



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PROYECTO DE INVESTIGACION

TEMA:

**Calidad de vida y caries de infancia temprana en pobladores de
San Lorenzo.**

Autor:

Cristopher Ariel Daza Bermeo

Tutor:

Dr. Tomás Enrique Quintero De La Hoz, Mg.

Manta, Provincia de Manabí

2018 (1)

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, certifico:

Haber dirigido y revisado el trabajo de titulación, cumpliendo el total de 420 horas, bajo la modalidad de Proyecto de Investigación, cuyo tema del proyecto es “Calidad de vida y caries de infancia temprana en pobladores de San Lorenzo.”, el mismo que ha sido desarrollado de acuerdo a los lineamientos internos de la modalidad en mención y en apego al cumplimiento de los requisitos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico, por tal motivo CERTIFICO, que el mencionado proyecto reúne los méritos académicos, científicos y formales, suficientes para ser sometido a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

La autoría del tema desarrollado, corresponde al señor Daza Bermeo Cristopher Ariel, estudiante de la carrera de Odontología, período académico 2018 (1), quien se encuentra apto para la sustentación de su trabajo de titulación.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 02 de octubre de 2018.

Lo certifico,

Dr. Tomas Quintero de la Hoz

Docente Tutor

Área: Salud

AUTORÍA

Yo, CRISTOPHER ARIEL DAZA BERMEO con C.I # 1316916707, en calidad de autor del proyecto de investigación titulado “CALIDAD DE VIDA Y CARIES DE INFANCIA TEMPRANA EN POBLADORES DE SAN LORENZO”. Por la presente autorizo a la Universidad Laica “Eloy Alfaro De Manabí” hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o de parte de los que contienen esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

Los derechos que como autor me corresponden, con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a mi favor, de conformidad con lo establecido en los artículos 5, 6, 8, 19, y además pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su reglamento.

CRISTOPHER ARIEL DAZA BERMEO

C.I. 1316916707

DIRECTOR DE TESIS

Por medio de la presente certifico que el presente trabajo de investigación realizado por CRISTOPHER ARIEL DAZA BERMEO es inédito y se ajusta a los requerimientos del sumario aprobado por el ilustre consejo académico de la Facultad de Odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

DR. TOMÁS ENRIQUE QUINTERO DE LA HOZ, MG.

DIRECTOR DE TESIS

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

Facultad de Odontología

Tribunal Examinador

Los honorables Miembros del Tribunal Examinador luego del debido análisis y su cumplimiento de la ley aprueben el informe de investigación sobre el tema **“CALIDAD DE VIDA Y CARIES DE INFANCIA TEMPRANA EN POBLADORES DE SAN LORENZO”**

Presidente del tribunal

Miembro del tribunal

Miembro del tribunal

Manta, 02 de octubre del 2018.

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo investigativo se lo dedico principalmente a mis padres, por su amor, trabajo, dedicación, y sacrificio a lo largo de toda mi carrera universitaria y a lo largo de mi vida, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que actualmente soy.

A mis hermanos por estar siempre presentes, acompañándome y por el apoyo moral, que me brindaron a lo largo de esta etapa de mi vida.

A mis amigos, por apoyarme cuando más los necesito, por extender su mano en momentos difíciles y por el amor brindado cada día.

Finalmente a todas las personas que me han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

CRISTOPHER ARIEL DAZA BERMEO.

DEDICATORIA

Agradezco infinitamente a mi familia por ser mi pilar fundamental y haberme apoyado incondicionalmente, pese a las adversidades e inconvenientes que se presentaron.

Agradezco a mi director de proyecto Dr. Tomas Quintero quien con su experiencia, conocimiento y motivación me oriento en la investigación.

También a mis docentes de la facultad de odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de mi profesión.

Y a las autoridades de la escuela Teodoro Wolf de la parroquia San Lorenzo por abrirme las puertas y permitir la ejecución de este estudio.

CRISTOPHER ARIEL DAZA BERMEO.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	xi
1. DISEÑO TEÓRICO	<u>1</u>
1.1. Planteamiento del problema	<u>1</u>
1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	<u>3</u>
1.2.1. General	<u>3</u>
1.2.2. Específicos	<u>3</u>
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	<u>4</u>
2. MARCO TEÓRICO	<u>5</u>
2.1. Antecedentes de la investigación	<u>5</u>
2.2. Bases teóricas	<u>7</u>
2.2.1. Características de las caries inducidas por el biberón en la infancia temprana	<u>7</u>
2.2.2. Etiología de la caries en la infancia temprana	<u>8</u>
2.2.3. Tratamiento	<u>9</u>
2.3. TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE	<u>11</u>
3. DISEÑO METODOLÓGICO	<u>12</u>
3.1. Tipo y diseño de investigación	<u>12</u>
3.2. Población y muestra	<u>12</u>
3.3. Técnica e instrumento de recolección de datos	<u>12</u>
3.3.1. Examen clínico	<u>13</u>
3.4. Aspectos éticos	<u>13</u>
3.5. Plan de análisis	<u>14</u>
4. RESULTADOS	<u>15</u>
CONCLUSIONES	<u>25</u>
RECOMENDACIONES	<u>26</u>
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	<u>27</u>
ANEXOS	<u>29</u>

RESUMEN

La caries dental es una enfermedad infecciosa de la dentición humana, si la se presenta en dentición primaria en etapas tempranas de la vida de niños o niñas, se le denomina caries de infancia temprana (CIT) y puede afectar la calidad de vida de los que la padecen. El objetivo fue establecer la relación entre calidad de vida y caries de infancia temprana en pobladores de San Lorenzo. Se trató de una investigación correlacional, con un diseño de campo, no experimental, transversal. La muestra fue de 28 niños de 2 a 5 años de la población de San Lorenzo. Se realizó una encuesta tipo cuestionario a los padres de los niños que participaron en el estudio que constó de dos secciones, la primera de 12 ítems, con datos generales donde se consultaba datos como edad, sexo, grado de instrucción, etnia, entre otros. Para la segunda sección se utilizó el instrumento de calidad de vida en relación con la salud oral denominado EARLY CHILDHOOD ORAL HEALTH IMPACT SCALE (ECOHIS) con 13 ítems. El 79% tiene experiencia de caries y el índice ceo fue de 4,39 dientes, siendo el componente cariado el de mayor peso con un 4,29. Los representantes de los niños tienen una percepción positiva de la calidad de vida asociada a la salud bucal. Los resultados evidencian que existe calidad de vida a pesar de la prevalencia de la caries dental en niños de 2 a 5 años de la comunidad de San Lorenzo.

Palabras clave: Calidad de vida, caries dental, caries de infancia temprana.

ABSTRACT

Dental caries is an infectious disease of the human dentition, if it occurs in primary dentition early in the life of boys or girls, it is called early childhood caries (ITC) and can affect the quality of life of those who they suffer. The objective was to establish the relationship between quality of life and early childhood caries in San Lorenzo residents. It was a correlational investigation, with a field design, not experimental, transversal. The sample was of 28 children from 2 to 5 years of the population of San Lorenzo. A questionnaire-type survey was conducted to the parents of the children who participated in the study, which consisted of two sections, the first of 12 items, with general data where data such as age, sex, educational level, ethnicity, among others, was consulted. For the second section, the quality of life instrument in relation to oral health was called EARLY CHILDHOOD ORAL HEALTH IMPACT SCALE (ECOHIS) with 13 items. 79% had caries experience and the ceo index was 4.39 teeth, with the decayed component being the heaviest with 4.29. The representatives of the children have a positive perception of the quality of life associated with oral health. The results show that there is quality of life despite the prevalence of dental caries in children from 2 to 5 years of age in the community of San Lorenzo.

Key words: Quality of life, dental caries, early childhood caries.

INTRODUCCIÓN

La caries de infancia temprana puede influir negativamente en la calidad de vida tanto del niño como de sus padres porque suele alterar la dinámica familiar. El dolor que se produce como consecuencia de una caries no tratada incomoda al niño, le genera una situación de incomodidad que puede afectar su rendimiento en la escuela, y también puede hacerle perder sueño a él o a sus padres. De hecho, al buscar atención odontológica curativa su representante pierde el día en su trabajo. De manera, que todo ello influye de manera negativa en el desarrollo normal de la vida familiar.

El objetivo de la investigación fue establecer la relación entre calidad de vida y caries de infancia temprana en pobladores de San Lorenzo. En base al objetivo se realizó una investigación correlacional que permitió verificar la existencia de una relación entre la caries dental y la calidad de vida. La investigación se dividió en secciones, la primera de ellas el problema, la segunda el marco teórico de la investigación, luego la metodología y los resultados que fueron presentados en tablas de distribución de frecuencias.

1. DISEÑO TEÓRICO

1.1. Planteamiento del problema

El bienestar de una persona es una interpretación subjetiva. No es el equipo de salud que lo valora sino el mismo individuo. Una de las maneras en que se expresa el bienestar es a través de la satisfacción de las necesidades. Suele asociarse con el término calidad de vida y esto depende de varios factores. Uno de los más importantes es la salud. A lo largo de las distintas etapas de la vida las personas son sometidas a diversas situaciones que influyen en la manera de enfermar. Precisamente, la enfermedad es una de las condiciones que afecta la calidad de vida.

En este sentido, en palabras de Sánchez (2013), la calidad de vida relacionada con la salud se entiende como la suma global de bienestar, satisfacciones, logros y posibilidades que son consecuencia directa de los distintos estados de salud y enfermedad. Es decir, se derivan de la sensación individual de estar sano o enfermo.

La caries dental es una enfermedad infecciosa de la dentición humana, caracterizada por interacciones complejas entre microorganismos orales específicos, sus productos, constituyentes salivales y carbohidratos de los alimentos sobre una superficie dental. Estas interacciones modulan la formación de biopelículas (llamadas en clínica placa dental) en superficies dentales susceptibles, lo que al final causa la pérdida del esmalte dental mineralizado (Quivey y col., 2015).

Ahora bien, si la caries se presenta en dentición primaria en etapas tempranas de la vida de niños o niñas, se le denomina caries de infancia temprana (CIT), algunos autores, como Duggal y col. (2014), la ocurrencia o aparición de cualquier signo de caries en cualquier superficie dental durante los tres primeros años de vida.

Cabe mencionar, que según el Estudio Epidemiológico Nacional de Salud Bucal en Escolares Menores de 15 años de Ecuador 2009 – 2010 realizado en conjunto

por MSP/OPS (2011), evidenció que la caries dental es la enfermedad más común en los niños y niñas del Ecuador; tal es así que el 76,5% de los escolares ecuatorianos tienen caries dental.

La CIT puede influir negativamente en la calidad de vida tanto del niño como de sus padres porque suele alterar la dinámica familiar. El dolor que se produce como consecuencia de una caries no tratada incomoda al niño, le genera una situación de incomodidad que puede afectar su rendimiento en la escuela, y también puede hacerle perder sueño a él o a sus padres. De hecho, al buscar atención odontológica curativa su representante pierde el día en su trabajo. De manera, que todo ello influye de manera negativa en el desarrollo normal de la vida familiar.

En el cantón Manta de la provincia de Manabí existen dos parroquias rurales, Santa Marianita y San Lorenzo. En ambas, existen dificultades de acceso a servicios públicos, incluyendo los de salud. En la parroquia San Lorenzo, según el censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2010), viven 2647 habitantes. El pueblo, en general, tiene problemas de acceso a bienes y servicios. Por lo anterior, es importante establecer la relación entre calidad de vida y caries de infancia temprana en pobladores de San Lorenzo.

1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. General

Establecer la relación entre calidad de vida y caries de infancia temprana en pobladores de San Lorenzo

1.2.2. Específicos

Caracterizar demográficamente a la población infantil de San Lorenzo.

Identificar la prevalencia de caries de infancia temprana en pobladores de San Lorenzo

Conocer la percepción de la calidad de vida asociada a la salud bucal en pobladores de San Lorenzo

1.1. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación tiene como objetivo establecer la relación entre calidad de vida y caries de infancia temprana en pobladores de San Lorenzo. En este sentido, la Universidad, como actor importante en la detección de problemas en la comunidad que la circunda podrá a través de actividades de vinculación con la sociedad realizar una intervención cuyo impacto sea medible y sostenible en el tiempo ya que los datos de este proyecto de investigación sirven de línea base para elaborar un proyecto de vinculación.

Los datos que genere esta investigación contribuyen a determinar del perfil epidemiológico bucal de la zona costera del cantón Manta. Esa información ayudará a la Facultad de Odontología a proponer alternativas de intervención comunitaria en salud bucal para mejorar la calidad de vida de la población infantil de San Lorenzo. Además, los instrumentos de medición utilizados en el presente estudio pueden servir para recoger los mismos datos en otros pueblos de la zona costera de Manta.

Por otro lado, esta investigación forma parte del Proyecto de Tesis Doctoral titulado Calidad de vida en poblaciones costeras del cantón de Manta provincia de Manabí y su relación con caries dental, en este sentido, enriquece la función de investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

Delimitación de la investigación

La presente investigación se llevó a cabo en la parroquia rural San Lorenzo que pertenece al cantón Manta durante el trimestre comprendido por los meses julio, agosto y septiembre de 2018.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Torres y col. (2015), titularon su estudio Gastos de atención odontológica de niños con caries de infancia temprana, ocasionados a la familia y al Estado Peruano, representado por el Instituto Nacional de Salud del Niño. Su objetivo fue determinar los gastos de atención odontológica de niños con Caries de la Infancia Temprana (CIT) que ocasionan a sus familias y al Estado Peruano, representado por el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) Lima-Perú.

Se trató de un estudio de tipo descriptivo, observacional y transversal. La muestra estuvo formada por 629 niños menores de 71 meses de edad atendidos en el Servicio de Atención del Infante del INSN, en el año 2009, dicha muestra fue estratificada según condición clínica (sanos o con CIT) y procedimiento realizado (tratamiento preventivo y tratamiento restaurador). Para determinar los gastos ocasionados a las familias se entrevistó a las madres de los niños, y los gastos del hospital fueron calculados según el reporte económico del mismo.

Se obtuvo como resultado que la frecuencia de CIT en la muestra evaluada fue de 82.19%. Según mediana: las familias de pacientes sanos gastan por encima de S/.30.00 (min=12, max=84) en procedimientos de prevención y las familias de los pacientes enfermos gastan por encima de S/.113.00 (min=26, max=761) en tratamientos restaurativos ocasionados por CIT, (Relación de 1:4). De acuerdo con el tipo de tratamiento realizado, según la mediana, lo más resaltante se encontró en el rubro de anestesia general, donde las familias gastan por encima de S/.639.00 (min=440, max=761); es decir, 20 veces más que en procedimientos de prevención. Del gasto total, la mayor parte es asumida o subvencionada por el INSN, siendo estos gastos aún mayores. La conclusión fue que la CIT, ocasiona importantes gastos directos e indirectos a las familias y al Estado representado por el INSN. Las medidas preventivas son altamente costo efectivas.

Torres y col. (2015), investigaron sobre el Impacto de la caries de la infancia temprana en la calidad de vida relacionada a la salud bucal en niños peruanos

menores de 71 meses de edad. El propósito fue determinar el impacto y relación de la CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA (CIT) y calidad de vida relacionada a salud bucal (CVRSB) de los niños, atendidos en el servicio de atención del infante del Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima-Perú.

El estudio fue transversal y observacional; tuvo una muestra representativa de 95 niños menores de 71 meses y sus madres fueron seleccionados aleatoriamente. La percepción de las madres de la CVRSB fue recogida a través del cuestionario ECOHIS (Early Childhood Oral Health Impact Scale). Los datos de CIT fueron recolectados a través de un examen clínico por dos examinadores previamente calibrados ($\kappa > 0.81$) usando los criterios ICDASII. La relación entre CIT y CVRSB se realizó con la correlación de Spearman.

En los resultados la mediana y desviación intercuartil de la muestra del ECOHIS fue de 20 ± 5 , con respecto al impacto a la familia 7 ± 1 , impacto en el niño $13. \pm 3.5$. En el análisis de correlación entre CVRSB y CIT se determinó un valor de $\rho = 0.51$ (IC 95%: 0.34 a 0.64); la edad de la madre y CVRSB mediante los puntajes del ECOHIS se determinó un valor de $\rho = -0.22$ (IC 95%: -0.41 a -0.02); siendo la dimensión Autoimagen/interacción social y CIT con un valor de $\rho = 0.48$ (IC 95%: 0.31 a 0.62) el de mayor coeficiente. Los niños pertenecientes a familias de nivel socioeconómico bajo son los más afectados con caries.

Su conclusión fue que la caries de la infancia temprana genera un impacto negativo en la calidad de vida relacionada a salud bucal en los niños y en sus familias, siendo las dimensiones: Autoimagen/ interacción social y la angustia de los padres los más afectados; las madres de mayor edad declararon menor impacto; los niños pertenecientes a las familias de nivel socioeconómico bajo reportaron mayor impacto relacionado con una peor calidad de vida.

Villena y col. (2011), estudiaron la Prevalencia de caries de infancia temprana en niños menores de 6 años de edad, residentes en poblados urbano marginales de Lima Norte. Su propósito fue determinar la prevalencia y severidad de la caries dental en niños de 6-71 meses de edad de comunidades urbano marginales de Lima. Se evaluaron a 332 niños con los criterios de caries dental de la OMS.

La prevalencia de caries dental fue de 62,3% (IC 57,09-67,51), y se incrementó con la edad 10,5% (0-11 meses), 27,3 % (12-23 meses), 60,0% (24-35 meses), 65,5% (36-47 meses), 73,4% (48-59 meses) y 86,9% (60-71 meses). El índice ceod promedio fue 2,97 (DE 3,48), el componente cariado represento el 99,9% del índice. Las piezas más afectadas en el maxilar superior fueron los incisivos centrales y primeras molares, mientras en el maxilar inferior fue el primer y segundo molar. Concluyeron que existe alta carga de enfermedad y aumenta conforme se incrementan los meses de vida, siendo necesario plantear modelos de intervención temprana con especialistas del área.

Ramírez y col. (2011), realizaron una investigación titulada Caries de la infancia temprana en niños de uno a cinco años. Medellín, Colombia, 2008, el objetivo de este estudio fue estimar la experiencia, prevalencia y severidad de caries dental en niños de uno a cinco años asistentes a hogares infantiles en una zona de estrato socioeconómico bajo y medio-bajo. Se evaluaron 659 niños asistentes a hogares infantiles en la zona nororiental de la ciudad de Medellín. Se registraron las lesiones de caries dental, siguiendo los criterios Sistema Internacional de Detección y Evaluación de Caries (ICDAS). Se calculó la experiencia de caries dental según edad y sexo y su distribución por niveles de severidad.

Entre los resultados, el 69,7% de los niños tenía caries de la infancia temprana (CIT), el promedio de superficies afectadas fue 5,12 ($\pm 7,5$), con diferencias significativas por edad y predominio de lesiones iniciales. La conclusión del estudio fue que la población estudiada presenta niveles altos de caries dental, lo cual refleja que aún es necesario avanzar en la definición de políticas de salud bucal para la primera infancia en la ciudad.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Características de las caries inducidas por el biberón en la infancia temprana

Manton y col. (2010) señalan que las características son las siguientes:

- Las caries rampantes afectan a los dientes anterosuperiores.

- Las lesiones aparecen después en los dientes posteriores, los primeros molares maxilares y mandibulares.
- Los caninos están menos afectados que los primeros molares porque erupcionan después.
- Los dientes anteroinferiores no están afectados, se supone que debido al flujo salival y a la posición de la lengua.
- El biberón suele utilizarse como chupete para conseguir que el niño se duerma.
- Las caries de biberón se presentan en todos los grupos socioeconómicos y suelen reflejar la dinámica social de la familia. Los niños que duermen mal o tienen cólicos suelen tranquilizarse con el biberón. El biberón puede contener cualquier líquido con carbohidratos fermentables, incluso leche, si bien suelen usarse con bebidas y zumos que contienen vitamina C.
- Este patrón de caries puede presentarse también a partir de una lactancia materna a demanda prolongada.

2.2.2. Etiología de la caries en la infancia temprana

Por un lado, Duggal y col. (2014) y por otro Manton y col. (2010) coinciden en los siguientes parámetros dentro de la etiología de la CIT:

- Largos períodos de exposición al sustrato cariogénico. Si se produce por el biberón, la tetina permanece junto a las superficies palatinas de los dientes anterosuperiores durante más de 8 horas. No obstante, hábitos como el «picoteo» son conductas de riesgo, al igual que el uso de botellas de succión y vasos con boquilla, objetos que siempre acompañan a los niños cuando empiezan a andar.
- Baja tasa de flujo salival por la noche y efecto tampón reducido.
- Historia de los padres de caries activa y no tratada, sobre todo en la madre.

- Relación con estado socioeconómico bajo.
- Relación con baja escolaridad de los padres.
- Relación con minorías étnicas.
- Medidas de higiene bucal deficientes o nulas

2.2.3. Tratamiento

Para el tratamiento, Duggal y col. (2014), proponen las siguientes medidas:

- Cese del hábito.
- Consejos dietéticos.
- Posible uso de productos antimicrobianos.
- Aplicación de flúor.
- Reconstrucción de dientes restaurables, que puede realizarse a través de restauraciones de ionómero de vidrio, coronas temporales de composite y/o coronas de acero inoxidable.
- Extracciones, si resultan necesarias. La pérdida de los dientes anterosuperiores no dará lugar a pérdida de espacio si han erupcionado los caninos. La dicción se desarrollará con normalidad. En caso de requerirse la extracción de dientes posteriores, se deberá informar a los padres sobre una posible pérdida de espacio y se determinará la idoneidad de colocar un mantenedor de espacio.

Manton y col. (2010), explican que es necesario aconsejar adecuadamente a la familia sobre las caries en la infancia temprana. Nadie debe sentirse culpable de su aparición; en multitud de ocasiones estas caries aparecen por la ignorancia, la desinformación o la frustración que sienten los padres al tratar a un niño con problemas del sueño. El hábito de utilizar el biberón puede eliminarse con una disminución gradual de la cantidad de azúcar en el biberón, diluyéndolo con agua. Esta operación debe realizarse durante varias semanas. A otros padres,

por el contrario, les resulta más fácil quitarle el biberón al niño de forma inmediata, sin pausas. Con frecuencia, el uso de la anestesia local resulta necesario cuando el tratamiento se realiza en niños pequeños.

La Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN, 2014), emitió las siguientes recomendaciones clínicas para la prevención de la caries infantil temprana:

- Las evaluaciones de salud bucal con orientación en visitas programadas regulares durante el primer año de vida son una estrategia importante para prevenir la CIT (grado C).
- Los dientes del niño deben cepillarse a diario con una cantidad mínima de dentífrico fluorado en cuanto hagan erupción (grado B)
- Se recomiendan las aplicaciones profesionales de barniz de fluoruro al menos dos veces al año en grupos de individuos en riesgo (grado B)
- Debe alentarse a los padres de lactantes y preescolares a reducir conductas que promueven la transmisión temprana de *Streptococcus mutans* (grado C).
- Deben desalentarse el consumo frecuente de bebidas azucaradas y la alimentación a demanda con bebidas azucaradas en el biberón, en especial por la noche (grado C).

2.3. TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Objetivos específicos	Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Identificar la prevalencia de caries de infancia temprana en pobladores de San Lorenzo	Caries dental	Prevalencia de caries	Índice ceo-d IHO-S	Formulario de salud bucal
Conocer la percepción de la calidad de vida asociada a la salud bucal en pobladores de San Lorenzo	Calidad de vida	Calidad de vida asociada a la salud bucal	Datos generales Instrumento calidad de vida	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13
Determinar la relación entre la caries de infancia temprana y la calidad de vida en pobladores de San Lorenzo.	Este objetivo se cumplirá a través de la comparación de los resultados de la prevalencia de caries dental y la calidad de vida.			

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación

La investigación es correlacional porque pretende relacionar la variable caries dental con la variable calidad de vida. Este tipo de estudios tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular. En ocasiones sólo se analiza la relación entre dos variables, pero con frecuencia se ubican en el estudio relaciones entre tres, cuatro o más variables. Los estudios correlacionales, al evaluar el grado de asociación entre dos o más variables, miden cada una de ellas (presuntamente relacionadas) y, después, cuantifican y analizan la vinculación (Hernández y col., 2014).

El diseño de la investigación es la estrategia general que adopta el investigador para responder al problema planteado. La presente tiene un diseño no experimental de campo, en donde los datos se recogen directamente de la realidad, por lo cual los denominados primarios, su valor radica en que permite cerciorarse de las verdaderas condiciones en que se han obtenido los datos, lo cual facilita su revisión o modificación en caso de surgir. Igualmente, el diseño es transversal; estos diseños recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Arias, 2012; Hernández y col., 2014).

3.2. Población y muestra

La población está representada por niños de 2 a 5 años de la comunidad de San Lorenzo. En base a los recursos disponibles se optó por un muestreo no probabilístico, por conveniencia y se seleccionaron 28 niños de 2 a 5 años.

3.3. Técnica e instrumento de recolección de datos

Se realizó una encuesta tipo cuestionario a los padres de los niños que participaron en el estudio que constó de dos secciones, la primera de 12 ítems, con datos generales donde se consultaba datos como edad, sexo, grado de instrucción, etnia, entre otros. Para la segunda sección se utilizó el instrumento

de calidad de vida en relación con la salud oral denominado EARLY CHILDHOOD ORAL HEALTH IMPACT SCALE (ECOHIS) con 13 ítems.

3.3.1. Examen clínico

Se realizó el examen clínico bajo luz natural a cada uno de los niños seleccionados utilizando espejo bucal plano No. 5 y exploradores bucales según las recomendaciones de la OMS (1997; 2013).

Los criterios para el diagnóstico y la codificación (claves de los dientes primarios entre paréntesis) son:

0 (A) Corona sana. Una corona se registra como sana si no muestra signos de caries clínica tratada o sin tratar.

1 (B) Corona cariada. Se registra la presencia de caries cuando una lesión presente en un hoyo o fisura, o en una superficie dental suave, tiene una cavidad inconfundible, un esmalte socavado o un suelo o pared apreciablemente ablandado. También debe incluirse en esta categoría un diente con una obturación temporal o un diente que está obturado, pero también cariado.

2 (C) Corona obturada, con caries. Se considera que una corona está obturada con caries cuando tiene una o más restauraciones permanentes y una o más zonas que están cariadas.

3 (D) Corona obturada, sin caries. Se considera que una corona está obturada, sin caries, cuando se hallan una o más restauraciones permanentes y no existe ninguna caries en la corona. Se incluye en esta categoría un diente con una corona colocada debido a una caries anterior.

4 (E) Diente perdido, como resultado de caries. Se utiliza esta clave para los dientes permanentes o primarios que han sido extraídos debido a la presencia de caries, incluyendo el registro en el estado de la corona.

3.4. Aspectos éticos

Durante la investigación se explicó a cada participante la importancia del estudio y se solicitó su participación voluntaria para lo cual firmaron un consentimiento informado, todo ello en cumplimiento de la declaración de Helsinki (Asociación

Médica Mundial, 2013). También se le garantizó el derecho de retirarse del estudio cuando así lo deseara.

3.5. Plan de análisis

Los datos fueron procesados con el software SPSS® versión 24, de la empresa IBM® Corp. (Chicago, IL., USA). Se utilizó estadística descriptiva para caracterizar a la muestra del estudio utilizando frecuencias absolutas y relativas en cada categoría de las variables estudiadas. Los resultados se presentan en tablas.

4. RESULTADOS

Tabla 1

Edad de los niños de San Lorenzo

Edad	N	%
3	5	18
4	22	79
5	1	4
Totales	28	100

Fuente: Daza (2018).

La Tabla 1 se refiere a la edad de los niños de San Lorenzo que participaron en el estudio. El 79% de ellos tiene 4 años, el 18% tiene 3 años y el 4% tiene entre 5 años. El promedio de edad fue de 3,86 años.

Tabla 2

Sexo de los niños de San Lorenzo

Sexo	N	%
Masculino	15	54
Femenino	13	46
Totales	28	100

Fuente: Daza (2018).

En cuanto al sexo de los niños de San Lorenzo, los resultados se muestran en la Tabla 2. El 54% es de sexo masculino y el 46% es femenino.

Tabla 3

Grado de instrucción de los padres de los niños de San Lorenzo

Grado de instrucción	N	%
Ninguno	0	0
Primaria	11	39
Secundaria	17	61
Superior	0	0
Totales	28	100

Fuente: Daza (2018).

Respecto al grado de instrucción de los padres de los niños de San Lorenzo los resultados se presentan en la Tabla 3. El 61% de ellos realizó estudios hasta la secundaria y el 39% solamente realizó estudios de primaria.

Tabla 4

Grado de instrucción de las madres de los niños de San Lorenzo

Grado de instrucción	N	%
Ninguno	0	0
Primaria	17	61
Secundaria	11	39
Superior	0	0
Totales	28	100

Fuente: Daza (2018).

Respecto al grado de instrucción de las madres de los niños de San Lorenzo los resultados se presentan en la Tabla 4. El 61% de ellos realizó solamente estudios de primaria y el 39% culminó su secundaria.

Tabla 5

Etnia a la que se auto adscribe

Etnia	n	%
Blanco	0	0
Mestizo	28	100
Afroecuatoriano	0	0
Cholo	0	0
Montubio	0	0
Pueblo/Nacionalidades indígenas	0	0
Inmigrante	0	0
Totales	28	100

Fuente: Daza (2018).

La Tabla 5 se refiere a la auto adscripción étnica de los niños de San Lorenzo. El 100% se identifica como mestizo.

Tabla 6

Tipo de vivienda

Tipo de vivienda	N	%
Cemento armado	15	54
Caña	0	0
Mixta	13	46
Totales	28	100

Fuente: Daza (2018).

La Tabla 6 se refiere al tipo de vivienda de los de los niños de San Lorenzo. En el 54% de los casos la vivienda es de cemento armado y el 46% es mixta.

Tabla 7

Tenencia de la vivienda

Tenencia de la vivienda	N	%
Propia	28	28
Alquilada	0	0
De un familiar	0	0
Totales	28	100

Fuente: Daza (2018).

La Tabla 7 se refiere a la tenencia de la vivienda de los niños de San Lorenzo. El 100% manifiesta que la vivienda es propia.

Tabla 8

Condición laboral del jefe del hogar

Condición laboral	N	%
Empleado público	1	4
Empleado particular	0	0
Independiente	5	18
Subempleado	0	0
Desempleado	22	79
Totales	28	100

Fuente: Daza (2018).

La condición laboral del jefe del hogar se presenta en la Tabla 8. En el 79% de los casos el jefe del hogar está desempleado, el 10% trabaja por su cuenta y el 4% es empleado público.

Tabla 9

ECOHIS-Ítem 1: Dolor en los dientes, boca o mandíbula

Dolor en dientes o boca	n	%
Nunca (N)	12	43
Casi Nunca (CN)	10	36
Ocasionalmente (O)	5	18
A menudo (AM)	1	4
Muy a menudo (MA)	0	0
Totales	28	100

Fuente: Daza (2018).

La Tabla 9 presenta los resultados del ítem 1 del instrumento ECOHIS sobre dolor en los dientes, boca o los maxilares. El 43% manifiesta que nunca ha sentido dolor y el 36% expresó que casi nunca. Además, el 18% dijo que ocasionalmente y solo el 4% respondió que a menudo.

Tabla 10

ECOHIS-Ítem 2: Dificultades para tomar bebidas calientes o frías

Dificultades para tomar bebidas calientes o frías	n	%
Nunca (N)	16	57
Casi Nunca (CN)	5	18
Ocasionalmente (O)	6	21
A menudo (AM)	1	4
Muy a menudo (MA)	0	0
Totales	28	100

Fuente: Daza (2018).

La Tabla 10 presenta los resultados del ítem 2 del instrumento ECOHIS sobre dificultades para tomar bebidas calientes o frías. El 57% manifiesta que nunca ha tenido dificultad y el 21% expresó que ocasionalmente, mientras que el 18% respondió casi nunca y el 4% a menudo.

Tabla 11

ECOHIS-Ítem 3: Dificultades para comer algunos alimentos

Dificultades para comer	n	%
Nunca (N)	19	68
Casi Nunca (CN)	7	25
Ocasionalmente (O)	2	7
A menudo (AM)	0	0
Muy a menudo (MA)	0	0
Totales	28	100

Fuente: Daza (2018).

La Tabla 11 presenta los resultados del ítem 3 del instrumento ECOHIS sobre dificultades para comer algunos alimentos. El 68% manifiesta que nunca ha tenido dificultad y el 25% expresó que casi nunca, además, un 7% dijo que ocasionalmente.

Tabla 12

ECOHIS-Ítem 4: Dificultades para pronunciar algunas palabras

Dificultad para pronunciar	n	%
Nunca (N)	28	100
Casi Nunca (CN)	0	0
Ocasionalmente (O)	0	0
A menudo (AM)	0	0
Muy a menudo (MA)	0	0
Totales	28	100

Fuente: Daza (2018).

La Tabla 12 presenta los resultados del ítem 4 del instrumento ECOHIS sobre dificultades para pronunciar algunas palabras. El 100% manifiesta que nunca ha tenido dificultad.

Tabla 13

ECOHIS-Ítem 5: Pérdida de días de asistencia a su actividad escolar

Pérdida de días de escuela	n	%
Nunca (N)	25	89
Casi Nunca (CN)	3	11
Ocasionalmente (O)	0	0
A menudo (AM)	0	0
Muy a menudo (MA)	0	0
Totales	28	100

Fuente: Daza (2018).

La pérdida de días de escuela se presenta en la Tabla 13. El 89% de los niños nunca ha perdido días de clase debido a problemas bucales y el 11% casi nunca.

Tabla 14

ECOHIS-Ítem 6: Problemas para dormir

Problemas para dormir	n	%
Nunca (N)	27	96
Casi Nunca (CN)	1	4
Ocasionalmente (O)	0	0
A menudo (AM)	0	0
Muy a menudo (MA)	0	0
Totales	28	100

Fuente: Daza (2018).

La Tabla 14 presenta los resultados del ítem 6 del instrumento ECOHIS sobre problemas para dormir como consecuencia de algún problema relacionado con la salud enfermedad bucal. El 96% manifiesta que nunca ha tenido problemas para dormir debido a problemas en la boca y el 4% expresó que casi nunca.

Tabla 15

ECOHIS-Ítem 7: Ha estado enojado o frustrado

Ha estado enojado	n	%
Nunca (N)	26	93
Casi Nunca (CN)	1	4
Ocasionalmente (O)	1	4
A menudo (AM)	0	0
Muy a menudo (MA)	0	0
Totales	28	100

Fuente: Daza (2018).

La Tabla 15 presenta los resultados del ítem 7 del instrumento ECOHIS que se refiere a sentimientos de enojo o frustración como consecuencia de problemas bucales. El 93% manifiesta que nunca ha tenido ese tipo de sentimientos y las opciones casi nunca y ocasionalmente obtuvieron un 4% cada una.

Tabla 16

ECOHIS-Ítem 8: Ha evitado sonreír

Ha evitado sonreír	n	%
Nunca (N)	28	100
Casi Nunca (CN)	0	0
Ocasionalmente (O)	0	0
A menudo (AM)	0	0
Muy a menudo (MA)	0	0
Totales	28	100

Fuente: Daza (2018).

En la Tabla 16 se presentan los resultados del ítem 8 del instrumento ECOHIS en el cual se consulta si ha evitado sonreír por problemas en la boca. El 100% manifiesta que nunca ha evitado sonreír.

Tabla 17

ECOHIS-Ítem 9: Ha evitado hablar

Ha evitado hablar	n	%
Nunca (N)	28	100
Casi Nunca (CN)	0	0
Ocasionalmente (O)	0	0
A menudo (AM)	0	0
Muy a menudo (MA)	0	0
Totales	28	100

Fuente: Daza (2018).

En la Tabla 17 se presentan los resultados del ítem 9 del instrumento ECOHIS en el cual se consulta si ha evitado hablar por problemas en la boca. El 100% manifiesta que nunca ha evitado hablar.

Tabla 18

ECOHIS-Ítem 10: Usted u otro miembro de la familia ha estado preocupado

Estado de preocupación	N	%
Nunca (N)	6	21
Casi Nunca (CN)	16	57
Ocasionalmente (O)	5	18
A menudo (AM)	1	4
Muy a menudo (MA)	0	0
Totales	28	100

Fuente: Daza (2018).

A partir del ítem 10 el instrumento ECOHIS mide el impacto familiar de la salud bucal de los niños. En la Tabla 20 se presenta el resultado del ítem 10 sobre si el representante o algún otro miembro de la familia se ha sentido preocupado por la salud bucal del niño, el 57% expresó que casi nunca se ha sentido de ese modo, el 21% manifestó que nunca y el 18% que ocasionalmente.

Tabla 19

ECOHIS-Ítem 11: Usted u otro miembro de la familia se ha sentido culpable

Sentimiento de culpa	n	%
Nunca (N)	15	54
Casi Nunca (CN)	9	32
Ocasionalmente (O)	4	14
A menudo (AM)	0	0
Muy a menudo (MA)	0	0
Totales	28	100

Fuente: Daza (2018).

En la Tabla 19 se presenta el resultado del ítem 11 sobre si el representante o algún otro miembro de la familia se ha sentido culpable por la salud bucal del niño, el 54% expresó que nunca se ha sentido de ese modo, el 32% dijo que casi nunca y el 14% manifestó que ocasionalmente.

Tabla 20

ECOHIS-Ítem 12: Usted u otro miembro de la familia
ha perdido tiempo de su trabajo

Pérdida de días de trabajo	n	%
Nunca (N)	25	89
Casi Nunca (CN)	3	11
Ocasionalmente (O)	0	0
A menudo (AM)	0	0
Muy a menudo (MA)	0	0
Totales	28	100

Fuente: Daza (2018).

En la Tabla 20 se presenta el resultado del ítem 12 sobre si el representante o algún otro miembro de la familia ha perdido días en su trabajo como consecuencia de algún problema relacionado con la salud bucal del niño, el 89% expresó que nunca ha perdido días en el trabajo por esa causa y el 11% dijo que casi nunca.

Tabla 21

ECOHIS-Ítem 13: Han tenido un impacto económico en su familia

Impacto económico	N	%
Nunca (N)	26	93
Casi Nunca (CN)	2	7
Ocasionalmente (O)	0	0
A menudo (AM)	0	0
Muy a menudo (MA)	0	0
Totales	28	100

Fuente: Daza (2018).

En la Tabla 21 se presenta el resultado del ítem 13 sobre si algún problema relacionado con la salud bucal del niño ha tenido impacto económico en la familia, el 93% expresó que nunca ha habido ningún impacto económico como consecuencia de algún problema de salud bucal de su representado y el 7% manifestó que casi nunca.

Tabla 22

Experiencia de caries en dentición primaria

Experiencia de caries	N	%
Con experiencia	22	79
Sin experiencia	6	21
Totales	28	100

Fuente: Daza (2018).

La experiencia de caries en la dentición primaria se presenta en la Tabla 22. El 79% tuvo experiencia de caries en comparación con un 21% que no tuvo experiencia de caries.

Tabla 23

Índice ceo

Condición	Media	Desviación estándar
cariado	4,29	4,345
extraído	0,07	0,262
obturado	0,04	0,189
ceo	4,39	4,340

Fuente: Daza (2018).

El índice de dientes cariados, extraídos y obturados fue de 4,39 dientes. El componenteariado es el de mayor peso con 4,29.

CONCLUSIONES

La investigación permitió obtener las siguientes conclusiones:

Respecto a la caracterización demográfica de la población infantil de San Lorenzo, el 79% de los niños tiene 4 años, el 18% tiene 3 años y el 4% tiene entre 5 años. El promedio de edad fue de 3,86 años. El 54% pertenece al sexo masculino y el 46% al femenino.

En relación con la prevalencia de caries de infancia temprana en pobladores de San Lorenzo, el 79% tiene experiencia de caries y el índice ceo fue de 4,39 dientes, siendo el componente cariado el de mayor peso con un 4,29. Esto significa que la atención odontológica es limitada.

Los representantes de los niños evaluados tienen una percepción positiva de la calidad de vida asociada a la salud bucal. Los resultados evidencian que existe calidad de vida ya que las respuestas que más se repiten son nunca y casi nunca, y los ítems donde se invierte la escala tienen respuestas de a menudo y muy a menudo. A pesar de la prevalencia de la caries dental en niños de 2 a 5 años de la comunidad de San Lorenzo, la calidad de vida no se ve afectada.

RECOMENDACIONES

Las conclusiones permiten plantear las siguientes recomendaciones:

- Promover actividades de educación para la salud bucal y de protección específica como aplicación de flúor y de sellantes de fosas y fisuras para prevenir la aparición de la caries.
- Realizar actividades de atención para obturar los dientes con caries y así disminuir el componente cariado del índice ceo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Duggal, M.; Cameron, A.; Toumba, J. (2014). Odontología pediátrica. Manual Moderno. México D.F. Primera edición.

Manton, D.; Drummond, B.; Kilpatrick, N. (2010). Caries dental. En: Cameron, A.; Widmer, R. Manual de Odontología Pediátrica. Elsevier España. Barcelona, España. Tercera edición.

Organización Panamericana de la Salud/Representación Ecuador. (2011). Estudio Epidemiológico Nacional de Salud Bucal en Escolares Menores de 15 años de Ecuador 2009 – 2010. Boletín informativo, edición 29, pp. 66-68.

Quivey, R., Koo, H.; Lemos, J.; Kopycka-Kedzierawski, D. (2015). Caries dental: conceptos generales. En: Lamont, R.; Hajishengallis, G.; Jenkinson, H. Microbiología e Inmunología Oral. Manual Moderno. México D.F. Primera edición en español.

Ramírez BS, Escobar G, Franco AM, Martínez MC, Gómez L. Caries de la infancia temprana en niños de uno a cinco años. Medellín, Colombia, 2008. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2011; 22(2): 164-172.

Sánchez, M. (2013). Bioética en ciencias de la salud. Editorial Elsevier. Barcelona, España. Primera edición

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2014). Dental interventions to prevent caries in children. Edinburgh: SIGN publication no. 138.

Torres, G.; Blanco, D.; Anticona, C.; Ricse, R.; Antezana, V. (2015). Gastos de atención odontológica de niños con caries de infancia temprana, ocasionados a la familia y al Estado Peruano, representado por el Instituto Nacional de Salud del Niño. Rev Estomatol Herediana. 2015 Ene-Mar;25(1):36-43, pp. 36-43.

Torres, G.; Blanco, D.; Chávez, M.; Apaza, S.; Antezana, V. (2015). Impacto de la caries de la infancia temprana en la calidad de vida relacionada a la salud bucal en niños peruanos menores de 71 meses de edad. Odontol. Sanmarquina 2015; 18(2): 87-94.

Villena-Sarmiento R, Pachas-Barrionuevo F, Sánchez-Huamán Y, Carrasco-Loyola M. Prevalencia de caries de infancia temprana en niños menores de 6 años de edad, residentes en poblados urbano marginales de Lima Norte. Rev Estomatol Herediana. 2011; 21(2):79-86.

ANEXOS



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TITULADO: CALIDAD DE VIDA Y CARIES DE INFANCIA TEMPRANA EN POBLADORES DE SAN LORENZO

Estimado participante, a continuación, se realizarán unas preguntas sobre algunos datos familiares y del niño o niña que usted representa.

SECCIÓN A. DATOS GENERALES

1. Edad___
2. Sexo: M___ F___
3. Grado de instrucción del padre:
Ninguno___ Primaria___ Secundaria___ Superior___
4. Grado de instrucción de la madre:
Ninguno___ Primaria___ Secundaria___ Superior___
6. Etnia a la que se auto adscribe el grupo familiar:
Blancos___ Mestizos___ Afroecuatorianos___ Cholos___
Montubios___ Pueblos y nacionalidades indígenas___ Inmigrantes___
7. Zona de residencia:
Rural___ Urbana___
8. Parroquia de residencia:
Manta___ Tarqui___ Los Esteros___ Eloy Alfaro___ San Mateo___
Santa Marianita___ San Lorenzo___
9. Tipo de vivienda:
Cemento armado___ Caña___ Mixta___
10. Tenencia de la vivienda:
Propia___ Alquilada___ De un familiar___
11. Condición laboral:
Empleado público___ Empleado particular___ Independiente___
Subempleado___ Desempleado___
12. Ingresos aproximados del grupo familiar: _____

SECCIÓN B. EARLY CHILDHOOD ORAL HEALTH IMPACT SCALE (ECOHIS)

Qué tanto han experimentado las siguientes situaciones en los últimos tres (3) meses su niño y su familia. Responda según la siguiente escala: Nunca (N), Casi Nunca (CN), Ocasionalmente (O), A menudo (AM) o Muy a menudo (MA)

IMPACTO EN EL NIÑO		ESCALA				
No.	ÍTEMS	N	CN	O	AM	MA
1	Dolor en los dientes, boca o mandíbula					
2	Dificultades para tomar bebidas calientes o frías					
3	Dificultades para comer algunos alimentos					
4	Dificultades para pronunciar algunas palabras					
5	Perdida de días de asistencia a su actividad preescolar, guardería o escuela.					
6	Problemas para dormir					
7	Ha estado enojado o frustrado					
8	Ha evitado sonreír					
9	Ha evitado hablar					
IMPACTO EN LA FAMILIA		ESCALA				
10	Usted u otro miembro de la familia ha estado preocupado					
11	Usted u otro miembro de la familia se ha sentido culpable					
12	Usted u otro miembro de la familia ha perdido tiempo de su trabajo					
13	Han tenido un impacto económico en su familia					

SECCIÓN C. FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE SALUD BUCAL

Día	Mes	Año	Examinador	Original	Copia

Formulario					

Nombres y Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento:

Día	Mes	Año

		55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				
Corona		17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27

Dientes primarios	Dientes Permanentes	SITUACIÓN
Corona	Corona	
A	0	Sano
B	1	Cariado
C	2	Obturado con caries
D	3	Obturado sin caries
E	4	Perdido por caries

		85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				
Corona		47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

INDICADORES DE SALUD BUCAL HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA

PIEZAS DENTALES					PLACA BACTERIANA 0-1-2-3	CÁLCULO 0-1-2-3	GINGIVITIS 0-1
16		17		55			
11		21		51			
26		27		65			
36		37		75			
31		41		71			
46		47		85			
Totales							

ÍNDICES CPO-ceo

D	C	P	O	Total
d	c	e	o	Total

Nombre del examinador: _____

5053

MINISTERIO DE EDUCACIÓN



Oficio Nro. MINEDUC-CZ4-13D02-2018-0761-OF

Manta, 27 de septiembre de 2018

Asunto: SOLICITA AUTORIZACIÓN

Señor Doctor
José Pedro Muñoz Cruzatty

Decano

UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO" DE MANABI - FACULTAD DE ODONTOLOGÍA- ULEAM

En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. MINEDUC-CZ4-13D02-UDAC-2018-5056-E, donde la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí a través de la facultad de odontología solicita autorización para que Daza Bermeo Cristopher Ariel ingrese a la Escuela Teodoro Wolf, con el objetivo de desarrollar un estudio investigativo sobre "Calidad de vida y su relación con las caries de infancia temprana de 2 a 5 años de edad" en el periodo de septiembre-octubre del presente año mismo que servirá como tema de tesis de grado. Esta Dirección Distrital de Educación 13D02 autoriza su requerimiento debiendo el interesado coordinar con la autoridad Institucional y el Departamento de Consejería Estudiantil la correcta implementación de la encuesta y del proceso investigativo.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Sofia Aracely Biler Reyes

DIRECTORA DISTRITAL DE EDUCACIÓN 13D02 - MANTA - JARAMIJÓ - MONTECRISTI, SUBROGANTE



Referencias:

- MINEDUC-CZ4-13D02-UDAC-2018-5056-E

Anexos:

- mineduc-cz4-13d02-udac-2018-5056-e.pdf

