al no encontrarse asociación significativa.

En cuanto a la hipótesis que plantea que los padres de los Niveles Socioeconómicos más bajos (D1/Quintil 4, o D2E/Quintil 5) tienen hijos con un puntaje Z de IMC para la edad más elevado que aquellos padres con niveles NSE más altos (ABC1/Quintil 1, o C2/Quintil 2) tampoco se encontró asociación estadísticamente significativa entre ambas variables; por lo cual se descarta que estos niños tengan mayores porcentajes de Sobrepeso y Obesidad.

Sugerencias:

Todas las asociaciones presentan una relación débil por lo que se recomendaría a futuras investigaciones considerar complementar con algún cuestionario de Prácticas de Higiene Bucal y otro que mida la frecuencia de consumo con horarios de los alimentos.

VI - CONCLUSIÓN

A pesar de que el Nivel de Riesgo Cariogénico de la muestra fue Alto no se observó una asociación estadísticamente significativa con los Niveles socioeconómicos más bajos

Con respecto a la Variable de Conocimiento de Higiene Bucal los padres de los niños de la muestra tenían en su mayoría niveles de conocimiento elevados. Se destacó que, en la dimensión caries dental, el mayor desconocimiento fue: “a qué edad los niños obtienen todos los dientes de leche”; en la dimensión de prevención los padres desconocen “el momento en que se debe realizar la primera visita al odontólogo”; y en la de higiene bucal no sabían “a que edad se debe comenzar a utilizar flúor en la pasta dental”. No se observó asociación significativa con la dimensión “Nivel educativos del Jefe/a del Hogar” de la variable Nivel Socioeconómico y con los Niveles Socioeconómicos.

La Clase Media (C3/Quintil 3) fue la que más alto porcentaje presentó de Sobrepeso y Obesidad, pero no se encontró asociación significativa entre los Niveles Socioeconómicos y el Estado Nutricional de los niños.

VII - BIBLIOGRAFIA

1) Organización Mundial de la salud. Salud Bucodental. 2020 [citado Abril 2021].

Disponible en:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

2) Mahan, K. Escott - Stump, S. Dietoterapia Krause. 12ª. ed. Madrid: Elsevier 2009

3) Organización Mundial de la Salud. Poner fin a la caries dental infantil: manual de implementación de la OMS. 2020 [Citado abril 2021].

Disponible en:

<https://www.who.int/publications/i/item/ending-childhood-dental-caries-who-implementation-manual>

4) Tungare S. Dieta y nutrición para prevenir problemas dentales. 2020. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan—. PMID: 30480981

Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30480981/>

5) Schmalz G, Ziebolz D. Cambiar el enfoque hacia el paciente en su totalidad en lugar de una sola enfermedad bucal: el concepto de prevención individualizada Adv Prev Med. [citado mayo 2020] 20;2020:6752342. doi: 10.1155/2020/6752342. PMID: 32518697; PMCID: PMC7256733.

Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32518697/>

6) Barrancos, M. J. (2006). Operatoria Dental Integración clínica. (4º ed.). Buenos Aires, Argentina. Editorial Médica Panamericana.

7) Cupé-Araujo A. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. Rev. Estomatol. Herediana [Internet]. 2015 [citado junio 2021]; 25(2): 112-121.

Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552015000200004&lng=es.

8) Ministerio de Salud de la Nación Argentina; [Sede Web] Buenos Aires 2019 [citado Abril 2021] ENNYS 2019 – Indicadores Priorizados Septiembre 2019.

Disponible en:

<https://cesni-biblioteca.org/2-encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud-ennys-2-resumen-ejecutivo/>

9) Organización Mundial de la Salud (2015). Sugars intake for adults and children.

[Citado Abril 2021].

Disponible en:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149782/9789241549028_eng.pdf;jsessionid=F910CA13D6EDBA87C827FD136070A430?sequence=1

10) Colombo Y. La caries dental en los niños: una deuda pendiente Revista de la Asociación Odontológica Argentina. [Internet]. 2017 [citado Junio 2021] ; ISSN 0004-4881 Volumen 105, número 2. Pag 33 a 35.

Disponible en:

<https://www.aoa.org.ar/wp-content/uploads/2017/08/V105N2J2017Corta.pdf>

11) Aliño Santiago M. La edad preescolar como momento singular del desarrollo humano. Rev Cubana Pediatr. 2007 [citado agosto 2021] ; 79(4).

Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312007000400010

12) Garino R, Figun M. Anatomía Odontológico funcional y aplicada. Madrid: Marbán 2009. 2da edición. Pag 213.

13) Cuenca Sala E. Odontología preventiva, principios métodos y aplicaciones. 4ta edición

Disponible en:

https://www.academia.edu/26941287/Odontologia_Preventiva_y_Comunitaria_Principios_booksmedicos

14) Ortega F, Guerrero A, Aliaga P. Determinantes sociales y prevalencia de la caries dental en poblaciones escolares de zonas rurales y urbanas de Ecuador. *Odontoinvestigación*. 2018; [citado julio 2021];1(1): 20-31.

Disponible en:

<https://revistas.usfq.edu.ec/index.php/odontoinvestigacion/article/view/1281/1253>

15) Ojeda-Garcés J. Streptococcus mutans y caries dental. *CES odontol.* [Internet]. 2013 [Citado julio 2021]; 26 (1): 44-56.

Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120971X2013000100005&lng=en

16) González Sanz A. Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. *Nutr. Hosp.* 2013 [citado julio 2021]; 28 (Suppl 4): 64-71.

Disponible en:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013001000008

17) Sociedad Española de Odontopediatría. Prevención de caries de la primera Infancia. 2019. [Internet]. [citado julio 2021]; 11 pag.

Disponible en:

<https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2019/08/Prevenci%C3%B3n-de-la-caries-de-la-primera-infancia-rev-082019-marca-agua.pdf>

18) Pitts N. Caries risk assessment, diagnosis and synthesis in the context of a European Core Curriculum in Cariology. *European journal of dental education : official journal of the Association for Dental Education in Europe*. 2011 [citado Julio 2021] 15 Suppl 1, 23–31.

Disponible en:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0579.2011.00711.x>

19) Fontana, Margherita, and Domenick T Zero. “Assessing patients' caries risk.” *Journal of the American Dental Association* 2006. [citado julio 2006] vol. 137,9: 1231-9

Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16946427/>

20) Pinkham, Odontología pediátrica, 2da edición. Sección II

Disponible en:

<https://booksmedicos.org/odontologia-pediatica-pinkham-2a-edicion/>

21) Stifano M. Nutrición y prevención de las enfermedades de la mucosa oral. Odontol. Prev. 2018; [citado en julio 2021] 1(2):65-72.

Disponible en:

<http://www.medicinaoral.com/preventiva/volumenes/v1i2/65.pdf>

22) Carlos Marx. El Capital, El Capital, vol. III (Parte VI, capítulo 52)

23) Max Weber. Economía y Sociedad, Parte III, Cap. 4: Clase, status, partido.

24) Gino Germani. Estructura Social de la Argentina. Análisis Estadístico. Capítulo: Las Clases Sociales: Introducción.

25) Azcárate P, Zambelli R. El nivel socioeconómico en la argentina, 2015. Estratificación y variables. Sociedad Argentina de marketing y opinión (SAIMO), Observatorio Social; 2015 [citado julio 2021]

Disponible en:

<https://www.saimo.org.ar/archivos/observatorio-social/El-NSE-en-la-Argentina-2015-Estratificacion-y-VARIABLES.pdf>

26) Asociación Argentina de Marketing. Índice de nivel socioeconómico argentino. Buenos Aires, Argentina; 1996.

27) Sociedad Argentina de Investigadores de Marketing y opinión (SAIMO). Comisión de Enlace Institucional NSE 2006; 2006.

Disponible en:

<https://www.saimo.org.ar/archivos/observatorio-social/NSE2006-23nov2006-Informe-final.pdf>

28) García Vega L. Relación entre consumo de alimentos cariogénicos e higiene Bucal con caries dental en escolares. Revista Campus de la Universidad de San Martín de Porres. [citado en julio 2021] ISSN 1812-7886

Disponible en:

https://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2012/Kiruv.9/Kiru_v.9_Art5.pdf

29) Díaz, N. Frecuencia de consumo de alimentos Cariogénicos y prevalencia de caries dental en escolares venezolanos de estrato socioeconómico bajo. Acta odontológica venezolana. 2013 [citado en julio 2021] Volumen 51, No. 2

Disponible en:

<https://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/2/art-5/>

30) Tamayo Vargas, C. Condiciones de salud bucal de niños de 3-6 años de edad y nivel de conocimiento de los padres y profesores de tres instituciones educativas. Revista Científica Odontología Sanmarquina. Univ. Nac. Mayor de San Marcos. 2013 [citado en julio 2021]. Vol 16, Num 2.

Disponible en:

<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/5398>

31) Sotomayor Ortellado R. Dieta, higiene bucal y riesgo de caries dental en niños escolares de Concepción, durante el confinamiento por COVID-19. Pediatr. (Asunción) 2021 [citado agosto 2021] ; 48(1): 65-72.

Disponible en:

http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168398032021000100065&lang=es

32) Sampieri R, Collado-Fernández C, Baptista-Lucio P. Metodología de la investigación. 6th ed. México: Mc Graw Hill; 2014.

33) Manterola C, Quiroz G, Salazar P, García N. Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. Rev. Med. Clin. Condes. [Citado mayo 2021] ; 30(1): p. 36-49.

Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300057>

34) De Juan Herrero J, Pérez Cañaveras R. Sexo, Genero y Biología. Feminismo/s. 2007; 10: p. 163-185.

35) Mansilla A M. Etapas del desarrollo humano. Rev. Investig. Psicol. 2000 Diciembre; 3(2): p. 105-116.

36) Dirección Prov. de Estadísticas. Ministerio de Hacienda y Finanzas de la Provincia de Buenos Aires. [sitio Web]. 2021.(citado en junio 2021)

Disponible en:

<http://www.estadistica.ec.gba.gov.ar/dpe/index.php/publicaciones/268-estudio-de-poblacion-de-la-provincia-de-buenos-aires-n->

37) Latham M. Nutrición humana en el mundo en desarrollo. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Colección FAO: Alimentación y nutrición N° 29. 2002. [citado en mayo 2021]

Disponible en:

<http://www.fao.org/3/w0073s/w0073s0r.htm#:~:text=Estas%20incluyen%20obesidad%2C%20arteriosclerosis%20y,diabetes%20mellitus%2C%20alcoholismo%20y%20otras.>

38) Guarro J J, Revista de Odontología El Dentista Moderno. La revisión dental, clave en la detección de la anorexia y la bulimia. N° 58. 2019 [citado abril 2021]

Disponible en:

<http://www.eldentistamoderno.com/2019/02/la-revision-dental-clave-en-la-deteccion-de-la-anorexia-y-la-bulimia/>

39) Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. [Online].; 2019 [citado en mayo 2021]. Disponible en:

<https://dle.rae.es/edad.>

40) FAO. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. [Online].; 2014 [citado en mayo 2021].

Disponible en:

<http://www.fao.org/faoterm/collections/nutrition/es/>

41) Sociedad Argentina de Pediatría. Comité Nacional de Crecimiento y desarrollo. Guía para la Evaluación del Crecimiento Físico. 2007.

Disponible en:

<https://www.sap.org.ar/uploads/documentos/libro-verde-gu-iacutea-para-la-evaluaci-oacuten-del-crecimiento-f-iacutesico.pdf>

42) Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. [Online].; 2019 [citado en mayo 2021].

Disponible en:

<https://dle.rae.es/bucodental>

43) Wurschmidt M. Evaluación del riesgo cariogénico / Evaluación del riesgo de caries. Bol. Asoc. Argén. Odontol. Niños [citado en mayo 2021] ; 32 (3): 16-22, 2003.

Disponible en:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-351959>

44) Lipari A, Andrade P. Factores de Riesgo Cariogénico. Revista Chilena de Odontopediatría. [citado en mayo 2021] 2002; 13: p. 7-8.

Disponible en:

<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/art-10/>

45) Sociedad Argentina de Pediatría. Guías para la Evaluación del Crecimiento. 2nd ed. Ciudad autónoma de Buenos Aires: Ideográfica; 2001

46) Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet].

Disponible en:

<https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

47) Ministerio de Salud de la Nación Argentina; [Sede Web] Buenos Aires 2019 [citado en Agosto 2021] ENNYS 2019 – Resumen Ejecutivo Septiembre 2019.

Disponible en:

http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001565cnt-ennys2_resumen-ejecutivo-2019.pdf

48) López L. B., Suárez M. M. Fundamentos de Nutrición Normal. Capítulo 8, 9, 10. Buenos Aires: El Ateneo; 2012.

49) Flores-Ruiz E. El protocolo de investigación VI: cómo elegir la prueba estadística adecuada. Estadística inferencial. Rev. alerg. Méx. [revista en la Internet]. 2017 [citado noviembre 2021]; 64(3): 364-370.

Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2448-91902017000300364&lng=es&nrm=iso&tlng=en

VIII - ANEXOS

Anexo I Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL RESPONDENTE

Estimada/o Padre, Madre o tutor de alumnos de los Colegios JIN A N° 8 DE 9 “Armenio Argentino” de CABA, Balmoral de Banfield y la Escuela EP N° 4 de Avellaneda, Provincia de Buenos Aires. Mi nombre es Mariana Baldo, en virtud que me encuentro realizando mi trabajo final integrador (TFI) de la Licenciatura en Nutrición, cuyo objetivo es evaluar a los niños de 3 a 5 años durante el mes de Julio del año 2021 necesitare realizar una encuesta para medir Nivel Socioeconómico, Riesgo Cariogénico (probabilidad de caries por alimentos), Conocimientos de Higiene Bucal, e índice de Masa Corporal (a partir de la toma de medidas de Peso y la Talla). Por esta razón, solicito su autorización para participar en esta encuesta, que consiste en responder las preguntas que se encuentran en la hoja siguiente.

Resguardaré la identidad de las personas incluidas en esta encuesta.

En cumplimiento de la Ley N° 17622/68 (y su decreto reglamentario N° 3110/70), se le informa que los datos que usted proporcione serán utilizados sólo con fines estadísticos, quedando garantizado entonces la absoluta y total confidencialidad de los mismos.

La decisión de participar en esta encuesta es voluntaria y desde ya agradezco su colaboración.

Le solicitamos que de estar de acuerdo, luego de haber leído detenidamente lo anterior y habiéndolo comprendido, firmar al pie:

Yo....., en mi carácter de respondiente encuestado, habiendo sido informado y entendiendo el objetivo de la encuesta, acepto participar en la misma.

Fecha:.....

Firma:.....

Lugar de la encuesta:.....

Alumna encuestadora:.....

.....

(Firma)

Universidad ISALUD

Anexo II Aspectos Éticos.

Hoja de información al sujeto de investigación

Nivel socioeconómico como condicionante del conocimiento de los padres de la Higiene bucal y del consumo de alimentos cariogénicos asociado con índice de masa corporal de niños de 3 a 5 años del Colegio JIN A N° 8 DE 9 “Armenio Argentino” de CABA, Balmoral, Banfield y la Escuela EP N° 4 de Avellaneda, Provincia de Buenos Aires en el año 2021.

Introducción: La Higiene Bucal influye en la salud general de la población infantil y en la evolución de su salud bucal. Aunque hemos avanzado en su promoción y prevención de caries y enfermedades bucales, estamos lejos de controlarla, dada la gran cantidad de casos diagnosticados en odontopediatría. Se trata de un problema de salud pública que afecta a niños de todos los niveles socioeconómicos, pero sobre todo a los de bajos recursos. Es causa de ausentismo escolar y genera dificultades en la actividad cotidiana. La falta de cuidados preventivos y de controles odontológicos es responsable de la situación actual. Como es un problema multifactorial tampoco debemos dejar de lado el consumo de alimentos con alto riesgo Cariogénico, que además contribuyen al exceso de peso a edades tempranas.

Objetivo del estudio: Determinar la asociación entre el Nivel socioeconómico como condicionante del conocimiento de los padres de la Higiene bucal y del consumo de alimentos cariogénicos asociado con índice de masa corporal de niños de 3 a 5 años del Colegio JIN A N° 8 DE 9 “Armenio Argentino” de CABA, Balmoral, Banfield y la Escuela EP N° 4 de Avellaneda, Provincia de Buenos Aires en el año 2021.

Participación del estudio: La participación es voluntaria y gratuita. Los hallazgos que se produzcan serán utilizados solo a fines de investigación. No existen beneficios económicos en la participación del estudio. La decisión de participar o no, no modifica en ninguna medida sus actividades diarias. Usted no se encuentra en riesgo adicional alguno por participar.

No se identificará ni dará a conocer sus datos personales, los mismos son confidenciales y serán tratados sólo por el investigador a fin de proteger su identidad y su privacidad. Según la Ley Nacional de Protección de Datos Personales 25.326 (Ley de Habeas data) usted tiene derecho al acceso a los datos, pedido de rectificación y el no tratamiento de ellos a futuro en caso de retirarse el consentimiento a participar del estudio. Usted puede decidir en cualquier momento retirarse del estudio con sólo comunicarlo a los teléfonos de contacto indicados a continuación.

Ante cualquier duda con respecto al estudio usted puede comunicarse con Mariana Baldo, al teléfono 15-32699656. Se agradece su participación.

Anexo III Encuesta

Nº de Encuesta:

- 1) ¿Quién es el familiar que responde por el participante?
 - Madre
 - Padre
 - Tutor:
 - Otro:
- 2) Indique el sexo con el que se identifica el infante
 - Masculino
 - Femenino
 - Otro
- 3) ¿Cuántos años tiene? (en años cumplidos)
 - 3
 - 4
 - 5
- 4) Peso Actual del niño (en kilogramos):
- 5) Talla/Altura del niño (en centímetros):
- 6) ¿Actualmente ha sido diagnosticado por un profesional de la salud con alguna de las siguientes enfermedades?

- Ninguna
- Alergias alimentarias
- Enfermedades respiratorias crónicas
- Enfermedades cardíacas
- Inmunodeficiencias
- Diabetes
- Insuficiencia renal
- Pica
- Trastorno de rumiación
- Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos
- Anorexia nerviosa
- Bulimia nerviosa,
- Trastorno de atracones
- otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado

Anexo IV Cuestionario Salud bucal

Fecha:

Edad de su niño(a):

a) 3 años

b) 4 años

c) 5 años

¿Quién responde al cuestionario?

a) Padre

b) Madre

Edad del informante:

Grado de instrucción del padre/madre:

a) Ninguna

b) Educación Primaria

c) Educación Secundaria

d) Educación Técnica

e) Educación Universitaria

El cuestionario está elaborado para que usted de acuerdo a su criterio indique una respuesta mediante una (X).

CARIES DENTAL

1.- ¿Qué es la caries dental?

a.- Es una enfermedad que aparece en los niños desnutridos.

b.- No es una enfermedad

c.- Es una enfermedad causada por falta de higiene bucal y consumo de azúcares.

d.- Es una enfermedad causada por falta de higiene bucal y consumo de frituras.

2.- Los microorganismos que causan la caries dental puede transmitirse por

a) Compartir utensilios

b) Compartir cepillos dentales

c) Besos en la boca

d) Todas las anteriores

3.- ¿Qué es la placa bacteriana dental?

a.- Es una capa dura que se forma en la superficie de los dientes

b.- Es una placa blanda que se forma en la superficie de los dientes

c.- Es el sarro que se forma en los dientes

d.- Es una masa que solo se encuentra en los dientes de los adultos

4.- ¿Son importantes los dientes de leche?

a) Sí, porque guardan espacio para los dientes permanentes

b) No, porque no cumplen ninguna función

c) No, porque al final se van a caer

d) No, porque no son los dientes permanentes

5.- ¿A qué edad los niños tienen todos los dientes de leche?

a) 2 años

b) 4 años

c) 6 años

d) 8 años

PREVENCIÓN

6.- La primera visita al odontólogo, se recomienda a partir de:

a) A partir de los 2 años

b) Cuando aparece el primer diente de leche

c) Cuando tenemos dientes de adulto

d) Solo cuando existe dolor

7.- ¿Qué beneficios conoce del flúor?

- a) **Fortalece los dientes y previene la caries**
- b) Cura los dientes para prevenir las extracciones
- c) El flúor tiene una acción blanqueadora en los niños
- d) Fortalece al niño para que crezca sano y fuerte

8.- Es necesario visitar al dentista cuando se tiene dientes sanos:

- a) **Si, para un examen clínico de rutina**
- b) Solo si tiene dientes chuecos
- c) No, ya que como no tiene nada no es necesario
- d) Solo voy si mi hijo tiene molestias en la boca

9.- Si su niño pierde un diente de leche, antes del tiempo porque esta con caries ¿cree Ud. que pueda afectar la posición de los dientes?

- a) **Si**
- b) Depende, solo si pierde las muelas de leche
- c) No
- d) Los dientes de leche no son importantes

10.- ¿Qué medidas preventivas conoce usted para combatir la caries dental?

- a) El flúor
- b) Una correcta higiene bucal
- c) Evitar consumo excesivo de azúcares

d) Todas las anteriores

DIETA

11.- ¿Qué alimentos cree usted que son mejores para tener dientes más sanos?

a) Frutas y vegetales

b) Gaseosas y frutas

c) Frugos y galletas

d) Todas las anteriores

12.- ¿Qué se recomienda que lleve su hijo en la lonchera?

a) Queso, quinua, frutas, huevo, pan, carne.

b) Galletas dulces, chocolates, tortas, refrescos de caja.

c) Frugos, leche chocolatada, chisitos

d) Todas las anteriores

13.- Con respecto al consumo de azúcares, marque lo correcto

a) El niño nunca debe consumir azúcar

b) El niño puede consumir azúcar en varios momentos durante el día

c) El niño puede consumir azúcar en horas determinadas y

luego cepillarse los dientes

d) Todas las anteriores

14.- ¿Hasta qué edad se recomienda dar al niño lactancia

materna?

- a) Hasta los 15 días de nacido
- b) Hasta los 3 meses de edad
- c) Hasta los 6 meses de edad**
- d) Hasta el primer mes de nacido

15.- Dejar que el niño tenga el biberón con líquidos azucarados durante toda la noche ¿qué causaría?

- a) Va a estar más fuerte al despertar
- b) Estará más fuerte y sano
- c) Estará más expuesto a tener caries**
- d) No pasa nada

HIGIENE BUCAL

16.- ¿Cuántas veces al día el niño debe cepillarse los dientes?

- a) 1 vez
- b) De 2 a 3 veces**
- c) De 5 a más veces
- d) Los niños no deben cepillarse los dientes

17.- ¿Desde qué edad se puede usar pasta dental con flúor?

- a) A partir de los 2 años**

- b) A partir de 5 años
- c) A partir de la adolescencia
- d) En niños menores de 2 años

18.- ¿El cepillado se recomienda realizarlo después de cada comida?

- a) No
- b) Solo antes de dormir
- c) Solo con usar un enjuagatorio basta
- d) Si**

19.- ¿Cada qué tiempo se debe cambiar el cepillo dental?

- a) Cada 3 meses**
- b) Cada 8 meses
- c) Al año
- d) Nunca

20.- En cuanto al cepillado dental

- a) El cepillado dental puede ser realizado solo por el mismo niño
- b) Los padres deben supervisar el cepillado dental de sus niños a esta edad**
- c) El cepillado dental debe ser realizado en niños mayores de 3 años.
- d) En el niño el cepillado dental debe realizarse sin pasta dental.

ESCALA DE CALIFICACIÓN:

Muy bueno: 18-20 puntos,

Bueno: 15-17 puntos,

Regular: 11-14 puntos

Malo: 0-10 puntos.

Anexo V Frecuencia de consumo

Paciente: _____ Edad: _____		(a) Consumo	(b) Frecuencia				(d) Consumo por frecuencia	(c) Ocasión		Consumo por ocasión (e)
		Valores Asignados	Valor Asignado					Valores Asignados		
Grado de Cariogenicidad			0	1	2	3		1	5	
			Nunca	2 o más veces en la semana	1 vez al día	2 o más veces al día		Con las comidas	Entre comidas	
Bebidas azucaradas	Jugos de sobre, jugos de fruta, té, café, leche con 2 o mas cucharadas de azúcar.	1								
Masas no azucaradas	Pan blanco, galletas	2								
Caramelos	Chiclets, caramelos, helados, chupetas, mermelada, chocolates	3								
Masas azucaradas	Pasteles dulces, tortas, galletas, donas.	4								
Azúcar	Miel, frutas secas, frutas en almíbar, caramelos masticables, cereales azucarados.	5								
							(d)	(f) Valor potencial cariogénico: _____	(e)	

Para obtener puntaje de riesgo:

1. Se multiplica el Valor dado al consumo en la columna vertical izquierda (a) por el Valor dado a la frecuencia (b) en la columna horizontal.
2. Se multiplica el Valor dado al consumo (a) por Ocasión (d).
3. Se suma los valores parciales de la columna Consumo por frecuencia para obtener el Puntaje total (d).
4. Se suma los valores parciales de la columna Consumo por ocasión para obtener el Puntaje total (e).
5. Se suma (d) + (e) para obtener el Valor del riesgo cariogénico.

(a) X (b); (a) X (d); sumo todos los (d); sumo todos los (e); sumo (d) y (e)

Escala	
:	
Puntaje Máximo: 144	Puntaje Mínimo: 10
10-33:	Bajo Riesgo Cariogénico
34-79:	Moderado Riesgo Cariogénico
80-144:	Alto Riesgo Cariogénico

Anexo VI Cuestionario Nivel Socioeconómico
CUESTIONARIO NSE Simplificado Online -2015

Nombres de variables para rutina en SPSS en letra azul: no son vistos por el informante

Las indicaciones con resaltador celeste y los **códigos y valores (en rojo)** no son vistos por el informante.

General: Todas las preguntas son cerradas, de respuesta única y obligatoria.

P1. A todos ¿Cuántas personas viven en su hogar, incluyéndolo a usted? **cper**

_____ **Solo números, mayor que cero** CONTINÚA

P2. ¿Y cuántas de ellas tienen ingresos de algún tipo, tanto del trabajo personal como de otras fuentes? Por “ingresos de otras fuentes” entendemos alquileres, becas, ayuda familiar, subsidios por desocupación, renta financiera o inversión en negocios en los que no trabaja. **A todos** **caper**

_____ **Solo números, mayor que cero y menor o igual a** **cper** CONTINÚA

P3. A todas Las preguntas que siguen se refieren exclusivamente a la persona que más aporta para los gastos de su hogar. Si hay dos o más aportantes piense solo en una de ellas, la persona que más aporta.

¿Cuál es el máximo nivel de estudios que alcanzó la persona que más aporta? **ned**

NIVEL EDUCACIONAL (NE)	Cód.	Valor en Nivel Educativo	Pase
Sin estudios	1	1	CONTINÚA
Primaria incompleta	2	1	
Primaria completa	3	2	
Secundaria incompleta	4	2	
Secundaria completa	5	3	
Terciaria o Universitaria incompleta	6	3	
Terciaria completa (con título)	7	4	
Universitaria completa (con título)	8	4	
Posgrado	9	4	

P4. A todos ¿Actualmente esta persona está trabajando? **estado**

ACTIVIDAD-OCUPACIÓN-INACTIVIDAD	Cód.	Pase
Sí, actualmente trabaja	1	→ P5a
No trabaja pero está buscando activamente trabajo (desocupado)	2	→ P5b
No, es jubilado y/o pensionado	3	→ Algoritmo: grilla Inactivos-Jubilados

No trabaja pero tiene otra fuente de ingresos (alquileres, becas, ayuda familiar, subsidios por desocupación, renta financiera o inversión en negocios en los que no trabaja)	4		→ P7
---	---	--	------

P5a y 5b: Varía la formulación de la pregunta, la grilla es la misma y los pases son diferentes.

P5 a. A los que respondieron P4-1, OCUPADOS El trabajo del principal aportante del hogar es...? **cat_ocup**

CATEGORÍA	Cód.	Pase
Como dueño o socio de una empresa, estudio o comercio (de cualquier tamaño, por lo menos un empleado)	1	→ P7
En algún organismo público o empresa privada de cualquier tipo, como fábrica, taller, oficina, obra, comercio o con una persona que le da trabajo	2	→ P6
Trabajando solo, por su cuenta, sin empleados	3	→ P7

P5 b. A los que respondieron P4-2, DESOCUPADOS El último trabajo del principal aportante del hogar era...? **cat_ocup**

CATEGORÍA	Cód.	Pase
Como dueño o socio de una empresa, estudio o comercio (de cualquier tamaño, por lo menos un empleado)	1	→ Algoritmo grilla <u>Desocupados</u>
En algún organismo público o empresa privada de cualquier tipo, como fábrica, taller, oficina, obra, comercio o con una persona que le da trabajo	2	
Trabajando solo, por su cuenta, sin empleados	3	

P6. A empleados con o sin personal a cargo Vienen de P4-1 y 2 y P5a y 5b. ¿Tiene personas a su cargo...? Señale cuál es su función en la jerarquía. **categ**

JERARQUÍA	Cód.	Pase
Empleado con responsabilidades directivas, gerenciales, jefe o supervisor con personal a cargo	1	→ P7
Trabajador sin personal a su cargo	2	

P7. A todos los OCUPADOS y OTROS INACTIVOS, NO JUBILADOS. La persona que más aporta para los gastos del hogar ¿tiene actualmente algún tipo de cobertura médica asegurada, una obra social o medicina prepaga, o, en caso de ser necesario, se atiende en hospitales o con un profesional privado que busca en el momento? **c_medica**

	COBERTURA MEDICA	Cód.	Valor CM	Pase
SI	Tiene la cobertura de una obra social, mutual o medicina prepaga	1	1	→ Algoritmo grilla, <u>columna correspondiente</u>
NO	En caso de ser necesario se atiende en hospital público o con un profesional privado que busca en el momento	2	2	
No sabe		3	2	

¡Muchas gracias! El encuestado cubrió todos los pasos necesarios para determinar el NSE SIMPLIFICADO

Segmento		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	13	17	18
TABLA DE ASIGNACIÓN DE NSE		OCUPADOS								DESOCUPADOS			INACTIVOS		
		Empleados CON personal a cargo		Empleados SIN personal a cargo		Cuenta propia		Empleadores		Empleados	Cuenta Propia	Empleador	Jubilados	Otros inactivos	
NIVEL EDUCACIONAL	APORTANTES	C/CM	S/CM	C/CM	S/CM	C/CM	S/CM	C/CM	S/CM						
NE4 Terciario o Universitario Completo o Post grado	Hasta 40%	1	2	3	3	2	3	1	2	5	4	2	3	2	3
	41 a 69%	1	2	2	3	2	3	1	1	4	4	2	2	2	3
	70% y más	1	2	2	2	1	3	1	1	4	3	1	2	1	2
NE3 Terciario o Universitario incompleto	Hasta 40%	3	3	4	4	4	4	2	2	5	5	3	4	3	3
	41 a 69%	1	3	3	3	3	4	2	2	5	4	2	3	3	3
	70% y más	1	3	3	3	3	4	1	1	4	4	2	3	2	2
NE 2 Primario completo o Secundario incompleto	Hasta 40%	3	3	4	5	4	5	3	3	5	5	3	5	3	4
	41 a 69%	2	3	3	4	4	5	2	2	5	5	3	4	3	4
	70% y más	2	2	4	4	3	4	2	2	5	4	2	4	2	3
NE 1 Sin instrucción formal o Primario incompleto	Hta 40%	3	4	5	5	5	5	3	3	5	5	3	6	4	5
	41 a 69%	3	3	5	5	5	5	3	3	5	5	3	5	4	5
	70% y +	2	3	4	4	4	4	2	2	5	5	2	5	3	4

Código de NSE	
ABC1	1
C2	2
C3	3
D1	4
D2E	5

Con cobertura médica:	C/ CM
Sin cobertura médica:	S/ CM