



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD**

PREGRADO

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

TESIS

**RELACIÓN ENTRE EL CONTENIDO DE LA LONCHERA
PREESCOLAR Y LA CARIES DENTAL EN NIÑOS DE 3 A
5 AÑOS DE EDAD DE LA I.E.I. N° 104 SIMÓN BOLIVAR,
DISTRITO JESÚS NAZARENO, AYACUCHO, 2019.**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR:

BACH. NILDA OCHOA URRIBURU

ASESORA:

MGTR. C.D. MERY DE LA CRUZ LICAS

AYACUCHO – NOVIEMBRE

2019

DEDICATORIA

A Dios, Quien forja mis sendas y me acompaña siempre, en el bien y en el mal, Quien además es el Creador de todos aquellos a quienes más aprecio con mis más sinceros afectos.

A mis padres, hermano e hijos, por su enorme sacrificio en el desarrollo de mi carrera profesional.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Alas Peruanas, porque a través de su programa de estudio de Estomatología consiguió formarme profesionalmente, en caras de enfrentar los retos de la vida.

Al personal docente, en especial a mi asesor, por sus constantes recomendaciones con respecto al presente trabajo, hasta verla concluida para su final presentación.

A la Institución Educativa Inicial N° 104 Simón Bolívar, porque gracias a su disposición y autorización, hizo posible el presente trabajo.

A mis familiares y allegados, por su apoyo anímico en momentos duros para mí, el mismo que permitió ver concluido este trabajo.

RESUMEN

El objetivo primordial del presente trabajo fue descubrir el nivel de relación estadísticamente significativa entre el contenido de la lonchera preescolar como factor que predispone el desarrollo de caries en infantes, cuyas edades oscilaron de 3 - 5 años de la I.E.I. –S.B. del distrito /Jesús Nazareno; Ayacucho. **Metodología:** Estudio no experimental-correlaciona-observacional. Para obtener la muestra fue probabilística, tipo aleatorio simple, y consto de 172 infantes, con edades de 3 - 5 años, los cuales cumplieron con criterios / selección. Para recolectar datos fue mediante ficha clínica que consideraba los datos personales, el contenido de la lonchera y la evolución del índice ceod – odontograma. **Resultados:** Se obtuvo que la lonchera pre-escolar con mayor frecuencia entre los niños es la mixta (58,7%), seguido por el cariogénico (22,1%). También se halló que no hay relación del tipo de lonchera pre-escolar - género, edad / grado instrucción de apoderada. En infantes es más frecuente con índice ceod personal de 8 a 10 representado el 34% al igual que aquellos que tienen valores de 3 a 4 representado el 32%. Es más frecuente que los niños presenten dientes careados, estando presente en el 96,5% (166 de los niños examinados), seguido de los que presentan dientes obturados, presente en el 20,9%. El índice promedio de caries ceod en los niños de género masculino es de 6,8, con un máximo de 17 y un mínimo de 1; mientras que el femenino es de 5,8, con un máximo de 14 y un mínimo de 0. El índice ceod poblacional es de 5,8, con un máximo de 14 y un mínimo de 0. El índice ceod poblacional es de 6,3. Índice promedio de lesión cariosa ceod en infantes - tres años 5,6, los de cuatro y cinco de 6,4 y 6,6 respectivamente. El índice ceod poblacional es de 6,2, índice promedio de lesión cariosa ceod en infantes con madres sin instrucción es de 7,5, mientras que presentan un valor de 7, 1,6 y 4 los que tienen madres sin instrucción primaria, secundaria y superior respectivamente. El índice ceod poblacional es de 6,3.

Palabras claves: caries dental, lonchera, niños, preescolar.

ABSTRACT

The primary objective of the present work was to discover the level of statistically significant relationship between the content of the preschool lunchbox as a factor that predisposes the development of caries in infants, whose ages ranged from 3 - 5 years of the I.E.I. -S.B. from the district / Jesús Nazareno; Ayacucho. Methodology: Non-experimental-correlational-observational study. To obtain the sample, it was probabilistic, simple random type, and consisted of 172 infants, with ages 3 - 5 years, which met criteria / selection. To collect data, it was through a clinical record that considered personal data, the content of the lunchbox and the evolution of the ceod - odontogram index. Results: It was obtained that the pre-school lunch box with the highest frequency among children is the mixed one (58.7%), followed by the cariogenic one (22.1%). It was also found that there is no relationship between the type of pre-school lunch box - gender, age / degree of parenting instruction. In infants it is more frequent with a personal ceod index of 8 to 10 representing 34%, as well as those with values of 3 to 4 representing 32%. It is more common for children to have faired teeth, being present in 96.5% (166 of the children examined), followed by those with filled teeth, present in 20.9%. The average ceod caries index in boys is 6.8, with a maximum of 17 and a minimum of 1; while the female is 5.8, with a maximum of 14 and a minimum of 0. The population ceod index is 5.8, with a maximum of 14 and a minimum of 0. The population ceod index is 6, 3. Average index of carious lesion ceod in infants - three years 5.6, those of four and five of 6.4 and 6.6 respectively. The population ceod index is 6.2, the average ceod carious lesion index in infants with mothers without education is 7.5, while those with mothers without primary or secondary education present a value of 7, 1.6 and 4 and higher respectively. The population ceod index is 6.3.

Keywords: dental caries, lunch box, children, preschool.

CONTENIDO

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTOS	3
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
CONTENIDO.....	6
ÍNDICE DE TABLAS	10
ÍNDICE DE GRÁFICOS	11
INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	13
1.2. Problemas de la Investigación.....	15
1.2.1. Problema Principal.....	15
1.2.2. Problemas Secundarios	15
1.3. Objetivos de la Investigación	17
1.3.1. Objetivo General	17
1.3.2. Objetivos Específicos.....	17
1.4. Justificación de la Investigación	18
1.4.1. Importancia de la Investigación.....	19
1.4.2. Viabilidad de la Investigación.....	20
1.5. Limitación de la Investigación.....	20
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	20
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	20
2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	20
2.1.2. Antecedentes Nacionales	23

2.1.3. Antecedentes Regionales	27
2.2. Bases Teóricas.....	28
2.2.1. Caries Dental	28
2.2.2. Etiologías	29
2.2.3. Factores Etiológicos.....	29
2.2.4. Inicio y Progreso de la Lesión Cariosa.....	30
2.2.5. Índice CPO.....	31
2.2.6. Índice ceo.....	32
2.2.7. Dieta como Factor de Riesgo Cariogénico.....	33
2.2.8. Carbohidratos	34
2.2.9. Potencial Cariogénico de algunos alimentos	35
2.2.10. Alimentos Cariogénicos	37
2.2.11. Alimentos no Cariogénicos	37
2.2.12. Principales Componentes Químicos no Cariogénicos.....	38
2.2.13. Lonchera Saludable	39
2.3. Definición de Términos Básicos	40
2.3.1. Caries Dental	40
2.3.2. Lonchera Preescolar	40
2.3.3. Lonchera no Cariogénica	41
2.3.4. Lonchera Cariogénica	41
2.3.5. Índice ceo.....	41
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.....	42
3.1. Formulación de las Hipótesis y Derivadas.....	42
3.1.1. Hipótesis Nula.....	42
3.1.2. Hipótesis Alterna	42

3.2. Variables de la Investigación	42
3.2.1. Variable 1	42
3.2.2. Variable 2	42
3.2.3. Variables 3	42
3.2.4. Definición y Operacionalización de las Variables	43
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	45
4.1. Diseño metodológico	45
4.1.1. Tipo de Investigación	45
4.1.2. Nivel de Investigación	45
4.1.3. Método de Investigación	45
4.1.4. Diseño de Investigación	45
4.2. Diseño Muestral.....	46
4.2.1. Universo.....	46
4.2.2. Población	46
4.2.3. Criterios de selección.....	46
4.2.4. Muestra	47
4.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	48
4.3.1. Técnicas de Recolección de Datos.....	48
4.3.2. Instrumentos de Recolección de Datos.....	49
4.4. Técnicas Estadísticas para el Procesamiento de Información.....	50
4.5. Aspectos Éticos	50
CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	52
5.1. Análisis Descriptivo, Tablas de Frecuencia y Gráficos.....	52
5.2. Discusión	69
CONCLUSIONES	70

RECOMENDACIONES	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
ANEXOS	77
Anexo 1: Carta de Presentación	77
Anexo 2: Consentimiento informado	78
Anexo 3: Encuesta	79
Anexo 4: Ficha de Validación del Instrumento mediante Juicio de Expertos	81
Anexo 5: Matriz de Consistencia.....	84
Anexo 6: Fotografías	88

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1:	Niveles de severidad de la caries.....	32
Tabla 2:	Clasificación de los Carbohidratos y Subgrupos	35
Tabla 3:	Índice de Potencial Cariogénico Promedio de varios alimentos.....	36
Tabla 4:	Definición y operacionalización de las variables.	43
Tabla 5:	Relación entre el contenido de la lonchera preescolar y el nivel ceo-d de caries dental de los niños.....	52
Tabla 6:	Contenido de la lonchera preescolar de los niños.....	53
Tabla 7:	Contenido de la lonchera preescolar de los niños según su género.	55
Tabla 8:	Contenido de la lonchera preescolar de los niños según su edad.	57
Tabla 9:	Contenido de la lonchera preescolar de los niños según el grado de instrucción de la madre.	59
Tabla 10:	Nivel ceo-d de caries dental de los niños.	61
Tabla 11:	Nivel ceo-d de caries dental de los niños según su género.	63
Tabla 12:	Nivel ceo-d de caries dental de los niños según su edad.....	65
Tabla 13:	Nivel ceo-d de caries dental de los niños según el grado de instrucción de la madre.	67

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Contenido de la lonchera preescolar de los niños.....	54
Gráfico 2: Contenido de la lonchera preescolar de los niños según su género.	56
Gráfico 3: Contenido de la lonchera preescolar de los niños según su edad.	58
Gráfico 4: Contenido de la lonchera preescolar de los niños según el grado de instrucción de la madre.	60
Gráfico 5: Nivel ceo-d de caries dental de los niños.....	62
Gráfico 6: Nivel ceo-d de caries dental de los niños según su género.	64
Gráfico 7: Nivel ceo-d de caries dental de los niños según su edad.	66
Gráfico 8: Nivel ceo-d de caries dental de los niños según el grado de instrucción de la madre.	68

INTRODUCCIÓN

La lesión cariosa es un problema que constituye una secuencia activa de desmineralización-remineralización (des-re), en la cual se ven involucrados dos elementos, el calcio y el fósforo, en constante interrelación, las estructuras de los dientes y el fluido salival debido a los ácidos generados por causa de los microorganismos bucales que fermentan- azúcares (1).

En la actualidad se le denomina la lesión cariosa es patología infecciosa no transmisible, originada por aglomeración de microorganismos definidas, un diente vulnerable - las condiciones ambientales precisas en la cavidad bucal (2).

La lonchera escolar consiste en un aditivo suplementario a las tres comidas habituales diarias, por lo tanto, no sustituye a ninguna de ellas. Su contenido, que oscila entre 150 y 350 Kcal, equivale entre el 10 y 15% del valor calórico de los alimentos consumidos durante el día, esto en dependencia de la edad del individuo, su peso, estatura y dinámica física regular. Puede ingerirse entre dos comidas principales, considerándose los horarios de actividad escolar (3).

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática.

Lesión cariosa en niños produce toda una serie de consecuencias, que oscilan desde inflamaciones, dificultades en la articulación de las palabras, problemas en la alimentación, etc., los mismos que traen serias secuelas a nivel médico, emocional y hasta económico. Las bajas condiciones económicas, el escaso nivel educativo, el estilo de vida, los hábitos higiénicos incorrectos, los antecedentes clínicos y las peculiaridades de cada persona son los principales elementos predisponentes en el surgimiento - desarrollo de la patología (4).

Esta situación crítica tiende a profundizarse más en las familias de bajos recursos económicos, los cuales no les permiten obtener una buena salud oral, debido los precios exorbitantes de los tratamientos recuperativos, así también interviene la condición geográfica y cultural, cuales no acceden a un adecuado servicio odontológico. La desnutrición favorece al incremento de tal patología.

Chiabra (4) afirma que la mejor nutrición juega dos roles importantes, así como en el bienestar oral y efectos orgánicos de los alimentos, mientras que, por el otro, los efectos específicos de los remanentes de la comida en la boca, dados por el periodo que permanencia en la zona, así como por la naturaleza del flujo salival, generando potencialmente su implante, colonización / metabolismo de los microorganismos de la película blanda. La presencia como la gravedad de la enfermedad son generados por la dinámica entre sus distintos factores etiológicos, en tal razón, no se puede hablar de prevención si esta no involucra una serie de factores tales como: 1) control de presencia de las bacterias patógenas en la cavidad oral, 2) valor nutricional y las propiedades organolépticas del alimento ingerido, 3) la cantidad y calidad de la saliva, 4) presencia de reserva de flúor 5) tipo y frecuencia de limpieza bucal.

La Organización Mundial de la Salud, en cuanto al bienestar bucodental del 2004, tanto América Latina como Asia son las áreas con mayor prevalencia de caries dental. Además, señala que esta enfermedad afecta

preponderantemente a los niños en Latinoamérica, que entre un 60 y 91% de infantes en edad colegial padecen, y también están distintos elementos de riesgo (como por ejemplo la falta de limpieza oral, ingesta excesiva sustancias azucaradas, carencia de Ca - chispitas, etc.) que predisponen a ciertos individuos a sufrirla y desarrollarla. También existen otros determinantes socioculturales tales como bajos recursos económicos, nivel académico bajo, la ausencia de buen estilo - vida, etc. (5).

En ese sentido, según el informe del Ministerio de Salud (MINSA) del 2005, el Perú posee una prevalencia de caries dental que asciende hasta un 90.4%. Además, se señala que índice promedio de piezas cariadas, perdidas u restauradas a 13 años es de 6.5. La Organización Panamericana de la Salud considera a nuestro país que está en una situación de acontecimiento - relación a este problema (6).

Los componentes de riesgo que se atañen comúnmente - aparición de lesión cariosa en etapa de la infancia obedecen a factores alimenticios, del entorno, dependientes del huésped y nivel económico (7).

La nutrición constituye un determinante principal para la salud en cualquier etapa del desarrollo humano. La etapa correspondiente al preescolar, es decir, que engloba a los niños entre 3 y 5 años, es una en la cual suceden distintos e importantes cambios en tres niveles, emocional intelectual, y social (7). Debido a que en esta etapa el niño ocupa una buena parte de su tiempo en el aula de clases, se hace absolutamente indispensable el suplemento alimenticio a través del envío de la lonchera, esto a fin de optimizar su rendimiento académico y obtener estilos de vida saludables con respecto a la alimentación. No obstante, una mala preparación de la lonchera, que comprenda un alto nivel de carbohidratos en detrimento del nivel de nutrientes, está ocasionando la proliferación de obesidad, caries dental y demás alteraciones (8).

Según advierte el MINSA, los niños en etapa preescolar y escolar necesitan un suplemento energético, el mismo que debiera ser satisfecho por la lonchera

escolar. De esta manera se procura mejorar el rendimiento del niño en su entorno educativo (9).

Desafortunadamente a nivel local no se encuentran estudios de este tipo, pero se estima que podría ser que haya un alto nivel de caries dental que se relacione al consumo de alimentos cariogénicos.

Durante las prácticas de la autora del presente trabajo, sobre todo en las clínicas pediátricas de la universidad, se ha podido evidenciar de cerca la aparición de lesión cariosa en mayoría de los infantes que acudían a ellas; por ello la autora - animó a realizar el presente estudio que relaciona - contenido de la lonchera preescolar y lesión cariosa en infantes de 3 - 5 años de edad en I.E.I.- N° 104 Simón Bolívar - Jesús Nazareno, Ayacucho, 2019.

1.2. Problemas de la Investigación

1.2.1. Problema Principal

¿En qué medida se relaciona el contenido de la lonchera preescolar con el nivel de severidad de la caries dental en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019?

1.2.2. Problemas Secundarios

1.2.2.1. Problema Secundario 1

¿Cuál es el contenido de la lonchera preescolar en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019?

1.2.2.2. Problema Secundario 2

¿Cuál es el contenido de la lonchera preescolar, según género, en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019?

1.2.2.3. Problema Secundario 3

¿Cuál es el contenido de la lonchera preescolar, según edad, en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019?

1.2.2.4. Problema Secundario 4

¿Cuál es el contenido de la lonchera, según el grado de instrucción de la madre, en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019?

1.2.2.5. Problema Secundario 5

¿Cuál es el nivel ceo-d de caries dental en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019?

1.2.2.6. Problema Secundario 6

¿Cuál es el nivel ceo-d de caries dental, según género, en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019?

1.2.2.7. Problema Secundario 7

¿Cuál es el nivel ceo-d de caries dental, según edad, en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019?

1.2.2.8. Problema Secundario 8

¿Cuál es el nivel ceo-d de caries dental, según el grado de instrucción de la madre, en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019?

1.3. Objetivos de la Investigación

1.3.1. Objetivo General

Determinar el nivel de relación estadística entre el contenido de la lonchera preescolar y el nivel de severidad de la caries dental en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019.

1.3.2. Objetivos Específicos

1.3.2.1. Objetivo Específico 1

Identificar el contenido de la lonchera preescolar en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019.

1.3.2.2. Objetivo Específico 2

Identificar el contenido de la lonchera preescolar, según género, en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019.

1.3.2.3. Objetivo Específico 3

Identificar el contenido de la lonchera preescolar, según edad, en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019.

1.3.2.4. Objetivo Específico 4

Identificar el contenido de la lonchera, según el grado de instrucción de la madre, en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019.

1.3.2.5. Objetivo Específico 5

Identificar el nivel ceo-d de caries dental en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019.

1.3.2.6. Objetivo Específico 6

Identificar el nivel ceo-d de caries dental, según género, en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019.

1.3.2.7. Objetivo Específico 7

Identificar el nivel ceo-d de caries dental, según edad, en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019.

1.3.2.8. Objetivo Específico 8

Identificar el nivel ceo-d de caries dental, según el grado de instrucción de la madre, en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019.

1.4. Justificación de la Investigación

A nivel teórico, el actual estudio - justifica porque demostrará el nivel de correlación estadística existente del comprendido de la lonchera preescolar y lesión cariosa. Por tal sentido, se procurará comprobar si los alimentos de refrigerio contribuyen como factor causal para el surgimiento de la lesión cariosa. La elevada tasa de lesión cariosa - Perú hace urgentemente necesario el inicio de investigaciones recientes al respecto, esto a fin de elaborar programas de prevención y así lograr el surgimiento del problema desde los primeros periodos de la vida.

A nivel práctico este trabajo pretende hacer una contribución valiosa en este campo toda vez que la caries es un cuadro con una prevalencia marcada y que con el correr de los años causa mayores estragos en los individuos que la padecen; ello extenderá más el proceso de curación y acrecentará los gastos, sumándose a ello la insuficiente facilidad a los establecimientos - los malos hábitos preventivos en ese respecto.

A nivel metodológico el aporte de la presente investigación radicará en otorgar resultados que serán de utilidad a los niños, padres de familia y personal docente, esto con el fin de lograr una toma de conciencia frente a la calidad de lonchera que se envía a los niños. Además, el presente trabajo podrá servir de antecedente para futuras investigaciones en el terreno de la estomatología.

También este trabajo encuentra su relevancia en que, gracias a los resultados del mismo, podrán elaborarse distintos programas, algunos a nivel de prevención y promoción, y otros de naturaleza interventiva, los mismos que resulten en favor de la población de estudio. Asimismo, se hará un aporte importante a la comunidad académica en cuanto a la investigación de la variable de estudio desde una orientación distinta a lo meramente biológico, comprometiendo al estado a elaborar programas preventivos al respecto.

1.4.1. Importancia de la Investigación

Este estudio es importante porque de relaciona el contenido - lonchera preescolar y lesión cariosa dado; el problema es bastante acentuado tanto en el Perú como en la Región Ayacucho. A esto se puede agregar que los infantes 5 años constituyen son vulnerables y bastante sensible al problema, toda vez que la caries y una alimentación incorrecta repercuten en su salud tanto física como psíquica, causando un inadecuado desarrollo físico y social del menor, lo cual afectará significativamente la vida productiva futura del individuo.

La presente investigación encuentra su pertinencia en dejar evidencias claras a la comunidad odontológica sobre lo primordial del cuidado del

bienestar oral en infantes , esto con el fin de prevenir situaciones ulteriores complicados en ese respecto.

Debido a este motivo, el presente trabajo buscó examinar -estado de salud bucal en infantes de IE Inicial N°104 Simón Bolívar de las Nazarenas, tales edades oscilaban de 3 -5 años. Propósito principal fue evidenciar la urgencia de esta población en materia de intervención, y con ello contrarrestar los componentes de riesgo - causan el surgimiento de dichos problemas / así evitar subsecuentes secuelas.

1.4.2. Viabilidad de la Investigación

Factibilidad del estudio estriba en la población ; se encuentra a poca distancia del domicilio de la autora del presente trabajo, además de que su menor hijo se encuentra estudiando en la institución. Durante el proceso del proyecto, los padres de familia del lugar manifestaron su profundo interés, disponibilidad y deseos de que ello se realice.

1.5. Limitación de la Investigación

El actual estudio estuvo viable en razón ; que el examen clínico bucal de los niños carece de toda complejidad limitante, considerando la teoría. Además, la autora de esta investigación tuvo la disposición de realizar los exámenes clínicos pertinentes a la población estudiada, contando para ello con la debida autorización y apoyo de las autoridades educativas y padres de familia.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Fajardo B. - col.; Guatemala (2016): “Impacto de intervención en instrucción alimentaria nutricional encaminada al contenido de azúcar aumentada en loncheras de preescolares en infantes de 3 - 6 años IERCII; Guatemala -2016.**Objetivo:** determinar / efecto de un programa

interventivo en instrucción alimentaria nutricional. **material y los métodos**, la muestra estuvo constituida por 116 niños, que se distribuyeron en dos grupos: experimental y control. Los **resultados** evidenciaron que ambos grupos experimentaron una disminución significativa (con p valor= 0,05) de azúcar añadida a las loncheras. De ello se **concluyó** que la intervención en cuanto a la lonchera libre de azúcar; se obtuvo un único efecto positivo - relación a disminución del nivel de azúcar en las loncheras de los infantes (10).

Tatiana L. y col; Ecuador (2015): realizó la investigación “Influencia del comprendido de lonchera escolar como componente predisponente de lesión cariosa en infantes 3 -5 años de edad del CI APG- 2014” en Chimborazo. Se ejecutó entre los meses de noviembre de 2014 y junio de 2015. El proceso incluyó la iniciación del historial clínico, sesiones informativas sobre educación bucal, evidencias fotográficas, toma de muestras de pH de la saliva anterior y posterior a las comidas, y por supuesto el sondeo del comprendido de la lonchera de los infantes. **Metodología:** Aplicada- tipo exploratorio-observacional-cualitativo y nivel descriptivo. **Materiales y métodos**, la investigación contó de 95 pacientes tales edades oscilaban de 3 -5 años. Se diseñó y aplicó una encuesta a los representantes, en la cual se consideró varios componentes, tales como visita al profesional odontológico, periodicidad del cepillado, hábitos alimenticios, iniciación del historial clínico que incluyó el sexo, la edad y representación de lesión cariosa. Los **resultados** demostraron un alto nivel de caries dental, un mal hábito - higiene oral y asociación directa del comprendido de lonchera y salud oral de infantes; lo que dio por sentado esa relación y explica el alto porcentaje de caries a tan corta edad. A fin de invertir el problema, se realizaron sesiones educativas dirigidas a los apoderados, profesores y niños en cuanto a la urgencia de conocer sobre la salud dental. Asimismo, se realizaron actividades con los menores de todos los grados en sus respectivas aulas sobre salud dental preventiva. También se

dieron indicaciones al personal docente en cuanto a la necesidad del cepillado dental en los menores después de cada comida, a fin de mejorar las condiciones de los menores del centro inicial. Además, se aconsejó al personal docente la inclusión metodológica de aspectos relacionados con la higiene y la alimentación orientados a prevención del bienestar bucal de infantes(11).

Larco C.H.; Ecuador (2015): en su trabajo titulado “Análisis del consumo de la ingesta de azúcar en break de infantes de preescolar en los estratos socioeconómicos de IJKAS-CM; Ecuador -2015”, Tal **propósito:** Identificar la composición y consumo de azúcar en los comestibles de loncheras preescolares. **Material y sus métodos,** se usó para el estudio una muestra constituida por 90 niños. Como **resultado** se llegó a demostrar respecto a los carbohidratos, que las galletas son consumidas en comparación con las frutas en un 34,78% frente a un 37,77% respectivamente; pero con todo, se descuida el consumo de verduras y proteínas porque figura en apenas un 4,45% muy a pesar de cumplir un rol fundamental para el buen funcionamiento del organismo del niño; por otro lado, se encontró una prevalencia en el nivel de carbohidratos (98,88%). Haciendo uso de la prueba estadística de varianzas (anova), hubo certeza la diferencia estadística significativa de ingesta de comestibles azucarados en población correspondiente a las tres instituciones, considerando sus respectivos estratos sociales. Se obtuvo el valor de p fue de 0,5859, que equivale a 50,59%, demostrando no hay discrepancia significativa del nivel de ingesta de comestibles con contenido de hidrato de carbono y el nivel socioeconómico que tienen (12).

Ruth R. y col.; Cuba (2015): hizo una investigación analítico observacional, de tipo caso-control, con una muestra de 300 menores, de 5 - 11 años, quienes fueron chequeados en la Clínica Estomatológica del PD- JGSC -por un periodo ; tiempo de enero a setiembre de 2015,

esto con el **fin** de hallar los componentes de riesgo primordiales vinculados con la lesión cariosa y lograr ese objetivo se formaron dos grupos, el experimental constituido de 100 infantes diagnosticados con lesión cariosa, - El control conformado x 200 infantes en condiciones normales. Se **encontró** que los principales factores de riesgo que prevalecieron fueron tanto la inadecuada higiene oral. Los componentes de riesgo más significativos que saltaron a la vista fueron la inadecuada limpieza bucal - estrechamiento dental. Esto pudo evidenciar que una promoción de la salud insuficiente tendrá directas repercusiones en la salud oral en un grupo etario como el estudiado (13).

Valenzuela, J.; México (2013): realizó la investigación “Evaluación de la lonchera en infantes; preescolar -escolar que concurren al tianguis de la ciencia de UMSNH”. Se consideró 529 menores a cuyos padres se les encuestó con un cuestionario compuesto de 16 preguntas cerradas. Se tuvo 82% de infantes que desayunan en sus hogares, 59% se limitaba a desayunar leche -pan, 24% iba acompañado - desayuno sano, 73% de infantes transportaban algún fiambre siempre, mientras que el 91% llevaba un refrigerio preparado por la madre. Entre los refrigerios que afirmaron llevar se encontraron torta o sándwich en un 55%, yogurt y fruta en un 37%, y galletas, refresco o jugos enlatados en apenas un 8%. De esas proporciones se **concluyó** que los productos alimenticios del refrigerio escolar de esa población de niños tenían un alto nivel de carbohidratos simples y grasas saturadas, lo cual, de por sí, les predispone al sobrepeso y a la aparición de caries dental (14).

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Alcos Maquera y col.; Moquegua – Perú (2018): realizaron una investigación que tuvo como **propósito** principal encontrar el grado de asociación del tipo defiambre preescolar como componente predisponente de caries dental en niños cuyas edades oscilan de 3 -y 5 años, quienes estudian en I.E.I. –SM- Moquegua- periodo del 2018

Materiales y métodos: observacional- prospectivo-transversal / analítico. Tuvo 154 estudiantes nivel inicial, a quienes se evaluó la experiencia de caries usando el índice ceo-d. A fin de medir el nivel de incidencia de lesión cariosa, se consideró cuatro categorías: sin caries, deterioro ligero, deterioro mediano y deterioro grave. También analizó la composición del fiambre y se usó para ello una ficha de valoración estomatológica de loncheras del Ministerio de Salud que mide tanto el valor nutricional como el potencial acidogénico, el mismo que hace una clasificación de alimentos salubres e insalubres. Cada una de las categorías tuvo un nivel de puntuación que oscilaba entre 1 y 5 positivos para los alimentos salubres y negativos para los insalubres, considerando tres categorías resultantes: bueno, regular y malo. Los **resultados** revelaron que el 35.1% de las loncheras preescolares contenían alimentos insalubres, ricos en alimentos acidogénicos y a la misma vez con una mayor presencia de caries dental, evidenciando a lo primero como un factor de riesgo; y apenas una mínima parte de la población estudiada (3,2%) no manifestó caries, cuya dieta alimenticia era salubre y rica en hipoacidogénicos. Finalmente se demostró que existe una relación directa de dependencia (p valor = 0,000) de la composición alimenticia de la lonchera como factor predictor para la aparición de la caries dental (15).

Siña Ticona. y col.; Lima – Perú (2018): ejecutaron este estudio con **propósito**; identificar grado - conocimientos que las madres de niños del nivel primaria de la I.E.P. “Líder Ingenieros” tuvieron en cuanto al contenido de una lonchera saludable. En cuanto a los **materiales y métodos**, el enfoque de la investigación fue cuantitativa- corte transversal / descriptiva. La población constó 114 apoderadas con infantes de primaria. La recaudación de muestra se empleó un cuestionario. **Resultado** se encontró que, de todas las madres encuestadas, el 21% tuvieron conocimiento de nivel bajo sobre el contenido de una lonchera saludable, el 64% de nivel medio y 15% de

nivel alto. Además, sus conocimientos fueron bajos en cuatro de seis dimensiones: 53% en carbohidratos, 57% en proteínas, 70% en minerales y 63% en grasas; asimismo, dichos conocimientos fueron de nivel medio en lo que respecta a vitaminas en un 62% y de nivel alto en cuanto al agua en un 85%. De todo esto se pudo **concluir** que las madres de familia poseen conocimientos en un grado medio con inclinación a un grado bajo sobre el contenido de una lonchera saludable (16).

López Daina y col.; Puno – Perú (2017): hizo una investigación que tuvo el **propósito** de identificar el nivel de correlación del comprendido del fiambre preescolar - aparición de lesión cariosa; en menores, con un rango de edad del 3- 5 años. I.E.I. “Huáscar” en la localidad de Puno durante el periodo de 2017. En cuanto a su **metodología**, la investigación fue correlacional; tomó una muestra constituida por 182 menores, a quienes se les hizo una revisión oral a la misma vez que se les analizó el contenido de su lonchera. Se halló relación estadísticamente significativa entre la aparición de lesión cariosa y el tipo de fiambre preescolar con $r=0,549$, por ello hay correlación representativa 0,01; este resultado pone en evidencia de que la composición alimenticia de la lonchera sí repercute en la aparición de la caries dental (17).

Pablo Juan; Chachapoyas – Perú (2017): desarrolló un trabajo cuyo **propósito** principal fue hallar la relación estadística de tipos de fiambre preescolar - aparición de lesión cariosa; menores estudiantes de I.E.I.-SM-. Chachapoyas, durante el periodo de 2017. En cuanto a su **metodología**, cuantitativa - prospectivo - transversal. La muestra consta 63 menores, de 3 - 5 años. Para evaluar la correlación de las dos variables, se empleó ficha clínica de lesión cariosa / encuesta sobre loncheras como instrumentos. Los **resultados** revelaron que 33 de los encuestados, que corresponden al 52,4%, evidenciaron tanto caries dental como lonchera cariogénica; 6 de los encuestados, que

corresponde al 9,5% mostraron caries dental y lonchera no cariogénica; 15 de los encuestados, que corresponden al 23,8% presentaron caries dental y lonchera mixta; 2 de los encuestados, que corresponde con el 3,3%, evidenciaron no hay lesión cariosa, ni fiambre cariogénica; 5 de los encuestados, que corresponde al 7,8% no mostraron lesión cariosa - fiambre no cariogénica; y por último, 2 de los encuestados, que corresponde al 3,3%, evidenciaron no hay lesión cariosa – fiambre mixta. Por ello, se concluye que existe una asociación estadística significativa ($p=0,004$) del fiambre cariogénica y lesión cariosa (18).

Cruz Cabrera; Pimentel – Perú (2015): hizo una investigación cuyo **propósito** principal fue identificar la relación estadística entre la constitución del fiambre preescolar y lesión cariosa en infantes del PRONOEI –F- CPA- José Leonardo Ortiz en el periodo del año de 2015. El estudio fue de nivel relacional - transversal. Consta de 85 menores. Para lograr el objetivo, se efectuó la odontograma, usando para ello - índice ceo-d, y se analizó composición de los fiambres. **Resultados** mostraron 71,9% de población presenta un cuadro de caries dental. También se halló que el 76,5% mostraron loncheras cariogénicas; el 8,2% evidenciaron lonchera no cariogénica; mientras que el 15,3% hicieron lo propio con loncheras mixtas. Asimismo, se halló índice - gravedad de lesión cariosa prevalente fue “muy bajo”. Esto permitió **concluir** : hipótesis nula, no se obtuvo entre ambas variables (19).

Minaya M. y col.; Perú (2015): realizaron una investigación titulada “Relación del nivel de conocimientos y cumplimiento de los refrigerios saludables en apoderadas de estudiantes de IEINSF- Perú- 2015”, la misma que tuvo como **propósito** principal identificar el nivel de relación entre ambas variables. En lo que respecta a la **metodología**, consta de 80 apoderados se **halló** que el 50% de apoderadas poseen un buen nivel de conocimiento en cuanto a la composición de loncheras saludables, el 46,2% con un nivel medio, mientras que apenas el 3,8%

evidenciaron un nivel bajo. También se **detectó** que el 61% de las madres cumplen con la lonchera saludable, mientras que el 39% no lo hace. De esto se **concluyó** que no existe relación significativa (p valor = 0,300) entre ambas variables (20).

Ruiz, A.; Lambayeque – Perú (2014): “Comprendido de la lonchera preescolar IEI –SR- Lambayeque; Perú - 2014”. **Metodología:** El trabajo fue descriptivo - no experimental- corte transversal. Consto de muestra 49 niños / ambos sexos, con quienes se hizo uso de la ficha de observación además de extraérseles datos sociodemográficos a las madres, tales como: edad, nivel de instrucción y número de hijos. Los **resultados** en función al grupo atareo evidenciaron que las madres, cuyas edades oscilan del 23 - 28 años, preparan predominantemente loncheras cariogénicas para los infantes; también se halló que las madres con tres hijos preparan loncheras cariogénicas en un 68,4%, y mixtas en un 31,6%, mientras que las madres que tienen entre uno o dos hijos preparan loncheras no cariogénicas en un 11,1%; y por último, las madres que tienen estudios secundarios concluidos preparan loncheras cariogénicas en un 62,9% y mixtas en un 28,6% (21).

2.1.3. Antecedentes Regionales

Después de una exhaustiva revisión bibliográfica por medios físicos y virtuales no pudo encontrarse ningún trabajo sobre este tema en específico a nivel regional que pudiese servir al presente trabajo como antecedente, por lo cual esta investigación podría categorizarse como algo inédito en su naturaleza.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Caries Dental

La lesión cariosa se considerada hoy como un cuadro patógeno contagioso, ocurrida por la presencia de determinadas bacterias, un huésped vulnerable y condiciones bucales favorables (22).

Los factores de riesgo para su aparición se controlan a través de exclusión de los componentes de carácter microbiológico (tales como laceraciones presentes, actores desinfectantes y placa bacteriana), recomendaciones profilácticas dietéticas, cambios de las condiciones del huésped, tales como son la resanación de fracturas, la reparación protectora de resina, la modificación de apiñamientos y malposiciones, etc. (23).

En 1890 Miller propuso una explicación para la caries, lo denominó teoría químico-parasitaria, y según ella, los causantes del deterioro de los dientes son ciertos ácidos corrosivos que son originados por una suerte de patógenos de la placa dental. Para 1962, Fitzgerald y Keyesen evidenciaron que la caries es un cuadro endémico, contagioso y que es causado a partir de múltiples factores, entre las que pueden destacarse tres de carácter etiológico como lo son: el huésped vulnerable, una gama de patógenos y las sustancias compuestas de hidratos de carbono fermentables (24). Además, de los anteriores, también convendrá considerarse el factor temporal, toda vez que para la aparición de la caries dental el ambiente debe ser el apropiado y cada factor etiológico debe cumplir con las condiciones necesarias (25).

Para Fejerkov, la caries es el proceso que provoca la pérdida de la estructura de la pieza dentaria y regeneración de la estructura del esmalte de la pieza dentaria, resultado del desarrollo patógeno en la superficie dentaria, la cual potencialmente podría ocasionar el detrimento de minerales y con ello la formación de una hendidura (26).

Para la OMS, la caries ha sido concebida como el desarrollo activo cuyo efecto es causado por el desequilibrio que sucede entre la superficie dentaria y fluido de película blanda que la envuelve, manera que se da un en periodo que ocasiona la desmineralización de su área (27).

2.2.2. Etiologías

Diversos autores atribuyen a factores modificadores (la salud integral, el nivel socioeconómico, historial de caries, estilo de vida, pertenencia a determinado grupo epidemiológico, edad del sujeto, grado de instrucción, etc.) tanto el génesis de las lesiones cariosas como su desarrollo. A esto se suman otros elementos que también inciden en el problema, elementos tales como los patógenos, la presencia de hidratos de carbono de carácter fermentables y el deterioro de la estructura dentaria (28).

2.2.3. Factores Etiológicos

Como es bien sabido, la caries es un cuadro que involucra muchos factores causales y que es concebido como una secuencia activa de desmineralización-remineralización (des-re), en la cual se ven involucrados dos elementos, el calcio y el fósforo, en constante interrelación, las superficies de las piezas dentarias y fluido salival debido a los acervos generados por la acción de bacterias bucales que fermentan los carbohidratos (1).

El rol que cumplen los denominados estreptococos, de la familia de los *mutans*, está asociado a la producción de caries, y llega a ser comparativamente mayor a los demás patógeno presente en la placa supra-gingival. Las investigaciones recientes revelaron que los lactobacilos constituyen en los organismos menos abundantes en la en la placa, por lo cual resulta improbable que ellos sean los responsables directos de la presencia de las lesiones cariosas, no sucediendo así con los estreptococos, quienes eran significativamente más abundantes que

los anteriores, encontrándose una proporción entre ambas de 10,000:1 (29).

2.2.4. Inicio y Progreso de la Lesión Cariosa

En este proceso, denominado pérdida superficie del esmalte de la pieza dentaria—mineralización de la superficie del esmalte de la pieza dentaria, que es de carácter cíclico, secuencial, pero además variable, y que tiene lugar con la alimentación. Todo esto inicia con los hidratos de carbono que se asimilan en la película blanda, luego se liberan ciertos fluidos acerbos que provocan su acción en superficie del esmalte de la pieza dentaria, la que a su vez confiere iones de Ca., fósforo, que van a perturbar la superficie cristalina de hidroxiapatita, induciendo a ser mineralizada. Si no se logra producir tales fluidos por plaza 30 - 45 minutos, el pH ascenderá, de tal carácter que los minerales se concentran en la superficie de la pieza dentaria. Todo ello cuenta de la reversibilidad del proceso, no obstante, la irreversibilidad es posible siempre y cuando el número de cristales destruyen la principal superficie proteica (30).

A. Lesión - esmalte. Según se sabe, que es la primera capa y del hombre esta con mayor concentración de minerales; se constituye de material inorgánico en un 96%, de líquido en un 3% y de material orgánico en apenas un 1% (7). En cuanto a su aspecto clínico, su apariencia resalta cuando el aire sustituye al líquido que acompaña en mayor medida un esmalte sano, provocando así que pierda el color blanco que generalmente posee (31).

B. Lesión en la dentina. A diferencia de lo anterior, la dentina constituye un tejido activo y de carácter más trascendental. Las condiciones que cambian su estructura y constitución se corresponden a condiciones fisiológicas como edad-atrición y patológicas son desgaste, rozadura, abfracción, lesión cariosa; que ocurren en su interior (7).

2.2.5. Índice CPO

A día de hoy, el índice CPO constituye en el instrumento que más se utiliza en el terreno de la estomatología. Originalmente fue elaborado por Klein y Palmer, allá por los años 1937, en un periodo en el que la caries era una enfermedad bastante generalizada en occidente. La expresión se aplica a la dentición tanto permanente como decidua, esto debido a los aportes de Gruebbell en 1944 (32) (33).

La sigla representa a:

C: cantidad de piezas dentarias **cariadas**.

P: cantidad de piezas dentarias **perdidas**.

O: cantidad de piezas dentarias **obturadas**.

El índice C-P-O tiene como resultado la sumatoria de tales cantidades.

La expresión variará en base a lo que se quiere examinar. Por ejemplo, si la unidad examinada es el diente en sí, se le representa con la sigla CPOD o ceod; pero si lo examinado es la superficie, se le representa bajo las siglas de CPOS o ceos. En caso de los sujetos adultos, el índice COP oscila en un rango valorativo que parte del 0 y se extiende hasta el 32. Cuando se coge como punto de referencia a una población determinada, su índice COP será la media de los valores individuales obtenidos. Una peculiaridad del CPO que salta a la vista es que es de naturaleza irreversible, lo que significa que es imposible que los valores de una segunda medición sean inferiores a los extraídos en una primera, toda vez que el diagnóstico de la lesión supone que, en el mejor de los casos, se conserve u obture, y en el peor de ellos se extraiga, más no se restaure por sí sola (33).

Esa es la razón por la cual, con el correr del tiempo, aumenta, o, en el mejor de los casos, se conserva estable dicho índice - asimismo sufre cambios el nivel de contribución de sus elementos: cariadas, perdida

/obturada en el índice del C –P- O. La valía del elemento C se obtiene a costa de los elementos P / O, en caso de que un diente diagnosticado con caries en el 1º exploración haya sido resanado - extraído - en seguida se procede anotar en la 2º exploración. Tales índices se deben clasificar por edades según las sugerencias de OMS. Que vienen a ser: 5 / 6 - 12- 15- 18- 35 - 44- 60 - 74 años. El valor del C P O-D más utilizado para contrastar la condición del bienestar oral de todo el mundo es a los 12 años (33).

2.2.6. Índice ceo

El C P O que Gruebbell adoptada - medir la las piezas dentarias temporales en 1944. Su valor es obtenido de igual forma que el anterior, con la única excepción de que en éste se consideran los dientes temporales.

Se contempla 20 dientes y consiste en el valor resultante de la sumatoria de dientes temporales tanto cariados (c), extraídos (e) y obturados (o) (32) (33). En la categoría de niños se usa una variante cuyas siglas en letras minúsculas es ceo-d (dientes temporales), cuyas excepciones más notables son las unidades dentarias extraídas en niños que hayan pasado por algún tratamiento de ortodoncia o que los hayan perdidos por algún accidente, así como las coronas que hayan sido reparadas por lesiones (32). Tal vez la diferencia más significativa del índice: C P O - ceo, es que el 2º no considera las piezas dentarias extraídas previamente, solo se se toma en cuenta aquellas piezas dentarias en boca a la hora del examen; las extracciones de las piezas dentarias que hayan sido efectuadas únicamente por motivo de caries, y no por otra razón (33). La OMS ha establecido criterios fijos para medir la gravedad de la prevalencia de la lesión cariosa , de acuerdo a las estimaciones del CPOD y el c e o d (34).

Tabla - 1: Niveles de severidad de lesión cariosa

Valores	Niveles
0 – 1.1	Muy Bajo
1,2 – 2.6	Bajo
2,7 – 4.4	Moderado
4,5 – 6.5	Alto
6,6 – +	Muy Alto

Fuente: Elaboración propia

Recapitulación del ceo-d:

Índice ceo particular = c + e + o Índice ceo patrimonial o conjunto = ceo total - Total de examinados (34).

2.2.7. Dieta como Factor de Riesgo Cariogénico

Las condiciones salud de un lugar dependen directamente de su alimentación. Un estilo de vida que no sea el más adecuado indefectiblemente tendrá asociación directa con enfermedades u muertes prevalentes, sobre todo en occidente. Entre dichas enfermedades se puede mencionar las de carácter cardiovascular, algunas clases de carcinomas, obesidad, osteoporosis, anemia, caries (35). La porción y el periodo al que están expuestos a los Hidratos de Carbono fermentables, la naturaleza cariogénica de los elementos alimenticios y el procedimiento de su consumo determinan el proceso. No depende de la cantidad, sino de la continuidad del consumo de Hidratos de Carbono, especialmente los azúcares. Si bien, no todos los que consumen gran cantidad de azúcar en sus alimentos necesariamente contraen un cuadro de caries, pero es bastante común

detectar lesiones cariogénicas en pacientes con alto nivel de ingesta de productos azucarados (36).

2.2.8. Carbohidratos

También llamados Hidratos de Carbono, y son definidos como aldehídos – cetonas / polihidroxiladas, su constitución elemental - CH_2O - Según - cánones de FAO - OMS, los carbohidratos se pueden clasificar en base al nivel de polimerización que presentan; en ese sentido se consideran tres importantes categorías: azúcares, oligosacáridos y polisacáridos (36). Dichas categorías se dividen a su vez en función al nivel de monosacáridos que los componen (Tabla 2).

Los carbohidratos constituyen la principal causa de vigor alimenticio. Aportan entre un 40 y un 80% de la totalidad energética proporcionada por los alimentos, pero supeditado a los factores externos tales como contexto social, cultura y economía. Es muy común que las personas de bajos recursos económicos consuman mayor cantidad de alimentos ricos en carbohidratos, tal es el caso del arroz que llega a ser un producto de consumo tanto tradicional como generalizado (36).

Tabla 2: Clasificación de Azúcares y Subgrupos

Clase		
Categoría de Polimerización	Subgrupo	Elementos
Azúcares	Monosacáridos	Glucosa, galactosa y fructuosa.
	Disacáridos	Sacarosa, lactosa, maltosa y tetratosa.
	Poliolos	Sorbitol y monitol.
Oligo-sacáridos	Malto – oligosacárido	Maltodextrinas - hidrólisis de almidones.
	Otros oligosacáridos	Rafinosa, estaquiosa, fructo-oligosa-cáridos.
Poli-sacáridos (>9)	Almidones	Amilosa amilo-pectina, almidones y modificados.
	Polisacáridos sin almidón	Celulosa, hemi-celulosa, pectinas e hidro-coloides.

Fuente: Sociedad Española de Odontopediatría (36).

2.2.9. Potencial Cario -génico de unos comestibles

Cuando se analiza el potencial cario-génico - dieta alimenticia, es necesario considerar el equilibrio que debe existir de los componentes de riesgo y componentes protectores; modo que, tienden a predominar los componentes de riesgo en detrimento de los factores protectores, el efecto lógico e inmediato de la dieta será contribuir con la aparición, desarrollo y expansión de la enfermedad (37).

El nivel de sacarosa para que la bacteria cariogénica streptococcus mutans pueda establecerse es minúscula. Este tipo de azúcar se encuentra bastante presente en la dieta alimenticia cotidiana. Se encuentra en formas tan diversas que incluyen desde caramelos, frutas secas, gomitas, snacks, ketchup, coca cola, hasta en productos naturales como son el sumo de frutas, la miel, la leche y en 36 tipos de frutas (38).

Tabla 3: Índice de Potencial Cariogénico standar de varios comestibles

Alimento Probado	Índice de Potencial Cariogénico
Grupo con Potencial Cariogénico Bajo	
gelatina - sin azúcar	0,3
Frituras - maíz	0,4
Maní	0,3
Mortadela	0,4
Yogurt	0,5
Grupo con Potencial Cariogénico: Moderado / Alto	
Patatas fritas	0,7
Galletas saladas	0,6
Chocolate con leche	0,9
Pastel relleno	0,9
Pan	0,9

Hidrato de carbono	1,0
Cereal	Patatas1,0
Patatas - francesa	1,1
Bananas	1,1
Pastelillos mantecados	1,2
Pasas	1,2

Fuente: Nutrición médica (39).

Una dieta alimenticia puede ser categorizada como cariogénica cuando se sabe en primer lugar sobre la naturaleza del alimento, la misma que se evidencia en su consistencia y adhesividad; y en segundo lugar la disciplina horaria de alimentación, antes de acostarse, en el intervalo entre dos horarios de alimentación (39).

2.2.10. Alimentos Cariogénicos

Los microorganismos orales se alimentan básicamente de carbohidratos; de allí que los productos alimenticios que los poseen constituyen único caldo de recolección para el surgimiento de lesión cariosa. Si bien los carbohidratos influyen mucho en el desarrollo de la caries, no obstante, no tienen carácter determinante para que eso suceda necesariamente, toda vez que sus causas se pueden atribuir a muchos otros factores (39).

2.2.11. Provisiones no Cario-génicos

Las provisiones no cario-génico son aquellos que no representan un componente de riesgo para la formación de la lesión cariosa. Casi siempre, éstos no llegan a ser asimilados por las bacterias de la placa dental, por lo cual no disminuyen el nivel de pH en un periodo de 30

minutos por lo menos. Al darse estas condiciones, la placa no llega a ser objeto de deterioro bacteriano (32).

Generalmente los alimentos no cariogénicos presentan los siguientes distintivos:

Nivel limitadamente alto - albúminas.

Nivel moderado - sebos.

Pequeña densidad de azúcares descompuestos.

Vasto volumen de amortiguamiento.

Nivel alto de compuestos minerales, tales como el Ca.

Mayor nivel de Ph - 6.0.

Facultad - incitar - flujo salival.

Así, el procedimiento contrarresta de la acción del *Streptococcus mutans* y detiene su efecto (39).

2.2.12. Principales Componentes Químicos no Cariogénicos

Entre los principales, se pueden mencionar los siguientes:

A. Flúor: Constituye la sustancia más popular debido a sus propiedades contra la caries. Por lo general su consumo en los comestibles habituales no es lo suficiente, por lo cual se sugiere su inserción como suplemento nutricional. La función química del flúoruro es reemplazar la hidroxapatita de la superficie del esmalte estableciendo la fluorapatita, que es un compuesto que actúa como una suerte de coraza que se sobrepone a cualquier embate bacteriano. Si se lo administra de manera tópica, puede además constituir el compuesto del fluor de Ca con el mismo efecto con la superficie de la estructura del esmalte.

B. Calcio y fósforo: Puesto que son los componentes fundamentales en la constitución de la pieza dentaria, se estima que una alimentación que los considere dentro de su constitución podría impedir el proceso de destrucción de la superficie del esmalte de la pieza dentaria.

C. Hierro: Experimentos hechos en animales pusieron en evidencia que una dieta rica en hierro no solamente impide la acción cario-génico, sino también la restituye.

D. Aspartame y Sacarina: Estos elementos tienen el potencial de obstaculizar el desarrollo del cuerpo bacteriano de la gran mayoría de *Strepto-coccus*.

E. Grasas: Una dieta que considera un alza en la ingesta de grasas puede constituir en un factor protector contra el desarrollo de caries, esto debido a que ellas actúan en lugar de las calorías de los azúcares, asimismo, porque se levantan como una barrera que cubren y preservan las unidades dentarias, de tal forma que tienen un efecto inhibitorio sobre la placa bacteriana. Los esquimales, por decir, se presenta este proceso, dado que a la misma vez que tienen una dieta rica en grasas, también presentan bajos índices de lesión cariosa (40).

2.2.13. Loncheras Saludables

La lonchera escolar consiste en un alimento suplementario a las tres comidas básicas. No reemplaza a ninguna, pero sí es necesario para una buena alimentación, sobre todo si se considera el periodo específico en el ciclo vital del ser humano. Constituye entre un 10 y un 15% del total de calorías de la alimentación diaria dependiendo del estado físico y estilo de existencia del individuo, y puede administrarse entre las dos primeras comidas o entre la segunda y la tercera (41).

Desde una óptica nutricional, la lonchera saludable estará constituida por los siguientes cuatro elementos indispensables:

A. Alimentos energéticos: Son aquellos que contribuyen con la energía que los niños requieren. Entre ellos se pueden mencionar: los carbohidratos y grasas en general. No obstante, se deben destacar los carbohidratos complejos, aquellos que están compuestos de fibra. Ejemplo: pan, papa, camote, yuca, choclo, maíz, avena, etc. Entre las grasas se pueden considerar la palta, el maní, las aceitunas, etc.

B. Alimentos constructores: Son aquellos que favorecen la producción tanto de los tejidos como de fluidos. En esta categoría se incluyen las proteínas, especialmente las de origen animal. Se pueden considerar: leche y sus derivados, huevos, carnes, enlatados, sangre, etc.

C. Alimentos reguladores: Son aquellos que aportan con el sistema inmunológico de los niños. Lo constituyen todas las frutas y verduras.

D. Líquidos: En esta categoría se incluyen el agua y todos sus preparados naturales, cocimiento de cereales, infusiones, etc. Preferiblemente evitando el azúcar (41) (42).

2.3. Definición de Términos Básicos

2.3.1. Caries Dental

La lesión cariosa en un cuadro que obedece a múltiples factores causales, las mismas que producen destrucción de la superficie del esmalte de la pieza dentaria, a través actividad microbiana que posee la capacidad de generar ácidos nocivos (22).

2.3.2. Lonchera Preescolar

Alimentos suplementarios preparados para ser consumidos por los niños en el intervalo entre los alimentos principales: desayuno- almuerzo / almuerzo - cena. En ella incluyen provisiones naturales - preparados (42).

2.3.3. Lonchera no Cario-génica

Grupo de suministros inhibe; cierta medida la producción de acerbos en cavidad oral . Pueden constituirse de fruto - un adecuado importe de refrescos s/ azúcar, agua sin azúcar en su defecto (19).

2.3.4. Lonchera Cariogénica

Suma de provisiones que estimulan producción de acerbos, los que a su vez causan la caries dental (19).

2.3.5. Índice ceo

Índice principal de los estudios en el terreno de la odontología. Sirve para medir la elevación de prevalencia de lesión cariosa. Indica los signos de caries pasados y presentes, toda vez que considera los dientes dañados y otros que fueron resanados (33).

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Formulación de las Hipótesis y Derivadas

3.1.1. Hipótesis Nula

H₀: No existe un nivel de relación que sea estadísticamente significativa entre el contenido de la lonchera preescolar y el nivel de severidad de la caries dental en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019.

3.1.2. Hipótesis Alterna

H₁: Existe un nivel de relación que sea estadísticamente significativa entre el contenido de la lonchera preescolar y el nivel de severidad de la caries dental en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019.

3.2. Variables de la Investigación

3.2.1. Variable 1

Lonchera preescolar.

3.2.2. Variable 2

Caries dental.

3.2.3. Variables 3

Género.

Edad.

Grado de instrucción.

3.2.4. Definición y Operacionalización de las Variables

Tabla 4: Definición y operacionalización de las variables.

Variables	Definición Conceptual	Dimensión	Indicador	Escala	Valor o Categoría
Lonchera preescolar	Alimentos suplementarios que se ingesta entre comidas.	Evaluación y valoración mediante la observación	Tipo lonchera	Nominal	Lonchera cario-génica
					Lonchera no cario-génica
Caries dental	Presente de uno/ más lesiones cariosas cariados; cavitadas o no , ausentes por lesión cariosa, o obturados en piezas temporales, en infantes preescolar	Examen clínico	ceo-d	Ordinal	Lonchera mixta
					Muy Bajo: 0-1,1
					Bajo: 1,2 - 2,6
					Moderado: 2,7-4,4
Género	Identificación personal	Pregunta directa	DNI	Nominal dicotómica	Muy Alto: 6,6 a +
					Masculino
Edad			DNI	Ordinal	Femenino
					3 años

	Tiempo de vida cronológica	Pregunta directa			4 años
					5 años
Grado de instrucción de la madre	Es nivel más alto de estudios que se hayan realizado o estén aún en proceso, independiente de si se hayan concluido o sean inconclusos	Pregunta directa	Tipo de instrucción	Nominal	s/ instrucción
					Primaria
					Secundaria
					Superior

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Diseño metodológico

4.1.1. Tipo de Investigación

En cuanto a su naturaleza es cuantitativa, toda vez que se realizaron la recolección de datos estadísticos y numéricos.

4.1.2. Nivel de Investigación

Descriptiva, dado que dicho método cualitativo tiene como propósito la descripción de ciertas particularidades de una determinada localidad o algún escenario en exclusiva.

4.1.3. Método de Investigación

Es correlacional, porque se pudo comprobar la relación entre dos variables.

En lo que respecta al propósito de estudio es observacional, ya que no se hizo manipulación de las variables y se limitó a observarlas, medirlas y analizarlas sin realizar una inspección inmediata en el constituyente de tratado.

4.1.4. Diseño de Investigación

De acuerdo a la cronología de la observación es prospectivo, puesto que fue un estudio planificado, la muestra se obtuvo y se anotaron con motivo del estudio y las variables solo se les miran y debidamente anotadas.

Respecto al diseño de comprobación - transversal, toda vez que se hizo la medición de las variables en un único momento.

4.2. Diseño Muestral

4.2.1. Universo

Constituido por estudiantes registrados en I.E.I. N ° 104 Simón Bolívar, los mismos que suman un total de 420 niños.

4.2.2. Población

Constituido por estudiantes matriculados 3 -5 años de edad I.EI. N° 104 Simón Bolívar, que son un total de 310 niños.

4.2.3. Criterios de selección

4.2.3.1. Criterios de inclusión

1. Infantes pertenecientes al I.E.I. N°104, matriculados en el periodo correspondiente al año escolar 2019.
2. Infantes de entranbos sexos, con un rango de edad entre los 3 y 5 años durante el año lectivo 2019.
3. Niños que se muestren dispuestos a colaborar con el estudio.
4. Niños autorizados por sus padres a través de la firma del aprobación informada.

4.2.3.2. Criterios de exclusión

1. Infantes que se encuentren en terapia psicológica o psiquiátrica.
2. Niños que estuvieron ausentes en la fase de recolección de datos.
3. Niños que se mostraron renuentes a realizarse el examen intraoral.

4. Niños que no fueron autorizados por apoderados por medio de firma de la aprobación informada.

4.2.4. Muestra

Fue representativo respecto a la población, los mismos que desempeñaron con criterios de elección considerados.

Para ello se aplicó la formula:

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

Donde:

n = Volumen de la muestra

N = Volumen de la población

Z = Índice o nivel de confianza

p = Probabilidad de que ocurra un evento

q = Probabilidad de que no ocurra un evento

E = Margen de error

Identificando el valor de los elementos:

$N = 310$

$$Z = \text{Al } 95\% = 1,96$$

$$p = 50\% = 0.50$$

$$q = (1-p) = (1,0-0,5) = 0,5$$

$$E = \text{Al } 5\% = 0,05$$

Sustituyendo:

$$n = \frac{(1,96)^2(310)(0,5)(0,5)}{(310 - 1)(0,05)^2 + (1,96)^2(0,5)(0,5)}$$

$$n = 171,80$$

Redondeando fueron 172 estudiantes.

$$n = 172$$

La técnica de muestreo que se usó fue el probabilístico, de tipo aleatorio simple.

4.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

4.3.1. Técnicas de Recolección de Datos

4.3.1.1. Técnica

Observación

4.3.1.2. Procedimientos Generales

1. Se emitió una solicitud dirigida a la dirección de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, suplicando la debida aceptación y autorización para el proceso del actual estudio

2. Coordinó - directora para la realización de una reunión con las profesoras, a fin de informárseles sobre el objeto de la investigación a realizarse en la institución.
3. Se coordinó con cada docente de aula para la ejecución de una citación de los apoderados.

4.3.1.3. Procedimientos Específicos

1. Se hizo firmar el consentimiento informado al padre o apoderado del niño.
2. Se realizó la revisión del contenido de la lonchera.
3. Se realizó el examen clínico intraoral para la obtención del índice ceod. Este procedimiento se hizo en un entorno concreto adecuado, iluminado natural que facilite el rellenado de la ficha de odontograma.

4.3.2. Instrumentos de Recolección de Datos

4.3.2.1. Ficha Clínica de Recolección de Datos

Se anotan datos del personal, el contenido - lonchera y la evaluación del índice ceod – odontograma (Anexo 3).

4.3.2.2. Tipo de Lonchera

Se hizo uso de la enumeración elaborada por Ruiz (21) sobre la tipología de alimentos: cario-génicos o no cario-génicos, la misma que fue adaptada por Casanueva. (39), de manera que en su registrado del índice de viable cario-génico provisiones considera a la banana y uvas son alimentos con alto cariogenicidad (Anexo 3).

4.3.2.3. Comprobación de su Validez y Confiabilidad

Antes de utilizarse estas herramientas de recaudación - datos, usados en varios trabajos del estudio (21) (19), posteriormente realizó la validación de los mismos por medio del juicio de expertos.

4.4. Técnicas Estadísticas para el Procesamiento de Información

1. Se recolectaron - datos - ficha técnica - investigación.
2. Se ingresaron a una hoja de cálculo Excel.
3. Se procesaron los datos con el software IBM SPSS versión 24, tanto para descriptiva como para inferencial.
4. Para la contrastación se usó la prueba paramétrica de chi-cuadrado, cuya fórmula es:

$$X^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

Donde:

f_o = Continuidad del valor observado.

f_e = Continuidad del valor esperado.

4.5. Aspectos Éticos

La presente investigación se hizo considerando estrictamente las reglas universales en cuanto a la bioética, en los que recomienda el respeto por los principios de la bioética. Los padres o apoderados de infantes que anunciaron en ella decidieron voluntariamente ser parte del estudio; esto lo hicieron evidente a través de la rúbrica del documento de aprobación informada (Anexo

2), con una explicación previa respecto al principal objetivo de la presente investigación y sus beneficios a nivel de prevención. Además, se aseguró a los padres o apoderados sobre el manejo estrictamente confidencial de los datos y la participación anónima, absolutamente voluntaria y sin ningún tipo de represalias en la investigación.

También se acordó entregar los resultados del presente trabajo a la dirección de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, del distrito de Jesús Nazareno, para su manejo respectivo, informándoles sobre la posibilidad de ser publicados en una revista de investigación científica.

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1. Análisis Descriptivo, Tablas de Frecuencia y Gráficos

Tabla 5: Relación del contenido - lonchera preescolar y nivel ceo-d de caries dental de los niños.

	Valor	gl	Significación asintótica -bilateral
Chi-cuadrado de Pearson	11,494	8	0,175
Número de casos admitidos	172		

La Tabla 5 presenta asociación del contenido de lonchera preescolar / nivel de severidad de la lesión cariosa dental en infantes de 3 - 5 años - I.E.I. N° 104 SD-JN-, Ayacucho, noviembre 2019. En tal sentido, los valores encontrados permiten concluir que no existe significancia estadística del comprendido de la lonchera preescolar - nivel ceo-d de lesión cariosa en los niños ($p=0,175>0,05$), aceptándose de este modo la hipótesis nula - rechaza alterna. Lo que significa - tipo de lonchera del infante es independiente de su nivel de caries dental.

Tabla 6: Contenido de la lonchera preescolar de los niños.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Cariogénica	38	22,1%	22,1%
No cariogénica	33	19,2%	41,3%
Mixta	101	58,7%	100,0%
Total	172	100,0%	

Gráfico 1:Contenido - lonchera preescolar de los niños.

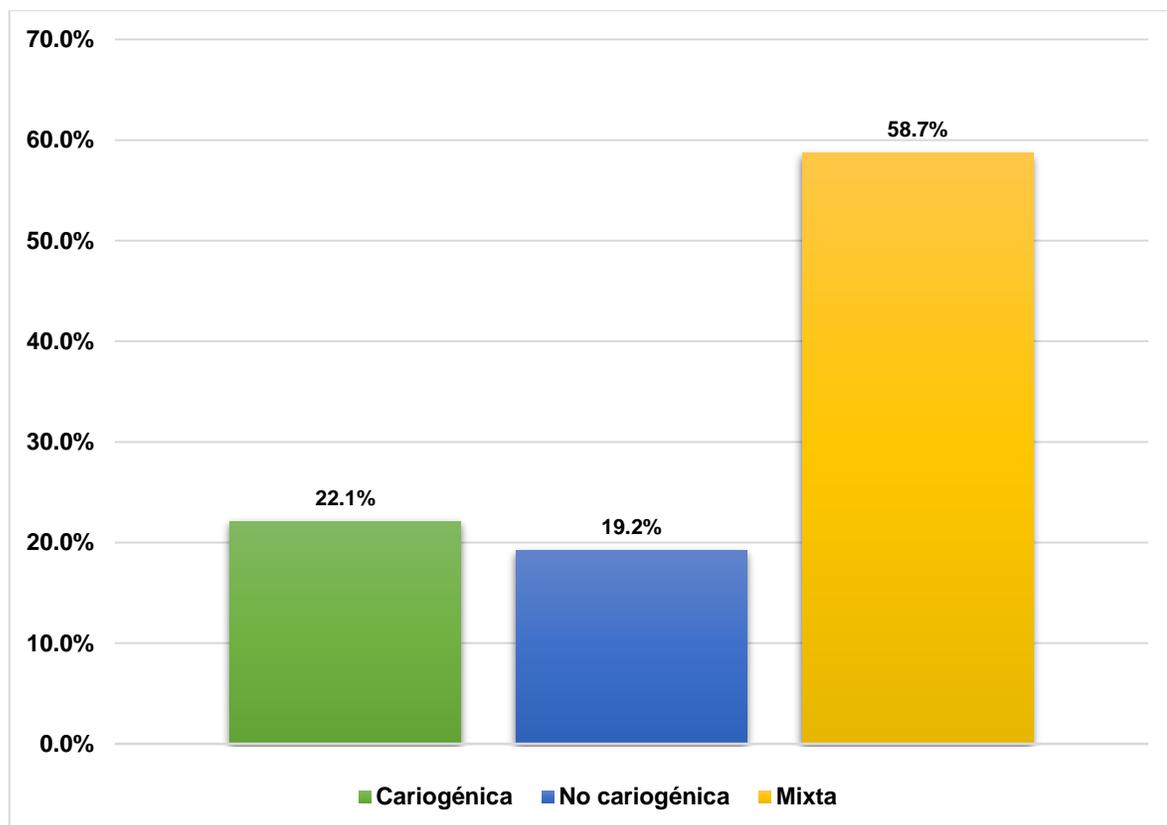


Tabla 6 - Gráfico 1 presenta el contenido de la lonchera preescolar en infantes 3 - 5 años IEI- N° 104 -SB, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019. Del 100% de los preescolares el 58,7% lleva una lonchera con contenido mixto, el 22,1% porta una lonchera cariogénica y 19,2% una no cariogénica.

Se puede concluir que más de la mitad de los preescolares porta un tipo de lonchera mixta.

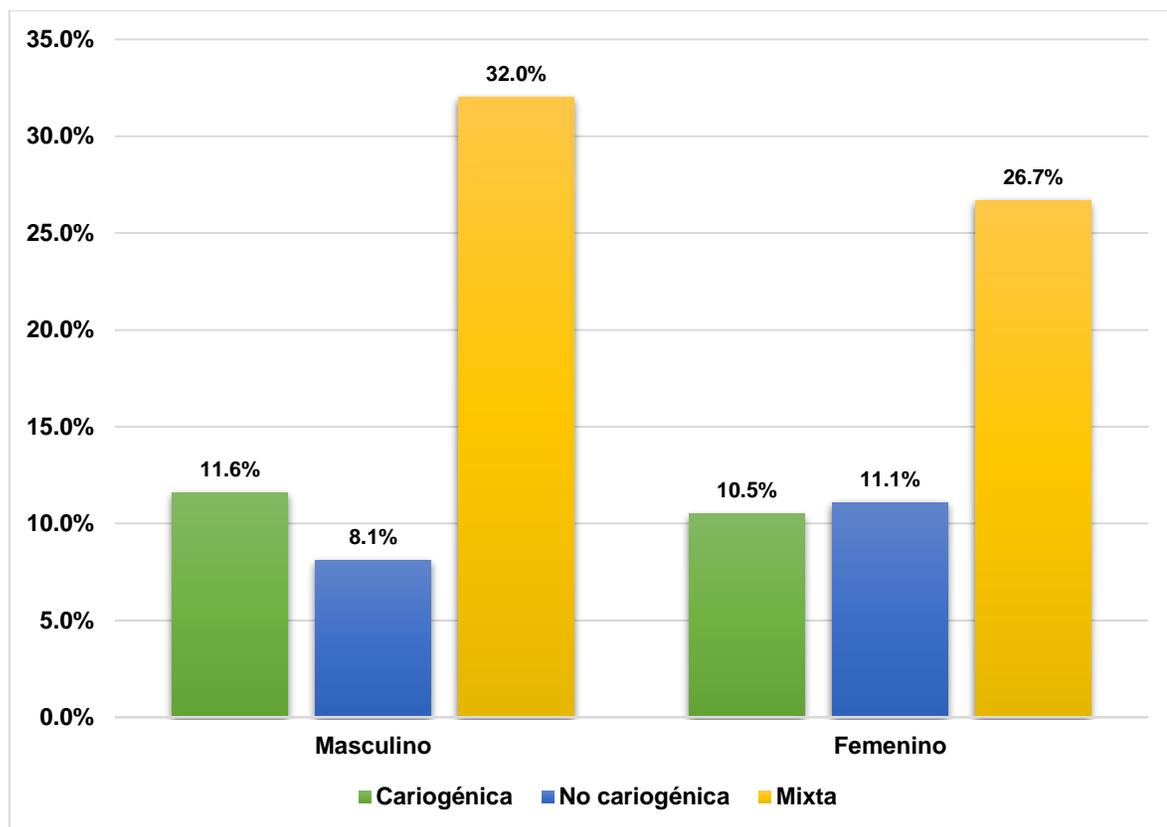
Tabla 7: Contenido de la lonchera preescolar de los niños según su género.

Contenido de la lonchera preescolar								
Género	Cariogénica		No cariogénica		Mixta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	20	11,6	14	8,1	55	32,0	89	51,7
Femenino	18	10,5	19	11,1	46	26,7	83	48,3
Total	38	22,1	33	19,2	101	58,7	172	100,0

$X^2=1,457$; $gl=2$; $p=0,483 > 0,05$.

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 2: Contenido de la lonchera preescolar de los niños según su género.



La Tabla 7 - Gráfico 2 presenta el contenido de la lonchera preescolar, según género, en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019. Del 100% de preescolares, el 32,0% tiene lonchera mixta y pertenece al género masculino, 26,7% porta lonchera mixta y es del género femenino, y el 11,6% lleva lonchera cariogénica y pertenece al género masculino.

Además, según los resultados de la prueba del X^2 , se puede concluir que no existe significancia estadísticamente del contenido de lonchera preescolar - sexo del niño ($p=0,483>0,05$), significa; tipo de lonchera preescolar del niño es independiente de su género.

Tabla 8: Contenido de la lonchera preescolar de los niños según su edad.

Edad	Contenido de la lonchera preescolar							
	Cariogénica		No cariogénica		Mixta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
3 años	7	4,1	7	4,1	17	9,9	31	18,0
4 años	28	16,3	20	11,6	57	33,1	105	61,0
5 años	3	1,7	6	3,5	27	15,7	36	21,0
Total	38	22,1	33	19,2	101	58,7	172	100,0

$X^2=6,445$; $gl=4$; $p=0,168 > 0,05$.

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 3:Contenido de la lonchera preescolar de los niños según su edad.

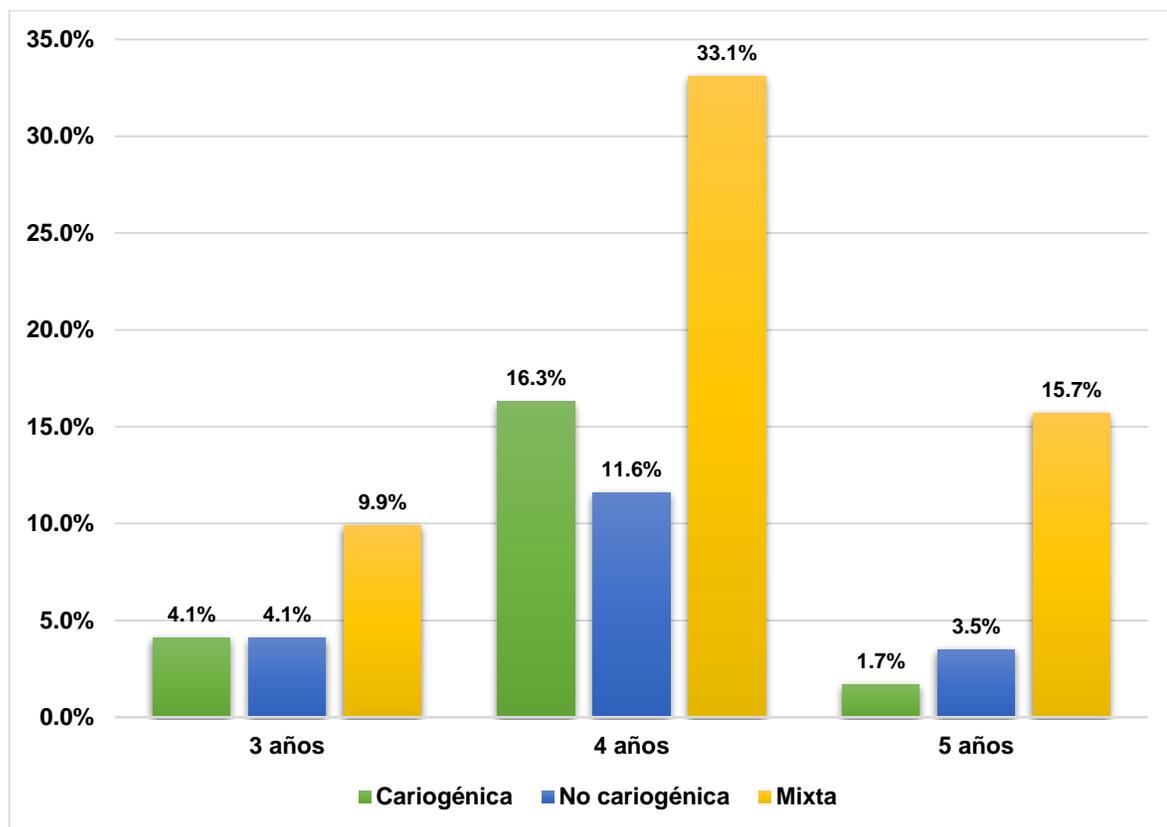


Tabla 8 - Gráfico 3 presenta el contenido de la lonchera preescolar, según edad, en infantes 3- 5 años IEI- N° 104 -SB, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019. Del 100% de preescolares, el 33,1% tiene lonchera mixta y cuenta con cuatro años, el 16,3% lleva lonchera cariogénica y cuenta con cuatro años, y el 15,7% porta lonchera mixta y es de la edad de cinco años.

Además, según los resultados de la prueba del X^2 , se puede concluir que no existe significancia estadísticamente del contenido - lonchera preescolar - edad cronológica del niño ($p = 0,168 > 0,05$), lo que significa que el tipo de contenido de lonchera del niño es independiente de su edad.

Tabla 9: Contenido de la lonchera preescolar de los niños según el grado de educación de apoderada.

Grado de educación de la madre	Contenido - lonchera preescolar							
	Cariogénica		No cariogénica		Mixta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sin instrucción	2	1,2	0	0,0	0	0,0	2	1,2
Primaria	2	1,2	3	1,7	8	4,7	13	7,6
Secundaria	18	10,5	14	8,1	51	29,7	83	48,3
Superior	16	9,3	16	9,3	42	24,4	74	43,0
Total	38	22,1	33	19,2	101	58,7	172	100,0

$X^2=8,066$; $gl=6$; $p=0,233 > 0,05$.

Gráfico 4: Contenido lonchera preescolar - niños según el grado de educación de la apoderada.

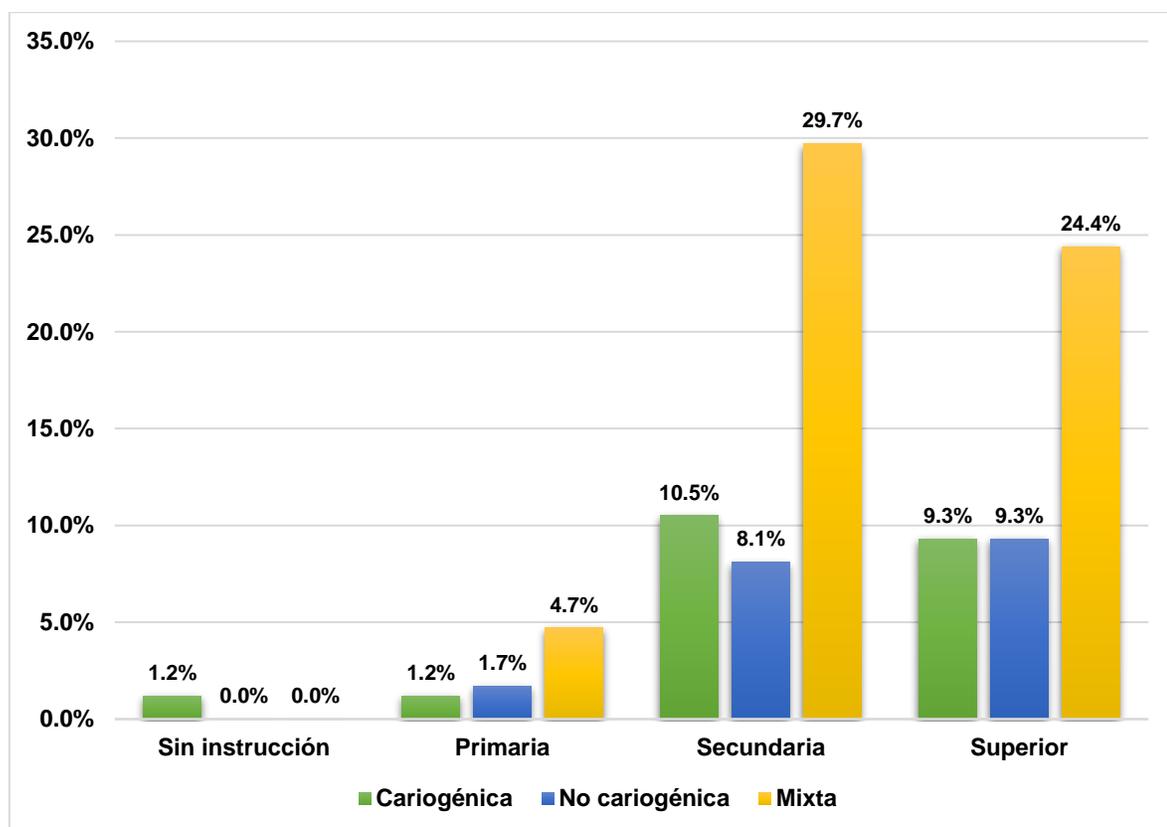


Tabla 9 - Grafico 4 se presenta el contenido de la lonchera, acuerdo grado de educación de apoderada, en infantes 3- 5 años IEI N° 104 –SB; Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019. Del 100% de los preescolares, el 29,7% presenta lonchera mixta y tiene madre con grado de instrucción secundario, el 24,4% lleva lonchera mixta y tiene madre con grado de instrucción superior, y el 10,5% presenta lonchera cariogénica y tiene madre con grado de instrucción secundario.

Además, según los resultados de la prueba del X^2 , se puede concluir que no existe significancia estadística del contenido de la lonchera preescolar y grado instrucción madre, ($p=0,233>0,05$), lo cual significa que el tipo de lonchera del niño es independiente del grado de instrucción de su madre.

Tabla 10: Nivel ceo-d de caries dental de los niños.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy bajo	35	20,3%	20,3%
Bajo	38	22,1%	42,4%
Moderado	55	32,0%	74,4%
Alto	41	23,8%	98,3%
Muy alto	3	1,8%	100,0%
Total	172	100,0%	

Gráfico 5: Nivel ceo-d de caries dental de los niños.

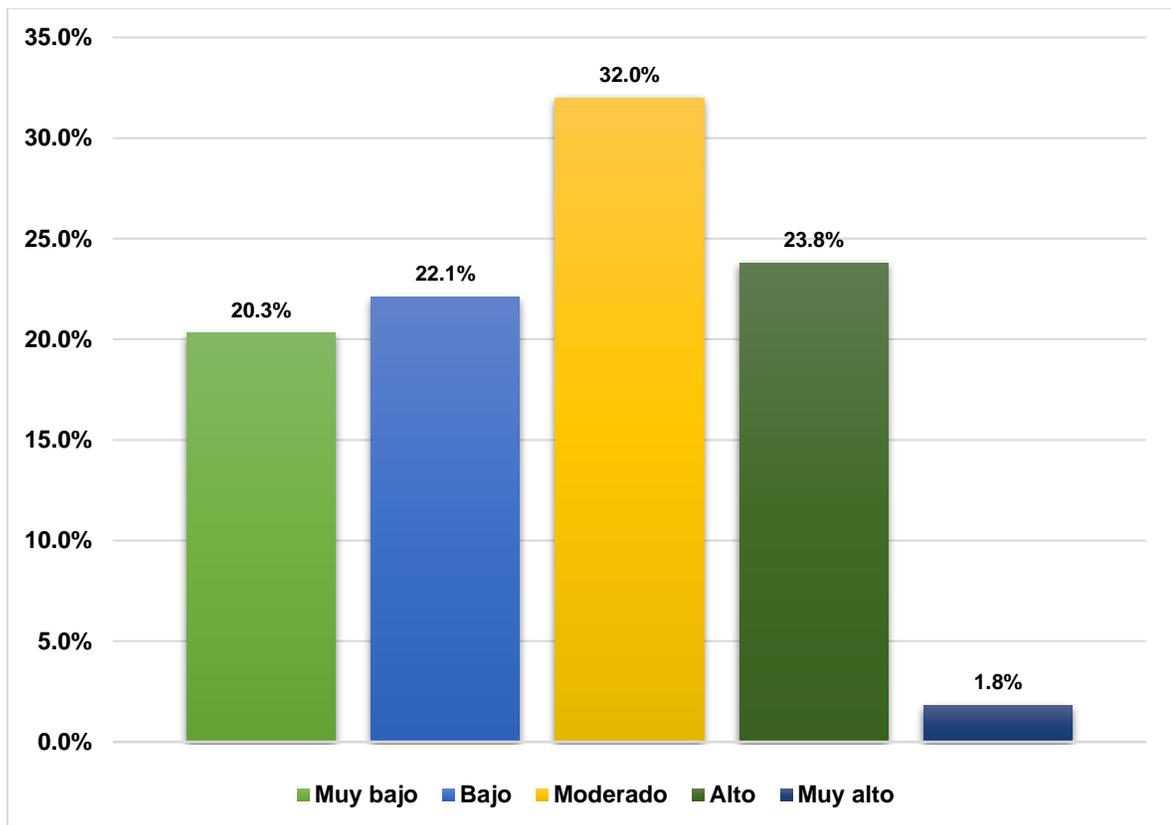


Tabla 10 - Gráfico 5 presenta el nivel ceo-d de caries dental en infantes de 3 a 5 años de IEI N° 104 SB- JN- Ayacucho, noviembre de 2019. Del 100% de los preescolares, el 32,0 % presenta un nivel de caries dental moderado, el 23,8% alto, y el 22,1% bajo.

Puede concluir que poco menos de un tercio de los preescolares presenta caries dental con un nivel de severidad moderado.

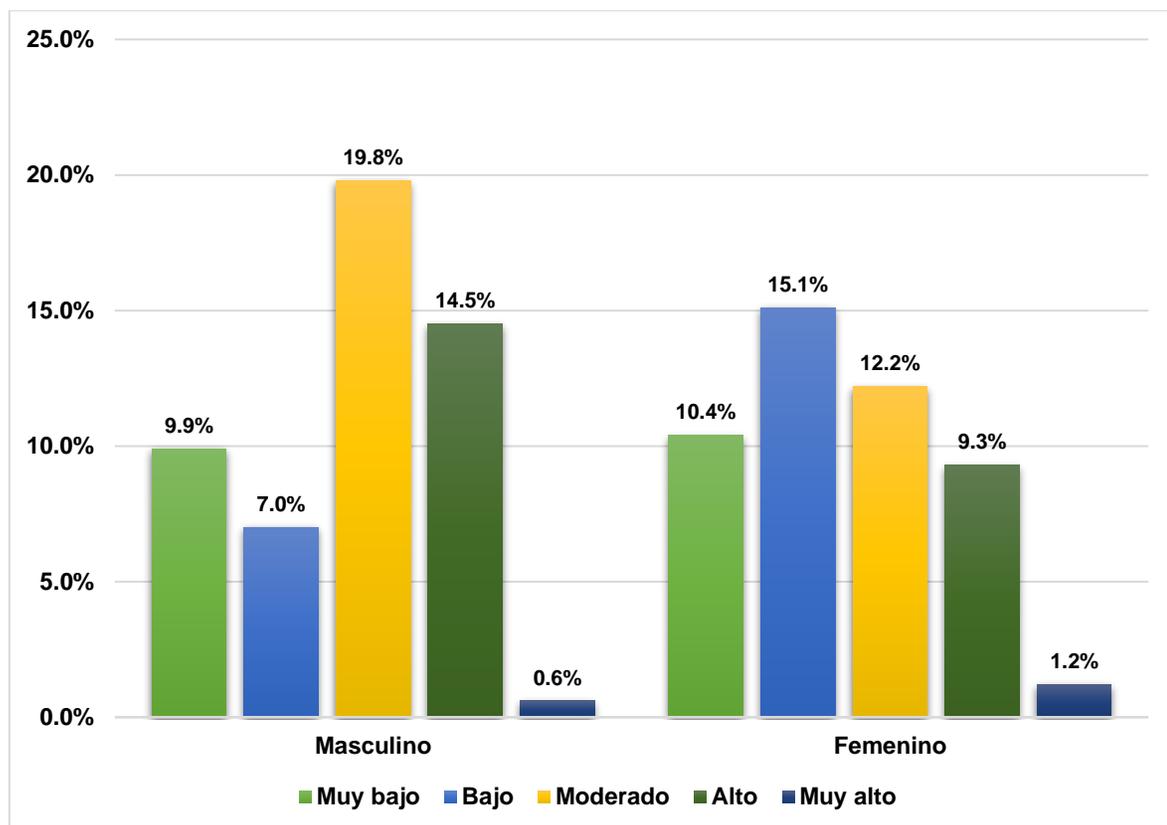
Tabla 11: Nivel ceo-d de caries dental de los niños según su género.

Sexo	Nivel ceo-d de caries dental											
	Muy bajo		Bajo		Moderado		Alto		Muy alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	17	9,9	12	7,0	34	19,8	25	14,5	1	0,6	89	51,7
Femenino	18	10,4	26	15,1	21	12,2	16	9,3	2	1,2	83	48,3
Total	35	20,3	38	22,1	55	32,0	41	23,8	3	1,8	172	100,0

$X^2=10,371$; $gl=4$; $p=0,035<0,05$.

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 6: Nivel ceo-d de caries dental de los niños según su género.



La Tabla 11 y el Gráfico 6 presenta el nivel ceo-d de caries dental, según género, en infantes de 3 -5 años de IEI- N° 104 –S.B, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019. Del 100% de los preescolares, el 19,8% evidencia una severidad de caries dental de nivel moderado y pertenece al género masculino, el 15,1% un nivel bajo de caries dental y es del género femenino, y el 14,5% un nivel alto de caries a la vez que pertenece al género masculino.

Además, según los resultados de la prueba del X^2 , se puede concluir que sí existe significancia estadísticamente del nivel ceo-d de lesión cariosa - sexo de los niños ($p = 0,035 < 0,05$ significa el nivel - severidad de la lesión cariosa de los niños no es independiente de su género).

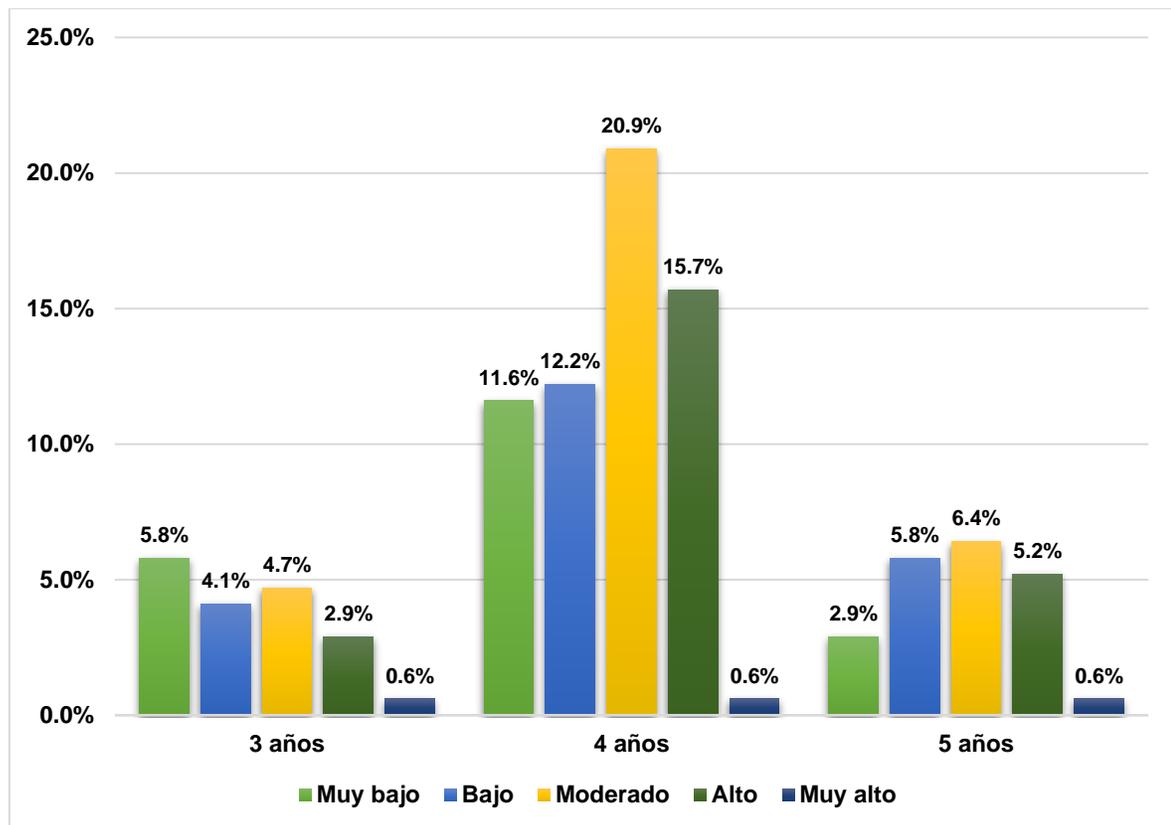
Tabla 12: Nivel ceo-d de caries dental de los niños según su edad.

Edad	Nivel ceo-d de caries dental											
	Muy bajo		Bajo		Moderado		Alto		Muy alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3 años	10	5,8	7	4,1	8	4,7	5	2,9	1	0,6	31	18,0
4 años	20	11,6	21	12,2	36	20,9	27	15,7	1	0,6	105	61,0
5 años	5	2,9	10	5,8	11	6,4	9	5,2	1	0,6	36	21,0
Total	35	20,3	38	22,1	55	32,0	41	23,8	3	1,8	172	100,0

$X^2=6,228$; $gl=8$; $p=0,622 > 0,05$.

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 7: Nivel ceo-d de caries dental de los niños según su edad.



La Tabla 12 y el Gráfico 7 presenta el nivel ceo-d de caries dental, según edad, en infantes 3 - 5 años IEI. N° 104 –S.B., Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019. Al 100% preescolares, 20,8% muestra nivel moderado - severidad de lesión cariosa y cuenta con 4 años de edad, el 15,7% presenta un nivel alto de caries y tiene 4 años, y 12,2% evidencia una baja severidad de caries al mismo tiempo que cuenta con 4 años.

Además, según los resultados de la prueba del X^2 , se puede concluir no hay asociación significativamente del nivel ceo-d de lesión cariosa - edad de los niños ($p = 0,622 > 0,05$), lo que significa severidad de lesión cariosa de infantes es independiente a edad.

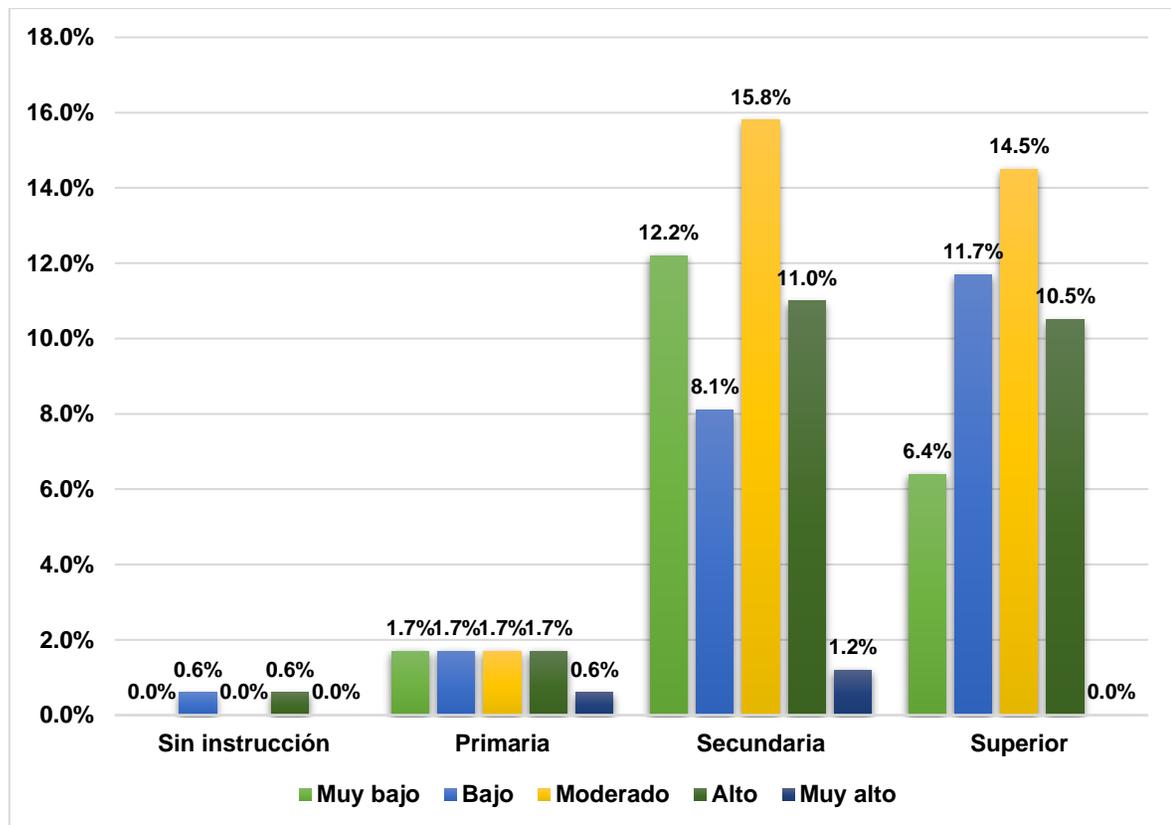
Tabla 13: Nivel ceo-d de caries dental de los niños según el categoría de instrucción de apoderada.

Grado de instrucción de la madre	Nivel ceo-d de caries dental											
	Muy bajo		Bajo		Moderado		Alto		Muy alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sin instrucción	0	0,0	1	0,6	0	0,0	1	0,6	0	0,0	2	1,2
Primaria	3	1,7	3	1,7	3	1,7	3	1,7	1	0,6	13	7,6
Secundaria	21	12,2	14	8,1	27	15,8	19	11,0	2	1,2	83	48,3
Superior	11	6,4	20	11,7	25	14,5	18	10,5	0	0,0	74	43,0
Total	35	20,3	38	22,1	55	32,0	41	23,8	3	1,8	172	100,0

$X^2=10,935$; $gl=12$; $p=0,535 > 0,05$.

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 8: Nivel ceo-d de lesión cariosa de infantes según grado - instrucción - madre.



La Tabla 13 y el Gráfico 8 presenta el nivel ceo-d de caries dental, acuerdo categoría de educación de apoderada, en infantes 3 a 5 años IEI N° 104-S.B- Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019. Al 100% preescolares, 15,8% presenta - nivel moderado de lesión cariosa y tiene madre con educación secundaria, el 14,5% evidencia una severidad de caries de nivel moderado y tiene madre que cuenta con estudios superiores, y el 12,2% muestra caries dental de nivel muy bajo a la vez que tiene madre con un nivel secundario de instrucción.

Además, según los resultados de la prueba del X^2 , se puede concluir no hay relación significativamente del nivel ceo-d de lesión cariosa de los niños - grado de instrucción de la madre ($p=0,535>0,05$), lo que significa severidad de lesión cariosa de infantes es independiente del grado de instrucción de la madre.

5.2. Discusión

La Tabla 7 presenta el comprendido de lonchera preescolar según género en infantes 3 - 5 años. El 52,6% tiene lonchera cariogénica para sexo masculino, el 57,6% lonchera no cariogénica. Para sexo femenino y 54,5% lonchera mixta para sexo masculino. Similar con las investigaciones de (Ruiz A. 2014 Lambayeque), donde el 60% tiene lonchera cariogénica. Seguida 13% de lonchera mixta y 5% lonchera no cariogénica.

La Tabla 7 muestra Índice de lesión cariosa según género en infantes 3 -5 años. 56,1 % presenta un índice ceod muy bajo de la edad de cuatro años, el 61,2% de niños presentan un índice ceod bajo de la edad de cuatro años, el 64,9% de niños presentan un índice ceod moderado de la edad de cuatro años, el 25,0% de niños tienen un índice ceod alto de edad de cuatro y cinco años y el 100,0% de índice ceod muy alto presentan niños de cuatro años. Similar con el estudio que realizo (Cruz Cabrera. 2015 Pimentel Perú), Donde el 39,4% presentan un índice ceod muy bajo de la edad de cinco años, el 36,4% un índice ceod bajo de la edad de tres años, el 46,2% un índice ceod moderado de la edad de tres años, el 50,0% un índice ceod alto de la edad de tres años. Y el 37,5% presentaron un índice ceod muy alto de la edad de cinco años.

La Tablas 8 presenta comprendido de lonchera preescolar en infantes 3 - 5 años según edad. El 73,7% tiene lonchera cariogénica de edad de cuatro años, el 60,6% tienen lonchera no cariogénica de la edad de cuatro años y 56,4% tienen lonchera mixta de la edad de cuatro años. Diferente al resultado que obtuvo (Alcos Marquera. 2018 Moquegua Perú). Donde tuvo como resultado lonchera cariogénica (malo) 46,0% para la edad de tres años, seguida de mixta (regular) 38,9% de cinco años y no cariogénica (buena) 30% para la edad de cuatro años.

Los resultados de las Tablas 9, 10, 11 y 13 no se pudo comparar con diferentes estudios, a causa de ausencia de estos datos en diferentes investigaciones.

CONCLUSIONES

1. No Hay un nivel de asociación que sea estadística significativa entre- contenido - lonchera precolar - nivel de severidad de lesión cariosa en infantes de 3 - 5 años - institución en mención ($p=0,175>0,05$).
2. El obtuvo 58,7% con mayor porcentaje las loncheras mixtas en preescolares .
3. Frecuencia con que los niños presentan dientes careados es de 96.5%.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda realizar estudios similares en diferentes centros educativos iniciales, nidos, cunas y más, para evaluar el contenido de las loncheras preescolares y caries dental.
2. Dar charlas en la I.E.I. N°104 Simón Bolívar sobre la importancia en prevenir la caries dental, para concientizar a apoderados, maestros, niños sobre la conservación de piezas dentarias, la importancia que tiene una alimentación no cariogénica balanceada, y así de esta manera evitar problemas futuros en la salud oral.
3. Aplicar sesiones educativas y demostrativas sobre refrigerios saludables, orientado a apoderadas sobre el preparado - lonchera baja en alimentos cariogénicos.
4. Incentivar el cuidado en la higiene oral de los preescolares, recomendando a apoderados y docentes sobre el cepillado dental después del refrigerio de los niños, y así mismo a estar pendientes en su higiene bucal después de las comidas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ernest NB. Cariología. Estudio retrospectivo de uno de los factores que influye en la caries dental: Editorial Limusa; 1984.
2. Leonor P. Dental caries in children: a contagious disease. Rev Chil Pediatr. 2006; 77(1): p. 56-60.
3. Alimentación preescolar. [Online]. [cited 2019 noviembre 1. Available from: [http://miraflores.gob.pe/Manual del kiosco y lonchera saludabl e.pdf](http://miraflores.gob.pe/Manual_del_kiosco_y_lonchera_saludabl_e.pdf).
4. Chiabra VC. Relación entre la prevalencia de caries dental y el estado nutricional en niños de 3 a 13 años de edad que se atendieron en la CEC de la UPCH entre 1994 y 1998 Universidad Cayetano Heredia: Lima; 2001.
5. Organización Mundial de la Salud. Informe de la OMS sobre enfermedades bucodentales [Internet]. Ginebra; 2004 [cited 2019 noviembre 12. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>.
6. Ministerio de Salud. Prevalencia nacional de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6 a 8, 10, 12 y 15 años. Lima; 2005.
7. Henostroza G, et al. Caries dental: Principios y procedimientos para el diagnóstico. 1st ed. Lima: Ripano Editorial Médica; 2007.
8. Velásquez G. Requerimientos nutricionales del preescolar y escolar. Fundamentos de pediatría, generalidades y neonatología. Colombia; 1999.
9. Documento técnico: “Modelo de abordaje de promoción de la Salud”. Promoción de alimentación y nutrición saludable en las instituciones educativas. [Online]. [cited 2019 Mayo 10. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2007/nut>.

10. Fajardo-Barreno NG, Fuentes-Guirola BA, Perén-Caté VR, Orozco Andrare AC, Liska de León C. Impacto de intervención en educación alimentaria nutricional, orientada al contenido de azúcar añadida en loncheras de preescolares en niños de 3 a 6 años del Colegio Rey Carlos II. Universidad San Carlos de Guatemala: Tegucigalpa; 2016.
11. Pancho Chavarrea TL. Influencia del contenido de la lonchera escolar como factor predisponente de caries dental en niños de 3 a 5 años de edad del Centro Inicial Dr. Alfredo Pérez Guerrero del Cantón Guano período setiembre 2014-febrero 2015. Riobamba, Ecuador; 2015.
12. Chacón MF. Análisis del consumo de azúcar en el refrigerio de niños de preescolar en los diferentes estratos socio económicos de las Instituciones Educativas Jhoannes Klepler, Atenas School y Celiaco Monje. Universidad de las Américas: Quito; 2016.
13. Ruth R. Factores de riesgo de caries dental en escolares de 5 a 11 años Policlínico Docente "Julián Grimau". Universidad de Ciencias Médicas: Santiago de Cuba, Cuba.
14. Valenzuela J. Evaluación del refrigerio en niños en edad preescolar y escolar que asisten al tianguis de la ciencia de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo: México; 2013.
15. Alcos Maquera ML. Relación entre el tipo de lonchera pre-escolar como factor predisponente de caries dental en niños de 3 a 5 años de edad que asisten a la I.E.I. Señor de los Milagros, Chen Chen Moquegua 2018: Moquegua; 2018.
16. Siña Ticona EC, Valencia Alvarado NA. Conocimientos sobre lonchera saludable según características sociodemográficas de madres de niños del nivel primaria: Centro Educativo Particular Líder Ingenieros Uni, distrito San Juan de Lurigancho: Lima; 2018.

17. López D, Padilla T. Prevalencia de caries dental y su relación con la dieta cariogénica en preescolares de una población de Puno. Rev. Estomatol. Altiplano. ; 4(1): p. 1-10.
18. Pablo J. Tipos de lonchera y caries dental en los niños de La Institución Educativa Inicial Señor De Los Milagros, Chachapoyas – 2017: Chachapoyas; 2017.
19. Cruz Cabrera K. Relación entre el contenido de la lonchera preescolar y caries dental en niños del PRONOEI de la Fundación Clementina Peralta de Acuña, José L. Ortiz – 2015: Chiclayo; 2016.
20. Minaya-Martínez LT, Pérez-Alvarado MJ. Relación entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento de las loncheras saludables en las madres de los estudiantes de la I.E.I. Nuestra Señora de Fátima. Universidad de Ciencias y Humanidades: Lima; 2015.
21. Ruiz A. Contenido de la lonchera preescolar de la Institución educativa inicial “Santa Rosa” Lambayeque-Perú, 2014: Lambayeque, Perú; 2014.
22. Palomer L. Dental caries in children: a contagious disease. Rev Chil Pediatr. 2006; 77(1): p. 56-60.
23. Hidalgo I, Duque de Estrada J, Pérez JA. La caries dental. Algunos de los factores relacionados con su formación en niños. Rev. Cub. Estomatología. 2007; 23(3): p. 56-61.
24. Núñez D, García L. Biochemistry of dental caries. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2010; 9(2): p. 156-166.
25. Duque de Estrada J, Pérez JA, Hidalgo I. Caries dental y ecología bucal, aspectos importantes a considerar. Rev. Cub. Estomatología. 2006; 43(1).

26. Pardi G, Perrone M, Acevedo AM, Mazzali de Ilja R. Estudio sobre Rothiadicariosa en pacientes con caries dental. Acta. Odontol. Venez. 2003; 41(3): p. 83-89.
27. Organización Mundial de la Salud. Incidencia de caries en el Perú. Colegio odontológico del Perú. [Online].; 2011 [cited 2019 octubre 12. Available from: www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es.
28. Tomas Seif R. Cariología: prevención, diagnóstico y tratamiento contemporáneo de la caries dental. 1st ed.; 1997.
29. Castillo R, y col. Microabrasión del esmalte. Trabajo de investigación. Universidad Nacional Mayor de San Marcos: Lima; 2009.
30. Boj JR, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A. Odontopediatría. 1st ed. Editora Masson: Barcelona; 2005.
31. Escobar F. Odontología Pediátrica. 1st ed. Editorial Amolca: Venezuela; 2004.
32. Baca P. Odontología Preventiva y Comunitaria: principios, métodos y aplicaciones. 3rd ed. Editorial Masson; 2004.
33. Mena A. Epidemiología Bucal. Editorial McGraw Hill: Venezuela; 1991.
34. Indicadores epidemiológicos para la caries dental. [Online]. [cited 2019 octubre 5. Available from: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000236c-nt-protocolo-indice-cpod.pdf>.
35. Lipari A, Andrade P. Factores de riesgo Cariogénico. Revista Chilena de Odontopediatría. 2002.

36. Sociedad Española de Odontopediatría. Recomendaciones de dieta para niños y adolescentes. [Online]. [cited 2019 noviembre 18. Available from: <https://www.odontologiapediatrica.com/protocolos/dieta-y-odontopediatria/>].
37. Palmer CA, Faine ME. Nutrición, Dieta y Estado Oral. In Harris N, García Godoy F. Odontología Preventiva Primaria. 1st ed. Editorial El Manual Moderno: México; 2001.
38. De Almeida ER, Guedes-Pinto AC. Hábitos alimenticios. In Guedes-Pinto, AC. Odontopediatría Clínica. Serie 11. Editorial Artes Médicas: Brasil; 1998.
39. Casanueva E. Nutriología Médica. 3rd ed. Editorial Médica Panamericana.
40. Vaisman , B; Martínez, M G. Asesoramiento Dietético para el Control de Caries en Niños. [Online].; 2004 [cited 2019 noviembre 17. Available from: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/asesoramiento_dietetico].
41. Alimentación preescolar. [Online]. [cited 2019 setiembre 21. Available from: https://es.wikipedia.org/wiki/Educaci%C3%B3n_preescolar].
42. Moquillaza G. Riesgo y prevalencia de caries dental en niños con dentición decidua de la Institución Educativa Inicial N° 191 María Inmaculada y valoración estomatológica del contenido de las loncheras. Distrito de Ate Vitarte Lima, 2013. (Tesis de pregrado). Universidad Norbert Wiener: Lima; 2014.

ANEXOS

Anexo 1: Carta de Presentación

JARDIN DE NIÑOS
Nro. 104, "SIMÓN BOLIVAR"
Registro Nro. _____
Fecha 13-11-19
Hora 1:10pm Folios 01

CARGO

 **UAP** UNIVERSIDAD
ALAS PERUANAS

FILIAL AYACUCHO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Ayacucho, 13 de Noviembre del 2019

CARTA N° 072-2019-EPEST-FMHvCS-FA-UAP

LIC. IDA ROMULA YUPANQUI PILLIHUAMAN
DIRECTORA DE LA I.E.I. N° 104, "SIMÓN BOLIVAR"

Ciudad,

De mi especial consideración:
Es grato dirigirme a usted para saludarle y expresarle mi felicitación por la labor que realiza en bien de la Institución que dignamente dirige.

La Bachiller en Estomatología **NILDA OCHOA URIBURU**, viene desarrollando el Proyecto de Tesis titulado **RELACIÓN ENTRE EL CONTENIDO DE LA LONCHERA PREESCOLAR Y CARIES DENTAL EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS DE LA I.E.I N° 104 SIMÓN BOLIVAR DISTRITO JESÚS NAZARENO AYACUCHO 2019**; para optar el título profesional de Cirujano Dentista; por lo que me digno en presentarle a la mencionada alumna, quien ejecutará dicha investigación en la institución a su cargo, suplicándole tenga a bien brindarle las facilidades del caso.

Agradeciéndole anticipadamente a la atención al presente, es ocasión para manifestarle las muestras de mi deferencia personal.

Atentamente


NILDA OCHOA URIBURU
CIRUJANA DENTISTA
Escuela Profesional de Estomatología
UAP

Boleta de Venta N° B110-0000050127

Anexo 2: Consentimiento informado



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA**

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha.....

Yo:.....
con DNI:.....padre o tutor del
menor..... doy constancia de haber sido
informada y de haber entendido en forma clara el presente trabajo de
investigación; cuya finalidad es obtener información que podrá ser usada en la
planificación de acciones de desarrollo y mejoras en la salud integral de los
niños. Teniendo en cuenta que la información obtenida será de tipo confidencial
y sólo para fines de estudio y no existiendo ningún riesgo; acepto que mi menor
hijo sea parte del trabajo de investigación; entendiendo que podré retirarme del
mismo cuando así lo convenga

Responsable del trabajo: Nilda Ochoa Urriburú, Bachiller en Estomatología

.....

Firma de padre o tutor

DNI.....

Anexo 3: Encuesta

FICHA CLÍNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS: DATOS PERSONALES,
CONTENIDO DE LONCHERA Y EVALUACIÓN DEL ÍNDICE CEOD –
ODONTOGRAMA

Nombre y apellido del niño:.....

Edad.....

Sexo:.....

Nivel de instrucción del padre o tutos.....

Contenido de la lonchera

LONCHERA CARIOGENICA	LONCHERA MIXTA	LONCHERA CARIOGÉNICA	NO

ÍNDICE ceod – ODONTOGRAMA

Caries.....Obturados.....Extracción Indicada.....TOTAL ceod.....

ODONTOGRAMA

The dental chart consists of a central vertical line. On either side of this line, there are four rows of tooth icons. The top row contains 14 icons, numbered 10, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11 on the left and 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 on the right. The second row contains 10 icons, numbered 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 on the left and 51, 52, 53, 54, 55 on the right. The third row contains 10 icons, numbered 65, 64, 63, 62, 61 on the left and 71, 72, 73, 74, 75 on the right. The bottom row contains 14 icons, numbered 48, 47, 46, 45, 44, 43, 42, 41 on the left and 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38 on the right. Above and below the chart are several horizontal rows of empty boxes for recording data.

Listado de alimentos Cariogénicos y no Cariogénicos (Casanueva E.)

LONCHERA CARIOGENICA	LONCHERA MIXTA	ONCHERA NO CARIOGÉNICA
Alimentos Cariogénicos		Alimentos no cariogénicos
<ul style="list-style-type: none"> - Cereales azucarados - Pan - Pastelería y repostería: Tortas - Chocolate con leche - Snacks (piqueos) - Frutos secos dulces (pasas) - Plátanos, Plátano de la isla o seda - Uvas - Bebidas azucaradas - Bebidas artificiales o sintéticas: gaseosas, jugos artificiales -Salsas: mayonesa, ketchup -Embutidos: hotdog, salchichas -Alimentos muy condimentados -Comida chatarra. -Golosinas, caramelos, chupetines, chicles, grageas, gomitas, hojuelas de maíz, papas fritas, chicharrones, etc. -Galletas rellenas o con coberturas azucaradas. -Miel, Mermeladas. 		<ul style="list-style-type: none"> - Carne - Pescado - Bebidas: Agua, caldos, infusiones y jugos, bebidas no azucaradas. - Jamón - Queso - Verduras - Hortalizas - Huevos - Frutas: Mandarina, Lima, Granadilla, Pera, Ciruelas, Tuna.

Anexo 4: Ficha de Validación del Instrumento mediante Juicio de Expertos



FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto	Cargo e Institución donde labora	Nombre del Instrumento de evaluación	Autor del Instrumento
ATACHAO VILA KEVIN	DOCENTE TIEMPO COMPLETO UAP	FICHA CLÍNICA	NILDA OCHOA URRIBURU

II. ASPECTOS DE EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0 – 20%	Regular 21 – 40%	Buena 41 – 60%	Muy Buena 61 – 80%	Excelente 81 – 100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado					90%
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables					87%
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología				80%	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica				80%	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad					93%
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de la variable de interés					84%
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científico de la variable de interés					88%
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones				80%	
9. METODOLOGÍA	La entrega responde al pronóstico del diagnóstico					87%
10. OPORTUNIDAD	El instrumento ha sido aplicado en el momento oportuno o más adecuado					85%

III. OPINIÓN DE APLICACIÓN:

a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación

b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV. PROMEDIO DE EVALUACIÓN: 85.4%

Lugar y fecha	DNI	Firma del experto	Teléfono
Ayacucho, 05-11-19	72643759	  M.C. KEVIN ATACHAO VILA DOCENTE UNIVERSITARIO	969262243

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO
I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto	Cargo e institución donde labora	Nombre del instrumento de evaluación	Autor del Instrumento
TIMCO BAUTISTA JOHN ROBERT	Jefe de Servicio Hospital D. Jesús N.	Fichas Clínicas de DONS.	Bach. OCHA.

II. ASPECTOS DE EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado					X
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables				X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología				X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica					X
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad				X	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de la variable de interés				X	
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científico de la variable de interés				X	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones				X	
9. METODOLOGÍA	La entrega responde al pronóstico del diagnóstico					X
10. OPORTUNIDAD	El instrumento ha sido aplicado en el momento oportuno o más adecuado				X	

III. OPINIÓN DE APLICACIÓN:

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación
- b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV. PROMEDIO DE EVALUACIÓN:

Lugar y fecha	DNI	RED DE SIGNA del experto	Teléfono
Ayacucho, 07/11/19.	28288130	Mg. JOHN ROBERT TIMCO BAUTISTA DENTOPEDIATRA COP N° 9243 - RNE N° 1667	999300492

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto	Cargo e Institución donde labora	Nombre del Instrumento de evaluación	Autor del Instrumento
De la Paz Ayala Giuliana Melissa	Docente tiempo completo UAP	Ficha clínica	Nilda Odhwa Uriburu

II. ASPECTOS DE EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado					90%
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables					90%
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología					90%
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica					90%
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad					90%
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de la variable de interés					90%
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científico de la variable de interés					90%
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					90%
9. METODOLOGÍA	La entrega responde al pronóstico del diagnóstico					90%
10. OPORTUNIDAD	El instrumento ha sido aplicado en el momento oportuno o más adecuado					90%

III. OPINIÓN DE APLICACIÓN:

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación
- b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

X

IV. PROMEDIO DE EVALUACIÓN:

90%

Lugar y fecha	DNI	Firma del experto	Teléfono
Ayacucho, 12 de Noviembre 2019	47346427	 GIULIANO DENTISTA C.O.P. 30429	974165380

Anexo 5: Matriz de Consistencia

RELACIÓN ENTRE EL CONTENIDO DE LA LONCHERA PREESCOLAR Y LA CARIES DENTAL EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS DE EDAD DE LA I.E.I. N° 104 SIMÓN BOLÍVAR, DISTRITO JESÚS NAZARENO, AYACUCHO, 2019.

Bachiller: Nilda Ochoa Urriburu

Asesora: Mgtr. C.D. Mery De la Cruz Licas

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño Metodológico
<p>Problema Principal</p> <p>¿Cuál es el nivel de relación estadísticamente significativa entre el contenido de la lonchera preescolar y el nivel de severidad de la caries dental en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la relación entre el contenido de la lonchera preescolar y el nivel de severidad de la caries dental en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019.</p>	<p>Hipótesis Nula</p> <p>No existe un nivel de relación estadísticamente significativa entre el contenido de la lonchera preescolar y el nivel de severidad de la caries dental en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019.</p> <p>Hipótesis Alterna</p> <p>Existe un nivel de relación estadísticamente significativa entre el contenido de la lonchera preescolar y el nivel de severidad de la caries dental en los niños de 3 a</p>	<p>Variable 1</p> <p>Lonchera preescolar</p> <p>Variable 2</p> <p>Caries dental</p> <p>Variables 3</p> <p>Género</p> <p>Edad</p> <p>Grado de instrucción</p>	<p>Tipo</p> <p>Aplicada</p> <p>Nivel</p> <p>Correlacional</p> <p>Método</p> <p>Observacional</p> <p>Diseño</p> <p>No experimental</p> <p>Transversal</p>

		5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019.		<p>Población</p> <p>310 estudiantes de 3 a 5 años de edad matriculados de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar</p> <p>Muestra</p> <p>172 niños de 3 a 5 años de edad que cumplieron con el criterio de selección</p>
<p>Problema Secundario 1</p> <p>¿Cuál es el contenido de la lonchera preescolar en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019?</p>	<p>Objetivo Específico 1</p> <p>Identificar el contenido de la lonchera preescolar en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019.</p>	<p>Estadígrafo: X^2</p> $X^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$		
<p>Problema Secundario 2</p> <p>¿Cuál es el contenido de la lonchera preescolar, según género, en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019?</p>	<p>Objetivo Específico 2</p> <p>Identificar el contenido de la lonchera preescolar, según género, en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019.</p>			
<p>Problema Secundario 3</p> <p>¿Cuál es el contenido de la lonchera preescolar, según edad, en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno,</p>	<p>Objetivo Específico 3</p> <p>Identificar el contenido de la lonchera preescolar, según edad, en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno,</p>			

<p>Ayacucho, noviembre de 2019?</p> <p>Problema Secundario 4</p> <p>¿Cuál es el contenido de la lonchera, según el grado de instrucción de la madre, en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019?</p> <p>Problema Secundario 5</p> <p>¿Cuál es el nivel ceo-d de caries dental en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019?</p> <p>Problema Secundario 6</p> <p>¿Cuál es el nivel ceo-d de caries dental, según género, en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno,</p>	<p>Ayacucho, noviembre de 2019.</p> <p>Objetivo Específico 4</p> <p>Identificar el contenido de la lonchera, según el grado de instrucción de la madre, en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019.</p> <p>Objetivo Específico 5</p> <p>Identificar el nivel ceo-d de caries dental en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019.</p> <p>Objetivo Específico 6</p> <p>Identificar el nivel ceo-d de caries dental, según género, en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno,</p>			
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

<p>Ayacucho, noviembre de 2019?</p> <p>Problema Secundario 7</p> <p>¿Cuál es el nivel ceo-d de caries dental, según edad, en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019?</p> <p>Problema Secundario 8</p> <p>¿Cuál es el nivel ceo-d de caries dental, según el grado de instrucción de la madre, en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019?</p>	<p>Ayacucho, noviembre de 2019.</p> <p>Objetivo Específico 7</p> <p>Identificar el nivel ceo-d de caries dental, según edad, en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019.</p> <p>Objetivo Específico 8</p> <p>Identificar el nivel ceo-d de caries dental, según el grado de instrucción de la madre, en los niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 104 Simón Bolívar, Distrito Jesús Nazareno, Ayacucho, noviembre de 2019.</p>			
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

Anexo 6: Fotografías







